

Cysts and Cystic Lesions of the Mandible: Clinical and Radiologic-Histopathologic Review¹

Robert J. Scholl, MD

Helen M. Kellett, MD

David P. Neumann, MD

Alan G. Lurie, DDS, PhD

LEARNING OBJECTIVES

After reading this article and taking the test, the reader will be able to:

- Identify and describe the salient clinical characteristics and imaging appearances of the major odontogenic and nonodontogenic lesions in the man-

Many lesions that occur in the mandible have a cystlike radiographic appearance. These lesions are often difficult to differentiate on the basis of their radiographic features alone. Mandibular lesions may be odontogenic or nonodontogenic. Among odontogenic lesions without mineraliza-

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Кафедра лучевой диагностики и ПО.
Специальность Рентгенология.

Cysts and Cystic Lesions of the Mandible: Clinical and Radiologic – Histopathologic Review.

Кисты и кистозные поражения нижней челюсти:
клинико-рентгенологические исследования.

Моргоева Екатерина
Александровна

Актуальность

Появляющиеся кистозные поражения, которые возникают в нижней челюсти, трудно отличить к какому процессу они относятся.

Обычно они все доброкачественные, но некоторые могут иметь и разрушительный характер. Тщательное рассмотрение расположения патологии, ее границы, строение и влияние на окружающие ткани являются основой дифференциальной диагностики.

Кисты и кистозные поражения

Одонтогенные:

Развиваются во время или после образования зубов, они могут быть сгруппированы в поражения:

Без минерализации

С минерализацией.

Термин минерализация относится к выработке минерализованных продуктов, недостаток которых влияет на формирование эмали, дентина и цемента.

Неодонтогенные

Одонтогенные повреждения без минерализации.

Амелобластома – доброкачественное новообразование, развивающееся из разных клеток эпителия.

Рентгенологически амелобластомы проявляются как одно- или многокамерные полости. Картина многокамерности иногда бывает ложной, когда, вдаваясь в кортикальные пластинки на разную глубину, опухоль имитирует полики-стозное образование с перегородками между полостями (рис. 8.1). Типичные солидные амелобластомы обычно рентгенологически имеют вид однокамерного просветления различных размеров. Они истончают, но даже при больших размерах не вызывают резкого выбухания или перерыва кортикальных контуров кости. Кистозная форма чаще имеет мультицентрический характер роста, и между отдельными полостями сохраняются прослойки костной ткани. При этом даже в больших полостях основная масса опухоли находится за пределами кистозных просветлений, и по мере роста новообразования полости сливаются.

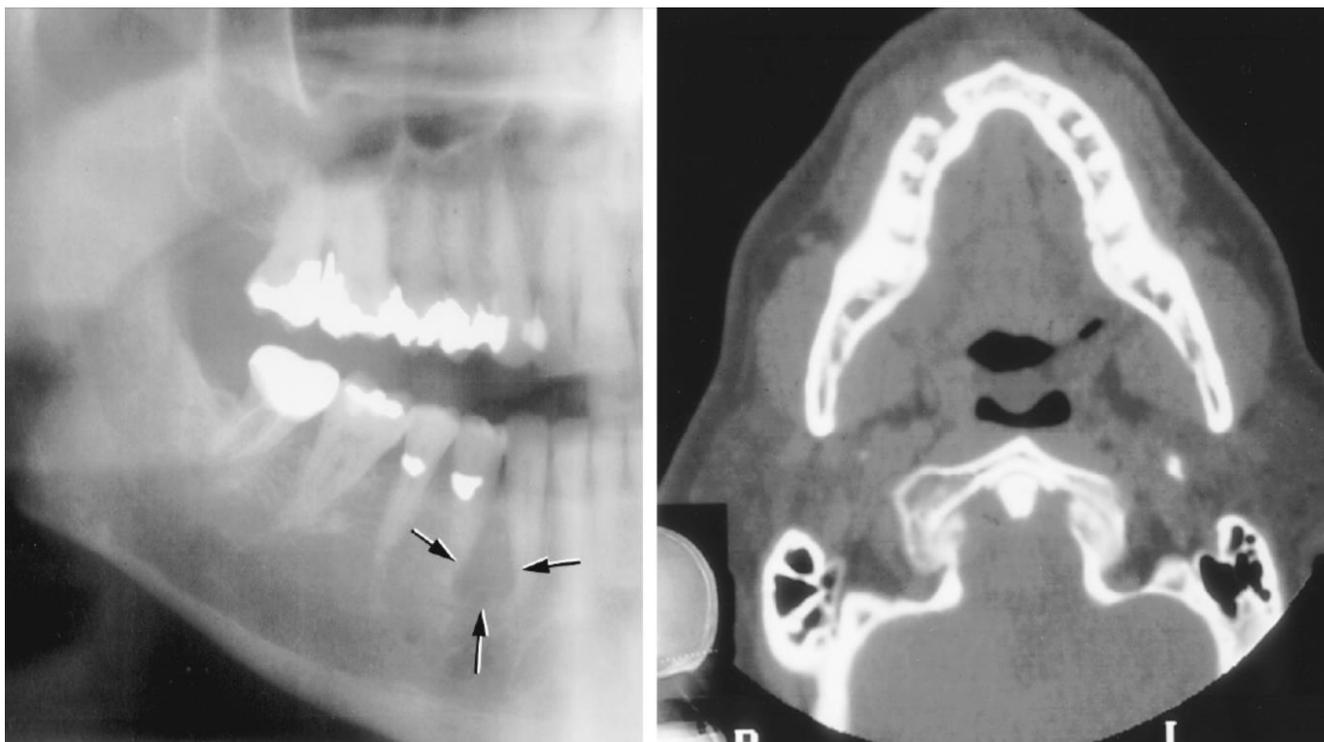
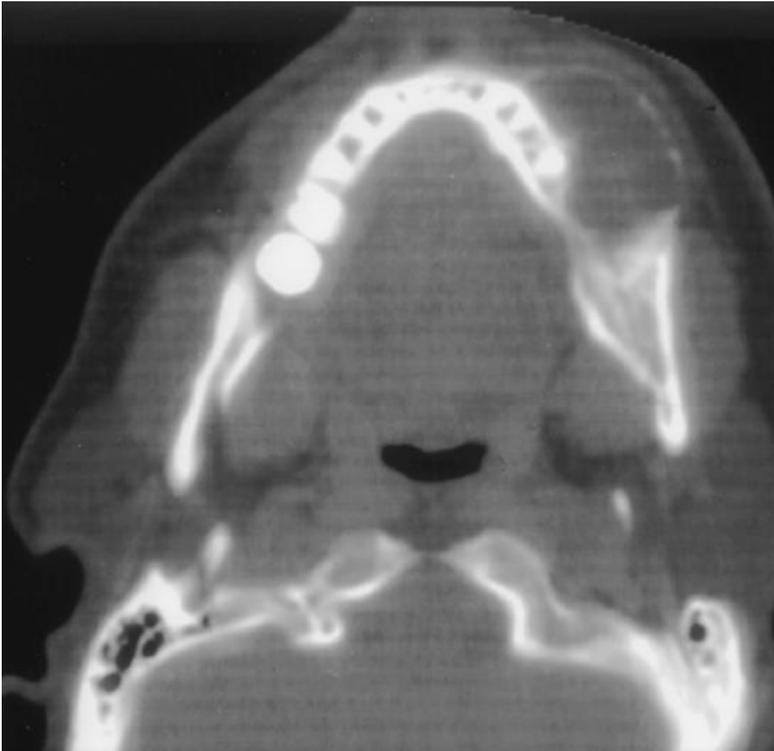


Рисунок 1. Амелобластома у 67-летнего мужчины. Случайно было замечено ненормальное на полный рот рентгенологические серии, полученные для обычной стоматологической помощи; дополнительные рентгенографические изображения и компьютерная томография (КТ) сканирование были получены. (а) Панорамная рентгенограмма показывает четко определенные, некортированные, люцитное поражение между корнями клыка и первым премоляром (стрелки). Существует потеря пластинки твердой мозговой оболочки с минимальным смещением зубов. (б) Осевая КТ показывает фокусную зону уменьшенного затухания в правой передней части нижней челюсти с перфорацией щечной пластинки. Энуклеация повреждение (удаление содержимого и выскабливание краев) было выполнено. (в) Микрофотография (гематоксилин-эозиновая окраска) показывает островки одонтогенного эпителия в фиброзной соединительнотканной строме. Это повреждение было маленьким и на ранней стадии; необычно обнаружить амелобластома в рентгенография. Дифференциальный диагноз для этого случая включает амелобластома, травматическую костную кисту, боковой киста пародонта, корешковая киста и другие одонтогенные опухоли.



Рисунки 2–4. (2) Амелобластома. Боковая косая рентгенограмманижней челюсти показывает расширяющийся, многоязычный, Ясное поражение с грубыми внутренними трабекулами и смещение зубов и смежных структур. Дифференциальный диагноз включает амелобластому и одонтогенный Keratocyst. (3) Амелобластома. Осевой КТ показывает расширение, локальное, гипонаттенуирующее поражение в левый аспект нижней челюсти с хорошо кортизированной щечной расширением. (4) Настенная амелобластома. Низкая мощность микрофотография (гематоксилин-эозинная окраска) показывает амелобластома (Т), возникающая из эпителиальной выстилки (стрелка) зубной кисты, окруженной фиброзной капсулой (F).

Одонтогенный кератоцист

Считается, что возникают одонтогенные кератоцисты из зубной пластинки и других источников одонтогенный эпителий. Они представляют 5% -15% всех кист челюсти. Самые одонтогенные кератоцисты найдены в течение 2-4 вв. жизнь, хотя они могут возникнуть в любом возрасте. Просвет Киста часто содержит «сырный» материал и имеет паракератинизированный эпителий слизистой оболочки (1). Дочерние кисты и гнезда кистозного эпителия обнаружены вне первичного поражения; как результат, одонтогенные кератоцисты имеют наивысшую частоту рецидивов частота любой одонтогенной кисты (50%) при лечении консервативно кюретажем (3). При рентгенографии одонтогенный кератоцист обычно проявляется как однократное, светящееся поражение с гладкими, кортикальными границами, которые часто связаны с пораженным зубом (рис. 5). Хотя одонтогенные кератоцисты чаще всего расположены в теле и ветви нижней челюсть, они могут также возникнуть в передней нижней челюсть или где-нибудь в верхней челюсти. В некоторых случаях они возникают в слизистой оболочке первичных кист без зуба (рис 6). Такие поражения неразличимы от зубных кист при рентгенографии. Одонтогенные кератоцисты более вероятно показать агрессивный рост, чем другие одонтогенные кисты и могут иметь волнообразные границы многоязычный внешний вид; эти характеристики сделать одонтогенные кератоцисты неразличимыми от амелобластом (1). одонтогенный кератоцисты могут вызвать истончение коры, зуб смещение и резорбция корня (2). Предпочтительное лечение для одонтогенного кератоцист - это хирургическая энуклеация с широкой краевой костей или сумчатое. Самый повторяющийся поражения обнаруживаются в первые 5 лет после энуклеация, но повторение может быть отложено для до 10 лет. Рецидивирующие одонтогенные кератоцисты были найдены в костных трансплантатах. множественный одонтогенные кератоцисты вместе с невоидом базально-клеточный рак и бифидобетон, являются компонентами синдрома базально-клеточного невуса (Gorlin-Синдром Гольца) (1).

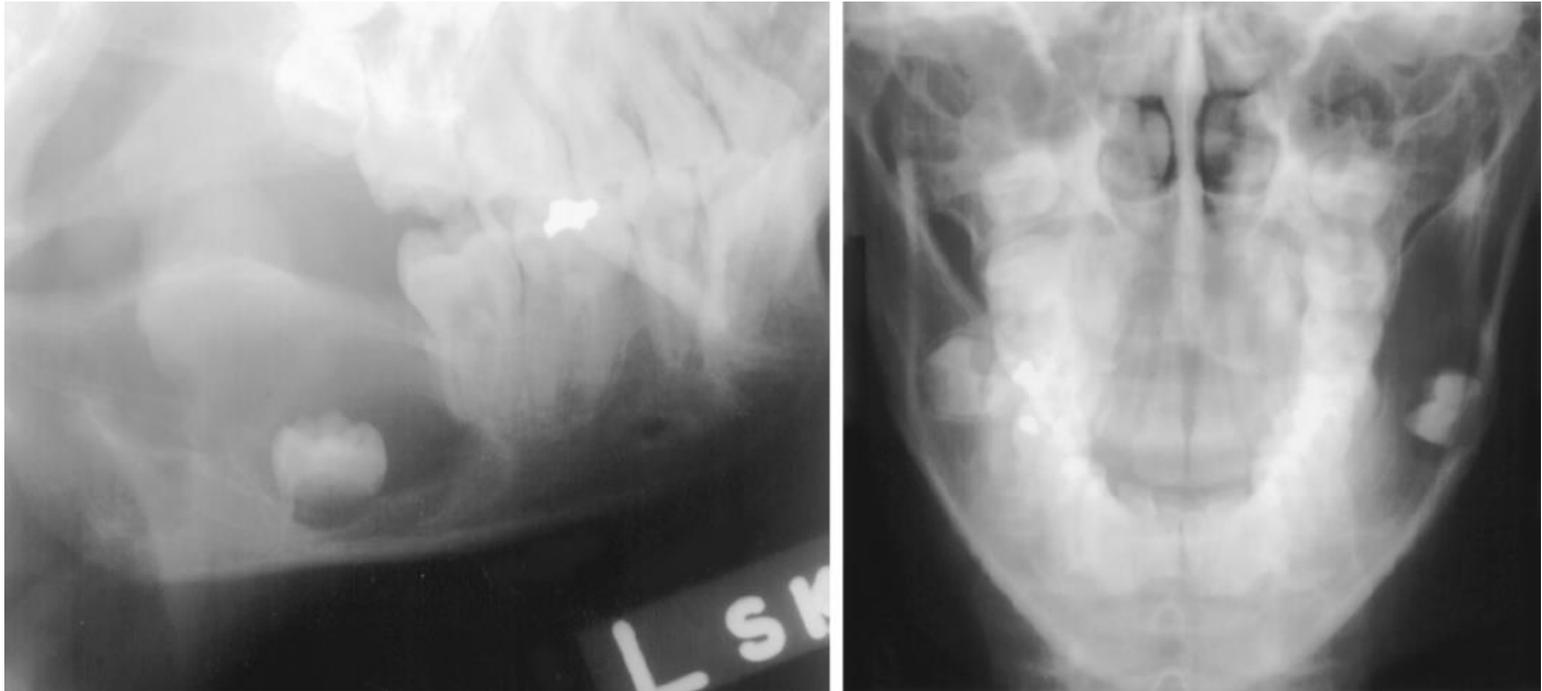


Рисунок 5. Одонтогенный кератоцист у 13-летнего мальчика. Случайность была замечена случайно на обычных рентгенограммы, полученные для планирования ортодонтического лечения. (а) боковая косая рентгенограмма показывает эллипсоид, расширенное, множественное, кортикальное, светящееся поражение, занимающее передние две трети левой ветви с пораженным третья молярная коронка смещена в пределах поражения. Нижнечелюстной канал, кажется, смещен также хуже. (б) На задней и задней рентгенограмме показано буккальное (боковое) смещение третьего моляра поражения. Пациент подвергся резекции по блокам. Дифференциальный диагноз включает в себя зубную кисту, одонтогенную кератоцист и амелобластома.

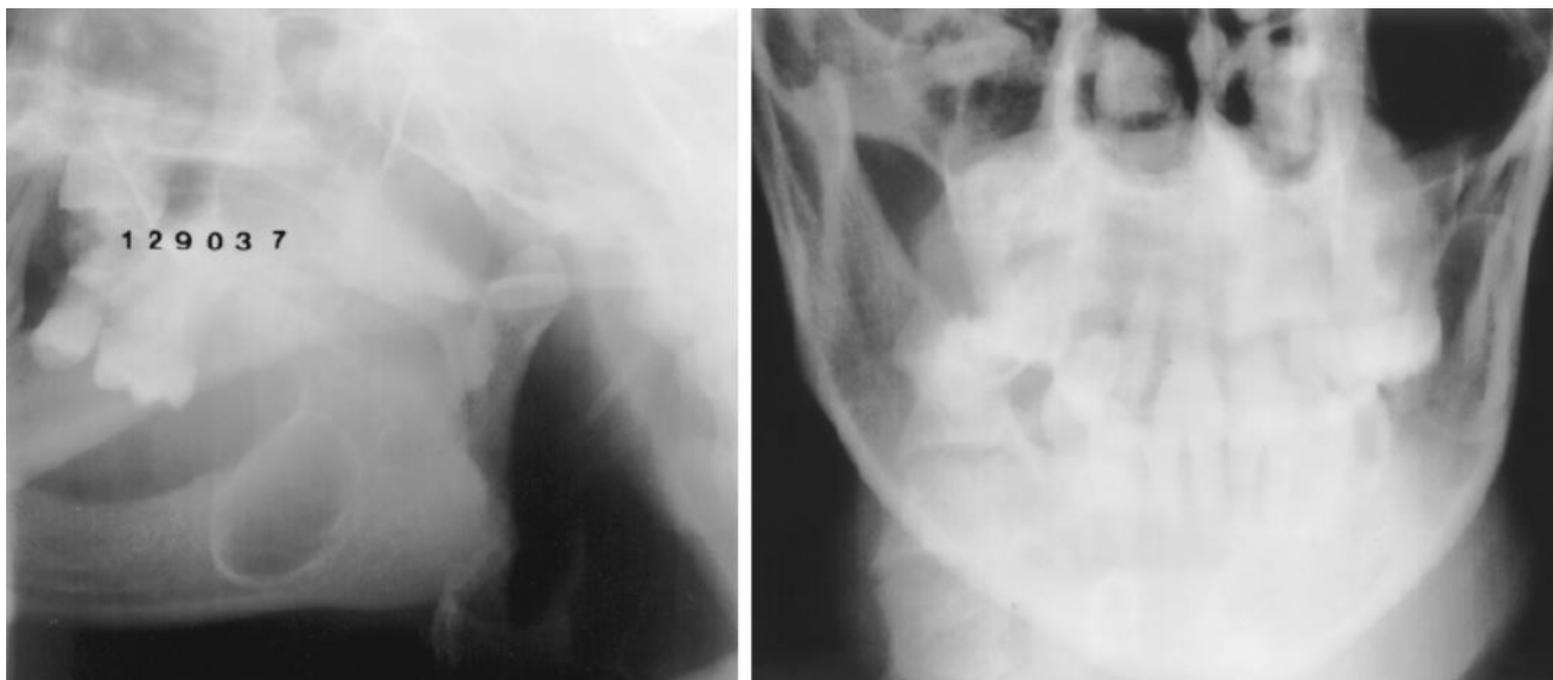


Рис. 6. Первичный одонтогенный кератоцист у 40-летней женщины. Случайно обнаружена ненормальность на рентгенограммах с полным ртом, полученных для обычной стоматологической помощи; дополнительные рентгенографические изображения были потом получены. Не было никакой истории третьего моляра, когда-либо присутствовавшего в этом районе. (а) боковая косая рентгенограмма показывает эллипсоид, четко очерченный, кортикальный, светящийся очаг без внутренней структуры в месте соединения альвеолярный отросток и левая восходящая ветвь. (б) Фронтальная рентгенограмма показывает расширение языка. Пациент прошел marsupialization повреждения (открытие и выскабливание поражения с краями слизистой оболочки, помещенными в повреждение; слизистая оболочка растет по нижней поверхности с дефектом, оставленным открытым, и дефект заживает вторым намерением). Дифференциальный диагноз включает остаточную кисту, одонтогенную кератоцисту и амелобластому.

Зубная киста

Зубная (фолликулярная) киста является наиболее распространенный тип невоспалительного одонтогенного киста (4) и наиболее частая причина перикоронального развития область яркости, связанная с воздействием зуб. Зубная киста образует внутрислизистая оболочка зубного фолликула при накоплении жидкости между фолликулярным эпителием и коронка развивающегося или неопущенного зуба. Большинство зубных кист проявляются у подростки молодые люди и часто образуют вокруг коронка из невыпущенного третьего моляра нижней челюсти. Пациенты обычно безболезненны. Самое важное

Особенностями этой кисты являются ее способность расширяться бессимптомно и его способность сместить или рассасывать соседние зубы или кость. При рентгенографии зубочелюстные кисты появляются как четко очерченные, округлые или яйцевидные, кортикальные, светящиеся поражения вокруг коронок беззубых зубов, обычно третьего моляры (рис. 7). Корни вовлеченного зуб часто находится за пределами поражения и нижняя челюсть (1). Зубные кисты могут варьироваться по размеру; кисты диаметром 2 см или более могут вызвать расширение нижней челюсти (2). Рентгенографическое изображение таких слизистых кист сопоставим с кистозным, одноклеточным одонтогенным Keratocysts. Чрезвычайно большой зубной кисты часто развивают волнистые границы из-за неравных темпы расширения через зоны различной плотности костей; результирующий рентгенографический внешний вид сравним с внешним видом одонтогенный кератоцист или амелобластома. В редких случаях может развиваться необработанная киста амелобластома в подкладке (т. е. роспись амелобластома [рис. 4]); однако злокачественная трансформация чрезвычайно редка (1). Лечение включает в себя извлечение связанного удаление зуба и всей кисты. Удаление чрезвычайно крупных кист может потребовать стабилизации кости с металлическими пластинами и кости пересадка в хирургическое место.

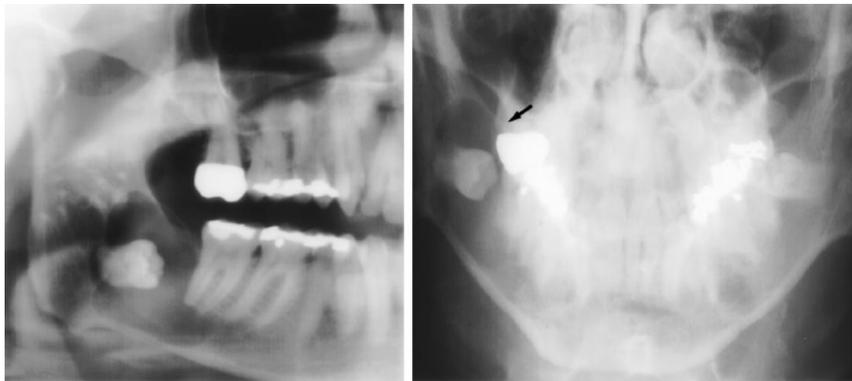


Рисунок 7. Зубная киста у 42-летнего мужчины с болезненными третьими молярами. Радиографическая серия с полным ртом показала ненормальность; дополнительные рентгенографические изображения были получены. (а) Панорамная рентгенограмма показывает эллипсоид, расширяющийся, четко очерченный, кортикальный, светящийся очаг с волнообразными краями в правой нижней челюсти. Связанный зуб виден внутри поражения. (б) задняя рентгенограмма показывает расширение языка (стрелка). Пациент перенес удаление зубов и энуклеацию. Дифференциальный диагноз включает в себя зубную кисту, одонтогенную кератоцист и амелобластома.

Радикальная киста

Радикальная (периапикальная) киста является наиболее распространенной кистой челюсти (1). Радикальные кисты являются наиболее часто наблюдаются у пациентов от 30 до 50 лет (2) и обычно не вызывают боли. Радикальная киста является последним шагом в развитии воспалительного процесса события после формирования периапикального воспалительного поражения, вторичное к пульпенекроз в зубе. Со временем воспалительная киста может развиваться в кости на вершине корня кариозный зуб из-за воспалительной стимуляции и распространение эпителиальных остатков Malassez (остаточные эпителиальные клетки в периодонтесвязки). При рентгенографии чаще всего появляются корешковые кисты как круглые или грушевидные, однократные, светящиеся поражения в периапикальной области (1). Они обычно менее 1 см в диаметре и граничат по тонкому краю кортикальной кости (2). Связанный зуб обычно имеет глубокое восстановление или большой кариозное поражение (рис. 8). Киста может сместиться прилегающие зубы или вызвать легкую резорбцию корня. Радикальные кисты и периапикальные гранулемы имеют похожий рентгенографический вид, хотя корешковые кисты встречаются реже и часто крупнее. Лечение состоит из энуклеации кисты подкладка в сочетании с эндодонтической obturацией (корень канал) и, в некоторых случаях, ретроградный хирургический эндодонтическое лечение (хирургическое воздействие верхушка корня с последующей ампутацией верхушка корня и obturация открытия пульповый канал) (1). Удаление зуба или корня фрагмент может потребоваться.



Рисунок 8. Радикальная киста у 40-летнего мужчины.

ненормальность была замечена случайно на панорамном рентгенограмме, полученная для планирования протезирования. Панорамная рентгенограмма показывает задержанный зуб фрагмент с отсутствующей пластинкой твердой мозговой оболочки. Простирающийся от вершины корня - эллипсоид, кортикальный, светящийся поражение без внутренней кальцификации (стрелки), появление в соответствии с корневым фрагментом и связанных корешковая киста. Корневой фрагмент был удален, и киста была высохла. Микроскопические особенности были согласны с корешковой кистой. Рентгенографический Появление этого поражения типично для корешковая киста или периапикальная гранулема из-за ассоциация с сильно кариозным зубом.

ОДОНТОГЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ С МИНЕРАЛИЗАЦИЕЙ

л одонтома

Одонтома - это одонтогенный гамароматоз порок развития, часто называемый опухолью, состоит из любых или всех одонтогенных тканей в различные состояния морфо- и гистодифференцировки (1). Это самая распространенная одонтогенная «опухоль» (67% случаев) (5). Существует два типа одонтом: сложный и простой. Сложные одонтомы содержат несколько масс зубной ткани и рассматриваются как четко определенные поражения с аморфным кальцификацией на рентгенограммах (2) (рис. 9). Более распространенное соединение одонтома содержит множественные зубы или зубоподобные структуры. Odontomas как правило, обнаружены во втором десятилетии жизни, часто при поиске незапущенного постоянного зуб. Большинство из них диаметром 1-3 см и может вызвать удары, неправильное расположение или рассасывание оседних зубов. Одонтома может быть в окружении светящегося фолликула, который может стать кистозный (рис. 10) или редко опухолевый. фолликул в свою очередь окружен фолликулярной корой одинаковой плотности и ширины. Дифференциал диагностика более аморфных одонтом включает очаговая цементно-костная дисплазия, амелобласт фибро-одонтома и аденоматоид Одонтогенная опухоль. Простое хирургическое удаление, как правило, лечение выбора. Одонтомы не склонны к рецидивам.



Рисунок 9. Сложная одонтома у 30-летнего мужчины с болезненными третьими молярами. Панорамная рентгенограмма показывает эллипсоидное поражение смешанной непрозрачности в заднее тело нижней челюсти (стрелки); поражение окружен светящимся фолликулярным пространством. Третий моляр смещается в ветвь. Удаление зуба с энуклеацией очага поражения. дифференциальный диагноз включает одонтому, очаговый цементно-костная дисплазия и кальцифицирующий эпителий Одонтогенная опухоль (опухоль Пиндборга).

Одонтогенная миксома

Необычное доброкачественное новообразование (3–6% одонтогенные опухоли), одонтогенная миксома происходит из мезенхимальной одонтогенной ткани. Эта опухоль может быть локально агрессивной и вызвать значительное разрушение смежных инфильтрация костей и мягких тканей (1). Одонтогенный миксомы развиваются только в костях челюсти (2) и имеют небольшое пристрастие к максилла. Они обычно встречаются в возрасте 10–30 лет пациенты, немного чаще у женщин (1). Врожденно отсутствует или не выполнено зубы могут быть связаны с этим новообразованием. Одонтогенные миксомы обычно безболезненны. При рентгенографии одонтогенные миксомы характеризуется литическими костными изменениями различной размер, который может быть разграничен и расширен или выставлять плохо определенные границы. Они часто мультилокулярные с внутренними костными трабекулами (2) и сотовая внутренняя структура Очаги нерегулярные часто наблюдается кальцификация (рис. 11). Небольшие поражения могут быть однократными. Время от времени, Морской гребешок миксомы между корнями смежных зубы, хотя зубы могут быть смещены и корни могут быть резорбированы. Дифференциальный диагноз может быть обширным и может включать в себя злокачественную опухоль, травматическая костная киста, центральная гигантская клетка гранулема и другие одонтогенные опухоли. Кальцинирование эпителиальная одонтогенная опухоль, другая местно-агрессивная, расширяющаяся опухоль, которая может быть сильно кальцинированный, может сильно напоминать Одонтогенная миксома при визуализации. Лечение - хирургическая резекция с широким край кости из-за тенденции опухоль, чтобы проникнуть и повториться (1).



Рисунок 11. Одонтогенная миксома у 75-летнего мужчины. Случайно было замечено ненормальное на полный рот

рентгенологические серии, полученные для обычной стоматологической помощи; дополнительные рентгенографические изображения были получены. Мягкий полнота ощущалась при пальпации нижней границы нижней челюсти. (а) Панорамная рентгенограмма показывает расширение, эллипсоид, частично кортикальный, светлый очаг с гетерогенной внутренней минерализацией справа сзади аспект нижней челюсти тела и простирается в нижней восходящей ветви (стрелки). (б) задний конец Рентгенограмма показывает расширение поражения (стрелки) вверх по ветру. Была проведена резекция En Bloc. рентгенологический вид этого поражения более типичен для кальцифицирующей эпителиальной одонтогенной опухоли, которая должна быть первым в дифференциальной диагностике Другие соображения включают одонтогенную миксому и кистозную одонтому.

НЕОДОНТОГЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ, КОТОРЫЕ МИМИЧЕСКИЕ ОДОНТОГЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

л доброкачественные фиброзные поражения

Доброкачественные фиброзно-костные поражения встречаются обычно в челюсть. Они представляют собой группу разнообразных заболеваний, характеризующиеся сходной гистопатологической особенностью (6). Осифицирующие фибромы обычно инкапсулированы, ограниченные, доброкачественные новообразования состоят из высококлеточных соединительных волокон ткань, которая содержит различное количество остеоида, кость, цемент и цементоподобный кальцинированный ткань. Большинство осифицирующих фибром черепно-лицевой скелет растет медленно и симметрично и может привести к расширению кости с лицевой асимметрией. В черепно-лицевой области, есть два явные клинико-патологические варианты окостенения фиброма: обычная медленно растущая окостенение фиброма и так называемый ювенильный активный (агрессивный) осифицирующая фиброма. По сравнению с обычными осифицирующие фибромы, ювенильные осифицирующие фибромы встречаются чаще у молодых пациентов и имеют большую склонность к рецидивам; они могут быть локально разрушительным, в первую очередь из-за комбинации анатомической недоступности и неполной удаление. При рентгенографии любой тип осифицирующей фибромы может выглядеть прозрачным, непрозрачным или смешанным в зависимости от степени кальцификации в пределах масса. Начальные поражения могут казаться яркими изначально (рис. 12); однако, если не лечить, со временем они обычно показывают увеличение непрозрачных очагов которые, кажется, сливаются. Эти новообразования могут быть отделены от окружающего их костного ложа тонкой линией, которая представляет фиброзная капсула; последний, в свою очередь, может быть в окружении склеротического края реактивной кости разработан в ответ на медленно расширяющийся рост центральной массы. На сканы кости, осификации фибромы классически демонстрируют интенсивные очагово повышенное усвоение. Дифференциальный диагноз зависит от размера, местоположения и кальцификации поражения. Включает в себя одонтому и секвеструм для меньших поражений и фиброзной дисплазии, сосудистые поражения и доброкачественные опухоли для большие поражения, особенно с минимальным или отсутствует минерализация.

Однако ювенильная осифицирующая фиброма может требуется хирургическое иссечение с достаточным запасом не вовлеченной кости. Очаговая цементно-костная дисплазия представляет собой один клинико-патологический вариант в спектре родственные и распространенные неопухолевые доброкачественные фиброзные поражения, возникающие исключительно в зубной щетке области челюстных костей (рис. 13). Эта Подгруппа фиброзно-костных заболеваний также включает периапикальная цементно-костная дисплазия (периапикальная цементома) (рис. 14) и дисплазия цветочной кости (Рис 15). Все эти поражения обнаружены во взрослой жизни, часто как случайный рентгенографический результаты без каких-либо сопутствующих симптомов или очевидные клинические отклонения. Смежные зубы характерно жизненно важно при тестировании пульпы. Наиболее варианты цементно-костной дисплазии имеют тенденцию к быть локализованным, ограниченным, дискретным поражением с решительным предпочтение нижней челюсти. Тем не менее, яркая костная дисплазия, наиболее драматичная и обширная экспрессия цементно-костной дисплазии, проявляется как диффузное, многоквadrантное распределение смешанных светопрозрачных костных изменений как в нижней челюсти, так и в верхней челюсти. Потенциал для симптоматической активации вторичной по отношению к наложенный остеомиелит существует. За исключением его подпериостное расположение в периапикальной область нижних передних зубов, рентгенографическая особенности периапикального цементно-костного дисплазия практически идентична цементно-костная дисплазия. Обе сущности характеризуется относительно четким разграничением из окружающей нормальной кости и манифеста как один или несколько близких или слитых, круглые или яйцевидные, блестящие поражения с различными количеством непрозрачности. При рентгенографическом наблюдении поражения начинаются как кистозные области сияния и имеют тенденцию становиться все более и более непрозрачными внутри но обычно не демонстрируют расширение в прилегающей кости или вызвать расширение коры. дифференциальный диагноз включает в себя верхушечный периодонтит для небольших, дискретных поражений и сравнимо с осифицирующей фибромой для больших поражений. Вместо «лечения» соответствующее управление очаговой цементно-костной дисплазии и периапикальная

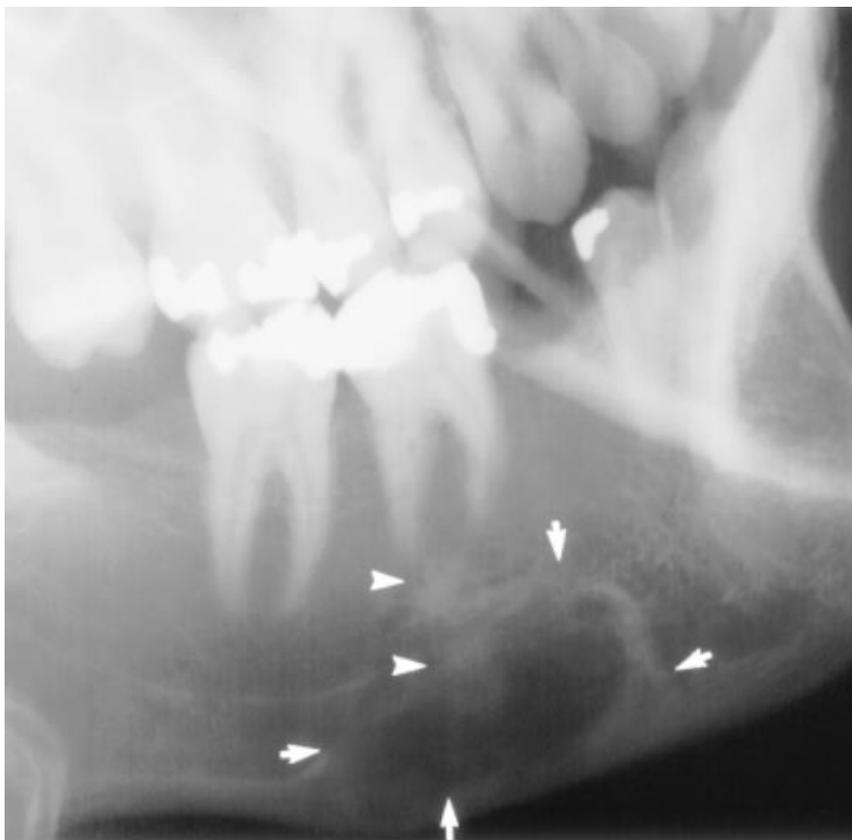


Рисунок 13. Фокальная цементно-костная дисплазия у бессимптомный 25-летний мужчина. Ненормальность была

выявлен случайно на рентгенограмме, полученной для обычной стоматологической помощи; дополнительная рентгенография выявила тогда патологию. Не было связанных клинических отклонений. Боковая косая рентгенограмма показывает эллипсоид, люцитное поражение с гиперостотическими границами (стрелки). Аморфная минерализация видна выше и ниже верхней границы поражения (наконечники стрел). Есть депрессия нижней границы нижней челюсти с эрозией Кора. Смещения зубов нет. Пациент перенес кюретаж поражения. Дифференциальный диагноз включает очаговую цементно-костную дисплазию, периапикальную цементно-костную дисплазию и оссификацию фиброма.



Рисунок 14. Периапикальная цемента-костная дисплазия у бессимптомного 47-летнего женщина. Периапикальные рентгенограммы показывают множественные поражения смешанной непрозрачности (стрелки) сгруппированы в корневых вершинах клыков и резцов и ниже их. Периодонтальный связочные пространства (наконечники стрел) не повреждены вокруг корней зубов.

Травматическая костная киста

Травматическая (простая) костная киста не является настоящей кистой потому что ему не хватает эпителиальной накладки. Причина

травматической костной кисты неизвестно, хотя некоторые считают, что он развивается в ответ на травмы. Эти поражения обычно обнаруживаются в 2-е десятилетие жизни (2). Их самый распространенный местом появления является нижняя челюсть (1). Травматический костные кисты обычно протекают бессимптомно и являются случайными рентгенографические данные. Поражения обычно однократные, светящиеся дефекты, которые часто имеют характерные зубчатые верхний край простирается между корнями зубы (рис. 16). Может наблюдаться сопутствующее истончение коры нижней челюсти с костным расширением. Множественные поражения возникают в некоторых необычных случаях. Дифференциальный диагноз включает сосудистые поражения, центральная гигантская клеточная гранулема и оссификация фиброма. Поражение исследуется хирургическим путем, чтобы исключить более серьезные условия и, как правило, состоит пустой полости в кости с организацией грануляционная ткань и кровоизлияние. Однажды кюретаж был выполнен, и диагноз устоявшаяся костная регенерация поражение проходит.

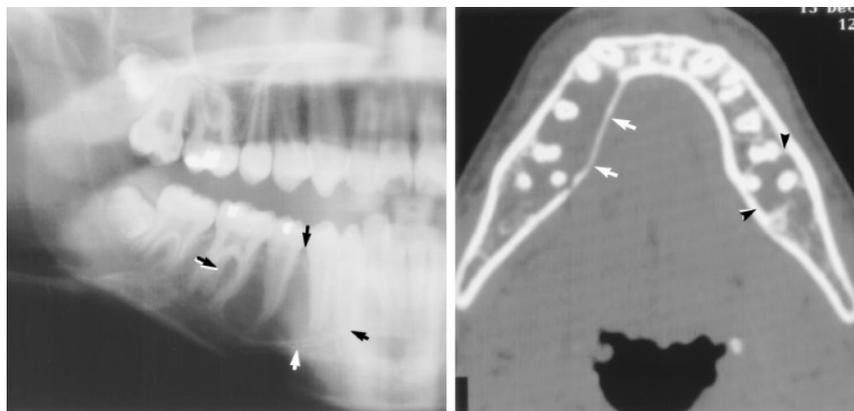


Рисунок 16. Травматическая костная киста у 12-летнего мальчика. Повреждение было обнаружено на обычной панорамной

рентгенограмме, полученная для планирования ортодонтического лечения. (а) Панорамная рентгенограмма показывает большой эллипсоид, четко выраженное, кортикальное, светящееся поражение между премолярным и молярным зубами на правая сторона нижней челюсти (стрелки). Минимальное смещение зуба присутствует вместе с потерей пластинки твердой оболочки корней в пределах поражения. Все зубы были жизненно важны. (б) осевая КТ показывает область низкого затухания в правой части нижней челюсти с расширением и истончением язычной коры (стрелки) и смещение первого премоляра. Большие костные пространства, типичные для нижней челюсти ребенка, видно на противоположной стороне (наконечники стрел). (с) Микрофотография (гематоксилин-эозиновая окраска) показывает часть костной стенки кисты (В), которая не имеет эпителиальной выстилки с фиброваскулярной стромой (S) на периферия. Пациент перенес энуклеацию поражения. Дифференциальный диагноз включает в себя центральный гигантклеточная гранулема, травматическая костная киста, амелобластная фиброма, гемангиома и оссифицирующая фиброма.

Дефект включения язычной слюнной железы

Дефект включения язычной слюнной железы (Stafne киста) - это четко выраженная депрессия в языке поверхность заднего тела нижней челюсти (1), обычно около угла нижней челюсти (2). В хирургическое исследование, аберрантная доля подчелюстного железа, или иногда жир, найден распространяться в депрессию. Дефект может проникать в нижнюю челюсть до глубины от язычной до щечной коры. Эти поражения как правило, бессимптомно и являются случайными рентгенографические данные. На рентгенограммах дефект проявляется как яйцевидные или прямоугольные, четко определенные области яркости что классически возникает чуть выше низшего раница нижней челюсти, впереди угла челюсти, ниже нижнечелюстного канала, и кзади от третьего моляра (рис. 17). Границы дефект часто окружен непрозрачным линия из-за прохождения рентгеновского луча через толстую буккальную стенку дефекта. Потому что это место характерно для этого сущность, дефект включения язычной слюнной железы легко дифференцируется от других патологических объектов. Тем не менее, сосудистые поражения, такие как артерио-венозные порок развития, следует учитывать пока диагноз не проверен с последующим наблюдением. Лечение не требуется, хотя наблюдение в течение 3–6 месяцев рекомендуется подтвердить устойчивость поражения (1).



Рисунок 17. Дефект включения язычной слюнной железы

у 67-летнего мужчины. Случайно была замечена ненормальность на рентгенограмме получен полный рот для обычной стоматологической помощи; дополнительные рентгенографические виды затем были получены. Боковые косые рентгенограммы четко очерченный, от эллипсоида к прямоугольному, кортикальный, светящееся поражение (наконечники стрел) перед нижней челюстью угол и нижний нижнечелюстной канал (стрелки). Потому что это рентгенографическое обнаружение практически патогномичное включение язычной слюнной железы дефект, лечение не проводилось. Дифференциальный диагноз для больших, менее характерных вариантов включает артериовенозная мальформация и гемангиома.

Центральная гигантская клеточная гранулема

Центральная гигантская клеточная гранулема является относительно распространенным поражением челюсти и обычно происходит в подростки и молодые люди (75% пациентов менее 30 лет) (7). Нижняя челюсть поражается вдвое чаще, чем большинство поражений развивается перед первыми молярами, где находятся молочные зубы. Пациенты обычно испытывают безболезненный отек (8); пальпация может вызвать нежность, и часторасширение кости и смещение зубы (1).

Рентгенографические особенности центральной гигантской клетки гранулемы различаются. Ранние поражения обычно небольшие, однократные участки яркости, которые могут имитировать одонтогенная киста. По мере развития поражение может появляться многоячеистые с тонкими внутренними перегородками и костная экспансия (рис. 18). В результате медленный рост, эти поражения имеют тенденцию быть четко выраженными, хотя плохо определенные границы могут быть наблюдается в поражениях, которые растут быстрее (9). Центральной гигантская клеточная гранулема имеет склонность к пересекая срединную линию, особенно в верхней челюсти. Расхождение корней зубов, рассасывание пластинки твердой мозговой оболочки и корней и более агрессивные кости разрушение может произойти. Бурые опухоли гиперпаратиреоза идентичны гигантской клетке гранулемы при рентгенографии и сходны гистологически, но возраст пациента и сыворотка уровень паратиреоидных гормонов и кальция должно помочь различить эти объекты (1). Энуклеация и выскабливание указаны лечение центральной гигантоклеточной гранулемы, и повторение редко.



Рисунок 18. Центральная гигантская клеточная гранулема у 14-

летняя девочка с прогрессирующим отеком над передней частью нижней челюсть. Поперечная окклюзионная рентгенограмма показывает растянутое, кортикальное, светящееся поражение в передняя челюсть с волнообразными краями и тонкими внутренними перегородки. Смещение зубов присутствует, и поражение пересекает срединную линию. Энуклеация поражения был выполнен. Дифференциальный диагноз включает центральная гигантоклеточная гранулема, амелобластома, херувизм у ребенка и бурые опухоли гиперпаратиреоза у пожилого пациента.

Коричневая опухоль гиперпаратиреоза

Коричневые опухоли (остеокластомы) являются центральным гигантом поражения клеток, которые возникают у пациентов с давними гиперпаратиреоз. Эти поражения может возникнуть в любой кости, в том числе лицевой скелет. Коричневые опухоли могут встречаться в нескольких области в пределах одной кости или в качестве полиостоза процесс. При рентгенографии поражения различны нечеткие края и могут вызвать корковое асширение (рис. 19). Одновременные изменения кости связан с гиперпаратиреозом, таким как обобщенная деминерализация медуллярного кости челюсти и потеря твердой оболочки вокруг корни зубов, могут помочь дифференцировать коричневые опухоли от других процессов. Сывороточные аномалии при гиперпаратиреозе включают гиперкальциемию, гипофосфатемия и повышенные уровни гормон паращитовидной железы (10). После соответствующего медицинского или хирургического лечения основной эндокринной аномалии, почти все радиографические изменения имеют тенденцию возвращаться к норме (1).

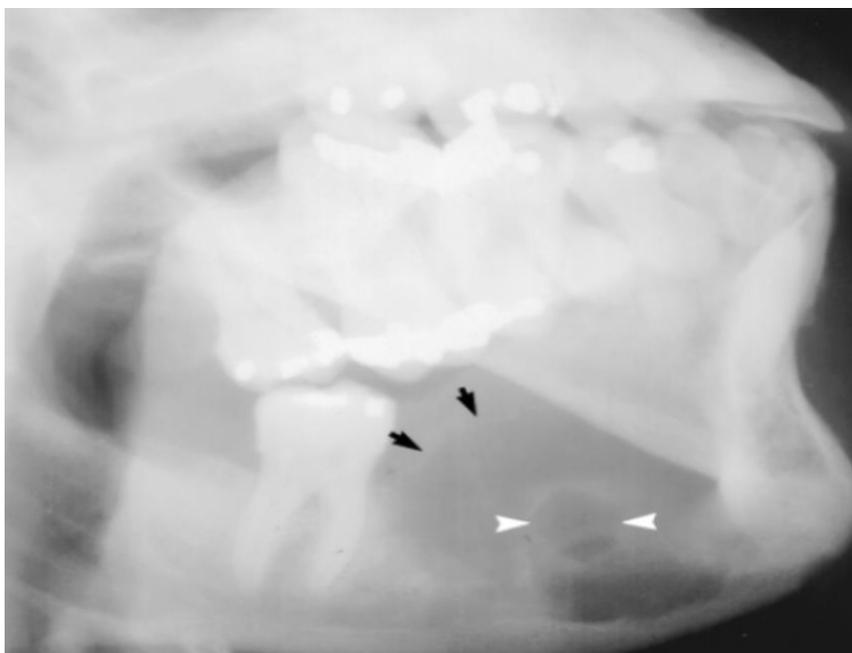


Рисунок 19. Бурые опухоли гиперпаратиреоза в 56-летней женщине с ничем не примечательным медицинским анамнез и болезненный протез нижней челюсти. Рентгенограммы были получены для обычного стоматологического ухода. Боковая косая рентгенограмма показывает большой, светящийся поражение нижней челюсти с расширением альвеолярного гребня (стрелки) и тонкой внутренней перегородки. «Окошко» кости видно (наконечники стрел) и является объясняется языковым расширением. Окклюзионный вид полученные в медиолатеральной плоскости продемонстрированы сопоставимые выводы. Из-за рентгенографии выводы, в основном обобщенные деминерализации Челюсти и рассасывание твердой мозговой оболочки визуализируемого зубы, диагноз гиперпаратиреоза был предложен и был подтвержден с сыворотками. Впоследствии, пациент прошел курс лечения от гиперпаратиреоза.

Артериовенозная мальформация

Артериовенозные мальформации аномальные, прямые связь между артериями и венами это обходят капиллярное русло. Они необычны поражения головы и шеи. Большинство поражений в челюсти встречаются в ветви и задней части Тело нижней челюсти. Важно признать геморрагический потенциал этих поражений потому что удаление зуба, смежного с артериовенозным порок развития может привести к летальному исходу обескровливание (11). Клинические признаки артериовенозной пороки развития являются переменными. Поражение может вызвать отек мягких тканей и может расширяться кости; отек иногда пульсирующий. Устремление произведет ярко-красную кровь. На рентгенограммах артериовенозных мальформаций может выглядеть как киста из-за резорбции в соседней кости. Поражение может быть многоячеистым, и может быть очевидное кальцификация в стена. Поля этих аномалий могут появляются эрозивные и, таким образом, имитируют злокачественные образования. Дифференциальный диагноз включает травматический костная киста, центральная гигантоклеточная гранулема, и оссифицирующая фиброма. Ангиография необходима для подтверждения диагноза и определить размер и степень поражение (рис. 20). Эти поражения управляются хирургически в больнице с переливанием крови доступные услуги (1).

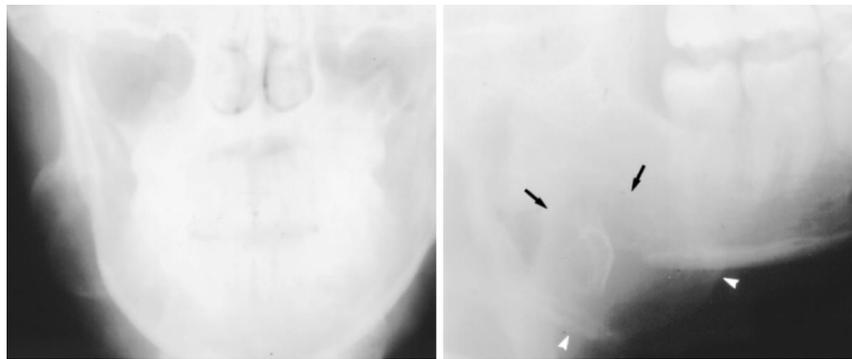


Рисунок 20. Артериовенозные мальформации в 23-летняя женщина с безболезненным, прогрессирующим отеком в правом нижнечелюстном углу и подчелюстной области. Масса была слегка пульсирующей. (а) задний конец Рентгенограмма показывает латерально расширенное, светящееся поражение в правой части нижней челюсти с гладкой, тонкие кортикальные границы и отсутствие внутренней структуры. (б) Боковая косая рентгенограмма показывает поражение под углом нижней челюсти. Края в нижней челюсти плохо определены (стрелки), тогда как внешние поля хорошо определены (стрелки). Аспирация производится ярко-красная кровь, и ангиография была выполнена. (с) На внешней сонной артериограмме показана сосудистая масса, поставляемая язычной артерией, покрывающей заднее тело и угол нижней челюсти. Поражение был резецирован. Дифференциальный диагноз перед ангиография включала артериовенозные мальформации, гемангиома и злокачественные новообразования мягких тканей, поражающие нижняя челюсть.

Мукоэпидермоидная карцинома

Мукоэпидермоидные карциномы возникают редко в центре нижней челюсти; они обычно возникают в слюнных железах или полостях носа. На рентгенограммах слизисто-эпидермоидные карциномы в челюсти, как правило, кажутся более инфильтративными, чем случай, показанный на рисунке 21 (12). Эти поражения имеют тенденцию разрушать корковые границы, такие как стены нижнечелюстных каналов и коркового покрытия и гребни нижней челюсти.

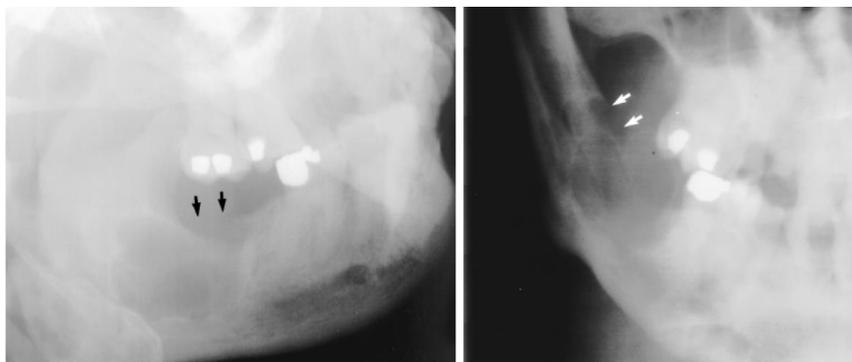


Рисунок 21. Мукоэпидермоидный рак у 67-летнего мужчины. Поражение было частично видно на рентгенограммах полученные для обычной стоматологической помощи; дополнительные мнения были получены. (а) боковая косая рентгенограмма показывает многослойная зона яркости с волнообразными границами и без внутренней структуры. Повреждение размывается через альвеолярный гребень (стрелки). (б) задняя рентгенограмма показывает расширение языка с правой стороны с эрозией через язычную кору (стрелки). Это повреждение имеет классический вид амелобластомы, учитывая его расположение, размер, волнистые границы и отсутствие внутренней структуры. Границы относительно хорошо определены, за исключением для эрозии альвеолярного отростка и язычной коры, которые могут возникать при амелобластомах. Образец биопсии показали признаки, согласующиеся с мукоэпидермоидной карциномой, но пациент отказался от лечения и был потерян для продолжения. Дифференциальный диагноз включает амелобластому, одонтогенный кератоцист и остаточный зубной киста.

Список литературы

- Cysts and Cystic Lesions of the Mandible: Clinical and Radiologic – Histopathologic Review.