

Jovita Romero-Flores,
Marco Antonio García-Huerta,
Abel Hernández-Miranda

Mixoma odontogénico

Departamento de Cirugía Maxilofacial, Hospital de Especialidades,
Centro Médico Nacional Siglo XXI,
Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México

Comunicación con: Abel Hernández-Miranda
Tel: (55) 2231 8434
Correo electrónico: abelr1cmf@hotmail.com

Resumen

Introducción: el mixoma odontogénico es una neoplasia benigna recurrente que cuando crece puede generar dolor, disestesia y movilidad dentaria. Prevalce en adultos con una media entre los 28.8 años y es raro en menores de edad; es más común en mujeres. Su pronóstico es bueno posterior a la enucleación y su transformación maligna es rara.

Caso clínico: mujer de 53 años de edad quien acudió al Servicio de Cirugía Maxilofacial por aumento de volumen en región nasogeniana derecha, sin otros síntomas; refirió antecedente traumático por caída de 5 m de altura a los 33 años. Se le realizaron estudios de laboratorio; los resultados fueron normales. En la tomografía axial computarizada se observó imagen central hipodensa mal delimitada. El informe histopatológico de la biopsia incisional indicó mixoma odontogénico, por lo cual se decidió resección en bloque, con márgenes de seguridad. En el seguimiento a un año sin complicaciones ni recidiva.

Conclusiones: el mixoma odontogénico descrito se presentó en el maxilar superior derecho, por lo que representó un reto dada la ubicación inusual; es determinante reconocer el avance de la lesión para normar individualmente el procedimiento terapéutico.

Palabras clave

tumores odontogénicos
osteotomía

Summary

Background: the odontogenic myxoma is a recurrent benign neoplasm that when it grows can generate pain, tooth mobility and dysesthesia. Prevalent in adults with an average between the 28.8 years and is rare in minors; It is more common in women. His prognosis is good after enucleation and its malignant transformation is rare.

Case report: 53 years old woman who attended the service of maxillofacial surgery by increase of volume in right geniana region, without other symptoms; He referred traumatic background by fall of 5 m in height at age 33. Her studies were carried out laboratory; the results were normal. Computerized axial tomography revealed poorly delimited hipodensa central image. The histopathology of the incisional biopsy report indicated Odontogenic myxoma, so it was decided to resection in block, with margins of safety. In the follow-up to a year without complications or recurrence.

Conclusions: described odontogenic myxoma presented in the right upper jaw, so it represented a challenge given the characteristics of the unusual location, it is crucial to recognize the progress of the lesion to individually regulate the therapeutic procedure.

Key words

odontogenic tumors
osteotomy

Introducción

El mixoma suele presentarse en la aurícula izquierda cerca de la fosa oval del corazón¹ y es raro en cavidad bucal; cuando se presenta en mandíbula y maxilar se le llama mixoma odontogénico, por derivarse de la porción ectomesenquimatosa del germen dental. Se trata de una lesión benigna, localmente agresiva, clasificada en 2005 como tumor² y defi-

nida como neoplasia odontogénica benigna,³ de crecimiento lento, infiltrativo y agresivo localmente, con alto porcentaje de recidiva.⁴ Algunos estudios lo ubican como el tercer tumor más frecuente después del odontoma y ameloblastoma,⁵ y en algunos lugares, como Nigeria, es el segundo tumor odontogénico más común.⁶

El mixoma representa entre 1 y 17 % de todos los tumores odontogénicos,⁷ prevalece en edades de seis a 66 años⁸ y

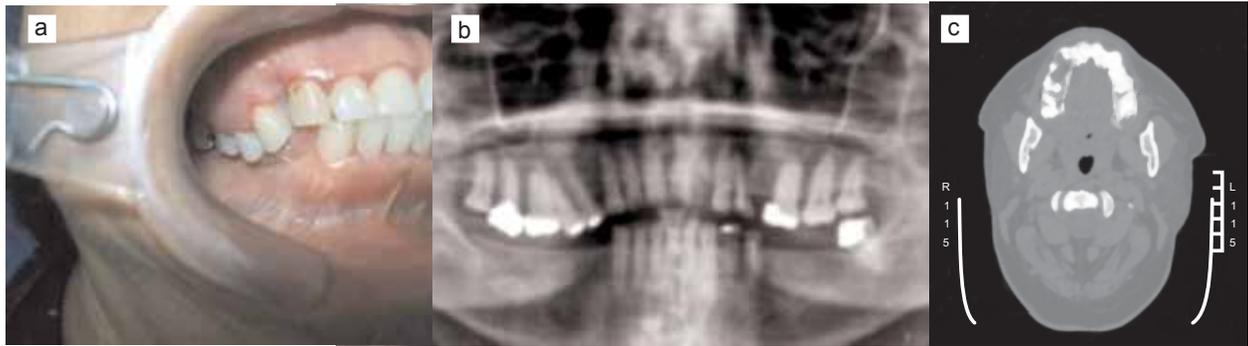


Figura 1 | a) Imagen intraoral. b) Ortopantomografía. c) Tomografía computarizada corte axial

la edad media es de 28.8 años, si bien se han informado casos en niños;^{8,9} es ligeramente más común en mujeres que en hombres en una relación de 1.5:1⁴ y más frecuente en mandíbula que en maxilar,^{8,10} y en la región posterior de la mandíbula y ocasional en gingiva.¹¹

Es una entidad poco diferenciada clínicamente, con aumento de volumen y por lo general asintomática, sin embargo, al crecer puede generar dolor, disestesia, ulceración de los tejidos blandos y movilidad de órganos dentarios.⁶ Microscópicamente se caracteriza por células fusiformes y estrelladas sumergidas en una matriz extracelular mucoide o abundante estroma mixoide con mínima celularidad y variable aumento de colágeno, así como islas de tejido epitelial odontogénico.⁵ Estudios histoquímicos muestran como sustancias fundamentales el ácido mucopolisacárido, el ácido hialurónico y el condroitín sulfato.¹² Es una neoplasia que por ser benigna no es radiosensible ni quimiosensible y según el grado de extensión de la lesión varía el tratamiento:

- a) Enucleación con osteotomía periférica.
- b) Resección en bloque.

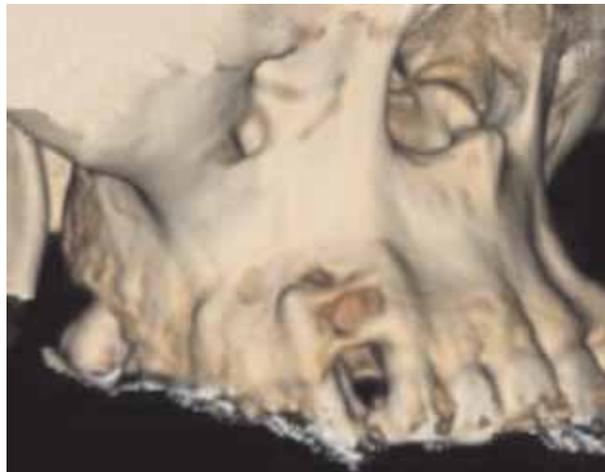


Figura 2 | Imagen en tercera dimensión

- c) Resección radical con márgenes de seguridad en lesiones amplias y agresivas,^{13,14} no recomendada por las secuelas de asimetría facial por el uso de nitrógeno líquido como adyuvante en el tratamiento del lecho quirúrgico.

Es necesario el seguimiento con radiografía y tomografía computarizada hasta por siete años o más y se recomienda la restauración mediante implantes o prótesis según el área involucrada posterior a los dos años de la escisión.¹⁵ El pronóstico es bueno a pesar del alto grado de recidiva y agresividad; la transformación maligna es extremadamente rara.

Caso clínico

Mujer de 53 años de edad dedicada al hogar, como antecedente traumático refirió caída de una altura de 5 m a los 33 años; inició su padecimiento con discreto aumento de volumen en región geniana derecha, de crecimiento lento y asintomático.

A la exploración física se encontró discreto aumento de volumen en región geniana derecha; en la cavidad oral, au-



Figura 3 | Pieza quirúrgica

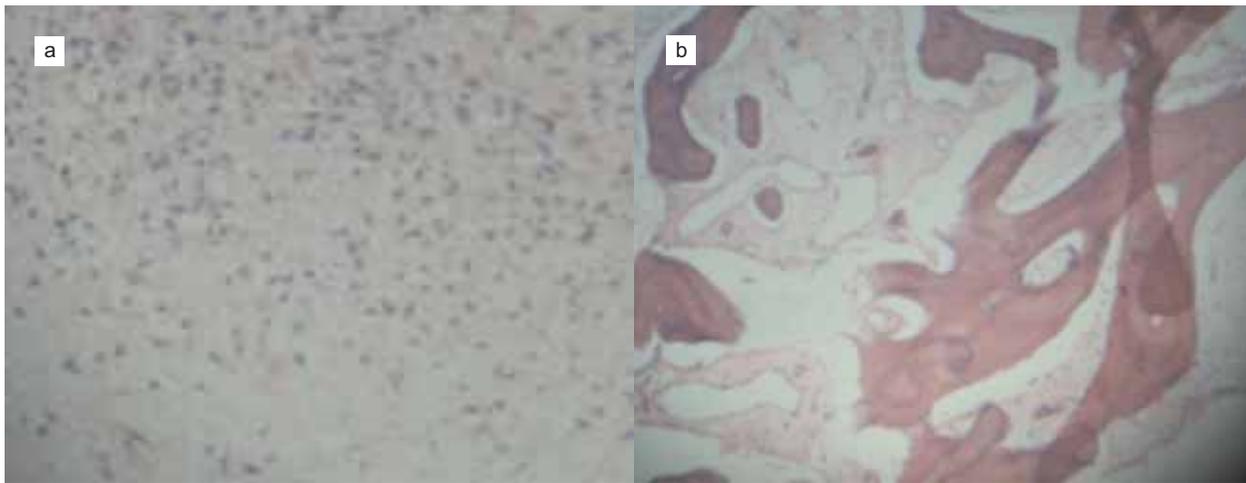


Figura 4 | Se observan células con abundante estroma mixoide con mínima celularidad y variable aumento de colágeno (40x y 100x)

mento de volumen en maxilar posterior derecho, indurado, sin cambios de coloración en mucosa masticatoria y movilidad de órganos dentarios del área involucrada grado II (figura 1a).

Estudios complementarios

Mediante ortopantomografía se apreció lesión central en proceso alveolar radiotransparente, mal definida, mal delimitada, con bordes irregulares e involucro del primero y segundo premolares hasta el primer molar superior derecho, con delimitación por debajo del seno maxilar (figura 1b).

En la tomografía axial computarizada contrastada se observó imagen central en el proceso alveolar, hipodensa, de 33.86 a 39.06 UH, con dimensión aproximada de 21 × 13.7 mm, que involucraba canino, premolares y primer molar maxilar derecho, con bordes mal definidos, distensión de tablas óseas y ausencia de contacto directo con seno maxilar (figura 1c). Se corroboró la dimensión de la lesión con imagen en tercera dimensión (figura 2).

Técnica quirúrgica

Con el conocimiento de que la lesión era amplia, delimitada y de carácter localmente agresivo, se decidió realizar resección en bloque con márgenes de seguridad, bajo anestesia general balanceada, con intubación orotraqueal, mediante técnica intraoral.

En el acto quirúrgico encontramos pieza con material contenido en su interior, de aspecto fibroso y consistencia gelatinosa, con restos de material sólido de color café oscuro en menor cantidad. Se retiró bloque y se realizó curetaje de lecho quirúrgico, así como cierre del colgajo; se envió pieza quirúrgica a patología (figura 3).

Histopatología

En varios cortes histológicos se identificaron células con abundante estroma mixoide con mínima celularidad y variable aumento de colágeno, así como restos de material dental amorfo (figuras 4).

Se dio seguimiento por 12 meses sin encontrar datos clínicos, ni radiográficos de recidiva.

Conclusiones

El mixoma odontogénico se deriva de la porción ectomesenquimatosa del germen dental, de crecimiento lento, infiltrativo y agresivo localmente, en especial en los niños. Su mayor prevalencia es en adultos jóvenes entre el segundo y tercer decenio de la vida y es ligeramente más frecuente en mujeres.⁴ En cavidad bucal su ubicación más común es en tejidos blandos y con mayor porcentaje en la región posterior de la mandíbula seguido del maxilar.

El primer dato clínico es discreto aumento de volumen, pero conforme el tumor crece puede ocasionar dolor, disestesia, ulceración de los tejidos blandos y movilidad de los órganos dentarios involucrados. Radiográficamente se pueden apreciar lesiones grandes con radiotransparencia unilocular o multi-locular y, en ocasiones, expansión cortical, desplazamiento dentario con márgenes bien definidos o difusos. Cuando hay perforación de tablas óseas se observa proceso lítico mal definido que sugiere un tumor con comportamiento más agresivo.¹⁰

Histológicamente se observa consistencia gelatinosa no encapsulada, estructura flexible,¹² células fusiformes y estrelladas sumergidas en una matriz extracelular mucoide o abun-

dante estroma mixoide con mínima celularidad y variable aumento de colágeno, así como islas de tejido epitelial odontogénico. Según su constitución, se derivan varios tipos de mixoma, entre ellos fibromixoma, mixofibroma, osteomixoma y condromixoma. Estudios histoquímicos muestran como sustancia fundamental el ácido mucopolisacárido, el ácido hialurónico y el condroitín sulfato.¹²

La enucleación quirúrgica completa es difícil por tratarse de lesiones no encapsuladas y con carácter infiltrativo en tejido óseo adyacente y en tejidos blandos sin margen bien definido, lo que predispone alta tasa de recidiva (25 %),¹⁰ por lo cual se requiere detección oportuna y tratamiento quirúrgico con márgenes de seguridad.

La modalidad terapéutica varía según el grado de extensión de la lesión, como enucleación con osteotomía periférica, resección en bloque o resección radical con márgenes de seguridad en lesiones amplias y agresivas,^{13,14} si bien esta última no es muy recomendable por la asimetría facial que deja como secuela. Se ha utilizado la aplicación de nitrógeno líquido como tratamiento del lecho quirúrgico con el fin de disminuir la recidiva.⁴

Por su naturaleza benigna, el mixoma odontogénico no es radiosensible ni quimiosensible y no se han informado casos de metástasis hasta el momento; cuando microscópicamente muestra celularidad marcada y atípica celular es designado

mixosarcoma y es tratado de distinta forma.¹² La extirpación quirúrgica completa es difícil ya que la lesión no cuenta con cápsula y se infiltra en tejido óseo adyacente de manera progresiva, lo que predispone un alto porcentaje de recidiva.

Se requiere detección oportuna y tratamiento quirúrgico con márgenes de seguridad, con el fin de delimitar el progreso de la lesión, por lo que es conveniente el estrecho seguimiento con radiografías y tomografía computarizada por más de siete años. Se recomienda la restauración mediante implantes o prótesis según el área involucrada posterior a los dos años de la escisión.¹⁵ El pronóstico es bueno a pesar de la reincidencia y la agresividad del tumor.¹⁰

Cabe mencionar que este tipo de lesión clínicamente no presenta datos relevantes que sugieran invasividad. En la actualidad, como ya se mencionó, se ha utilizado con buenos resultados el nitrógeno líquido como adyuvante en el tratamiento quirúrgico.

El diagnóstico presuntivo por lo general se hace clínica y radiográficamente, confirmado con histopatología; el diagnóstico diferencial se establece con quiste dentígero, queraquiste odontogénico, quiste botroide y ameloblastoma,¹⁶ así como con tumores de la vaina nerviosa mixoide, fibroma condromixoide, fibrosarcoma mixoide de bajo grado y otros sarcomas mixoides⁵ o mixoma osteogénico.¹²

Referencias

- Bast BT, Pogrel MA, Regezi JA. The expression of apoptotic proteins and matrix metalloproteinases in odontogenic myxomas. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61(12):1463-1466.
- Reichart PA, Philipsen HP, Sciubba JJ. The new classification of head and neck tumours (WHO). Any changes? *Oral Oncol* 2006;42(8):757-758.
- Aquilino RN, Tuji FM, Eid NLM, Molina OF, Joo HY, Haiter F. Odontogenic myxoma in the maxilla: a case report and characteristics on CT and MR. *Oral Oncol* 2006;42(4):133-136.
- King TJ, Lewis J, Orvidas L, Kademani D. Pediatric maxillary odontogenic myxoma: a report of 2 cases and review of management. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66(5):1057-1062.
- Barnes L, Eveson JW, Reichart Pr, Sidransky D, editores. World health organization classification of tumours. pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC Press; 2005.
- Noffke CE, Raubenheimer EJ, Chabikuli NJ, Bouckaert MM. Odontogenic myxoma: review of the literature and report of 30 cases from South Africa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;104(1):101-109.
- Leiser Y, Abu-El-Naaj I, Peled M. Odontogenic myxoma. A case series and review of the surgical management. *J Craniomaxillofac Surg* 2009;37(4):206-209.
- Li TJ, Sun LS, Luo HY. Odontogenic myxoma: a clinicopathologic study of 25 cases. *Arch Pathol Lab Med* 2006;130(12):1799-1806.
- Epivatianos A, Lordanidis S, Zaraboukas T. Myxoma of the oral soft tissues: report of a case and literature review. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65(2):317-320.
- Raspall G. Tumores de cara, boca, cabeza y cuello: atlas clínico. Segunda edición. Barcelona: Masson; 2000.
- Olgac V, Koseoglu BG, Aksakalli N. Odontogenic tumours in Istanbul: 527 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2006;44(5):386-388.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot J. Oral & maxillofacial pathology. Segunda edición. Philadelphia: WB Saunders; 1995.
- Casap N, Wexler A, Tarazi E. Application of a surgical navigation system for implant surgery in a deficient alveolar ridge postexcision of an odontogenic myxoma. *J Oral and Maxillofac Surg* 2005;63(7):982-988.
- Kumar V, Cotran RS, Robbins SL, Perkins JA. Patología humana. Sexta edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
- Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Contemporary oral and maxillofacial surgery. Cuarta edición. St. Louis: Mosby; 2003.
- Ledesma-Montes C, Hernández-Guerrero JC, Garcés-Ortiz M. Clinico-pathologic study of odontogenic cysts in a mexican sample population. *Arch Med Res* 2000;31(4):373-376.