

Hallazgos frecuentes y hallazgos poco frecuentes en la radiografía panorámica

Un concurso diagnóstico

Margrit-Ann Geibel, Dr. med. dent.

El diagnóstico radiológico basado en la radiografía panorámica plantea diferentes problemas al radiólogo. Por una parte, el procedimiento técnico en sí limita la capacidad informativa, dado que el cráneo tridimensional es representado en una imagen bidimensional con las superposiciones correspondientes. Por otra parte, se debe agudizar la percepción para detectar cuadros clínicos secundarios debido al tamaño del encuadre de la imagen. En muchos casos son los hallazgos casuales los que llevan al odontólogo a instaurar tratamientos no puramente odontológicos. En este artículo se describen 20 casos clínicos y se proponen diferentes diagnósticos de sospecha. Las soluciones se encuentran al final de la presentación de los casos.

(Quintessenz. 2007;58[9]:981-93)

Casos clínicos

Caso 1 (figs. 1a y 1b)

Una paciente de 11 años de edad acude a la consulta para la evaluación de un tratamiento ortodóncico. En la exploración física se halló una dentición mixta con dientes temporales persistentes 65 y 75 así como una ligera falta de espacio en el sector anterosuperior. La figura 1a

muestra los hallazgos radiológicos iniciales. Se procedió a la extracción quirúrgica de los dientes temporales remanentes 65 y 75. Se efectuó un control radiológico al cabo de 4 meses (fig. 1b).

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Quiste radicular.
- Quiste folicular.
- Queratoquiste.
- Ameloblastoma.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?

Caso 2 (fig. 2)

Este paciente varón de 25 años estaba asintomático. Se realizó una radiografía panorámica previa a la extracción de los terceros molares. Los dientes 33, 34 y 35 reaccionaron positivamente en la prueba de sensibilidad.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Seudoquiste.
- Quiste folicular.
- Quiste de Stafne.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?

Caso 3 (fig. 3)

El paciente de 33 años de edad refería experimentar desde hacía algunas semanas un «mal sabor» en la boca. A la palpación de la encía en la zona crestal de la región del 48 se produce salida de pus. Hacía aproximadamente 10 años había sido sometido a una extracción quirúrgica de los terceros molares. Los dientes 47 y 46 reaccionaron positivamente a la prueba de sensibilidad.

Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Departamento de Odontología de la Clínica Universitaria de Ulm. Alemania.

Correspondencia: Margrit-Ann Geibel.
Albert-Einstein-Allee 11, 89081 Ulm, Alemania.
Correo electrónico: margrit-ann.geibel@uniklinik-ulm.de



Figura 1a. Radiografía del caso 1.



Figura 1b. Radiografía de control al cabo de 4 meses.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Quiste primordial.
- Quiste residual.
- Ameloblastoma.
- Quiste óseo solitario.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?

Caso 4 (fig. 4)

Esta paciente de 34 años de edad había sido sometida 6 meses antes a una intervención quirúrgica para la extirpación de un proceso osteolítico en el hombro izquierdo. Al cabo de 1 mes inicia un cuadro de dolor sordo en la mandíbula.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Osteítis marginal.
- Periodontitis.
- Infiltrados óseos leucémicos.
- Granuloma eosinófilo.
- Metástasis.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?

Caso 5 (fig. 5)

Hallazgo casual en una radiografía panorámica de un paciente de 16 años al que se preveía someter a un tratamiento ortodóncico.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Distomolar.
- Diente supernumerario.
- Retención dentaria.
- Diente desplazado.
- Transposición.
- Dientes duplicados.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?

Caso 6 (fig. 6)

Hallazgo casual en una radiografía panorámica de un paciente de 27 años que acudió a la consulta para una revisión odontológica de rutina.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

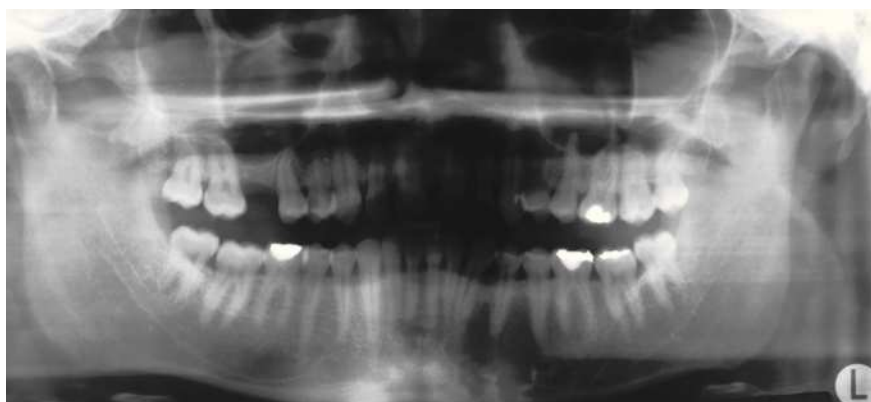


Figura 2. Radiografía del caso 2.



Figura 3. Radiografía del caso 3.



Figura 4. Radiografía del caso 4.



Figura 5. Radiografía del caso 5.

- Enostosis/osteosclerosis (inflamatoria, idiopática).
- Osteoma.
- Odontoma complejo.
- Síndrome de Gardner.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?

Caso 7 (fig. 7)

Hallazgo casual en una radiografía panorámica de una paciente de 20 años de edad programada para ser sometida a una osteotomía de los terceros molares.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Osteoma.
- Condroma.
- Osteosclerosis.
- Osteosarcoma.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?

Caso 8 (fig. 8)

Este paciente de 75 años de edad había percibido un aumento de volumen por tumefacción de la rama mandibular horizontal derecha. Sin embargo, el paciente estaba asintomático y no presentaba alteraciones de la sensibilidad.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Ameloblastoma.
- Quiste residual.
- Quiste óseo solitario.
- Quiste primordial (queratoquiste).

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?

Caso 9 (fig. 9)

La paciente de 45 años de edad acudió a la consulta por molestias en la zona del ángulo mandibular izquierdo. No se observaron alteraciones de la sensibilidad en la mandíbula. La abertura de la boca estaba ligeramente limitada. La paciente refirió haber perdido peso.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Plasmocitoma.
- Tumor odontogénico.
- Quiste.
- Tumor óseo primario.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?

Caso 10 (figs. 10a a 10c)

Esta paciente de 13 años tenía antecedentes familiares de disostosis cleidocraneal. En la exploración física se observó una hipoplasia de la zona mediofacial acompañada de una relación progénica de los incisivos en el sector anterior con mordida cruzada anterior y persistencia de numerosos dientes temporales en el sector anterior y posterior del maxilar y de la mandíbula. En la radiografía panorámica (fig. 10a) se aprecian los signos siguientes: disodontiasis, dentición retardada y dientes supernumerarios en el maxilar y la mandíbula. La disostosis cleidocraneal es una enfermedad hereditaria caracterizada por una bóveda craneal ancha con una hendidura perceptible por encima de la glabella. Otro hallazgo característico es la hipoplasia o displasia de las clavículas con hipermovilidad del hombro (fig. 10b). La dentición está retardada. Pueden existir además dientes supernumerarios (fig. 10c).

Se ha querido presentar aquí este cuadro clínico interesante, pero extremadamente raro. El diagnóstico se realiza a partir de la anamnesis.

Caso 11 (fig. 11)

Hallazgo casual en la radiografía panorámica de un paciente de unos 35 años que acudió a la consulta para una revisión odontológica de rutina y la planificación de un tratamiento con prótesis. En la exploración física llamó la atención un engrosamiento de la mandíbula en la región del 36.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Osteosclerosis idiopática.
- Cementoma.
- Osteoblastoma.
- Odontoma.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?

Caso 12 (fig. 12)

En este paciente de 10 años llamó la atención una erupción dentaria irregular además de un engrosamiento creciente en ambos ángulos mandibulares.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Queratoquiste.
- Querubismo (displasia fibrosa familiar).
- Granuloma de células gigantes.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?



Figura 6. Radiografía del caso 6.



Figura 7. Radiografía del caso 7.

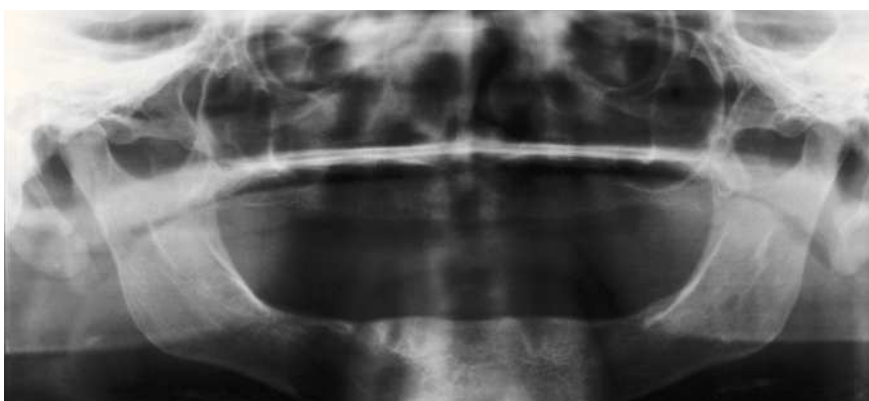


Figura 8. Radiografía del caso 8.

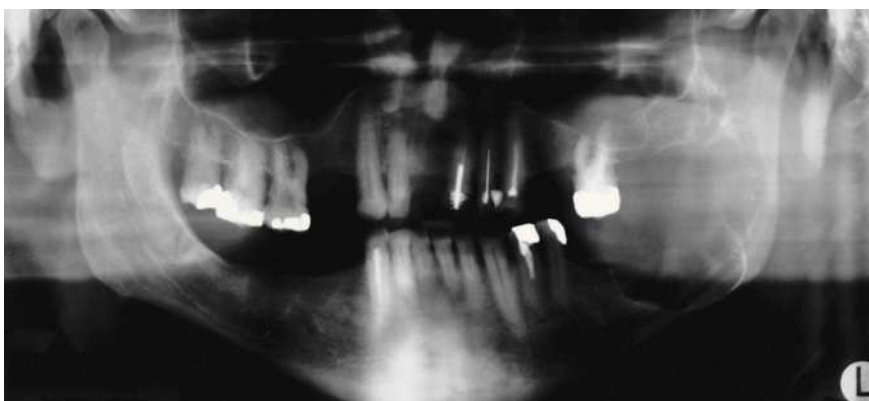


Figura 9. Radiografía del caso 9.



Figura 10a. Radiografía del caso 10.



Figura 10b. Hallazgos clínicos esenciales en la disostosis cleidocraneal: hipoplasia o displasia de las clavículas con hipermovilidad del hombro.



Figura 10c. Dientes supernumerarios en la disostosis cleidocraneal.



Figura 11. Radiografía del caso 11 (detalle).

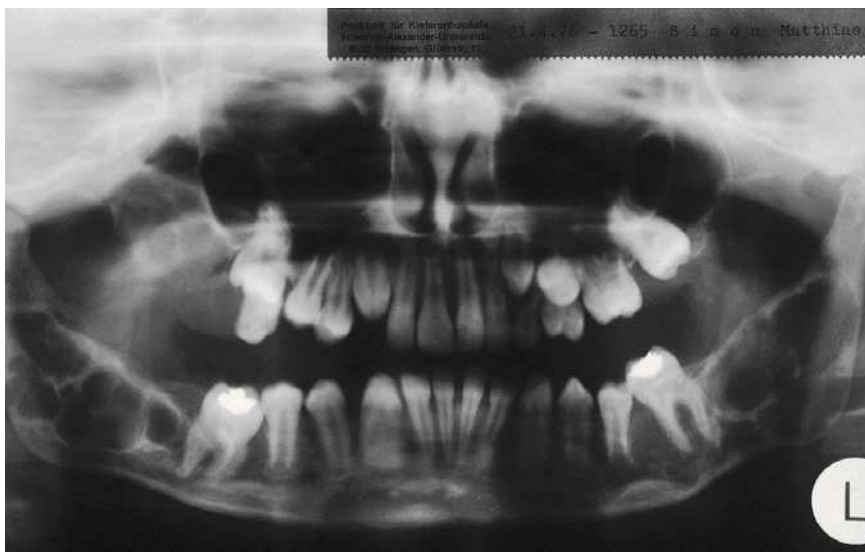


Figura 12. Radiografía del caso 12.



Figura 13. Radiografía del caso 13.



Figura 14. Radiografía del caso 14.

Caso 13 (fig. 13)

Hallazgo casual en la radiografía panorámica de una paciente de 6 años de edad que acudió a la consulta para la evaluación de un tratamiento ortodóncico.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Dentición mixta.
- Lesión por arma de fuego.
- Artefactos.
- Imagen borrosa por movimiento.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?

Caso 14 (fig. 14)

En este paciente de 14 años se observó un engrosamiento progresivo del fondo de vestíbulo en la mandíbula derecha. La prominencia en las regiones 83 a 46 se hundió a la presión, pero fue relativamente firme con un ligero dolor a la presión.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Seudoquiste.
- Quiste radicular.
- Ameloblastoma.
- Quiste folicular.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?



Figura 15. Radiografía del caso 15 (detalle).

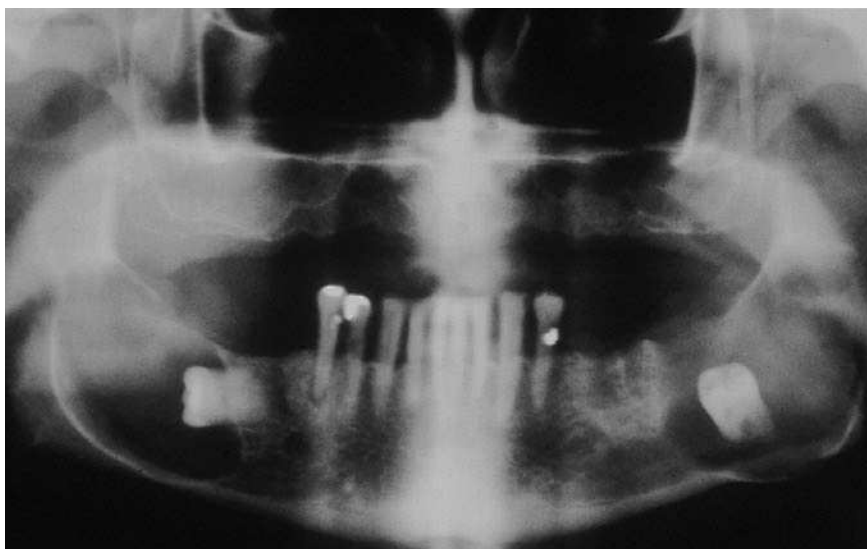


Figura 16. Radiografía del caso 16.

Caso 15 (fig. 15)

Hallazgo casual en la radiografía panorámica practicada a un paciente de 41 años de edad con motivo de un estudio radiológico previo a un tratamiento de la periodontitis. El paciente estaba asintomático y tampoco presentaba una tumefacción de la región del 48.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Ameloblastoma.
- Quiste folicular.
- Queratoquiste.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?

Caso 16 (fig. 16)

El paciente de 50 años de edad acudió a la consulta para una evaluación previa a un tratamiento con prótesis. Durante la exploración física, se halló en la cavidad oral una tumefacción discreta, indolora, bilateral en la zona de los ángulos mandibulares. La prominencia se dejó hundir fácilmente a la presión, pero fue relativamente firme. En el lado izquierdo, se evacuó pus a la palpación. La prueba de sensibilidad en el diente 45 fue negativa, pero los dientes 44 a 34 reaccionaron positivamente.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Ameloblastoma.
- Queratoquiste.
- Quiste folicular.



Figura 17. Radiografía del caso 17.



Figura 18. Radiografía del caso 18.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?

• Granuloma eosinófilo.

Caso 17 (fig. 17)

Hallazgo casual en la radiografía panorámica realizada a un paciente de 53 años de edad con motivo de un estudio radiológico previo a un tratamiento programado de una periodontitis. El paciente estaba asintomático y en la exploración física no se evidenciaron tumefacciones óseas.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Alteración medular ósea osteoporótica focal.
- Quiste óseo solitario.
- Cavidad ósea latente.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?

Caso 18 (fig. 18)

Esta radiografía panorámica se obtuvo durante el estudio ortodóncico de un paciente de 12 años de edad con alteraciones de la erupción en la dentición mixta.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Oligodoncia.
- Hipodoncia.
- Anodoncia.



Figura 19. Radiografía del caso 19.



Figura 20. Radiografía del caso 20.

- Retención completa.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?

Caso 19 (fig. 19)

La radiografía panorámica muestra la situación de un paciente varón de alrededor de 35 años, 2 semanas después de haber sido sometido a un implante en la región del 15 con aumento óseo lateral y extracción de hueso de la región del 38. El paciente refirió dolor e hinchazón en la región del 38.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Osteomielitis.
- Taponamiento con gasa orillada.
- Hemangioma óseo.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?

Caso 20 (fig. 20)

Hallazgo casual en la radiografía panorámica de un paciente de 18 años de edad. Se realizó el estudio radiológico antes de una osteotomía programada de los terceros molares por motivos ortodóncicos. Los dientes 36 y 37 reaccionaron positivamente en la prueba de sensibilidad.

¿Qué diagnóstico de sospecha considera más probable?:

- Displasia cementaria apical.
- Cementoma.
- Cementoblastoma.
- Fibroma cementogénico.

¿Con qué entidades haría el diagnóstico diferencial?

Soluciones

Caso 1: quiste folicular

La radiografía panorámica obtenida en la primera visita (fig. 1a) mostró una imagen radiolúcida quística en el diente 75 en contacto tanto con las raíces reabsorbidas del diente temporal desvitalizado como con la corona del diente remanente 35. La posición central de la corona dentaria en la osteólisis sugiere más un quiste folicular con origen en el diente 35 que un quiste radicular del diente temporal.

En la radiografía de control obtenida al cabo de 4 meses (fig. 1b) se observó una osteólisis circunscrita en el germen dentario 35. El quiste folicular se manifiesta radiológicamente como una cavidad unilocular con borde bien definido, que rodea a la corona de un diente no erupcionado.

Caso 2: pseudoquiste (quiste óseo solitario)

En la radiografía (fig. 2) se observa una imagen radiolúcida circunscrita, en forma de guirnalda, en las regiones 33 a 35, que llega hasta los septos interradiculares 33, 34 y 35 y se extiende hacia caudal hasta la estructura cortical. El conducto dentario inferior desemboca en la imagen radiolúcida.

El informe quirúrgico confirmó el diagnóstico de sospecha de pseudoquiste, en este caso de un quiste óseo solitario. El quiste óseo solitario traumático-hemorrágico se observa en personas jóvenes como un hallazgo casual o una tumefacción mandibular. Se localiza casi exclusivamente en el sector posteroinferior. En la radiografía se manifiesta por una imagen radiolúcida sin desplazamiento radicular. El espacio periodontal queda perfectamente trazado. En conjunto, los pseudoquistes son cuadros relativamente raros. Se engloban bajo el término pseudoquiste las cavidades localizadas en el hueso mandibular que en las radiografías muestran una imagen radiolúcida, pero que carecen de revestimiento epitelial. Su etiología es desconocida, si bien se supone que de-

sempeñan un posible papel las hemorragias intramedulares secundarias a traumatismos.

Caso 3: quiste residual

En la radiografía (fig. 3) se aprecia una osteólisis circunscrita con un tamaño de aproximadamente 2 cm y posición anatómica relativa con el diente 47. Parece existir una rotura de la lamela ósea cortical craneal de la mandíbula. Se visualiza el canal dentario inferior que queda bien delimitado respecto a la imagen osteolítica en la región del 48. Se trata de un quiste residual confirmado histológicamente con origen en el tercer molar 48 exodonciado 10 años antes.

Los quistes radiculares y, más rara vez, los quistes foliculares pueden seguir creciendo como quistes residuales después de la extracción del diente original. El signo radiológico más importante es la presencia de una estructura lamelar compacta relativamente densa, de trazo ininterrumpido.

Caso 4: histiocitosis X

En la radiografía (fig. 4) se observa una osteólisis de límites mal definidos en el sector posterior alveolar (dientes 46, 36 y 26). Se observa una pérdida de las estructuras óseas perirradiculares e interdentes. No se puede establecer una relación odontogénica segura.

La histiocitosis X (sinónimos: tumor de células de Langerhans, granuloma eosinófilo, enfermedad de Hand-Schüller-Christian) afecta sobre todo a adultos jóvenes. Desde el punto de vista radiológico, los granulomas eosinófilos se manifiestan como osteólisis circunscritas no corticalizadas. Las imágenes radiolúcidas estructurales circunscritas se inician en la región de la apófisis alveolar, sobre todo a nivel de los septos interradiculares. La pérdida de la estructura alveolar causa la impresión de que los dientes se asientan en tejido blando.

Caso 5: retención dentaria/diente doble/distomolar

En la radiografía panorámica (fig. 5) se observan los siguientes signos: dientes retenidos 18 y 17 con diente doble 17, dientes retenidos 27 y 28, germen dentario distomolar 19 y dientes retenidos 48 y 38.

Se denomina retención dentaria a los dientes que quedan incluidos parcial o totalmente en los maxilares. En el caso de la retención completa, la pieza no es visible en la exploración clínica, y en la retención parcial, la pieza no llega al plano oclusal. En casos raros, se pueden llegar a ver dientes totalmente retenidos en lugares muy

alejados de su ubicación normal en la arcada (diente desplazado). La división incompleta de un germen dentario (germinación) o la fusión de dos gérmenes dentarios da lugar a formaciones de gran tamaño parecidas a dientes. Se habla de dientes dobles en caso de no poderlos atribuir a ningún cuadro clínico.

Los distomolares son formaciones parecidas a molares, de tamaño reducido y generalmente unirradiculares que se localizan en distal de los terceros molares. Son dos veces más frecuentes en el maxilar que en la mandíbula. Los distomolares provocan posiblemente apiñamiento y molestias neuralgiformes.

Caso 6: osteoma

En la radiografía (fig. 6) se observa un proceso osteosclerótico circunscrito en forma de media luna en subapical e interradicular de los dientes 34/35 sin alteraciones óseas reactivas. Otros hallazgos: obturación insuficiente del conducto radicular 14, 37 y 36, periodontitis apical 36, caries 45, así como un artefacto debido a un pendiente en el seno maxilar derecho.

El osteoma es un tumor benigno que se caracteriza por una osificación marcada y se localiza sobre todo en el seno frontal, el seno maxilar o a nivel intraóseo o periosteal en la mandíbula. Los osteomas centrales maxilares pueden ser solitarios o múltiples (síndrome de Gardner).

Caso 7: osteosclerosis idiopática

La osteosclerosis idiopática se manifiesta en la radiografía (fig. 7) en mesial del ápice radicular 35. El espacio periodontal se visualiza íntegramente. Otros hallazgos: dientes retenidos 18, 28, 38 y 48 así como una obturación insuficiente del conducto radicular 37.

El término osteosclerosis significa que en la fase inicial sólo se produce un aumento de la densidad ósea, es decir, una menor radiolucidez. Esto corresponde, desde el punto de vista morfológico, a una neoformación ósea inducida por los osteoblastos en respuesta a una inflamación, un tumor o un traumatismo o por la mineralización de la matriz tumoral. En este último caso se produce una neoformación ósea por células tumorales. Los tumores con capacidad osteogénica pueden ser, por una parte, los tumores condrogénicos (condroma, condrosarcoma) y, por otra parte, los tumores osteogénicos (osteoma, osteosarcoma). La diferenciación radiológica es posible, dado que la variante reactiva se limita habitualmente a provocar un engrosamiento de elementos óseos existentes (hueso esponjoso, cortical), mientras que en el hueso tumoral se

detectan «formaciones en hoja de cebolla» que se manifiestan como manchas irregulares de mayor densidad.

Caso 8: quiste residual

En la radiografía panorámica (fig. 8) se observa una osteólisis circunscrita en las regiones 46 a 43 sin borde esclerosante. Llama la atención la ausencia de cortical interna y la profundidad desigual de la cavidad. La alteración muestra una estructura cortical hacia caudal.

Los quistes residuales no son un tipo de quiste de etiología uniforme. Se trata frecuentemente de quistes foliculares o radiculares que persisten después de la exodoncia de la pieza responsable. Así mismo es posible que a partir de cualquier quiste no totalmente extirpado y no tratado a cielo abierto con taponamiento con gasa orillada se forme un quiste residual. Como quistes odontogénicos que son forman una lámina ósea periférica. A diferencia de los quistes primordiales, su contorno es redondo a ovalado.

Caso 9: plasmocitoma

En la radiografía (fig. 9) se observa una osteólisis circunscrita en el ángulo mandibular. Se detecta un proceso expansivo con erosión y adelgazamiento de la cortical basal y oral así como una pérdida de estructura del canal mandibular.

El plasmocitoma se manifiesta entre la cuarta y la séptima décadas de la vida. Es más frecuente en mujeres que en hombres (relación mujeres/hombres = 3:2). Una cuarta parte de las afectaciones maxilares se produce en la mandíbula. Entre sus signos radiológicos destacan las reabsorciones radicales.

Caso 10: disostosis cleidocraneal

El diagnóstico se realiza a partir de la anamnesis.

Caso 11: odontoma

En la radiografía (fig. 11) se observa un proceso osteosclerótico circunscrito y relativamente homogéneo de densidad amelodentinaria. En basal se encuentra el diente retenido 36 que muestra una zona osteolítica limitada a nivel peridental.

Los odontomas son alteraciones del desarrollo. Se distinguen dos formas principales en función de su grado de maduración: odontomas complejos (preferentemente en niñas o mujeres entre 5 y 20 años: 68%) y odontomas combinados (en la segunda a tercera décadas de la vida: hasta un 60%, sin preferencia por ningún sexo).

Caso 12: querubismo

La radiografía (fig. 12) muestra osteólisis múltiples tabicadas en panal de distinta translucidez en la rama mandibular horizontal, en mayor cantidad en el ángulo mandibular y la rama ascendente bilateral extendiéndose hasta el cuello y la escotadura mandibular. Las lesiones están parcialmente bien delimitadas y parcialmente mal delimitadas. No se logra visualizar la trayectoria del conducto mandibular.

El querubismo, una enfermedad hereditaria autosómica dominante, afecta sobre todo a niños y jóvenes (de 2 a 20 años). Se caracteriza desde el punto de vista clínico por una expansión bilateral simétrica de la mandíbula horizontal y del ángulo mandibular.

Caso 13: dentición mixta/artefactos

La radiografía panorámica (fig. 13) muestra la dentición mixta así como los artefactos generados por unos pendientes con imágenes fantasma en la zona del seno maxilar.

Caso 14: quiste folicular

En la radiografía (fig. 14) se observa una imagen radiolúcida circunscrita con un tamaño de 4 x 5 cm que se extiende en la zona interradicular hasta los dientes 46, 85, 84 y 83 hasta 1 mm antes de la cresta alveolar. Se aprecia una reabsorción completa de las raíces 85, 84 y 83. En la región del 46 se observan las erupciones germinales 45 y 44. La erupción germinal 43 está desplazada hacia caudal y se encuentra integrada en la luz quística.

Dado que los quistes foliculares rara vez dan síntomas, pueden alcanzar gran tamaño y extenderse por la mandíbula hasta afectar una parte importante de la rama ascendente.

Caso 15: quiste folicular (tipo lateral)

En la radiografía (fig. 15) se halló casualmente una zona radiolúcida circunscrita de aproximadamente 2 cm en la región del 48. Otros hallazgos: diente elongado 18 y osteólisis vertical hasta el tercio medio radicular del diente 17 en mesial.

Se trata de un quiste folicular (de tipo lateral) con origen en el diente 48. El quiste folicular de tipo lateral es especialmente frecuente en el tercer molar inferior.

Caso 16: quiste folicular

En la radiografía panorámica (fig. 16) se observa en las regiones 48 a 46 una imagen radiolúcida circunscrita

con un tamaño de aproximadamente 4 x 3 cm que se extiende hasta la rama mandibular. El diente retenido 48 está incluido en el quiste. En las regiones del 37 y del 38 hacia caudal existe una imagen radiolúcida circunscrita de aproximadamente 3 x 4 cm que atraviesa la cortical mandibular en la parte craneal y se extiende también hasta la rama mandibular. Otros hallazgos: imagen radiolúcida circunscrita en el diente 45 y osteólisis horizontal 45 a 34.

Se trata de un quiste folicular histológicamente confirmado cuyo origen se sitúa en los dientes retenidos 48 y 38.

Caso 17: cavidad ósea latente (quiste de Stafne)

La radiografía (fig. 17) muestra una imagen radiolúcida uniforme elíptica y oval en la base del cuerpo mandibular izquierdo por debajo del conducto dentario inferior. En la región del 37 se observa una interrupción del hueso cortical basal. Otros hallazgos: periodontitis crónica, periodontitis apical, sospecha de quiste de retención mucoso en el seno maxilar izquierdo, imagen radioopaca de densidad metálica con sospecha de tatuaje de amalgama 37 mesial, diente 18 retenido.

La cavidad ósea latente descrita por primera vez por Stafne en 1942 se manifiesta en la radiografía como una imagen radiolúcida quística en la base del cuerpo mandibular. Prevalece la opinión de que se trata de una impresión de la cortical lingual provocada por un lóbulo de la glándula submandibular.

Caso 18: hipodoncia/oligodoncia

En la radiografía panorámica (fig. 18) se observa lo siguiente: agenesia de los dientes 15, 13, 12, 23, 25, 35 y 45 así como persistencia de los dientes temporales 55, 65, 75 y 85. No se observa desarrollo de terceros molares.

En casos excepcionales, la hipodoncia (sinónimo: disminución del número de dientes) se manifiesta excepcionalmente como anodoncia (ausencia total de dientes) y en casos raros como oligodoncia. La ausencia de dientes aislados (hipodoncia) es más frecuente. La distinción entre retención completa de uno o varios dientes no es posible clínicamente y se debe establecer radiológicamente.

Caso 19: taponamiento con gasa orillada

En la radiografía (fig. 19) se reconoce el implante en la región del 15 y una imagen radiolúcida mal delimitada en la región del 38 con estructuras internas tabicadas en

forma de panal. Se trata de un taponamiento con gasa orillada olvidado que ha quedado integrado.

Caso 20: cementoma

En la radiografía panorámica (fig. 20) se observa la lisis del espacio periodontal 36 distal como efecto de una reabsorción y anquilosis. La estructura del tejido duro dentario muestra una densidad menor a la del odontoma. La imagen radioopaca está perfectamente circunscrita. Otros hallazgos: imagen radioopaca en el seno maxilar basal izquierdo, diente 38 retenido, diente 48 retenido y desplazado así como osteólisis periapical 37.

Bajo el término cementoma se engloban diferentes alteraciones cementogénicas de los maxilares. La displasia cementaria periapical es una entidad que se presenta preferentemente en los adultos de mediana edad y se localiza sobre todo en el sector anteroinferior. El fibroma cementogénico aparece sobre todo en la tercera y la cuarta décadas de la vida en mujeres. Este tipo de fibromas se consideran tumores que se originan en determinadas partes del ligamento periodontal. Se localizan sobre todo en la región de los premolares y molares mandibulares. El cementoblastoma es un tumor benigno de los cementoblastos y predomina en la región de los premolares y molares mandibulares.