

Caso ClínicoISSN:1315 2823
INDICE REVENCYT:RV0003
LATINDEX: 18219
PERIODICA
IMBIOMED**Manifestaciones radiográficas del fibromixoma odontogénico. Reporte de caso****Radiographic manifestations of fibromyxoma odontocalcifying. Case report**Mujica E. Jessica¹, Ruiz G. de Chacón Vilma E.²¹Estudiante del programa de Especialización en Radiología Oral y Maxilofacial. ²Docente del Posgrado del Departamento Académico de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial.

Universidad Peruana Cayetano Heredia.

maildeeli@gmail.com

Recibido: 30/10/2014
Aceptado: 21/12/2014**Resumen**

El fibromixoma odontogénico es una variante histológica del mixoma odontogénico, derivado del mesénquima o ectomesénquima, que puede o no contener epitelio odontogénico. Se presenta un caso de fibromixoma odontogénico en maxilar superior en una paciente de sexo femenino de 19 años. La lesión produce el borramiento de las corticales del seno maxilar. El objetivo es describir la lesión, desde el punto de vista imaginológico, en una zona poco frecuente de presentación.

Palabras clave: mixoma, seno maxilar, radiografía.**Summary. Radiographic manifestations of fibromyxoma Odontocalcifying. Case report**

Odontogenic fibromyxoma is a histological variant of odontogenic myxoma, derived mesenchymal or ectomesenchyme, which may or may not contain odontogenic epithelium. A case is presented of fibromyxoma odontocalcifying in upper jaw in a female patient of 19 years. The injury causes effacement of cortical sinus. The objective here is to describe the injury from the point of view of images in a display area uncommon.

Key words: myxoma, maxillary sinus, radiography.

Introducción

El Fibromixoma es una variante del mixoma odontogénico (MO), llamado así por la gran cantidad de fibras colágenas que se observan en el examen histológico. Se considera una variante histológica y no es clasificada como una entidad independiente. La Organización Mundial de la Salud, lo considera derivado del mesénquima y/o ectomesénquima, que puede contener o no epitelio odontogénico. Es un tumor localmente invasivo, su variable apariencia clínica y radiológica hace difícil su diagnóstico^{1,2}. Su frecuencia varía en diferentes partes del mundo, entre 3 al 20% de los tumores odontogénicos. En la mayoría de estudios es el tercer tumor odontogénico más frecuente, seguido del odontoma y ameloblastoma, presentándose mayormente en mujeres entre la segunda y cuarta década de vida³. Su localización más frecuente es en la región posterior de la mandíbula, y en el maxilar puede obliterar el seno maxilar. Los de gran tamaño pueden producir expansión de tablas óseas, desplazamiento y reabsorción radicular de unidades dentarias.⁴

Sus características imagenológicas presentan grandes variaciones. Se puede manifestar como una imagen radiolúcida unilocular o multilocular con márgenes definidos o difusos, es característico la presencia de septos, los cuales producen la apariencia radiográfica de los patrones de “pompas de jabón”, “panal de abejas”, “rayos de sol” y “raqueta de tenis”, esta última es bastante sugerente de la lesión, pero no debe considerarse patognomónica.⁵

Se presenta un caso de fibromixoma odontogénico, el cual tiene una apariencia

radiográfica variada y ocasiona el borramiento de las corticales del seno maxilar.

Reporte de caso clínico

Paciente de 19 años de género femenino, acude al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, derivada por su odontólogo quien le indica que tiene un tumor. El tiempo de enfermedad de cinco meses y de curso progresivo. Paciente refiere dificultad para respirar por la fosa nasal derecha y molestias a nivel del globo ocular izquierdo. Al examen clínico extraoral se observa un aumento de volumen a nivel de la región geniana alta, intraoralmente se observa una tumoración de 4x3x2 cm ubicada en el sector posterior del maxilar de límites definidos, consistencia firme, ligeramente dolorosa a la palpación.

A la evaluación de la radiografía panorámica, se observó una imagen radiolúcida multilocular proyectada en maxilar izquierdo, que se extiende en sentido antero posterior desde apical de la unidad dentaria 22, hasta las proximidades de la tuberosidad del maxilar y desde la cima del reborde alveolar en sentido cefálico, hasta las proximidades del reborde infraorbitario, de límites parcialmente definidos y bordes no corticalizados. En su interior muestra septos lineales que se intersecan formando ángulos rectos. Además produce la divergencia radicular de las unidades dentarias 26 y 27, compromete la tuberosidad y apófisis piramidal del maxilar, borramiento de las corticales del conducto infraorbitario y de la pared basal y medial del seno maxilar izquierdo, condicionando la opacificación del mismo (Fig. 1).



Fig 1.- Radiografía panorámica donde se evidencia imagen radiolúcida. En su interior tabiques finos que se intersecan formando ángulos rectos.

Al estudio de la radiografía Waters, se evidenció la opacificación del seno maxilar izquierdo y el borramiento de la cortical anatómica de la apófisis piramidal del maxilar superior (Fig 2),



Fig 2.- Zona de interés de la radiografías Waters. Opacificación de seno maxilar izquierdo.

mientras que a la observación de la radiografía oclusal superior, se evaluó expansión de la tabla ósea vestibular (Fig. 3).



Fig 3.- Radiografía oclusal superior. Se observa expansión de la tabla vestibular y tabiques que se dirigen hacia la periferie.

Al evaluar las radiografías periapicales de la zona de interés, se observó la divergencia radicular de las unidades dentarias 26 y 27; reabsorción radicular multiplanar de unidades dentarias 24, 25,

26; pérdida parcial de lámina dura de las unidades dentarias 24, 25, 26, 27. Además se hicieron evidentes los septos finos que se intersecan (Fig. 4).



Fig 4.- Radiografías periapicales: 24, 25, 26, 27, 28.

Después de analizar las características de las radiografías, se llegó a las siguientes presunciones diagnosticas: mixoma odontogénico, ameloblastoma y granuloma central de células gigantes. Se realizó la biopsia incisional y examen anatomopatológico, y el diagnóstico fue de fibromixoma odontogénico central.

La paciente fue sometida a una desfocalización de los procesos infecciosos que presentaba y se realizó posteriormente una hemimaxilectomía bajo anestesia general, así como la confección de prótesis inmediata.

Discusión

El mixoma odontogénico es un tumor benigno intraóseo, que representa de 3 a 6% de los tumores odontogénicos⁶. El fibromixoma es una variante de éste, llamado así por la gran cantidad de fibras colágenas que se observan en el examen histológico. Se considera una variante histológica y no es clasificada como una entidad independiente^{1,2}. Este es un tumor no encapsulado que se origina del tejido mesenquimal del germen dental, la papila dental, el folículo o el ligamento periodontal, algunos autores han asociado su origen con un cambio mixomatoso

del fibroma odontogénico o focos residuales de tejido embrionario, existiendo dudas acerca de que si este es odontogénico o no⁷. Es un tumor de crecimiento lento, localmente agresivo con tendencia de presentación en la segunda y cuarta década de vida, siendo más frecuente en mujeres. Su localización más frecuente es en la región posterior de la mandíbula. Clínicamente se presenta como un aumento de volumen de crecimiento lento y asintomático; sin embargo, el dolor y parestesia pueden ocurrir en estadios tardíos y asimetría facial en lesiones grandes.⁸

En un estudio realizado por Noffke y col.⁴, donde evaluaron 30 casos de mixomas odontogénicos, de éstos 9 se presentaron en mujeres y solo 2 en varones, la edad de presentación en la mayoría se encontró en la tercera y segunda década de vida y la localización más frecuente fue en la zona de molares y premolares. En el caso presentado, la lesión se encontró en una paciente femenina de 19 años y se presentó en el área de premolares y molares, datos que coinciden con los encontrados por los autores mencionados.

Dentro de sus características radiográficas, el fibromixoma se presenta como una imagen radiolúcida multilocular de límites bien o pobremente definidos, que en su interior contiene tabiques finos que darán los patrones característicos de “pompas de jabón”, “panal de abeja” y “raqueta de tenis”⁵. Las corticales pueden ser adelgazadas hasta el punto de no ser visibles a la inspección con radiología convencional, también pueden ser perforadas, y los septos pueden extenderse más allá del margen óseo periférico⁹. La presencia de radiopacidad puede deberse al hueso residual¹⁰. Los mixomas de gran tamaño pueden presentar desplazamiento radicular así como reabsorción radicular y reacción periostal.⁵

Zhang y col.¹¹ estudiaron 41 casos de MO, los cuales fueron clasificados en seis grupos según las características radiográficas: Tipo I unilocular, Tipo II multilocular, Tipo III con compromiso del reborde alveolar, Tipo IV con compromiso del seno maxilar, Tipo V con destrucción osteolítica y Tipo VI, una combinación de destrucción osteolítica con osteogénesis. El grupo VI puede presentarse con aspecto radiográfico de “rayos de sol”. De los casos estudiados, 9 se presentaron a

nivel de seno maxilar, de éstos 4 fueron mujeres y 5 varones, la mayoría en la tercera década de vida. Los 9 casos presentaron límites bien definidos, se observó desplazamiento radicular en 6 y reabsorción radicular en 4. Además se indica que en este tipo de presentación se observa una apariencia reticular en una porción de la lesión. En el caso presentado se observa que la lesión involucra el seno maxilar, por lo cual correspondería a un tipo IV, también produce divergencia y reabsorción radicular, pero a diferencia de los casos mencionados en el estudio de Zang, éste presenta límites no definidos.

En cuanto a las características radiográficas encontradas en el estudio de 30 casos de mixomas odontogénicos, realizado por Noffke y col.⁴, 19 casos se observaron en la mandíbula, mientras que 11 se presentaron en el maxilar. De estos se evaluaron los bordes de la lesión y la mayoría presentó bordes pobremente definidos (26%), además se observó que 7 casos que se presentaron en el maxilar, tuvieron bordes difusos y 9 casos invasión en el seno maxilar. La mayoría presentó una estructura interna multilocular (80%) y de éstos, 43% presentó la apariencia de raqueta de tenis. Asimismo se observó, que el desplazamiento de unidades dentarias fue la característica más común (73%), seguida por la reabsorción radicular (43%). Llegaron a la conclusión que la apariencia radiográfica del mixoma odontogénico es muy variada, lo cual hace de su diagnóstico un reto. En concordancia, las características radiográficas del caso presentado coinciden en su mayoría con las mencionadas, como la presencia de bordes no definidos, la multilocularidad, el desplazamiento de unidades dentarias y reabsorción radicular, pero también se observó la expansión de la tabla vestibular, así como la presencia de tabiques finos que se intersecan.

Asimismo, Reinhard y col.¹², estudiaron la apariencia radiográfica de 14 mixomas odontogénicos investigados en un periodo de 30 años, de los cuales la mayoría se presentaron en mujeres (11) y en varones solo 3, presentándose 5 casos en el maxilar y 9 en la mandíbula. De sus características radiográficas, la mayoría fueron uniloculares (9) y se encontró un solo caso con invasión en el seno maxilar. La apariencia de panal de abeja estuvo asociada al tamaño de la lesión y se

presentó solo en casos de mandíbula. La mayoría presentó bordes bien definidos (8), mientras que en 6 estuvieron pobremente definidos, de los cuales 4 se presentaron en el maxilar. El desplazamiento de dientes se observó en 8 casos, siendo la mayoría y la reabsorción radicular solo en 2 casos. De todo ello concluyeron, que la apariencia de esta lesión varía considerablemente y que las lesiones grandes presentan signos radiográficos de una lesión de crecimiento lento; sin embargo, un desplazamiento discreto de unidades dentarias, asociado a una pequeña imagen radiolúcida en el proceso alveolar entre dos dientes, puede ser un mixoma odontogénico. El caso aquí planteado difiere del anteriormente mencionado, en cuanto a que presentó características que no fueron muy comunes en éste, dado que la lesión presentó límites parcialmente definidos, así como fue multilocular.

En otro estudio realizado por Kheir y col.¹³, se evaluaron las características radiográficas de 30 mixomas odontogénicos, encontrando que de ellos 23 se presentaron en mujeres y 10 en varones. Se observó 17 casos en la mandíbula y 16 en el maxilar. En la evaluación de la estructura interna, se encontró que 50% presentó una imagen radiolúcida con trabéculas, la mayoría finas y algunas gruesas, de las cuales la mayor parte se observó en el maxilar. De los casos, 40% presentó bordes moderadamente corticalizados y no corticalizados 30%. El desplazamiento de unidades dentarias se observó en 70% siendo la característica más común, mientras que la reabsorción radicular fue de apenas 10% y se observó invasión en el seno maxilar en 40%.

Los autores¹³ concluyeron, que la radiografía convencional a pesar de las limitaciones que presenta, es fácilmente accesible y fácil de interpretar, lo que la convierte en una herramienta básica para el diagnóstico, permitiendo descubrir como hallazgo en su evaluación, los mixomas odontogénicos que tienen una naturaleza silenciosa. Esta investigación difiere del caso aquí reportado, dado que en éste se observó la reabsorción radicular en las unidades dentarias relacionadas, así como la invasión en el seno maxilar, características poco comunes en el estudio mencionado.

En el diagnóstico radiográfico diferencial deben considerarse radiolucideces multiloculares como el ameloblastoma, hemangioma central y granuloma central de células gigantes, entre otros.¹⁴

Por otra parte, Koseki y col.¹⁵, analizaron la apariencia en tomografía computarizada de MO en 17 pacientes con un diagnóstico verificado. Se estudió los bordes, si eran uniloculares o multiloculares, su densidad y la presencia o no de trabéculas. Ellos señalaron, que los tabiques internos no son visibles en todos los casos y que cuando se observan, no separan completamente la lesión en múltiples compartimientos. Cuando estos compartimientos están presentes, en la mitad de los casos exhiben el patrón de raqueta de tenis y los tabiques se observan generalmente en la periferia y no en el centro de la lesión. Los tabiques rectos vistos en la evaluación tomográfica, contribuyen significativamente en el diagnóstico; sin embargo, aun con tomografía computarizada algunas lesiones no podrán ser distinguidas.

El tratamiento recomendado para el MO, es la cirugía radical o la escisión conservadora dependiendo del tamaño del tumor. La resección radical incluye márgenes de 1.5 a 2 cm de hueso sano¹⁶, aunque no siempre esto es posible, debido a la proximidad de estructuras vitales¹⁷. Un gran número de pacientes son tratados mediante enucleación y legrado, pero las recidivas son bastante frecuentes habiéndose señalado hasta en 25% de los casos¹⁸. En general el pronóstico suele ser bueno, cuando la resección del tumor es completa.^{16,17}

Los pacientes deben someterse a un seguimiento cercano dentro de los siguientes dos años, por ser el tiempo más probable para la recurrencia. La remoción incompleta es el factor causal principal para la recurrencia.¹⁹

Conclusiones

El fibromixoma odontogénico, representa una variante histológica del mixoma odontogénico; esto no influye en su comportamiento ni en el tratamiento. Además debido a su carácter agresivo e invasivo y su tendencia a la recurrencia, se debe

realizar un buen diagnóstico con las imágenes adecuadas y un buen plan de tratamiento, así como control y seguimiento del paciente.

Referencias

1. Barnes L, Eveson JW, Reichart PA, Sidransky D. Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC Press; 2005.
2. Gupta I, Keluskar V, Shetti A. Odontogenic fibromyxoma of left maxilla - A case Report. *J. Int Oral Health*. 2010; 2:4.
3. Ajavi O, Ladeinde A, Adeyemo W, Ogunlewe M. Odontogenic tumors in Nigerian children and adolescents- a retrospective study of 92 cases. *World Journal of Surgical Oncology*. 2004; 2:39.
4. Noffke C, Chabicli N. Odontogenic myxoma: review of the literature and report of 30 cases from South Africa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007; 104:101-9.
5. Paniagua C, Calderón V, Beltrán J. Un caso raro de fibromixoma odontogénico con apariencia radiográfica de "rayos de sol". Reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista de Odontología da Universidade Cidade de São Paulo*. 2008; 20(1):93-9.
6. Passi D, Srivastva D, Mishra S, Bhart J, Hasija M, Dutta S. Odontogenic myxoma of maxillary sinus: Case report and literature review. *Int J Dent Case Reports*. 2014; 4(2):78-83.
7. Taneja T, Saxena S, Reddy V, Goel A, Taneja N. Odontogenic myxoma: A rare case involving maxillary sinus with a brief review of the literatura. *Indian J Oral Sci*. 2012; 3:107-12.
8. Gupta I, Keluskar V, Shetti A. Odontogenic fibromyxoma of left maxilla: A case report. *J Int Oral Health*. 2001; 2:479-85.
9. Langlais R, Langland O, Nortjé C. Diagnostic imaging of the jaws. EEUU: Williams & Wilkins; 1995.
10. Farman AJ, Nortjé CJ, Wood LE. Oral and maxillofacial diagnostic imaging. ST Louis: CV Mosby; 1993.
11. Zhang J, Wang H, He X, Niu Y, Li X. Radiographic examination of 41 cases of odontogenic myxomas on the basis of conventional radiographs. *Dentomaxillofac Radiol*. 2007; 36(3):160-7.
12. Friedrich R, Scheuer H, Fuhrmann A, Zustin J, Assaf A. Radiographic findings of Odontogenic myxomas on conventinal radiographs. *Anticancer Res*. 2012; 32(5):2173-7.
13. Kheir E, Stephen L, Nortje C, Van Rensburg L, Titinchi F. The imaging characteristics of odontogenic myxoma and a comparison of three different imaging modalities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2013; 116:492-502.
14. Fernández S, Delgado A, Calderón V, Ventura H, Zuiko A. Fibromixoma odontogénico con mimetismo radiográfico de lesión ósea maligna. Reporte de caso. *Rev Estomatol Herediana*. 2011; 21(2):87-92.
15. Koseki T, Kobayashi K, Hashimoto K, Arijji Y, Tsuchimochi M, Toyama M, et al. Computed tomography of odontogenic myxoma. *Dentomaxillofac Radiol*. 2003; 32(3):160-165.
16. 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 Oral Radiol Endod*. 2000; 90(3): 348-53.
17. Tincani AJ, Araújo PP, Del Negro A, Altemani A, Martins AS. Childhood maxillary myxoma: case report and review of management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007; 104(5):e5-8.
18. Wood NK, Goaz PW, Kallal RH. Odontogenic myxoma. In: Wood NK, Goaz PW. *Differential diagnosis of oral lesions*. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1991.
19. Landa LF, Hedrick MH, Nepomuceno-Perez MC, Sotereanos G. Recurrent myxoma of the zygoma: a case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 2002; 60(6): 704-8.