

MIXOMA TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO, CASO CLÍNICO

Autores: Dr. Eduardo Ramos Calderón¹ - Dra. Carla Salas² - Dr. Diego Sigcho López³ -
Dr. Byron Sigcho Espinoza⁴

Pág. 127-133

RESUMEN

El Mixoma es un tumor que afecta el tejido óseo generalmente en individuos en la segunda y tercera décadas de vida. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico del tratamiento multidisciplinario necesario para eliminar este tumor. El paciente fue valorado en el servicio de Maxilofacial donde fueron revisados exámenes complementarios, se determinó necesidad de tratamiento Endodóntico y estudio histopatológico de la lesión. El tratamiento fue realizado por los especialistas en la Consulta externa del Hospital. Conclusiones: el mixoma es un tumor agresivo que afecta los maxilares con implicaciones estéticas e invasivas considerables, por lo que, su diagnóstico, tratamiento oportuno y multidisciplinario evita complejas deformaciones.

Palabras clave: Mixoma, tumor, cirugía oral, patología oral.

ABSTRACT

The myxoma is a tumor that affects bone tissue in individuals usually in the second and third decade of life. The aim of this paper is to present a clinical case of multidisciplinary treatment necessary to remove this tumor. The patient was assessed in the service of Maxillofacial where additional tests were reviewed, need for endodontic treatment and histopathology of the lesion was determined. The treatment was carried out by specialists of the units in the Hospital. Conclusions: The myxoma is an aggressive tumor that affects the jaws and invasive considerable aesthetic implications, findings, diagnosis, timely treatment and prevents multidisciplinary complex deformations.

Keywords: Myxoma, tumor, oral surgery, oral pathology.

¹ Cirugía Maxilofacial, Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito-Ecuador

² Endodoncia, Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito-Ecuador

³ Implantología, Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador

⁴ Patología, Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador

INTRODUCCIÓN

El Mixoma de los maxilares es un tumor cuyo origen se cree es la porción mesenquimatosa del germen dental, ya sea la papila, folículo o ligamento periodontal, resultado de traumatismo crónico, infección, alteración hormonal, etc. Sin embargo esto no está bien definido y su verdadera naturaleza sigue siendo incierta.

Está clasificado dentro de los tumores odontogénicos, que afectan los maxilares, tanto el superior como inferior, con presencia o no de dientes retenidos. (Smith, Turner y Robbins, 1981).

Características clínicas

Este tumor benigno, actúa como verdadera neoplasia, de crecimiento lento, que expande el hueso y causa su destrucción, el dolor puede o no estar presente en los pacientes (Smith, Turner y Robbins 1981).

Tiene mayor predilección por la mandíbula en individuos en la segunda y tercera década de vida, es raro que ocurra antes de los 10 años o después de los 50 años de edad. Puede presentarse en la región maxilar en cualquier zona, cuando lo hace junto al seno erosionan al mismo, cruzando a menudo la línea media hacia la cavidad sinusal opuesta (Sapp, 1988). No tiene predilección por el sexo (Gorlin y Goldman, 1983).

En general, es de crecimiento lento (Zimmerman y Dahlin,

1958). Es asintomático en la mayoría de los casos, a pesar de producir una dilatación intensa del hueso, junto con deformidad facial. Puede llegar a producir parestesia dependiendo de la ubicación y relación con el Nervio local (Thoma y Goldman 1947).

Aspectos Radiográficos

Radiográficamente es difícil diferenciarlo de otra entidad tumoral como displasia fibrosa, granuloma central de células gigantes o ameloblastoma. El tumor no es bien definido pero tiende a presentar imagen en panal, perforando la corteza del hueso maxilar, mientras que en otros casos puede aparecer como una sombra radiolúcida destructiva expandida, uni o multilocular. En mandíbula puede localizarse en rama o en cuerpo, siendo menos frecuente en la sínfisis. Cuando afecta el maxilar superior puede llegar a perforar e invadir el antro completamente, produciendo exoftalmos. Las paredes antrales están dilatadas pero raras veces destruidas. Frecuentemente consigue desplazar los dientes y en pocos casos hasta reabsorber las raíces dentales (Gorlin y Goldman 1983).

Aspectos Microscópicos

Microscópicamente el mixoma consiste en células estrelladas dispersas u ordenadas en forma imprecisa, con largas prolongaciones citoplasmáticas anastomóticas. El citoplasma es algo granuloso y basófilo, difícilmente se tiñe con colorantes habituales. Núcleos ovoides e hipercromáticos. La sustancia intracelular es mucoide. Son

poco frecuentes las formas mitóticas y filamentos de colágeno. La sustancia intercelular consiste en ácido hialurónico (Sedano y Gorlin, 1965).

Algunas veces se observa un filamento inactivo de epitelio odontogénico, generalmente al borde del tumor (Millhon y Parkhill, 1946), aunque en nuestro caso no se encontró. Dentro de la lesión puede haber dispersos pequeños pedazos de material calcificado que se parecen al cemento.

Tratamiento

La enucleación y legrado ha tenido éxito, se puede realizar cauterización química o eléctrica pero lesiones extensas generalmente requieren resección en bloque (Gorlin y Goldman, 1983).

Aspectos Macroscópicos

La pieza quirúrgica extraída tiene aspecto de un tumor blando, con aspecto viscoso de superficie abombada, color blanco grisáceo y ámbar. Su consistencia varía según la cantidad de colágeno que contenga.

CASO CLÍNICO

Paciente 23 años de edad, sexo femenino, acude a consulta por presentar masa tumoral exofítica en región maxilar derecha de aproximadamente 2 x 2 cm de diámetro asintomática. Clínicamente se observa una masa nodular de consistencia blanda fibrosa cuya coloración difiere ligeramente de la mu-

cosa que la rodea, asintomática (Figuras 1 y 2).

Paciente no refiere antecedentes patológicos personales o familiares de interés.

Al examen físico: biotipo atlético, mesocéfalo, clase esquelética tipo I, clase de angle III. mordida bis a bis. No presenta movilidad dentaria de las piezas dentarias adyacentes al tumor.



Fig. 2. Fotografía intra oral; lesión nodular región derecha del maxilar superior, fi-brosa de consistencia blanda.

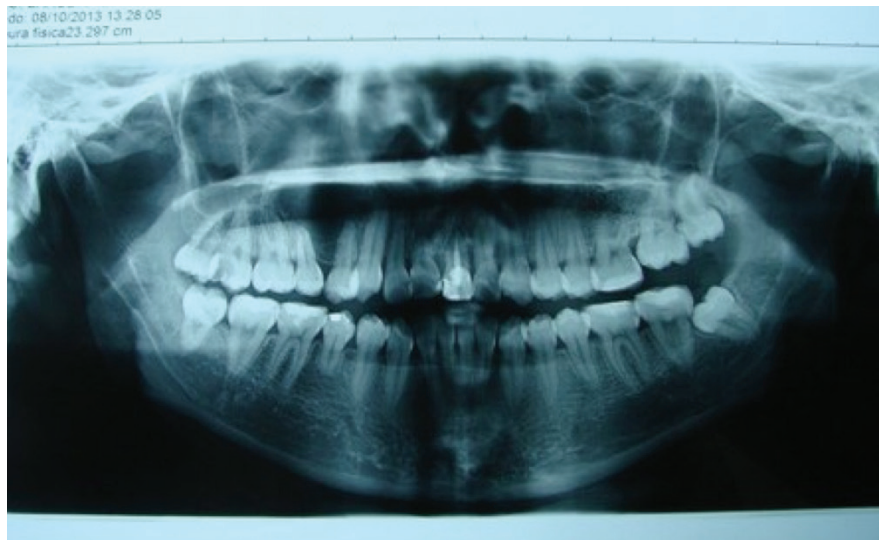


Fig. 3. Radiografía panorámica de maxilares inicial.



Fig. 1. Fotografía de frente y perfil.



Fig. 4. Radiografía panorámica de maxilares después de haber realizado endo-doncias de piezas dentarias vecinas a la lesión.

Diagnóstico Diferencial

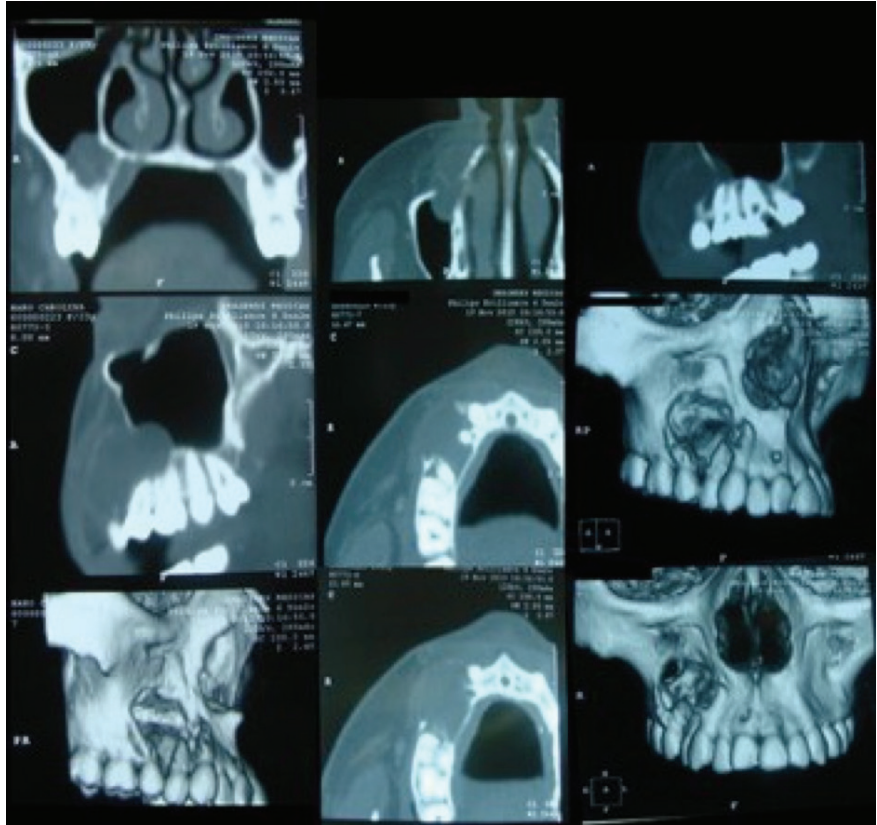
El diagnóstico diferencial puede hacerse con toda lesión que radiográficamente afecte el tejido óseo como:

- Ameloblastoma
- Queratoquiste
- Quiste folicular
- Tumor Odontogénico Ameloblastoide
- Fibroma odontogénico

Tratamiento

Se realizaron exámenes complementarios de rutina para valoración de la paciente, como Biometría hemática, Tiempo de Protrombina, tiempo de trombo-plastina, Elemental y microscópico de orina, Glucosa, Urea y creatinina. Después del análisis clínico de la paciente, fue remitido a la unidad de Endodoncia para rea- lizar tratamiento de las piezas dentales en la vecindad de la patología.

Posterior al tratamiento endo- dontico, se realizó una biopsia excisional bajo anestesia local infiltrativa. Mediante una inci- sión marginal con descarga dis-



Figuras 5 TAC

tal, levantamiento de colgajo mucoperiostico se observa la ausencia de la tabla ósea vestibular a nivel de seno maxilar y continuidad del tejido conjuntivo gingival con la masa tumoral de tejido blando. Se separan los tejidos mediante disección de la mucosa vestibular. Se retira la totalidad del tumor y se aplica la solución de Carnoy, generalmente utilizado en la enucleación de queratoquistes y ameloblastomas uni- quísticos para evitar recidiva de la lesión (Magliocca et al 2009).

Descripción Macroscópica

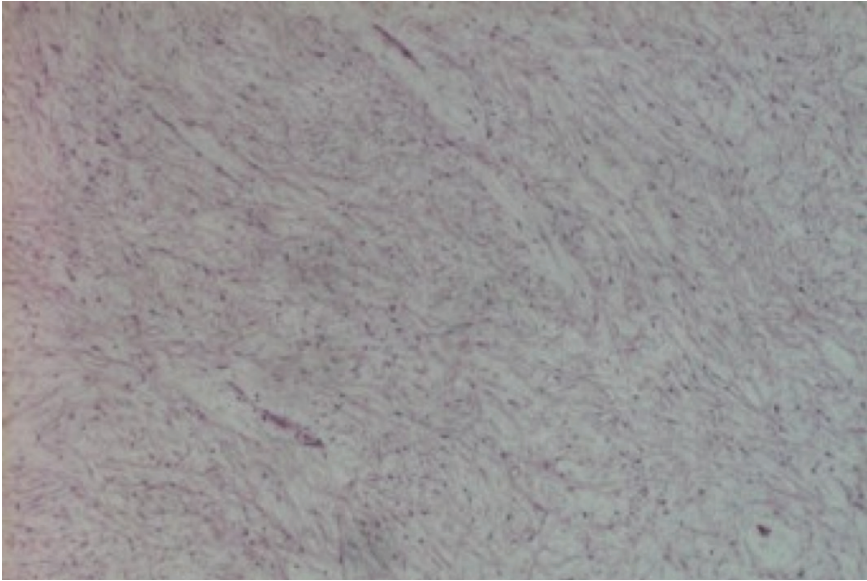
Se extraen varios fragmentos de tejido de consistencia cartilagi- nosa, color blanco rosáceo, el mayor de ellos de 2 x 1.5 x 1 cm, en conjunto miden 5x4 cm.



Figura 8. Fragmentos retirados para estudio histopatológico fijados en formol al 10%.



Figura 6 y 7. Remoción quirúrgica de la lesión, biopsia excisional. Sutura.



Descripción microscópica

Los cortes muestran fragmentos constituidos por células ahusadas de núcleos pequeños alargados rodeando un estroma mixoide y pequeños vasos sanguíneos proliferantes.

Figura 9. Imagen microscópica Aumento 5x.

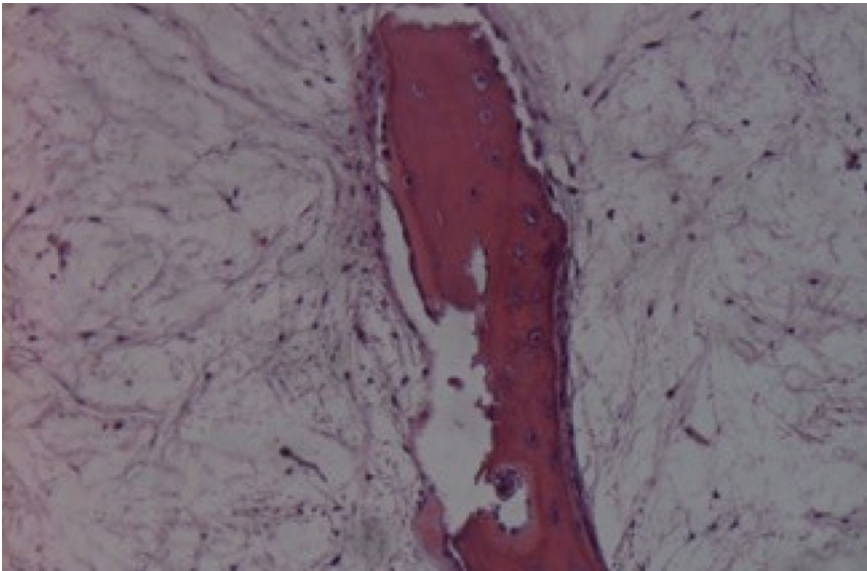


Figura 10. Imagen microscópica Aumento 10x.

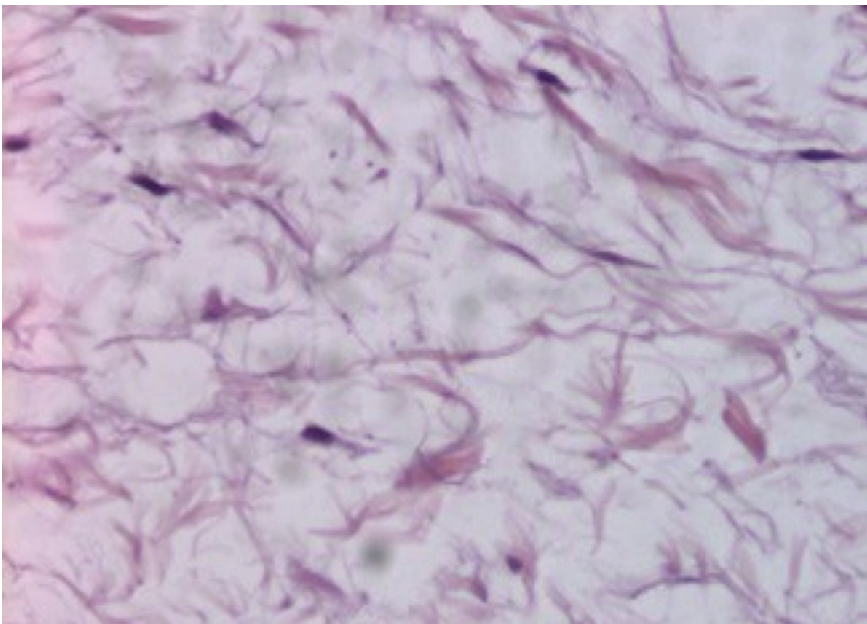


Figura 11. Imagen microscópica Aumento 40x.

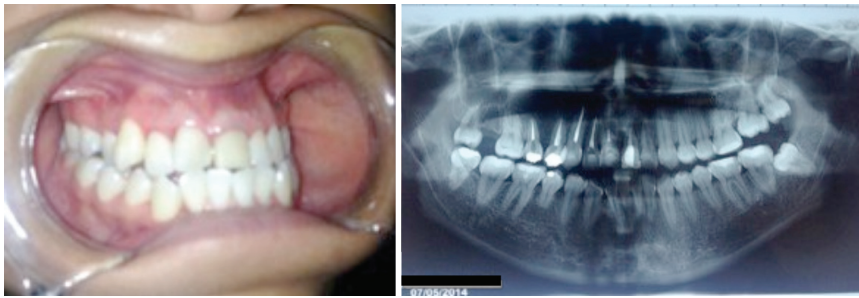


Figura 12. Pos operatorio 3 meses.

Aún presente el defecto óseo.



Figura 13. Pos operatorio 10 meses.

Se observa regeneración ósea local, pronóstico favorable sin recidiva

DISCUSIÓN

El mixoma fue inicialmente descrito por Thoma and Goldman en 1947. Es un tumor benigno con baja prevalencia, raro, de consistencia gelatinosa, coloración blanquecina, que substituye la estructura ósea local expandiendo la cortical (figuras 2, 3, 5 y 7) (Manjunath, Gupta, Swetha, et al., 2014).

Se atribuye el origen del mixoma de los maxilares a la porción mesenquimatosa del germen dental (Neville et al

2010). Con frecuencia esta relacionado con piezas dentarias y alteraciones dentarias como dientes retenidos y agenesia. Su diferenciación diagnóstica es dada por su consistencia gelatinosa y coloración grisácea (Figura 6) sin embargo es mandatorio para el diagnóstico definitivo la biopsia (Manjunath, Gupta, Swetha et al., 2014).

Ocurre generalmente en pacientes jóvenes, caracterizado por su crecimiento lento, progresivo y asintomático intraóseo. Afecta con mayor frecuencia a los maxilares, la prevalencia más alta se observa en la mandíbula comparada con el maxilar superior (Jaswaol A, Jana AK, Biswas, et al., 2008).

Aparentemente la causa del desarrollo del mixoma en el caso expuesto está relacionada con las alteraciones dentales adyacentes al tumor. En la radiografía de la Figura N3 podemos observar un tratamiento endodóntico a nivel del incisivo lateral izquierdo y reabsorción extensa de la raíz del IL derecho. En general el mixoma odontogénico esta relacionado con piezas dentales en mal estado (Noffke, Raubenheimer, Chabikuli, et al., 2007).

CONCLUSIÓN

El caso clínico presentado en una paciente de 23 años de edad, muestra un tratamiento multidisciplinario conservador tras haber confirmado el diagnóstico con el estudio histopatológico. El control radiográfico luego de 10 meses de evolución revela el éxito del tratamiento tras regeneración ósea local sin necesidad de injertos o tratamientos adicionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Corlin R.J., Goldman H.M. (1983). Thoma: Patología Oral. España: Salvat (1973).
- Jaswal A., Jana A.K., Biswas M., Sikder B., Nandi T.K. (2008) Recurrent odontogenic myxoma of maxilla: A diagnostic and operative dilemma. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.;60:41-4.
- Large, N.D. et al. (1960). Myxoma of the jaws, report

- of two cases. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path.*
- Magliocca, K.R., Leung, E.M., Ward, B.B., Lucas, D.R. & Helman J.I. (2009). "Use of Carnoy's Solution in management of odontogenic keratocysts". University of Michigan: *Oral & Maxillofacial Surgery*.
 - Manjunath S.M., Gupta A.A., Swetha P., Moon N.J., Singh S. and Singh A. (2014). Report of a Rare Case of an Odontogenic Myxoma of the Maxilla and Review of Literature. *India: Ann Med Health Sci Res. (Suppl 1): S45–S48.*
 - Millhon, J.A. & Parkhill, E.M. (1946). Myxomatous tumor simulating dentigerous cysts. *J. Oral Surg.*
 - Neville B.W., Damm D.D., Allen C.M., Bouquot J.E. (2010). *Oral and Maxillofacial Pathology*. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; Odontogenic cysts and tumors; pp. 678–740.b
 - Noffke C.E., Raubenheimer E.J., Chabikuli N.J., Bouckaert M.M. (2007). Odontogenic myxoma: Review of the literature and report of 30 cases from South Africa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* ;104:101–9.
 - Sedano, H.O. & Gorlin, R.J. (1965). Odontogenic myxoma, some histochemical considerations. *Arch. Oral. Biol.*
 - Smith, R.M.; Turner, J.E. & Robbins, M.L. (1981). *Atlas of Oral Pathology*. Missouri: Mosby.
 - Thoma, K.H. & Goldman H.M. (1947). Central myxoma of jaw: *Amer. J. Orthodont.* *Oral Surg.*
 - Zimmerman, D.C. & Dahlin, D.C. (1958). Myxomatous tumors of jaws: *Oral Surg. Oral Med. Oral Path.*