

Interpretación de radiografías

Dirk Schulze, Priv.-Doz. Dr. med. dent.

(Quintessenz. 2007;58(6):655-6)

Caso 612, mujer, 52 años

Metástasis de un carcinoma bronquial en la apófisis condílea izquierda

La paciente acudió a nuestra consulta externa con molestias de nuevo inicio en la articulación temporomandibular izquierda. En la radiografía panorámica (RP, fig. 1) se aprecia un cóndilo de contorno discontinuo y

Correspondencia: Dirk Schulze.
Clínica Universitaria de Odontología, Medicina Oral y Maxilofacial,
Sección de Radiología. Hugstetter Strasse 55, 79106 Friburgo de Brisgovia, Alemania.
Correo electrónico: dirk.schulze@uniklinik-freiburg.de

desdibujado en la parte craneal, pero sobre todo en la parte dorsal. En estas zonas el hueso cortical ya sólo se visualiza parcialmente. En el centro del cóndilo se observa una lisis de la estructura normal del hueso esponjoso.

Con objeto de determinar la extensión del proceso, se realizó una tomografía volumétrica digital (TVD) (fig. 2). La TVD mostró en todos los planos una destrucción de la cabeza condílea más marcada en dorsal y medial, con lo que se confirmaron los resultados de la RP. La resonancia magnética (RM) practicada permitió diagnosticar el proceso local. En el plano sagital de una secuencia ponderada en densidad protónica (fig. 3) se observa una masa ovalada que rompe en dorsal la cortical de la apófisis condílea. La estructura



Figura 1. Radiografía panorámica.

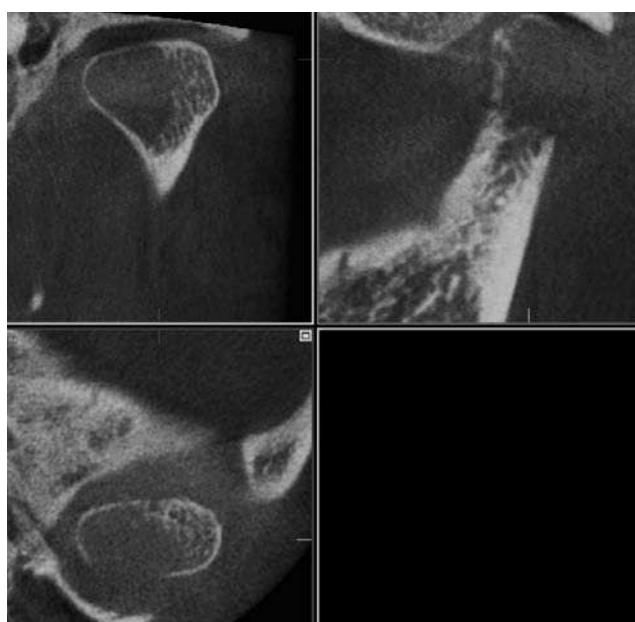


Figura 2. Planos coronal (arriba izquierda), sagital (arriba derecha) y axial de la tomografía volumétrica digital

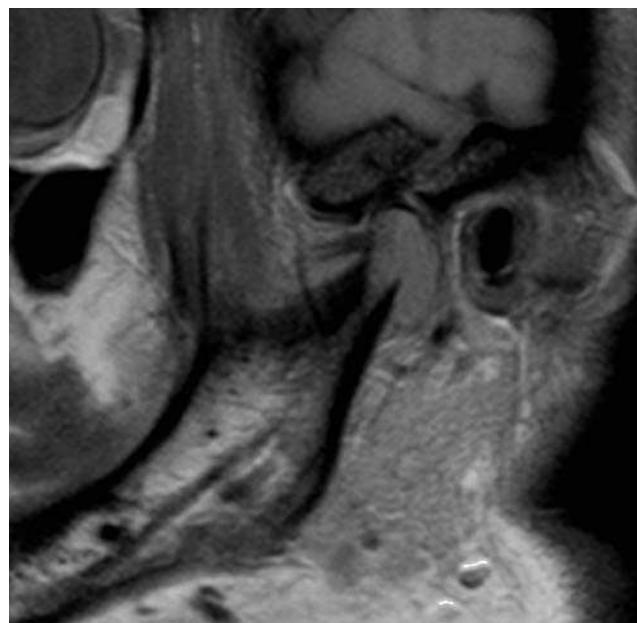


Figura 3. Plano sagital de una secuencia turbo spin eco ponderada en densidad protónica de la RM.



Figura 4. Plano axial de una sustracción a partir de una secuencia T1 sin y con contraste.

interna muestra una densidad de tejido blando, lo que respalda el diagnóstico de sospecha de una metástasis. La imagen por sustracción (fig. 4) obtenida después de

la administración de contraste muestra una acumulación clara de contraste en la zona articular y en los tejidos blandos adyacentes. Concretamente, esta imagen se genera mediante la sustracción de una secuencia T1 nativa, es decir, sin contraste, y una secuencia T1 con contraste.

Por otra parte, en otra prueba complementaria se localizó en el segmento apical pulmonar izquierdo una gran masa tumoral que, mediante una tomografía computarizada realizada posteriormente, se identificó como un carcinoma bronquial. En aquel momento, la paciente estaba asintomática.

Los carcinomas bronquiales forman parte de un grupo de carcinomas que metastatizan sobre todo en huesos: carcinoma bronquial, carcinoma de tiroides, carcinoma de células renales, carcinoma de colon, carcinoma de mama y carcinoma de próstata. Se observa una afectación característica del esqueleto axial (columna vertebral, pelvis), por lo que se administran bifosfonatos para la estabilización de estas regiones metastatizadas. Ya se abordaron previamente las consecuencias de la administración de esta medicación en *Quintessenz* 7/2005 (Rühlmann D, Kübler AC. Osteomielitis maxilar después del tratamiento de procesos osteolíticos sistémicos con bifosfonatos – el peligro ignorado. *Quintessenz*. 2005;56:679-82).

La metastatización en la apófisis condilea es rara y se puede observar en aproximadamente un 5% de los casos de metastatización maxilofacial.