

## ¿Cuál sería su diagnóstico y tratamiento?

Mujer de 34 años de edad, alérgica a beta-lactámicos, remitida a nuestra consulta de Cirugía oral y Maxilofacial por tumoración mandibular derecha de 10 meses de evolución con aumento progresivo de tamaño. La paciente refería dolor continuo en hemimandíbula derecha, con irradiación al oído derecho, sin limitación para la apertura oral ni parestesias del labio inferior.

En la exploración física se objetivaba una tumoración localizada en ángulo mandibular derecho de 2,5 a 3 cm de diámetro con abombamiento de la cortical externa mandibular. Por vía intraoral se observaba una lesión de consistencia firme y delimitación difusa con expansión de ambas corticales mandibulares y destrucción de la tabla interna (Fig. 1). Los tejidos blandos adyacentes se encontraban afectados, con desplazamiento dentario de sectores molares derechos.

En la radiografía panorámica se identificaba una imagen unilocular radiolúcida y osteolítica de bordes mal definidos, en la región del ángulo mandibular derecho y del trigono retromolar que incluía el cordal inferior (Fig. 2). Dicha imagen respetaba el canal del nervio dentario inferior.

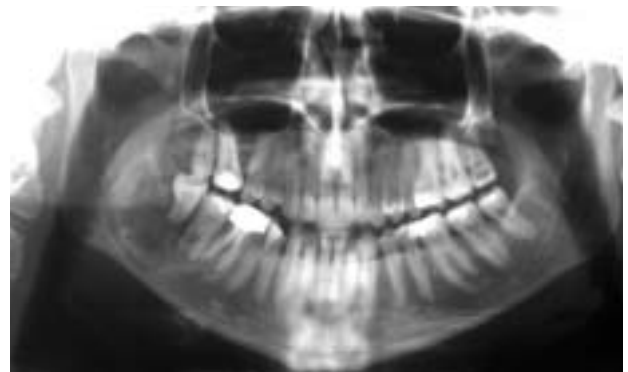
Ante estos hallazgos, se solicitó TC facial en la cual se observaba una imagen lítica e insuflada en el ángulo mandibular derecho de unos 25 mm de diámetro



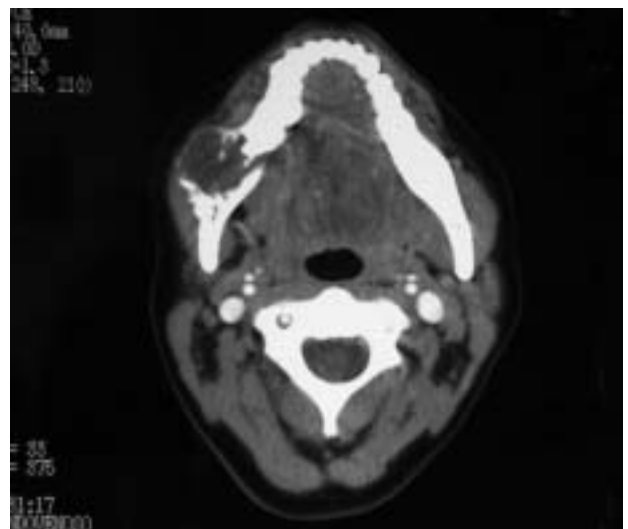
**Figura 1.** Visión intraoral. Lesión invasiva de partes blandas, con abombamiento del surco vestibular y desplazamientos dentarios.

con destrucción de ambas corticales óseas. La masa presentaba una atenuación homogénea ligeramente hipodensa con septos en la periferia y de característica radiológica agresiva. Se identificaban dos adenopatías submandibulares menores de 10 mm. no significativas (Fig. 3).

Se decidió la realización de biopsia diagnóstica ante la sospecha de posible neoplasia maligna de origen óseo o metastásico.



**Figura 2.** Ortopantomografía preoperatoria. Imagen unilocular radiolúcida con espículas en la periferia, a nivel del ángulo mandibular derecho.



**Figura 3.** TC cervicofacial. Imagen lítica en ángulo mandibular derecho, con destrucción de ambas corticales óseas.

# Mixoma odontogénico mandibular

*A. Capote Moreno<sup>1</sup>, R. González García<sup>1</sup>, F.J. Rodríguez Campo<sup>2</sup>, L. Naval Gías<sup>2</sup>,  
M.F. Muñoz Guerra<sup>2</sup>, S. Hyun Nam<sup>3</sup>, F.J. Díaz Gonzalez<sup>4</sup>*

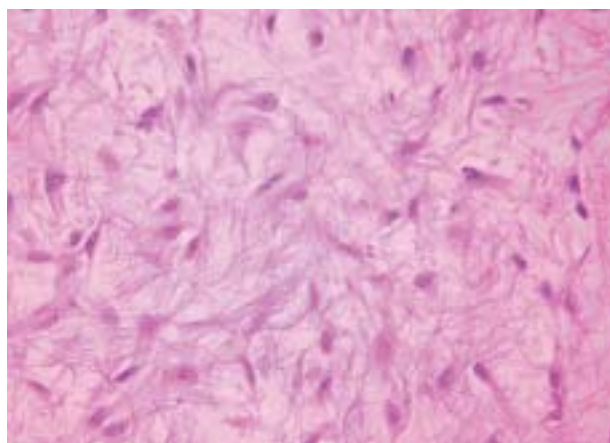
La biopsia realizada sugería la presencia de una lesión formada por células fusiformes dispersas en un estroma mixoide compatible con el diagnóstico de mixoma odontogénico.

La paciente fue sometida a intervención quirúrgica para extirpación de la tumoración mediante abordaje combinado intra-extraoral. Se realizó mandibulectomía segmentaria desde rama mandibular derecha hasta región premolar, coronoidectomía homolateral y resección de la lesión de partes blandas. En la reconstrucción primaria del defecto se empleó el colgajo microvascularizado de peroné en doble barra parcial, con anastomosis arterial entre la arteria peronea y la arteria tiroidea superior derecha y venoso entre la vena concomitante peronea y el tronco tirolinguofacial derecho (Fig. 4).

En el estudio anatomopatológico definitivo se identificó una tumoración ovalada de 4 cm. de diámetro de coloración blanquecina al corte y aspecto fasciculado, que no alcanzaba macroscópicamente los bordes quirúrgicos de resección. El análisis microscópico reveló la presencia de una proliferación de células fusiformes o estrelladas de núcleos vesiculosos que se disponían de manera homogénea entre un estroma mucosoide, el cual se teñía intensamente con azul alcian (Fig. 5). En la celularidad tumoral no se observaron atipias ni mitosis evidentes. Aisladamente se reconocieron pequeños nidos de calcificación distrófica, o formación de material osteoide parcialmente mineralizado.



**Figura 4.** Ortopantomografía postoperatoria. Reconstrucción con injerto de peroné en doble barra parcial.



**Figura 5.** Estudio histológico. Células fusiformes o estrelladas dispersas en un estroma mixoide (H-Ex20).

1 Médico Residente. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial  
2 Médico Adjunto. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial  
3 Médico Residente. Servicio de Anatomía Patológica  
4 Jefe de Servicio. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.  
Hospital Universitario de «La Princesa». Madrid, España.

## **Correspondencia:**

Dra. Ana Capote Moreno,  
C/ Ginzo de Limia 4, 6º 4,  
28029 Madrid, España.  
e-mail: anacapote@inicia.es

## **Discusión**

El mixoma o fibromixoma odontogénico se define como una neoplasia benigna, pero localmente invasiva, derivada del componente mesenquimal de los tejidos formadores de diente. Representa el 3 a 6% de todos los tumores odontogénicos.<sup>1,2</sup> Afecta preferen-

temente a mujeres entre los 25-35 años y se localiza con mayor frecuencia en los sectores posteriores mandibulares,<sup>3</sup> seguido de los sectores incisivos, el maxilar y, excepcionalmente, el cóndilo mandibular.<sup>4</sup>

Habitualmente, este tipo de tumores se manifiesta radiológicamente como una imagen radiolúcida multilocular en «pompas de jabón» o «panal de miel», similar a la descrita en el ameloblastoma.<sup>3,5,6</sup> Menos frecuente es la presentación como una imagen unilocular de bordes bien o mal definidos.<sup>3,7</sup> Es común la asociación de estos tumores con un diente no erupcionado. Cuando la lesión perfora la cortical ósea, puede presentar una imagen periférica de espículas radiadas en «sol naciente», característica de los sarcomas óseos, y que haría sospechar una lesión maligna, como en el caso descrito previamente.<sup>5,8</sup> En ocasiones se observa rizólisis de las piezas dentarias adyacentes al tumor y más frecuentemente desplazamientos dentarios.<sup>6</sup>

La TC y la RM permiten delimitar la extensión de la lesión,<sup>1,2</sup> ya que el diagnóstico de certeza viene determinado por el análisis anatomopatológico.

La célula característica identificada en el estudio histológico es una célula fusiforme o estrellada que se encuentra dispersa en un estroma mucoide abundante en mucopolisacáridos, como ácido hialurónico y condroitín sulfato.<sup>1,9</sup> Diversos autores describen esta célula como un tipo especial de fibroblasto al que denominan mixoblasto, responsable de la secreción activa del material mucoide.<sup>4,9</sup> La presencia de islotes aislados de epitelio odontogénico se observa en algún caso de mixoma odontogénico aunque éstos no son imprescindibles para su diagnóstico.<sup>7</sup> Como peculiaridad histológica, en el caso descrito se identifican focos de calcificación distrófica, hallazgo excepcional en este tipo de lesiones.<sup>9</sup>

La reacción inmunohistoquímica de las células neoplásicas a diversos anticuerpos es variable. Frecuentemente se detecta positividad para marcadores mesenquimales como vimentina, actina músculo-específica y en menor número de casos a proteína S-100.<sup>4,7</sup> Sin embargo, si existen nidos epiteliales, en ellos se demuestra reacción positiva a CK19, marcador inespecífico presente en el epitelio odontogénico normal.<sup>7</sup>

Se debe realizar un diagnóstico diferencial con otros tumores odontogénicos como el ameloblastoma o el fibroma ameloblástico, que presentan histológicamente diferenciación ameloblástica ausente en el mixoma odontogénico.<sup>2,7</sup> El granuloma central de células gigantes, el hemangioma intraóseo, el quiste óseo aneurismático, la displasia fibrosa o los quistes odontogénicos son otras posibilidades diagnósticas a considerar dentro del estudio de estos tumores.<sup>2,3</sup>

El tratamiento de los mixomas odontogénicos sigue siendo controvertido en el momento actual. Diversos autores abogan por una cirugía conservadora con enucleación y curetaje ante la naturaleza histológica benigna de estos tumores.<sup>6,8</sup> Sin embargo, debido a la alta tasa de recurrencia local que oscila en torno a un 25 %

de los casos, la cirugía radical con resecciones segmentarias y reconstrucción primaria parece ser la opción más correcta en lesiones extensas, con rotura de corticales óseas e invasión de tejidos blandos adyacentes.<sup>8,10</sup> Se han descrito diferentes abordajes a estos tumores, como osteotomías sagitales mandibulares,<sup>8</sup> y diversas técnicas reconstructivas como injertos de cresta ilíaca<sup>10</sup> o colgajos microvascularizados de peroné, método empleado en el presente caso a modo de doble barra parcial. Dicha técnica ha sido descrita previamente por nuestro grupo,<sup>11,12</sup> con la ventaja de facilitar la rehabilitación posterior con implantes osteointegrados.

Como conclusión, consideramos que la cirugía radical con reconstrucción primaria debe ser el tratamiento de elección en aquellos mixomas odontogénicos extensos y con afectación de tejidos adyacentes.

## Bibliografía

- Hernández Vallejo G, Cohn C, García Penín A, Martínez Lara S, Llanes Menéndez F, Montalvo Moreno JJ. Myxoma of the jaws. Report of three cases. *Med Oral* 2001;6:106-13.
- Sumi Y, Miyaiishi O, Ito K, Ueda M. Magnetic resonance imaging of mixoma in the mandible: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2000;90:671-6.
- Peltola J, Magnusson B, Happonen RP, Borrmann H. Odontogenic myxoma- a radiographic study of 21 tumors. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1994;32:298-302.
- Halfpenny W, Verey A, Bardsley V. Myxoma of the mandibular condyle. A case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2000;90:348-53.
- Chuchurru JA, Luberti R, Cornicelli JC, Dominguez FV. Myxoma of the mandible with unusual radiographic appearance. *J Oral Maxillofac Surg* 1985;43:987-90.
- Gutiérrez Pérez JL, Olivares Moreno JM, García Perla A, Menéndez Felipe J, Bermudo Anino L. Mixoma de los maxilares. *Av Odontoestomatol* 1987;3:358-62.
- Kimura A, Hasegawa H, Satou K, Kitamura Y. Odontogenic myxoma showing epithelial islands with microcystic features. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:126-8.
- Wong GB. Large odontogenic myxoma of the mandible treated by sagittal ramus osteotomy and peripheral osteotomy. *J Oral Maxillofac Surg* 1992;50:1221-4.
- Bucci E, Lo Muzio L, Mignogna MD, De Rosa G. Odontogenic myxoma: report of a case with peculiar features. *J Oral Maxillofac Surg* 1991;49:91-4.
- Schneck DL, Gross PD, Tabor MW. Odontogenic myxoma: report of two cases with reconstruction considerations. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51:935-40.
- Muñoz-Guerra MF, Naval L, Rodríguez Campo FJ, Sastre J, Ortiz de Artiñano F, Díaz González FJ. The partial double-barrel free vascularized fibular graft: a solution for long mandibular defects. *Plast Reconstr Surg* 2000;105:1902-3.
- Muñoz-Guerra MF, Naval L, Rodríguez Campo FJ, Díaz González FJ. Vascularized free fibular flap for mandibular reconstruction. A report of 26 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:140-4.