

MIXOMA DEL MAXILAR SUPERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

VELÁSQUEZ DE MANYÓN, ANA*
RODRÍGUEZ, ARGIMIRO**
PILLKAHN-DÍAZ, WERNER***
GUZMÁN, FIDEL****
RIVERO, ELSA****

RESUMEN

Objetivo: Discutir sobre el adecuado manejo de pacientes con mixoma en maxilar superior, con un diagnóstico acertado y tratamiento precoz por lo agresivo de este tipo de tumor

Paciente y método: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura. Paciente tratado en el Servicio de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Maxilofacial. Hospital Universitario Dr. Luís Razetti, Barcelona. Estado. Anzoátegui.

Resultados: El tratamiento de elección es la resección en bloque con márgenes oncológicos de seguridad, corte congelado y definitivo, pues el pronóstico es mejor cuanto más radical sea a la extirpación. No responde a quimioterapia ni radiaciones.

Conclusión: Se presenta caso de mixoma, tumor mesenquimal poco frecuente, de localización maxilar y mandibular, de características citológicas benignas pero puede mostrar un comportamiento agresivo recidivante tras una resección quirúrgica inadecuada.

Palabras Clave: Mixoma maxilar, tumores odontogénicos.

ABSTRACT

UPPER MAXILLARY MYXOMA. A CASE REPORT

Objective: To discuss on the appropriate handling of patients with myxoma in upper jawbone, with a right diagnosis and early treatment due the aggressiveness of this kind of tumor.

Patient and method: Description of a clinical case and literature review. A patient attended at the Service of Plastic, Reconstructive and Maxillofacial Surgery. Hospital Universitario Dr. Luís Razetti, Barcelona. Estado Anzoátegui.

Results: The election's treatment is a block resection with oncological margins of security, final and frozen section biopsy, because the forecast is better as much as radical be extirpated. It does not respond to chemotherapy and radiation.

Conclusion: A case report of myxoma is presented, mesenchymal tumor of low frequency, maxillary and jaw location, of benign cytological characteristics, but it can shows a recidivate aggressive behavior after an inadequate surgical resection.

Key words: Maxillary myxoma, odontogenic tumor

El mixoma es llamado también fibroma o mixofibroma odontogénico, osteomixoma o condromixoma; lesión intra ósea rara agresiva asociada con la odontogénesis y constituida principalmente por una sustancia fundamental mucoide con células fusiformes indiferenciadas ampliamente dispersas. Fue descrito por primera vez por Cernea y Katz, el mixoma es un tumor odontogénico de origen ectomesenquimal del germen dental, bien sea derivado de la papila dental, del folículo del ligamento periodontal. Las investigaciones histoquímicas e inmunohistoquímicas sugieren un origen en los fibroblastos, en los elementos histiocíticos o en las células miofibroblásticas⁽¹⁾. En las series publicadas de tumores odontogénicos, el mixoma representa el 3 % y el 6 % de ellos, no tienen cápsula, es invasivo localmente, destruye los

* Jefa del Servicio de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Maxilofacial.
** Cirujano Oncólogo;
*** Cirujano General;
**** Cirujano Bucomaxilofacial. Hospital Universitario Dr. Luís Razetti Barcelona.

tejidos duros y blandos, pero no da metástasis por lo que se considera un tumor benigno localmente agresivo, igual que el ameloblastoma⁽²⁾.

Por ser una lesión ósea, la mucosa presenta características normales, salvo en aquellos casos donde el tumor la ha invadido y perforado. En la mayoría de los casos, el 60 % de los mixomas se presentan entre los 10 y 50 años de edad, con un promedio de 26 años⁽³⁾. No hay predilección por el sexo y la localización es mayor en los maxilares superiores. A la palpación se encuentra una masa indurada, generalmente bien delimitada, que puede comprometer ambas corticales óseas; las piezas dentales involucradas suelen estar desplazadas, pero conservan su vitalidad pulpar⁽⁴⁾.

Cuando el mixoma se localiza en el maxilar superior, éste llega a involucrar al seno maxilar y aún la mucosa nasal antes de ser diagnosticado. Cuando se realiza una aspiración de la lesión, ésta es negativa. Descartándose así la presencia de una lesión quística se debe proceder a tomar una biopsia para determinar las características del tumor que se ha aspirado⁽⁵⁾. El estudio imagenológico incluye radiografías periapicales, oclusales y panorámicas, las cuales permiten evaluar la extensión de la lesión. En casos donde se deba determinar el compromiso de las estructuras vecinas por el tumor, la tomografía y la resonancia magnética son las ayudas diagnósticas de elección⁽⁶⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 23 años de edad quien consultó por presentar aumento de volumen en hemicara derecha, en antro maxilar, de 2 años de evolución, sin otro antecedente previo, como traumatismo.

Foto 1

Vista frontal y lateral



Acude al servicio de Oncología donde es evaluado. Sabiendo que es muy importante conocer el origen histológico de la misma, ya que de eso va a depender el tipo de opción terapéutica a aplicar, se realiza biopsia con tru cut que revela hallazgo histopatológico compatible con mixoma del maxilar superior. Posteriormente es referido al servicio de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Máxilofacial donde es evaluado, evidenciándose una masa tumoral de 6 cms x 7 cms x 8 cms en antro maxilar derecho, duro, no móvil, irregular. Se indica preoperatorio completo y TAC 3 D facial que reportó: masa ocupante heterogénea, erosiva en hemicara derecha, con compromiso del paladar óseo, donde se aprecia una erosión marcada de toda la región lateral derecha, además de un área de menor densidad y zonas hipodensas. Se observa extensión hacia la fosa nasal con pérdida de la pared interna del antro maxilar en el tercio inferior.

Foto 2

Tomografía tridimensional facial

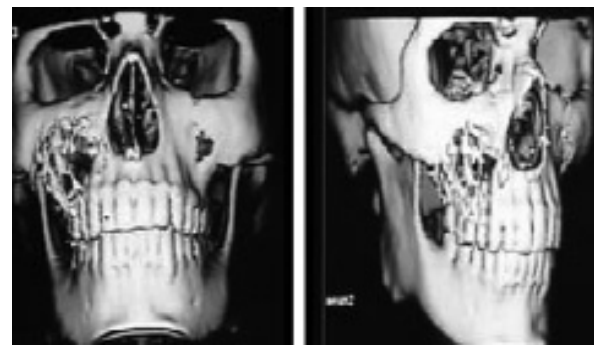
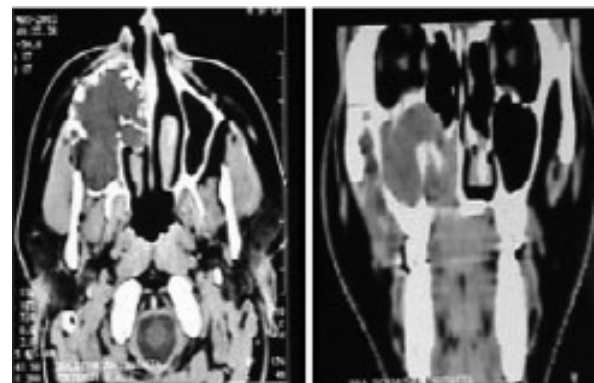


Foto 3

Tomografía tridimensional axial y sagital

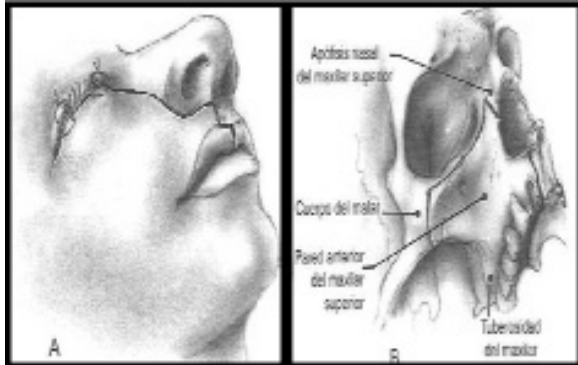


Conociendo el diagnóstico se decide intervención quirúrgica: bajo anestesia general se realiza hemimaxilectomía superior derecha mediante una incisión de Weber - Dieffenbach (Fergunsson) en la piel, iniciada a través de la porción media del labio superior en forma escalonada, hacia arriba por el surco

nasolabial, hasta el nivel del ángulo interno del ojo y desde allí horizontalmente justo por debajo del párpado inferior.

Foto 4

Técnica quirúrgica



Se realiza una incisión en el pliegue gingivo-vestibular y se levanta el colgajo, incluyendo el músculo buccinador, hasta la tuberosidad del maxilar superior. Se realizó resección del área hemimaxilar superior con el paladar duro yuxtapuesto, apófisis nasal, tercio superior y cuerpo del maxilar superior, además de curetaje de senos anterior y posterior del etmoides.

Foto 5

Compromiso del antro maxilar

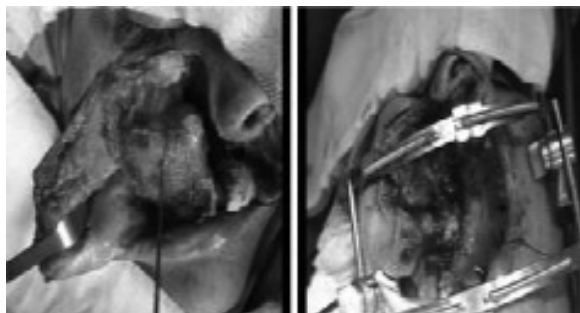
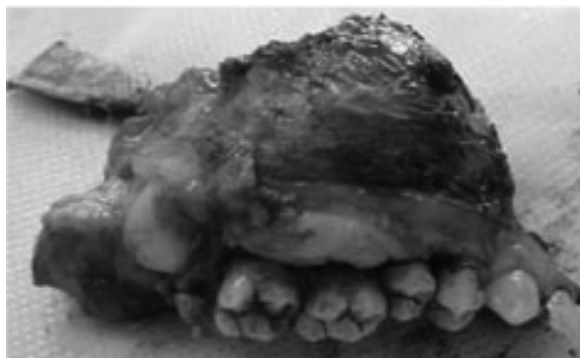


Foto 6

Pieza operatoria



Se realiza cierre por planos, avance de mucosa palatina y vestibular, quedando un orificio de 2 x 1 cm colocándose una placa obturadora. Los cortes congelados y cortes definitivos evidenciaron bordes libres de lesión tumoral.

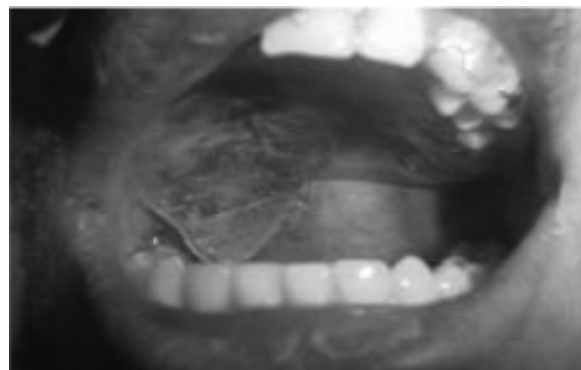
Foto 7

Operación finalizada



Foto 8

Prótesis dental



En el postoperatorio inmediato y mediano, evoluciona satisfactoriamente y egresa con control médico periódico. Fue rehabilitado y no ha presentado recidivas del proceso.

Descripción macroscópica: muestra constituida por tres fragmentos de tejidos de forma cilíndrica, el mayor de 5,5 x 3,1 cm. de color blanco grisáceo, consistencia blanda, de aspecto mixoide, se incluyen en su totalidad para estudio.

Descripción microscópica: las lesiones histológicas examinadas muestran fragmentos de lesión neoplásicas de estirpe men-

Foto 9**Resultados cosméticos**

prolongaciones citoplasmáticas largas y ramificadas en algunas de ellas. Núcleo ovoideo hiperromático, sin atipias ni figuras mitóticas, la sustancia intercelular es laxa con fibras colágenas finas, vasos sanguíneos y aisladas espículas óseas maduras.

Diagnóstico microscópico: tumor del antro maxilar derecho. Hallazgos histopatológicos compatible con mixoma y mixofibro-ma de los maxilares.

DISCUSIÓN

El mixoma es un tumor de crecimiento lento, asintomático, que se descubre en forma incidental, que ocasiona expansión ósea, llegando en algunos casos a producir perforación de las tablas óseas desplazamiento dental y reabsorción radicular.

El motivo de la consulta del paciente es la asimetría facial y el aumento de volumen en hemicara derecha sin embargo, se han notificado algunos casos en los cuales el dolor lleva a los paciente a la consulta. El aspecto macroscópico es sugestible de esta patología cuando se encuentra durante la biopsia un tejido blando de aspecto gelatinoso de color gris aperlado blanco y no tiene cápsula⁽⁷⁾.

El clínico deberá tener presente la edad, la localización de la masa, manifestaciones clínicas del paciente, así como los hallazgos imagenológicos para obtener un diagnóstico, también le servirá el aspirado y las características macroscópicas del tejido. Al momento de tomar la biopsia, el diagnóstico será histopatológico. Si bien el mixoma es un tumor odontogénico benigno, el hecho de no tener cápsula y ser agresivo localmente, además de presentar una recidiva del 25%, ha llevado a la mayoría de autores a sugerir como tratamiento la resección en bloque y con margen

de seguridad en los tumores de gran tamaño y recomiendan la enucleación con curetaje fuerte en lesiones pequeñas⁽⁸⁾.

En los casos donde se realiza hemimaxilectomía o hemimandibulectomía, persiste controversia si se debe reconstruir inmediatamente o es mejor dejar los injertos óseos para un segundo tiempo quirúrgico, aunque en los últimas series la primera opción ha dado mejor resultado⁽⁹⁾. Cada caso debe ser evaluado en forma particular, para planificar la estrategia del procedimiento quirúrgico, así como de la reconstrucción. Se deberá realizar un seguimiento postquirúrgico de 10 años, tanto clínico como radiológico. Se debe solicitar al patólogo un claro informe de los bordes del espécimen, para determinar si ellos están o no comprometidos por el tumor. Este tumor no responde a radiación ni quimioterapia⁽¹⁰⁾.

El tumor es más común en la maxila que en la mandíbula y se presenta más frecuentemente en la segunda década de la vida. Se desarrolla lentamente y usualmente es asintomático, provocando expansión de las tablas alveolares y desplazamiento de los dientes vecinos. El conocimiento claro de este tipo de patología es de suma importancia ya una vez diagnosticado, el tratamiento debe ser precoz por lo agresivo y la recidiva de este tipo de tumor, para evitar trastornos mayores. El seguimiento del paciente debe ser riguroso, frecuente y por tiempo prolongado. Éste incluye examen clínico exhaustivo, radiografías y estudios citológicos si fuera preciso.

REFERENCIAS

1. Raspall, G. Tumores de cara, cabeza, boca y cuello. Atlas clínico. 2 Edición Editorial Masson 2000. Pág. 274-275
2. Simon EN, Merx MA, Vuhahula E, Ngassapa D, Stoelinga PJ. Odontogenic myxoma: A clinicopathological study of 33 cases. Int J Oral Maxillofac Surg 2004; 33:333-337.
3. Sassi LM, Biazolls ER, Freitas SE, Ramos GH, Olivera BV. Myxoma of bones. Review of 17 cases. Oral Oncol 2001; 37: 77-82.
4. Gutiérrez-Pérez JL, Olivares-Moreno JM, García-Perla A, Menéndez-Felipe J, Bermudo-Anino L. Mixoma de los maxilares. Av Odontostomatol 1987; 3:358-362.
5. Shafer WG, Levy BM. Tratado de Patología Bucal. 4 ed. México, DF: Nueva Editorial Interamericana; 2000. p.197-200.
6. MacDonald-Jankowski DS, Yeung RWK, Li T, Lee KM. Computed tomography of odontogenic myxoma. Clin Radiol 2004; 59:281-287.
7. Sapp, J.P, Eversole, LR, Wysocki, P.J; Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2 Edición Editorial Elsevier Pág: 144
8. Ögütçen-Toller M, Sener I, Kasap V, Cakir-Özkan N. Maxillary Myxoma: Surgical treatment and reconstruction with buccal fat pad flap: A case report. J Contemp Dent Pract 2006; 1:107-116.
9. Lore, J.M; Medina J. E.: Atlas de cirugía de cabeza y cuello. 4 Edición Editorial Panamericana 2007 Pág. 248-249
10. Barker BF. Odontogenic myxomas. Semin Diagn Pathol 1999; 16: 297-301