

# Cirugía oncológica y reconstructiva mandibular: Mixoma Odontogénico (Fibromixoma)

[Oncologic and reconstructive mandibular surgery: Odontogenic Myxoma (Fibromyxoma.)]

**Autor:**

Prof. Dr. Julio César Fernández

**Fecha de recepción:**

06/03/2012

**Fecha de aprobación:**

22/03/2012

*Presidente de la Sociedad de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial de La Plata. Jefe de Servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial del Centro Oncológico de Excelencia. Fundación Dr. José M. Mainetti 1986-2005.*

**RESUMEN**

Mixoma Odontogénico Primitivo de Hemimandíbula. Hemimandibulectomía. Reconstrucción Mandibular Inmediata con Injerto Autólogo Coxal. Reconstrucción implantológica diferida.

**PALABRAS CLAVE**

Mixoma mandibular. Resección maxilar para tumor odontogénico. Informe de caso.

**SUMMARY**

Odontogenic Tumor. Myxoma: Tumor of primitive mesenchyme. Odontogenic mixoma of the jaws. Oral and maxillofacial surgery, mandibular reconstruction with coxal bone graft.

**KEY WORDS**

Myxoma of the jaw. Maxillary resection for odontogenic tumor. Case report.

**INTRODUCCIÓN**

Los tumores odontogénicos son aquellos que se originan, desarrollan, maduran y hasta envejecen, a expensas de los tejidos embrionarios ecto y/o mesodérmicos que normalmente tienen potencialidad formadora de piezas dentarias (E. Borello 1998). [1] Los verdaderos neoplasmas odontogénicos son infrecuentes y en algunos casos raros y hasta rarísimos. Acorde con Baden son solamente entre el 0,002 al 0,003 de la totalidad de los especímenes que se reciben en un laboratorio de patología general. En particular el mixoma representa el 1% dentro de los tumores odontogénicos en general. El mixoma odontogénico es una neoplasia mesenquimática que se origina en la porción mesodérmica del germen denario, siendo un

tumor que se localiza con preferencia en los maxilares y esqueleto bucomaxilofacial. Gorlin y Pindborg (1961) afirman que el 60% de los casos reseñados por ellos ocurrieron entre la segunda y tercera década de vida, lo cual concuerda con las estadísticas de Barros, Domínguez y Cabrini (1969). La mayoría de los investigadores consideran que su localización de preferencia es la mandíbula posterior, y su aparición clínica es la de un tumor o bulto asintomático cubierto por mucosa bucal intacta. Las consideraciones radiográficas del mixoma pueden dar dos tipos de patrones. La imagen más común es una radiolucidez moteada o en panel de abejas con márgenes definidos o bordes irregulares apolillados, o una imagen menos común la de una radiolucidez uni o multilocular de bordes bien

definidos o apolillados. Los rasgos patológicos del tumor son los de una masa sólida blanda, gelatinosa blancogrisáceo que en el examen microscópico presentan células estrelladas con largas prolongaciones citoplasmáticas anastomosadas en una sustancia fundamental basófilo rica en ácido hialurónico (Sedano - Gorlin 1965). Se reporta un caso con patología quirúrgica de alta penetrancia bucomaxilofacial, mixoma odontogénico primitivo de hemimandíbula, estudiado con T.A.C. - R.M.N. Ortopantomografía y biopsia prequirúrgica. Su resolución fue según protocolos internacionales de tratamiento y los diferentes estudios multicéntricos presentados a nivel mundial, para este tumor de oncogénesis mesodérmica y de bajo grado de malignidad o localmente agresivo (O.M.S.). [4-5]

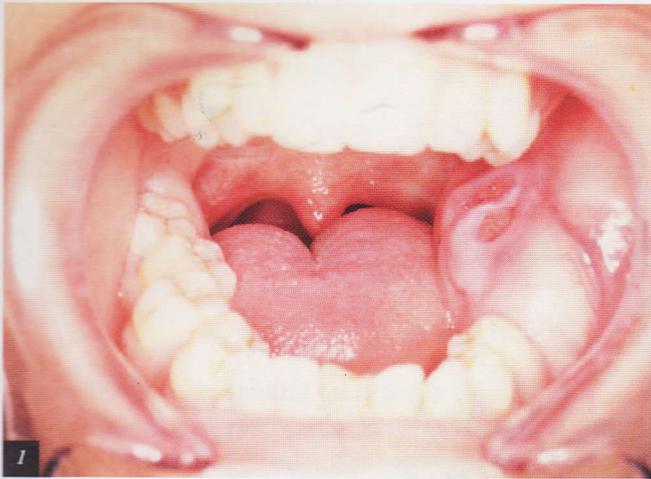


Fig. 1: Aspecto Clínico Intrabucal (T. exoendofítico Ulcerado).



Fig. 2: RX Panorámica. Imagen en panal de abeja.



Fig. 3: T.A.C. fenestraciones óseas vestibulolínguales.



Fig. 4: R.M.N. (Osteolito, multilocular).

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RADICAL CON MARGEN DE SEGURIDAD

Hemimandibulectomía por cervicotomía transversa tipo Judd y reconstrucción inmediata mandibular con injerto autólogo de cresta ilíaca contralateral más somatoprótesis restauratriz bucomaxilofacial implantosoportada diferida. (J. Yoel 1996). [2-3]

## CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años de edad, consulta por un aumento de volumen y dolor en el área de la hemimandíbula derecha, parestesia del territorio del nervio dentario inferior y

mentoniano homolateral. Con evolución de 6 meses y sin tratamiento hasta la actualidad.

Se realizó el examen clínico y los estudios complementarios, a saber: T.A.C. - R.N.M. - RX panorámica de ambos maxilares - biopsia pre quirúrgica. Esta última, informó células fusiformes mono y binucleadas con baja vascularización. Cuadro compatible con mixoma odontogénico (protocolo n° 040994, Dres. Elisa y Roberto Cattelto. C.O.E.)

Se diagnostica un tumor odontogénico primitivo de la mandíbula de extirpe histopatológico conjuntivo (fibromixoma), de 6x5x5 cm, que abomba, sopla y crepita las tablas óseas mandibulares. Es un tumor sólido de consistencia duro elástica, crecimiento rápido, ulcerado por traumatismo

masticatorio. La imagen radiográfica es compatible con un tumor a predominio osteolito, multiloculado, con geodas mixomatosas típicas con aristas en ángulo recto (imagen en panal de abejas) y no redondeadas como en ameloblastoma (imagen en pompas de jabón), diagnóstico diferencial pre quirúrgico.

Las consideraciones quirúrgicas del caso por ser un tumor infiltrante, no encapsulado, que produce destrucción local de los tejidos calcificados y blandos para no desplegar capacidad para dar metástasis fueron la de un manejo quirúrgico con resección radical, hemimandibulectomía y reconstrucción inmediata con injerto óseo libre autólogo de cresta ilíaca.

El estudio histopatológico del espécimen operatorio informó: hemimandibulectomía



Fig. 5: Estereolitiografía. Simulación quirúrgica preoperatoria.

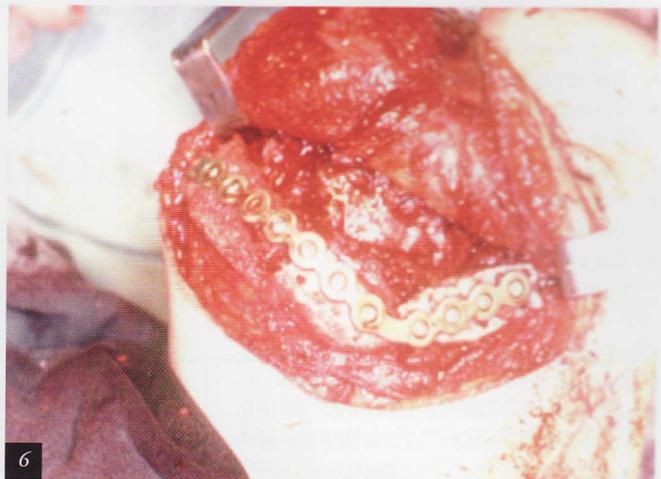


Fig. 6: Hemimandibulectomía por cervicotomía tipo Judd. Reconstrucción con cresta iliaca contralateral. Fijación rígida de titanio.

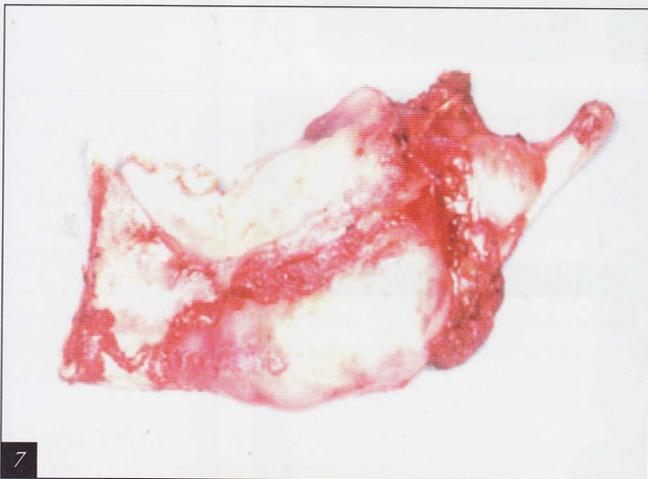


Fig. 7: Espécimen Operatorio (Margen oncológico. Perostio resecado). Vista lingual.



Fig. 8: Rx Post operatoria, bloqueo intermaxilar elástico.

derecha, mixoma odontogénico. Márgenes quirúrgicos en tejido sano. Coincidiendo con la biopsia pre quirúrgica.

**La evolución post quirúrgica** fue favorable sin complicaciones, la paciente fue externada a los 7 días, con plan de antibioterapia por 15 días y compensación de su oclusión dentaria con bloqueo bimaxilar por 60 días.

**Los controles a distancia** (5 años) demuestran una facie simétrica, sin laterognatismo, conservación de la línea media, dinámica mandibular normal, sistema estomatognático con un 90% de funcionalidad. Radiográficamente, estabilidad del injerto óseo, con corticalización normal y remodelación ósea normal. La reabsorción ósea fue mínima y estimada.

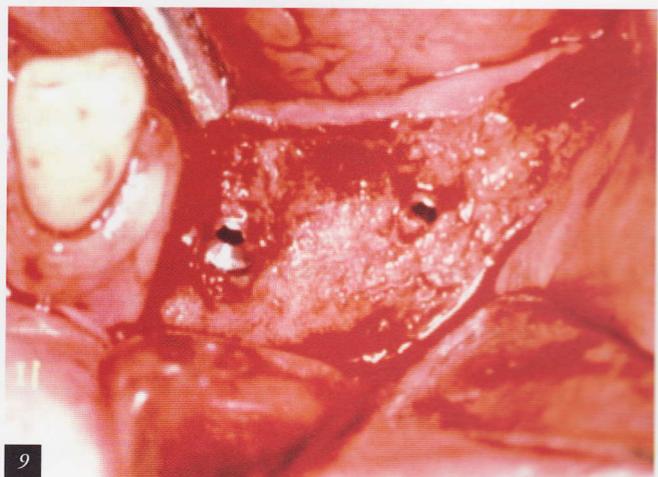


Fig. 9: Reconstrucción implantológica diferida sobre la cresta ósea residual.

- Protocolo de tratamiento quirúrgico.
- Ortopantomografía.
- Radiografías periapicales.
- Tomografía axial computada con reconstrucción 3D.
- Resonancia nuclear magnética.
- Biopsia pre quirúrgica inevitable y obligatoria.
- Estudios clínicos sistémicos completos.

Cirugía oncológica y reconstructiva mandibular radical con margen quirúrgico de seguridad por tratarse de un tumor de bajo grado de malignidad o localmente agresivo según la O.M.S.) no se aconseja tratamiento conservador por raspado o curetaje por el alto índice de recidiva, por ser un tumor infiltrante para con la medula ósea y además por ser radioresistente y quimioresistente.

### AXIOMA

El mixoma al igual que el ameloblastoma, tienen su ataúd biológico, que está conformado por las corticales óseas de los maxilares, cuando estas se fenestran y el tumor invade los tejidos blandos se hace incontrollable, que no responde a terapias alternativas (quimioterapia y radioterapia).

### DISCUSIÓN

Se resalta la importancia de considerar este tumor como una verdadera neoplasia odontogénica poco frecuente, localmente agresiva e infiltrante, la cual debe tratarse con tratamiento quirúrgico radical con márgenes de seguridad tridimensionalmente además de imponerse la reconstrucción inmediata con injerto óseo autólogo o microquirúrgico tanto de cresta ilíaca o de peroné, en lo que respecta a la reconstrucción implantológica oseointegrada debe ser diferida al injerto óseo libre e inmediata en el microquirúrgico. ■

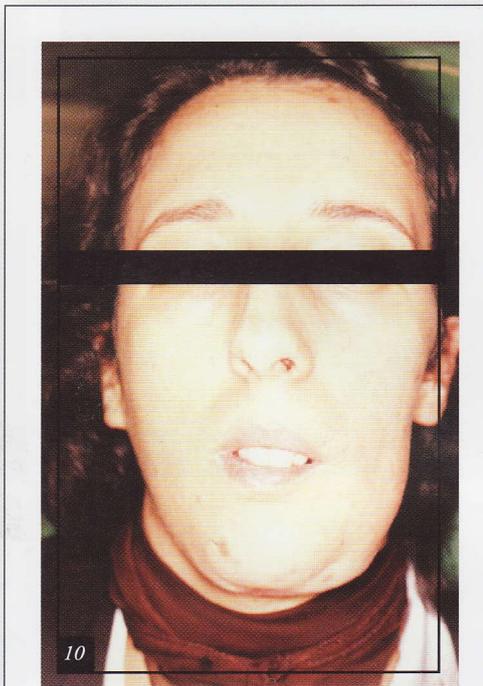


Fig. 10:  
Aspecto Clínico  
Prequirúrgico  
facie asimétrica.

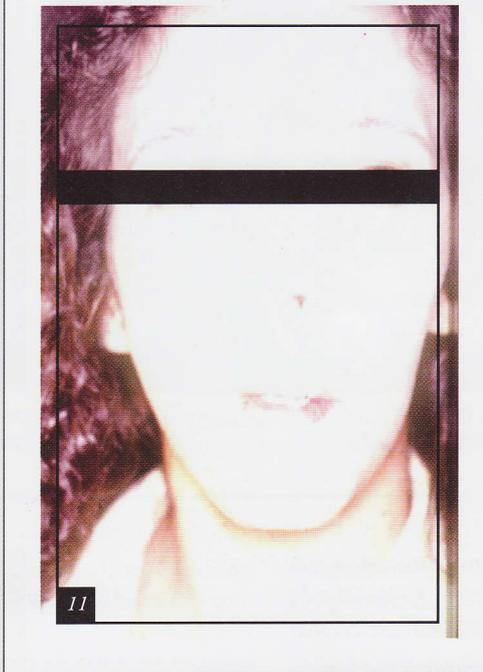


Fig. 11:  
Aspecto Clínico  
Posquirúrgico  
facie simétrica.

### Bibliografía

- [1] Eugenio Borello. *Información Personal*, Marzo, 1998.
- [2] José Yoel. *Información Personal*, Abril, 1996.
- [3] Julio Cesar Fernández. *Tesis de doctorado: Cirugía oncológica y reconstructiva bucomaxilofacial*. Facultad de Odontología. U.N.L.P., 1987.
- [4] M. D. Anderson Hospital and Tumor Institute. Houston, Texas. USA. *Información Personal*, 1986-2011.
- [5] Mount Sinai Medical Center. Miami. Florida. USA. *Información Personal*, 2000.