

Radiolucidez periapical: No siempre es un quiste, ni es odontogénica ni secundaria a pulpitis

Lafuente-Ibáñez de Mendoza I¹, Martínez-Conde R², Ruiz-de Gopegui E³, Aguirre-Urizar JM¹.
¹ Patología y Medicina Oral. Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Leioa.
² Cirugía Oral y Maxilofacial Bizkaia COIMAX. Bilbao.
³ Clínica Dental La Casilla. Bilbao.

Las lesiones radiolúcidas periapicales constituyen un capítulo específico en el diagnóstico diferencial de la patología de los huesos maxilares. En la mayoría de los casos, se trata de entidades de origen odontogénico secundarias a pulpitis, como el quiste radicular o la periodontitis periapical crónica. No obstante, existen otros trastornos que también pueden producir imágenes radiolúcidas de características similares, quísticas pero también neoplásicas, tanto benignas como malignas, por lo que su correcto diagnóstico siempre requiere de una buena historia clínica, con una exploración física y radiológica adecuada, de la realización de un buen diagnóstico diferencial y de una correcta correlación histopatológica. El caso clínico que presentamos es un ejemplo demostrativo de esta patología maxilofacial.

Se trata de un hombre de 58 años, sin antecedentes personales y tóxicos de interés, fue derivado en 2021 por su odontólogo al Centro de Cirugía Oral y Maxilofacial, para la valoración de una lesión mandibular asintomática, con más de 5 años de evolución, situada en el 4º cuadrante, y que últimamente se asocia a episodios de parestesias en la zona. A la exploración clínica no se aprecian alteraciones reseñables y se comprueba que los dientes 4.4 y 4.5 son vitales. El examen radiológico actual muestra una lesión radiolúcida unilocular bien definida con márgenes corticados, situada en la zona apical de los dientes 4.4 y 4.5. No se aprecia afectación radicular ni patología dentaria alguna. También se aportó una RX anterior (2015), previa a la exodoncia del diente 4.6 afecto de una gran lesión de caries. Dada la proximidad de la lesión al nervio dentario inferior, inicialmente se adoptó una actitud de vigilancia (**Figura 1**).

Con la sospecha clínica de que se trataba de una patología quística de origen odontogénico no inflamatoria, tipo queratoquiste odontogénico, se decide realizar una tomografía computarizada de la zona (**Figura 2**), y realizar la escisión quirúrgica de la lesión bajo anestesia local. La muestra obtenida se envió para estudio histopatológico al Servicio Diagnóstico Patología Oral y Maxilofacial (SDPOMF).

Histopatológicamente en todas las secciones analizadas se reconoce una lesión conectivo-vascular constituida por estructuras

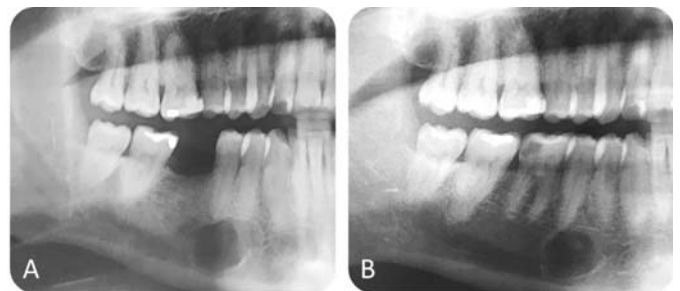


Figura 1. Radiografías panorámicas. A. Lesión radiolúcida unilocular definida, con márgenes corticados, en apical de 4.4-4.5 (2021). Ausencia de rizólisis y de patología dental. B. Aspecto de la lesión en 2015, con características radiológicas similares.



Figura 2. Cortes representativas del TC. Corte frontal (A) y sagital (B) donde se reconoce la lesión lúcida, que muestra un ligero abombamiento cortical, sin que aparezca perforación.

vasculares diferente tamaño, la mayoría rellenas de material hemático, redondas, con una pared fina y aspecto venoso, rodeadas por tejido conectivo fibroso (**Figura 3**).

Con la totalidad de la información clinicopatológica, se alcanzó el diagnóstico final de Hemangioma intraóseo (tipo venoso/cavernoso), estableciendo un protocolo de controles periódicos. Hasta este momento (3 años después), no se han desarrollado recidivas.

Los hemangiomas son tumores vasculares descritos por primera vez por Rudolf Virchow en 1863, como malformaciones

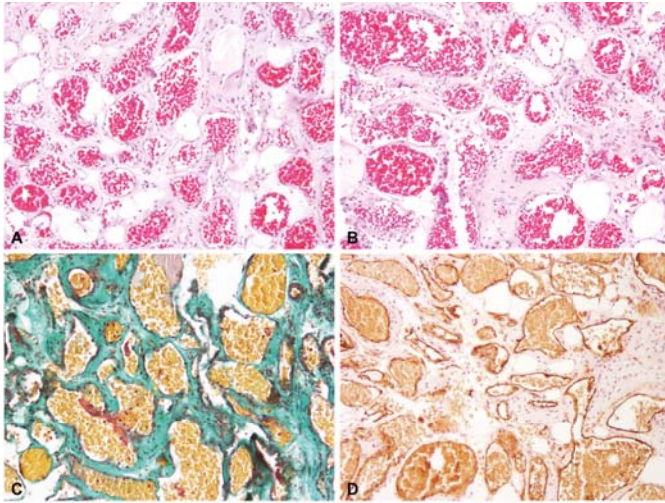


Figura 3. Aspecto histopatológico. A y B) Detalle de la proliferación vascular, con estructuras redondas de pared fina y diferente tamaño, rodeadas de tejido fibroso (H&E, 10x). C) Aspecto de las formaciones vasculares interpuestas por tejido conectivo fibroso (verde) (Tricómico de Masson, 10x). D) Expresión de CD34 en el endotelio de los vasos (10x).

vasculares simples, cavernosas o racimosas según su aspecto histopatológico¹. Posteriormente, el término hemangioma fue introducido para referirse a cualquier proceso vascular tumor-like, independientemente de su aparición congénita, infantil o adulta.

Los hemangiomas óseos centrales son una patología infrecuente, representando menos del 1% de todos los hemangiomas. Siegmund y Weber (1930) fueron los primeros en reportar un caso de hemangioma intraóseo en la mandíbula, que se descubrió de manera incidental durante una extracción dental².

El hemangioma intraóseo (HIO) es una neoplasia benigna ósea infrecuente que se forma a partir de estructuras vasculares cercanas, que aparece preferentemente en pacientes adultos (4^o-6^o décadas de la vida), aunque puede diagnosticarse a cualquier edad. Según la última clasificación de la OMS de tumores óseos y de partes blandas, la naturaleza del HIO se sitúa a caballo entre una neoplasia y una malformación³.

La localización más frecuente del HIO es la columna vertebral y los huesos craneofaciales; dónde suelen descubrirse de manera casual al realizar estudios de imagen, dada su naturaleza asintomática. En estos casos, las lesiones no requieren tratamiento, más allá del mantenimiento de un control periódico³. Con todo ello, uno de los aspectos más relevantes de los HIO es el riesgo de hemorragia grave durante procedimientos quirúrgicos o traumáticos que incidan sobre ellos, por lo que su manejo debe ser cuidadoso.

En ocasiones, como ha ocurrido en este caso clínico, los HIO pueden causar dolor o signos neurológicos por afectación de las estructuras adyacentes o fracturas patológicas; en cuyo caso, el manejo incluye además de terapia farmacológica del dolor la posible extirpación quirúrgica ósea para descomprimir las formaciones nerviosas vecinas y estabilizar el hueso afectado⁴.

En los huesos maxilares, los HIOs son más comunes en la mandíbula que en el maxilar superior, presentando una edad de aparición más temprana que en el resto del cuerpo (pico 1^o-3^o décadas de vida) y mostrando una predilección por el género femenino⁴. Aparecen como imágenes radiolúcidas definidas, de crecimiento lento, uni o multiloculares, que a veces presentan zonas radiopacas y expansión cortical⁵⁻⁷. Debido a estas características inespecíficas, el diagnóstico diferencial radiológico incluye otras patologías radiolúcidas odontogénicas (quiste radicular, queratoquiste odontogénico, ameloblastoma, etc.) o no odontogénicas (quiste óseo aneurismático, hemangioma, lesión central de células gigantes, etc.). Algunas lesiones vasculares pueden ser diagnosticadas previamente a la cirugía realizando su punción y extrayendo sangre roja en estos casos⁸.

En conclusión, el hemangioma intraóseo es una entidad vascular infrecuente en los huesos maxilares, cuyos datos clínico-radiográficos heterogéneos puede plantear un reto diagnóstico para el profesional, que requiere siempre de la valoración de las características histopatológicas para alcanzar el diagnóstico⁹⁻¹⁰. El tratamiento del HIO no siempre es necesario y depende de la edad del paciente, el grado de afectación funcional, el tamaño y la localización de la lesión, variando desde su control periódico hasta técnicas quirúrgicas como la exéresis, radioterapia o embolización¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Virchow, R. Angioma in die Krankhaften Geschwülste Berlin [J]. 1863, Germany: Hirschwald, 1863:723.
2. Siegmund H, Weber R. Pathologische Histologie der Mundhöhle. S Hirzel (Leipzig) 1926.
3. Fletcher C, Bridge J, Antonescu C, Mertens F. WHO Classification of Tumours: Soft Tissue and Bone Tumours (Vol. 3). World Health Organization (Geneva, Switzerland), 2020.
4. Özdemir R, Alagoz S, Uysal AÇ, Ünlü RE, Ortak T, Sensoz Ö. Intraosseous hemangioma of the mandible: a case report and review of the literature. J Craniofac Surg 2002;13(1):38-43.
5. Kochaji N, Ajalyakeen H, Fakir A, Al-Mozaiki AAS. Intraosseous hemangioma of the mandible: A rare case report. International J Surg Case Rep 2023; 109: 108496.
6. Perugini M, Renzi G, Gasparini G, Cerulli G, Becelli R. Intraosseous hemangioma of the maxillofacial district: clinical analysis and surgical treatment in 10 consecutive patients. J Craniofac Surg 2004; 15(6): 980-985.
7. Madiraju GS. Pediatric intraosseous hemangioma of the anterior mandible. Oral Oncol 2020; 108: 104951.
8. Cerqueira É, Correia S, Ramalhosa F, Lopes T, Abreu JM. Challenges and Management of capillary intraosseous hemangioma in the mandibular symphysis: A Case Report. Cureus, 2024; 16(4): e58035
9. Jois, HS, Kumar KPM, Kumar MS, Waghrey S. A mixed neoplasm of intraosseous hemangioma with an ameloblastoma: a case of collision tumor or a rare variant? Clinics Practice 2012; 2(1): e5.
10. Eliot CA, Castle JT. Intraosseous hemangioma of the anterior mandible. Head Neck Pathol 2010; 4(2): 123-125.
11. Kalsi H, Scannell J. Unusual presentation of an intraosseous hemangioma of the maxilla and displaced canine. Int J Clin Ped Dent 2013; 6(2): 124-126.