

Caso Clínico

Mixoma Odontogénico: reporte de un caso



Dra. Pamela Collao V.¹, Dra. Daniela Llanos C.², Dr. Milton Ramos M.³,
Dr. Guillermo Quezada R.⁴, Dr. Cristián Núñez B.⁵, Dra. Iris Espinoza S⁶.

¹ Cirujano Dentista, Residente Especialidad de Radiología DMF, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

² Rehabilitadora oral, Universidad Andrés Bello, Residente Especialidad de Radiología DMF, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

³ Radiólogo Máxilo-facial, Complejo Asistencial Barros Luco. Profesor área de Radiología Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

^{4,5} Cirujanos Máxilo-faciales, Complejo Asistencial Barros Luco. Profesores área de Cirugía Maxilofacial. Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

⁶ Especialista en Patología Bucomaxilofacial, Profesora Asociada, Universidad de Chile.

Resumen

El Mixoma Odontogénico (MO) es un tumor odontogénico clasificado según la OMS (2005) como un tumor derivado del mesénquima odontogénico y/o ectomesénquima con o sin epitelio odontogénico. En la mayoría de los estudios, el MO es el tercer tumor odontogénico más prevalente (después del Odontoma y Ameloblastoma Sólido). El MO se presenta en adultos jóvenes (30-40 años), pero puede afectar a un amplio rango de edad. El tumor puede ser encontrado en cualquier área de los maxilares, y la mandíbula es más comúnmente afectada que la maxila, con una alta frecuencia en el cuerpo y ángulo mandibular (28%). Tiene un comportamiento localmente agresivo, pero lesiones pequeñas pueden ser asintomáticas y ser pesquisadas durante el examen radiográfico, lesiones más extensas pueden producir dolor, expansión del hueso afectado y en algunos casos su crecimiento puede ser rápido, tal cual ocurre en el caso que se presenta en siguiente artículo.

Este es el reporte de un caso que describe una lesión central que afecta a un adolescente de sexo masculino de 16 años en la zona del cuerpo, ángulo y rama mandibular izquierda. Se realizó el estudio clínico e imagenológico de la región, con la posterior biopsia incisional y el análisis histopatológico de la muestra, el cual dio el diagnóstico de Mixoma Odontogénico mandibular izquierdo, que debe ser corroborado con el análisis del macroscópico de toda la lesión, junto con su posterior estudio histoanatomopatológico. Palabras Claves: Mixoma Odontogénico, Quiste óseo Aneurismático, Tumores Odontogénicos.

Abstract

Odontogenic mixoma (OM) is an odontogenic tumor classified by the WHO (2005) like a mesenchyme and/or odontogenic ectomesenchyme with or without odontogenic epithelium. In most studies, OM is the third most frequent odontogenic tumour (after odontoma and Solid Ameloblastoma). OMs are predominantly found in young adults (30-40 years old) but may occur over a wide age group. The tumor may be found in almost any area of the jaws, and the mandible is involved more commonly than the maxila, with a high frequency in mandibular body and angle. It have an aggressive behavior, but smaller lesions may be asymptomatic and are discovered only during a radiographic examination, larger lesions are often associated with a painless expansion of the involved bone and in some instances clinical growth of the tumor may be rapid, like the case that is presented in this article.

This is a report of a case that describes a Central Lesion in a male adolescent of 16 years old in the left mandibular body, angle and ramus. The clinical and imagenological study of the región was made, with the posterior incisional biopsy and histopatological analisis of the sample, that gave the diagnostic of a Left Mandibular Odontogenic Mixoma, that has to be corroborate by a macroscopic analisis of the entire lesion, with the histoanatomopatologic study.

Introducción

El MO es un tumor odontogénico clasificado por la OMS (2005) como un tumor derivado del mesénquima y/o ectomesénquima odontogénico con o sin epitelio odontogénico. Es el tercer tumor odontogénico más frecuente después del Odontoma y el Ameloblastoma Sólido. Se presenta en un amplio rango de edad, pero es más frecuente en adultos jóvenes (30-40 años), según Neville su ubicación más frecuente es en el cuerpo y ángulo mandibular (28%), pero puede presentarse en ambos maxilares. Son localmente agresivos e infiltrantes¹ y presentan una alta tasa de recidiva (25%)².

Radiográficamente en estadios iniciales puede presentarse como una lesión radiolúcida unilocular y a medida que crece puede observarse multiloculada^{1,2,3}, en este último se observan finas trabéculas en su interior, dispuestas en ángulo recto unas con otras². Si su crecimiento es lento o rápido, sus límites pueden ser netos corticalizados o no corticalizados, o puede presentarse difusos. Pueden producir desplazamiento dentario y reabsorción radicular¹.

El espécimen macroscópico revela una masa blanca grisácea con una apariencia mucinosa translúcida, la cual es una característica típica del MO. La consistencia varía de gelatinosa a firme, dependiendo de la cantidad de colágeno^{1,2,3}.

Histopatológicamente, el MO se caracteriza por la presencia de células fusiformes, o de forma angular, dispuestas al azar, ampliamente separadas, ubicadas en un fondo de sustancia fundamental mucoide con escaso componente fibrilar. En la periferia el tejido mixomatoso, penetra los espacios trabeculares produciendo islotes de hueso residual, lo que explicaría la dificultad de extirpación conservadora de la lesión. Pequeñas islas de restos epiteliales odontogénicos inactivos, pueden ser observados al interior de la sustancia mixoide^{1,2,3}. Los MOs pueden ser microscópicamente confundidos con otras neoplasias, como el Condromixofibroma (CMO), el cual tiene proliferación de tejido cartilaginoso en su interior o con el Neurofibroma Mixoide (NMO), que puede afectar el nervio alveolar inferior provocando una lesión central, el cual es positivo para antígenos contra la proteína S-100, éste último es un análisis de rigor para descartar esta patología².

El tratamiento de los MOs sigue siendo controvertido en la actualidad. Diversos autores abogan por una cirugía conservadora con enucleación y curetaje ante la naturaleza histológica benigna de estos tumores. Según lo descrito por la OMS (2005), lesiones pequeñas pueden ser tratadas exitosamente con enucleación y curetaje, pero lesiones más extensas requieren la extirpación con margen de

seguridad, debido a su comportamiento agresivo e infiltrante, mostrando tasas de recidiva del 25%. A pesar de su recurrencia, el pronóstico es bueno y no se han reportado metástasis^{2,4}.

Caso Clínico

Paciente de sexo masculino de 16 años de edad, con antecedentes de apendicetomía. Derivado desde el CESFAM San Joaquín al Complejo Asistencial Barros Luco (CABL) por un aumento de volumen mandibular izquierdo de 9 meses de evolución. A principio del año 2014 el paciente relata leve aumento volumen, el cual se incrementa un mes antes de acudir a consultar, con dolor y crepitación al masticar.

Clínicamente al examen extraoral el paciente presenta un gran aumento de volumen mandibular izquierdo que se extiende a zona geniana e inferior mandibular con piel de aspecto normal, el paciente relata la presencia de dolor en la zona (Fig.1). Al examen intraoral se observa el aumento en la tabla vestibular y lingual, con mucosas de aspecto normal, en relación a molares y premolares inferiores izquierdos, con ausencia clínica de tercer molar inferior izquierdo (diente 32), los dientes que se encuentran en relación a la lesión tienen vitalidad positiva y no presentan movilidad. También se observa la presencia de placa bacteriana en la zona, debido al dolor que produce el cepillado dentario. (Fig. 2)

El paciente acude al CABL con examen imagenológicos previos, entre estos una Ecotomografía de Partes Blandas Cervical (EPBC) y una Tomografía Computada con Contraste (TCC), acompañado de exámenes hematológicos y químicos dentro de los parámetros normales.

El informe de la EPBC describe una lesión de 5,9x4,5x3,4cms. de tamaño sin vascularización evidente al Doppler color, donde se sugiere un examen de TCC, éste tomado posteriormente describe una lesión de 7,2x4,6x3,2cms. que adelgaza y expande corticales con presencia de trabéculas óseas finas en su interior, sin componentes de partes blandas y sin focos que se impregnen con el contraste endovenoso, se observa la presencia de diente 32 en etapa de corona completa (Nolla 6), en el interior de la lesión sin aparente desplazamiento. (Fig. 3)

Se realiza biopsia incisional de la lesión en la región retromolar, tomando una muestra del hueso afectado, retirando el diente 32, ubicado en una cavidad sin sustento óseo. (Fig. 4)

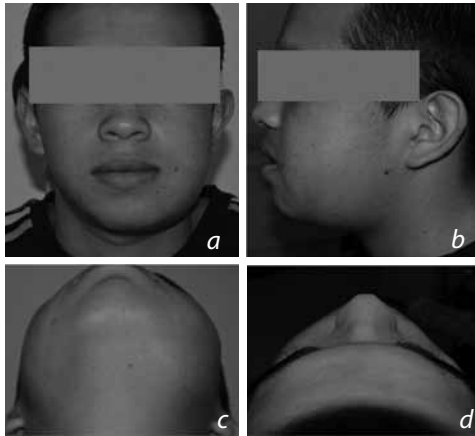


Figura 1. Fotos clínicas extraorales: a) y b) frente y perfil, aumento de volumen mandibular izquierdo, piel con aspecto de normalidad c) Vista inferior d) vista superior aumento de volumen geniano.

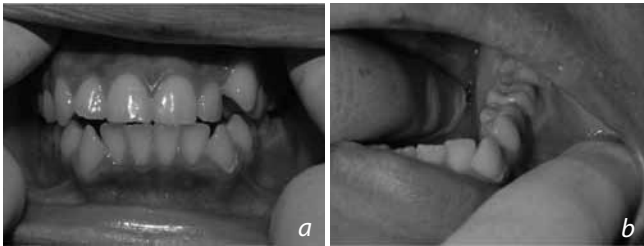


Figura 2. Fotos clínicas intraorales: a) Aumento de volumen de tabla vestibular, con mucosa de aspecto normal b) aumento de volumen de tabla lingual, con mucosa de aspecto normal.

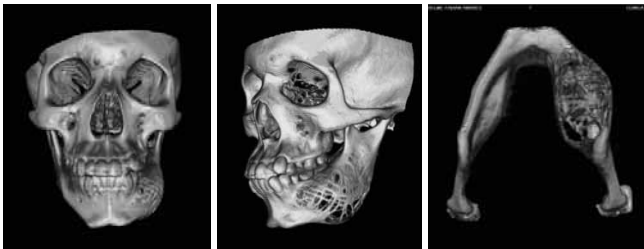


Figura 3. Reconstrucción 3D de la TCC se observa la expansión de las tablas vestibular, lingual y borde basilar.



Figura 4.
Zona de biopsia
incisional.

Posterior a la biopsia se realiza un set de exámenes imagenológicos, entre estos, una Radiografía Panorámica (RP), una Telerradiografía Postero-anterior de Cráneo (TPAC) y un examen volumétrico Cone Beam Bimaxilar (CBCT).

En la RP se observa una lesión radiolúcida de límites netos, corticalizados, que se extiende desde diente el canino inferior izquierdo (diente 27) a la base de la apófisis coronoides, sin compromiso de cuello y cóndilo mandibular, expandiendo y adelgazando corticales del reborde alveolar y borde basilar, al interior se observan finas trabéculas óseas. Al comparar con el lado contralateral no se observa desplazamiento de piezas dentarias y/o rizálisis. (Fig. 5)

En la TPAC, se observa la expansión de la tabla vestibular y borde basilar, desplazando los tejidos blandos, coincidente con el aumento de volumen observado en las fotografías clínicas, con la presencia de trabéculas en el interior de la lesión. (Fig. 6)



Figura 5. Radiografía Panorámica (ortopantomografía).



Figura 6. Telerradiografía postero-anterior de cráneo, boca abierta y boca cerrada.

En las imágenes obtenidas del CBCT se observa la gran expansión en las tablas vestibular, lingual y borde basilar, y la presencia de trabéculas que se insinúan hacia el interior. Hay leve desplazamiento del conducto mandibular, hacia anterior e inferior y extensión de la lesión hacia el borde posterior de la rama mandibular. No se observa desplazamiento dentario y/o rizálisis. (Fig. 7, 8 y 9)

El estudio imagenológico hace compatible la lesión con un Mixoma Odontogénico mandibular izquierdo, debido a sus características clínicas y radiográficas, tenemos que considerar que el MO es una lesión sólida y presenta vascularización en su interior, lo que difiere de lo descrito en los exámenes de EPBC y TCC, en donde el informe de la EPBC describe la ausencia de vascularización en el Doppler color y en TCC describe la ausencia de contraste en el interior de la lesión.

En el análisis histopatológico realizado con tinción de Hematoxilina Eosina (HE) con aumento de 400X, se observan células fusiformes en el interior de un estroma laxo, dando un aspecto mixoide, sugiriendo el diagnóstico de Mixoma Odontogénico Mandibular Izquierdo. Se realiza el examen de S-100 para diferenciarlo de un Neurofibroma Mixoide como estudio de rigor en estos casos. (Fig. 9)

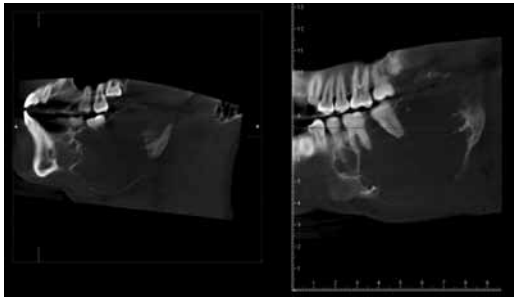


Figura 7. CBCT corte parasagital: Se observa la extensión de la lesión, con expansión y adelgazamiento de corticales del reborde alveolar y borde basilar con presencia de trabéculas óseas que se insinúan hacia el interior de la lesión. No hay desplazamiento dentario y/o rizálisis.



Figura 8. CBCT corte coronal anterior: Expansión de tablas Vestibular y lingual, se observa conducto mandibular levemente desplazado hacia anterior e inferior.

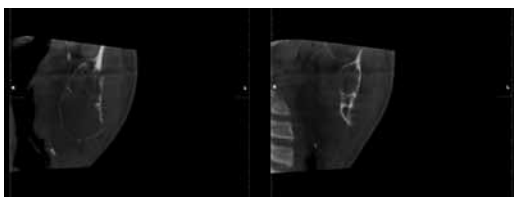


Figura 9. Corte coronal posterior: Se observa la gran expansión de las tablas vestibular y lingual y la extensión de la lesión hacia el borde posterior de la rama mandibular.

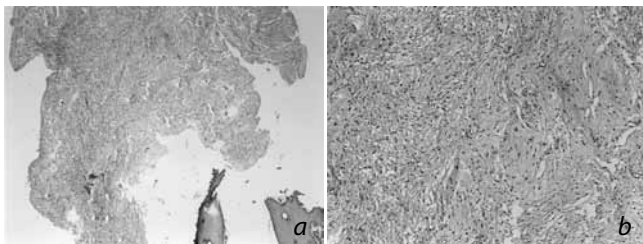


Figura 9. Análisis Histopatológico con tinción de HE a) Aumento 100X b) Aumento 400x.

Discusión

Las características clínicas e imagenológicas, como el crecimiento rápido, su presentación en pacientes jóvenes, la expansión y adelgazamiento de corticales, la presencia de trabéculas óseas en su interior y sus límites definidos, pueden sugerir diferentes diagnósticos diferenciales, entre estos: Quiste Óseo Aneurismático (QOA), Quiste Óseo Simple y Granuloma Central a Células Gigantes, lo que enfatiza la importancia de realizar el estudio histoanatomopatológico, permitiendo planificar el tratamiento quirúrgico, el cual es muy diferente entre estas lesiones centrales de los maxilares.

Si bien, el caso no presenta aún un diagnóstico definitivo, el análisis histopatológico primario sugiere un MO, todavía falta realizar el estudio final de toda la lesión (macroscópica y microscópica), hay que considerar que el tratamiento del MO es resección de la lesión con márgenes de seguridad de 0,5 a 1 cm, con posterior tratamiento reconstructor con placas de osteosíntesis y rehabilitación. Los controles deben ser realizados periódicamente, en un plazo de 5 años debido a la alta tasa de recidiva (25%).

Conclusión

Es importante el estudio clínico, imagenológico e histoanatomopatológico, para el diagnóstico definitivo de una lesión, debido a los diferentes tratamientos para las distintas patologías que afectan a los huesos maxilares, ya que las características clínicas y/o radiográficas por sí solas pueden diferir de la descrita en la literatura, donde el MO por ser un tumor que no tiene características clínicas ni radiográficas patognomónicas, síntomas imprecisos, comportamiento agresivo en su crecimiento y recidivas frecuentes, siempre debe tenerse en cuenta en los diagnósticos diferenciales de los tumores del maxilar y la mandíbula⁵.

Bibliografía

1. Barnes I., Eveson J.W., Reichart P., Sidransky D. (eds.) Word Health Organization Clasificación of tumours. Pathology and Genetics Head and Neck Tumours. IARC Press: Lyon 2005.
2. Neville B., Damm D., Allen C., Bouquot J. Oral and Maxilofacial Pathology. 3ra ed. Editorial Saunders Elsevier. 2009.
3. Sapp J., Eversole L., Wysocki G. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Editorial Elsevier 2005.
4. Miranda J., Delgado R., Urbizo J., Quintana J., Trujillo E., Contreras I. Mixoma Odontogénico, un reto para el diagnóstico. Revista Cubana de Estomatología v.45 n.3-4, 2008.
5. Capote A., González R., Rodríguez F.J., Naval L., Muñoz M., Hyun S., et al. Mixoma Odontogénico Mandibular. Revista española de Cirugía Oral y Maxilofacial V.25 n.6. 2003.