

**Hospital Universitario
“Arnaldo Milián Castro”
Santa Clara, Villa Clara**

Informe de caso

MIXOMA ODONTOGÉNICO MANDIBULAR

Autores: Dr. Arlet López Neyra¹, Dr. Reinaldo Delys Fernández² y Dra Araelis R Ruiz Hernández³.

1. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilo Facial. Instructor Cátedra de Cirugía. UCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilo Facial. Profesor Auxiliar Cátedra de Cirugía. UCM-VC.
3. Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Especialista de I Grado en Cirugía Máxilo Facial. Profesora Auxiliar. UCM-VC.

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.^{1, 2} Afecta preferentemente a mujeres entre los 25-35 años y se localiza con mayor frecuencia en los sectores posteriores mandibulares.³ El mixoma es un tumor de crecimiento lento, asintomático, que se descubre en forma incidental y ocasiona expansión ósea; I en algunos casos llega a producir perforación de las tablas óseas, desplazamiento dental y reabsorción radicular.⁴ Se presenta el caso de un paciente diagnosticado de mixoma odontogénico en cuerpo mandibular izquierdo.

Caso clínico: Paciente masculino de la raza negra de 20 años de edad con antecedentes de salud, que acudió a consulta de Estomatología con aumento de volumen en cuerpo mandibular izquierdo, en relación con molares obturados

Fig. 1

Fig. 2



Fig. 1 Paciente antes de la operación con aumento de volumen mandibular.

Fig. 2 Aspecto histológico de la lesión.

Refiere lesión de tres meses de evolución de crecimiento lento y asintomático, el estomatólogo instauró tratamiento antibiótico, y luego de siete días de evolución sin remitir, lo derivó a la consulta de Máxilo facial. Después de un minucioso examen físico, se verifica la lesión tumoral que produce asimetría facial, de forma ovoide con piel de aspecto normal, en zona de cuerpo mandibular de consistencia duro pétrea; el examen intrabucal mostró borramiento del surco vestibular a nivel de 35, 36, 37, 38; la mucosa gingival era de aspecto normal y los molares estaban desviados, aunque no tenían movilidad; se realizó test de vitalidad dentaria que fue positivo y se indicaron radiografías convencionales extrabucales: panorámica, lateral oblicua de mandíbula y A.P mandíbula en la que se observó una lesión osteolítica en cuerpo mandibular en la región de los molares que produjo rizólisis del 36.

Para completar el estudio, se practicó biopsia incisional No 1499/08, que informó un mixoma odontógeno (Figs. 2-4).



Fig. 3 Transoperatorio.

Fig.4 Masa tumoral resecada durante el acto quirúrgico.

La lesión que no era encapsulada tenía consistencia friable y su aspecto recuerda la carne de pescado de color blanco grisáceo (Fig.4) . El egreso fue a las 24 h, luego de evolucionar favorablemente; el seguimiento del paciente se ha realizado por consulta sin presencia de complicación mediata; después de seis meses de evolución no se han presentado recidivas.

DISCUSIÓN

La causa del mixoma odontógeno, como la del resto de los tumores de ese mismo origen, es estrictamente desconocida; se han considerado algunas causas como posibles responsables de su aparición; se asocian a traumatismos dentarios, traumas maxilofaciales, inclusiones dentarias, infecciones odontógenas y causas genéticas.⁵⁻⁷ En el presentado no se pudo demostrar ningunas de las causas mencionadas en la literatura. Nuestro caso peculiarmente mostró imagen unilocular, lo puede confundir al examen clínico con un quiste odontógeno, pero en este los dientes involucrados están desvitalizados, presenta una cortical bien definida y la aspiración es positiva; sin embargo, en el mixoma, por su característica sólida, es negativa la

aspiración y los dientes presentaban vitalidad.^{8,9} Es necesario un seguimiento clínico e imaginológico.¹⁰

Referencias bibliográficas

1. Cherrick HM. Tumores odontogénicos. En: Laskin DM. Cirugía bucal y Máxilo facial. Buenos Aires: Edi Méd Panamericana, 1988. p. 613 -675.
2. Shafer W G. Quistes y Tumores. En: Tratado de patología bucal. 4 ed. México: Edit Interamericana, 1986. p. 262 – 322.
3. Santana Garay J C. Quistes y Tumores Odontogénicos. En: Atlas de patología del complejo bucal. 1 ed. La Habana: Editorial científico técnica, 1985. p. 237- 258.
4. Sciubba JJ. Tumors and Cysts of the Jaws. En: Armed Forces Institute of Pathology. Editorial AFIP, 2001. p. 99- 104.
5. Wood N K. Differential Diagnosis of Oral and Maxilofacial Lesions. En: Oral Pathology. Editorial Mosby 5ta Ed, 1999. p. 407- 448.
6. Barker BF. Odontogenic myxomas.En: Semin Diagn Pathol. Editorial Mosby, 1999. p. 297-301.
7. Oygür T, Dolanmaz D, Tokman B, Bayraktar S. Odontogenicmyxoma containing osteocement-like spheroid bodies:report of a case with an unusual features. J Oral Pathol. 2001;30:504-6.
8. Ostrowski M.L, Spjut H.J, Bridge J.A. Cartilage Tumors.En Fletcher C. Tumours of soft Tissue and Bone. Lyon:World Health Organization of Tumours; 2002; p. 243-45.
9. Lombardi T, Kuffer R, Bernard JP, et al. Immunohistochemical staining for vimentin filaments and S-100 protein in myxoma of the jaws. J Oral Pathol 1988; 17: 175-7.

10. González-García R, Rodríguez-Campo FJ, Naval-Gias L, Muñoz-Guerra MF, Sastre-Perez J, Diaz-Gonzalez FJ. Mixoma Odontogénico mandibular. Med Oral Patol Cir Bucal 2006; 12:50-4.