

Mixoma odontogénico: neoplasia controvertida

Odontogenic myxoma: controverted neoplasia

A. Eguía, JM Aguirre, R Martínez-Conde

Medicina Bucal. Departamento de Estomatología.
Universidad del País Vasco / EHU
Leioa. Bizkaia

RESUMEN

El mixoma odontogénico es una infrecuente neoplasia de los maxilares; benigna, aunque localmente agresiva y muy recidivante. Se origina a partir del ectomesenquima odontogénico y presenta una imagen histológica mixoide anodina. Se diagnostica con más frecuencia en la segunda y tercera décadas de la vida, y generalmente, a través del estudio histopatológico, ya que la clínica y la imagen radiológica son inespecíficas. Presentamos un caso clínico que manifiesta las características clinicopatológicas, histológicas y radiológicas típicas de esta neoplasia y se discuten sus principales aspectos, algunos controvertidos. Palabras clave: mixoma, tumor odontogénico, tumor de los maxilares, patologías óseas, caso clínico.

ABSTRACT

The odontogenic myxoma is a rare neoplasia of the jaws, benign but locally aggressive and has a high recurrence rate. This neoplasia is originated in embryologic mesenchymal tissue and presents a non-specific myxoid histological view. The diagnosis is common in the second and third decade of the life and normally is made through the histopathological study, because its clinical and radiological signs aren't specific. We report a case with the clinical, histological and radiological common signs of this neoplasia. We also make a discussion about its principal aspects, some of them controverted. Key Words: myxoma, odontogenic tumor, tumor of the jaws, bone pathology, clinic case.

LABURPENA

Mixoma odontogenetikoa maiztasun gutxi duen masailazurren neoplasia da; enbera, nahiz eta lokalki oso agresiboa eta oso errezidibantea izan. Ektomesenkima odontogenikotik sortzen da eta irudi histologiko mixoide arrunta du. Bizitzaren bigaren eta hirugarren hamarkadetan diagnostikatu ohi da gehienetan, eta oro har, azterketa histopatologikoaren bitartez, klinika eta irudi erradiologikoa ez baitira oso zehatzak. Neoplasia honen ohiko ezaugarri klinikopatologiko, histologiko eta erradiologikoak dituen kasu kliniko bat aurkeztzen dugu eta alderdi nagusiak eztabaidatzen dira, zenbaitzuk eztabaidagarriak. Hitz nagusiak: mixoma, tumore odontologikoa, masailazurren tumorea, hezur patologiak, kasu klinikoa.

Correspondencia:
Asier Eguía del Valle
C/ Artebizkarra, 27 - 1º Izda. Cen.
48860 Zalla. Bizkaia.
Tel: 650409587

Introducción

El mixoma odontogénico es un tumor maxilar poco frecuente, benigno, localmente agresivo y recidivante. Presentamos un caso clínico y discutimos los aspectos clinicopatológicos más sobresalientes de esta patología.

Caso clínico

Mujer de 51 años de edad, remitida por su dentista de cabecera por un hallazgo radiológico casual al realizar una ortopantomografía para control de su enfermedad periodontal. No poseía hábitos tóxicos, había sido histerectomizada por la presencia de miomas múltiples uterinos y tratada de úlcus duodenal 8 años atrás. Actualmente estaba bajo tratamiento antihipertensivo con enapril y diltiazem. Su analítica sanguínea general no mostraba alteraciones significativas.

En la ortopantomografía se apreciaba una lesión radiolúcida, multilocular, en forma de pera, a nivel de los dientes 4.3 (canino inferior derecho) y 4.4 (primer premolar inferior derecho). Los márgenes estaban bien definidos, salvo en la zona del 4.3, donde presentaba un aspecto más irregular. Se observaba también desplazamiento de las raíces de los dientes, sin apreciable reabsorción radicular. Se reconocía la presencia de enfermedad periodontal de diferente grado en relación con el resto de los dientes. (Figura 1)

Se practicó una radiografía oclusal mandibular en la que se apreciaba una evidente expansión de la cortical vestibular. Este dato era sugestivo de agresividad biológica.

Clínicamente el aspecto de la mucosa de la zona de la lesión era normal, palpándose una discreta tumefacción. La vitalidad pulpar de los dientes desplazados estaba conservada. La paciente no presentaba dolor ni parestesias.

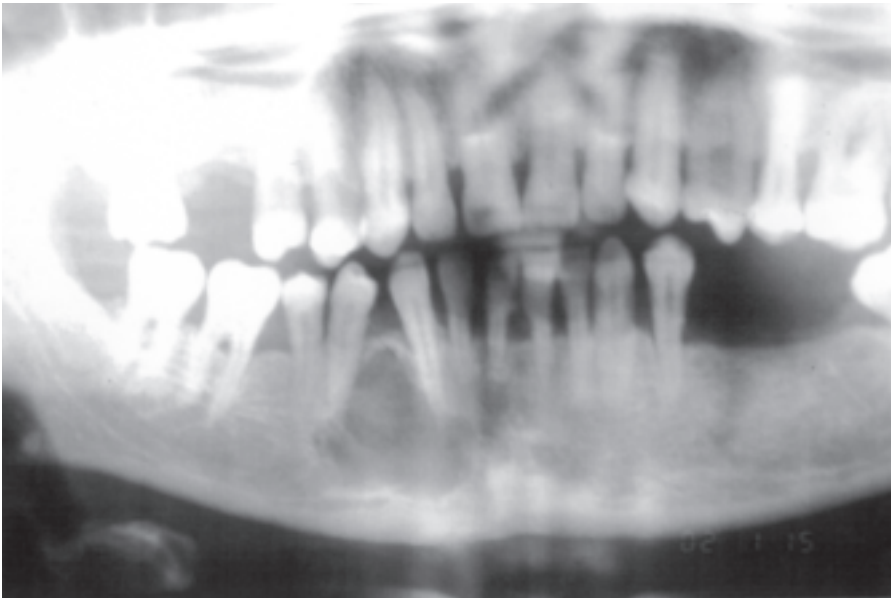


Fig. 1: Imagen radiográfica de la lesión. Lesión multilocular radiolúcida.

Con todos los datos anteriores se estableció un posible diagnóstico diferencial entre una lesión quística o tumoral de origen odontogénico, entre los que se incluía a: queratoquiste odontogénico, quiste lateral periodontal, ameloblastoma, mixoma odontogénico y quiste odontogénico epitelial calcificante, y lesiones de otra índole como angioma, granuloma central de células gigantes o quiste oseo aneurismático. Se optó por un tratamiento quirúrgico inicial conservador, a la espera del resultado del posterior estudio anatomopatológico de la lesión. Se realizó previamente el tratamiento de conductos de los dos dientes implicados.

Se levantó un colgajo mucoperióstico por vestibular, con línea de descarga en mesial para abordar la lesión. Tras levantar el colgajo se accedió a la lesión que era sólida y perforaba la cortical vestibular, mostrando un color blanquecino, una buena delimitación y una consistencia fibrosa. (Figura 2)

Tras la exéresis de la lesión se realizó un fresado del tejido oseo en contacto con la misma. Se conservó la cortical lingual y se mantuvieron los dientes 4.3 y 4.4.

El informe histopatológico relataba la presencia de una tumoración de tejido mixoide con pequeños cordones de epitelio, diagnosticada como mixoma odontogénico.

Discusión

El mixoma odontogénico se origina a partir de los tejidos mesenquimales dentarios en desarrollo a expensas del folículo dental, la papila dentaria o el ligamento periodontal (1-5).

Representa entre el 3 y el 17,7 % de los tumores odontogénicos (6-8). Se dignifica generalmente en la segunda y tercera décadas de la vida, siendo poco frecuente en la niñez y raro en mayores de 50 años (6-12).

En relación a su distribución por sexos, algunos autores defienden que es más común entre las mujeres (1, 2, 8), aunque otros afirman que es similar entre hombres y mujeres (3, 4, 9, 13, 14).

La localización más habitual también es motivo de controversia, ya que para unos es la mandíbula (2, 6, 13, 15) y para otros, por igual el maxilar superior y la mandíbula (8, 11). En lo que sí hay acuerdo general es en que generalmente aparece en la región posterior, en la zona de premolares y molares y que su localización fuera de los maxilares es muy poco común (6, 8, 16).

En nuestro caso la localización de la lesión era la zona anterior de la mandíbula, cuando lo habitual es que aparezca más posterior, en la zona de molares.

Debido a su lento crecimiento, esta lesión, suele ser asintomática inicialmente. A medida que su tamaño aumenta, expande la cortical osea, llegando incluso a perforarla y provoca desplazamientos dentarios, alterando el plano oclusal. La vitalidad pulpar dental suele mantenerse, aunque puede aumentar la movilidad dentaria e incluso provocar la pérdida de dientes. En nuestro caso a pesar del desplazamiento, los dientes no presentaban movilidad.

Solamente cuando alcanza grandes dimensiones puede originar parestesias o dolor por afectación del nervio dentario inferior en el caso mandibular (5, 17-20).

La imagen radiográfica es radiolúcida, unilocular o multilocular. En ocasiones presenta una imagen característica denominada en "panal de abejas", "pompas de jabón" o "raqueta de tenis" (1, 21, 22). Existe una

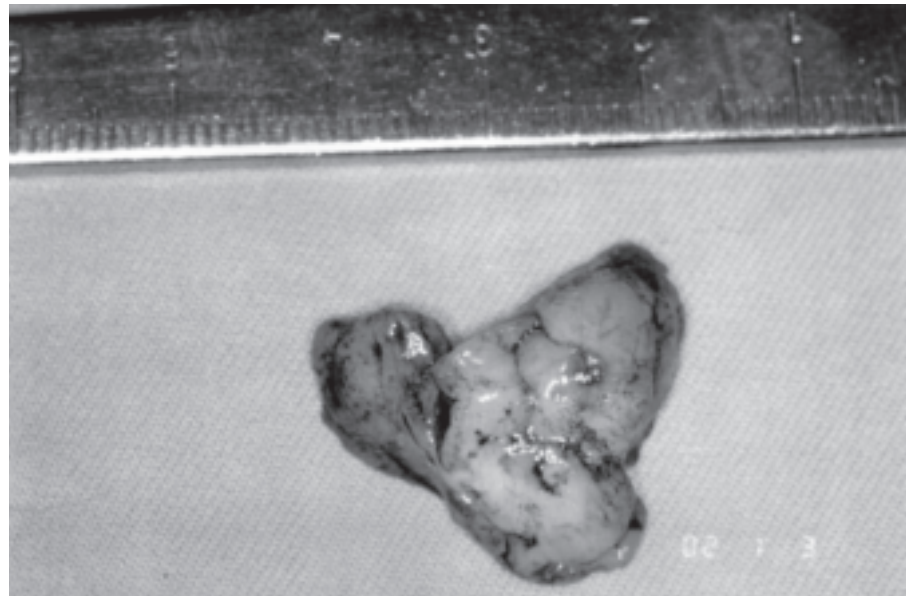


Fig. 2: Aspecto tumoral tras la exéresis.

relación significativa entre el tamaño de la lesión y su imagen radiográfica, de tal modo que las lesiones de menor tamaño suelen ser uniloculares y las de mayor tamaño multiloculares o en "panal de abejas" (2). Los márgenes pueden ser o no definidos (2, 21, 22). En la radiografía se puede observar expansión cortical, desplazamiento dentario y en ocasiones reabsorción radicular (1, 2, 12).

En el caso clínico que nosotros presentamos, el tamaño de la lesión era intermedio, con un aspecto multiloculado, pero sin ofrecer la imagen en "panal de abejas" o "pompas de jabón" que puede presentar cuando sus dimensiones son mayores.

La imagen histológica mixoide del tumor, con o sin islotes de células epiteliales "odontogénicas", se caracteriza por la existencia de una matriz de mucopolisacáridos, principalmente ácido hialurónico y condroitín sulfato, en la cual aparecen células de aspecto estrellado, fusiforme o poligonal; fibroblastos bien diferenciados, células mixoblásticas poco diferenciadas y células intermedias (18, 23-33).

Por sus características clínicas y radiográficas el diagnóstico diferencial se debe plantear con otros tumores y quistes odontogénicos, así como con otras lesiones como el granuloma central de células gigantes, el quiste oseo aneurismático o los angiomas (1, 2, 18, 34).

El tratamiento de este tumor es quirúrgico, habiéndose propuesto diferentes técnicas. El índice de recidiva es alto y varía desde un 20 % hasta un 90 % (35-39), dependiendo del tamaño, localización y técnica quirúrgica empleada. En las lesiones de menor tamaño se suelen emplear técnicas conservadoras con exéresis de la lesión seguida de curetaje y osteotomía del tejido oseo en contacto con la lesión. En las lesiones de mayor tamaño y en las recidivas se emplean técnicas más agresivas como la resección en bloque mediante osteotomía. (1, 17, 20, 40-42).

Dada su elevada tendencia a la recidiva, es obvio, que un periódico control radiográfico es absolutamente necesario; especialmente durante los dos primeros años tras el tratamiento (5, 17).

En nuestro caso se optó inicialmente por un tratamiento conservador y un seguimiento postquirúrgico exhaustivo.

Referencias bibliográficas

- Lo Muzio L, Nocini P, Favia G, Procaccini M, Mignogna MD. Odontogenic myxoma of the jaws. A clinical, radiologic, immunohistochemical, and ultrastructural study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996; 82: 426-33.
- Kaffe I, Naor H, Buchner A. Clinical and radiological features of odontogenic myxoma of the jaws. *Dentomaxillofac Radiol* 1997; 26: 299-303.
- Ghosh BC, Huvois AG, Gerold FP, Miller TR. Myxoma of the jaw bones. *Cancer* 1973; 31: 237-40.
- Harder F. Myxomas of the jaws. *Int J Oral Surg* 1978; 7: 148-55.
- Slootweg PJ, Wittkamp RM. Myxoma of the jaws. An analysis of 15 cases. *J Maxillofac Surg* 1986; 14: 46-52.
- Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumors, analysis of 706 cases. *J Oral Surg* 1978; 36: 771-8.
- Daley TD, Wisocki GP. Relative incidence of odontogenic tumors and oral jaw cysts in a Canadian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 77: 276-80.
- Mosqueda A, Ledesma C, Caballero S, Portilla J, Ruiz LM, Meneses A. Odontogenic tumors in Mexico: a collaborative retrospective study of 349 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1997; 84: 672-5.
- Keszler A, Dominguez FV, Giannunzio G. Myxoma in childhood. An analysis of 10 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53: 518-21.
- James DR, Lucas VS. Maxillary myxoma in a child of 11 months. A case report. *J Craniomaxillofac Surg* 1987; 15: 42.
- Leiberman A, Forte V, Thorner P. Maxillary myxoma in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1990; 18: 277-81.
- Peltola J, Magnusson B, Happonen RP, Borman H. Odontogenic myxoma. A radiographic study of 21 tumors. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1994; 32: 298-302.
- Barros RG, Domínguez FW, Cabrini RL. Myxoma of the jaws. *Oral Surg* 1969; 27: 225-31.
- Farman AG, Nortjé CJ, Grotepass FW. Myxofibroma of the jaws. *Br J Oral Surg* 1977; 15: 3-18.
- White DK, Chen SY, Mohnac AM. Odontogenic myxoma. A clinical and ultrastructural study. *Oral Surg* 1975; 39: 901-10.
- McClure DK, Dahlin DC. Myxoma of bone. Report of 3 cases. *Mayo Clin Proc* 1977; 52: 249-53.
- Wong GB. Large Odontogenic Myxoma of the mandible treated by sagittal ramus osteotomy and peripheral osteotomy. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50: 1221-4.
- Hernández G, Cohn C, García A, Martínez S, Llanes F, Montalvo JJ. Mixoma de los maxilares. A proposito de tres casos. *Med Oral* 2001; 6: 106-13.
- Cawson RA. Myxoma of the mandible with a 35 year follow up. *Br J Oral Surg* 1972; 14: 73-9.
- 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.
- Kawai T, Shumei M, Nishiyama H, Kishino M et al. Diagnostic imaging for a case of maxillary myxoma with a review of the magnetic resonance images of myxoid lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1997; 84: 449-54.
- Sumi Y, Miyaishi O, Ito K et al. Magnetic resonance imaging of myxoma in the mandible: A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2000; 90: 671-6.
- Lo Muzio L, De Rosa G, Mignogna MD et al. Myxoma of the jaws with an unusual intracellu-
- llular banded structure. *Acta Stomatol Belg* 1995; 92: 155-8.
- Moshiri S, Oda D, Worthington P, Myall R. Odontogenic myxoma: histochemical and ultrastructural study. *J Oral Pathol Med* 1992; 21: 401-3.
- Lombardi T, Kuffer R, Bernard JP et al. Immunohistochemical staining for vimentin and S-100 protein in myxoma of the jaws. *J Oral Pathol* 1998; 17: 175-7.
- Zhao M, Lu Y, Takata T et al. Immunohistochemical and histochemical characterization of the mucosubstance of odontogenic myxoma: histogenesis and differential diagnosis. *Pathol Res Pract* 1999; 195: 391-7.
- Lombardi T, Samson J, Bernard JP et al. Comparative immunohistochemical analysis between jaw myxoma and mesenchymal cells of tooth germ. *Pathol Res Pract* 1992; 188: 141-2.
- Kim J, Ellis GL. Dental follicle tissue: misinterpretation as odontogenic tumors. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51: 762-7.
- Mori M, Murakami M, Hirose I et al. Histochemical studies of myxoma of the jaws. *J Oral Surg* 1975; 33: 529-35.
- Harrison JB. Odontogenic myxoma. Ultrastructural and histochemical studies. *J Clin Pathol*. 1973; 26: 570-8.
- Goldblatt LI. Ultrastructural study of an odontogenic myxoma. *Oral Surg* 1976; 42: 206-12.
- Schmidt-Westhausen A, Becker J, Schuppan D et al. Odontogenic myxoma. Characterization of the extracellular matrix (ECM) of the tumour stroma. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1994; 30: 377-80.
- Takahashi H, Fujita S, Okabe H. Immunohistochemical investigation in odontogenic myxoma. *J Oral Pathol Med* 1991; 20: 114-9.
- Ryu DM, Lee B. Concomitant occurrence of squamous cell carcinoma and myxoma of the mandible: A case report. *Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 425-30.
- Totten JR. Recurrence of a myxoma in a costochondral graft. *Br J Oral Surg* 1982; 20: 63-73.
- Schmidtseder R, Groddeck A, Scheunemann H. Diagnostic therapeutic problems of myxomas of the jaws. *J Maxillofac Surg* 1978; 6: 281-8.
- 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* 2000; 90: 348-53.
- Zimmerman DC, Dahlin DC. Myxomatous tumors of the jaws. *Oral Surg* 1958; 11: 1069-75.
- Kangur TT, Dahlin DC, Turlington EG. Myxomatous tumors of the jaws. *J Oral Surg* 1975; 33: 523-28.
- Pogrel MA. The management of lesions of the jaws with liquid nitrogen cryotherapy. *J Calif Dent Assoc* 1995; 23: 54-7.
- Keller EE. Resection of a myxoma of the maxilla via Lefort I osteotomy. *J Oral Maxillofac Surg* 1998; 46: 609-13.
- Petti NA, Weber FL, Miller MC. Resection of a mandibular myxoma via a ramus osteotomy. *J Oral Maxillofac Surg* 1987; 45: 793-5.