

# **Cirugía oncológica y reconstructiva mandibular: Mixoma Odontogenico (Fibromixoma)**

*PROF.DR.JULIO CESAR FERNANDEZ*

Presidente de la Sociedad de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial de La Plata. Jefe de Servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial del Centro Oncológico de Excelencia. Fundación Dr. José M. Mainetti 1986.2005.Cirujano maxilofacial Hospital Italiano La Plata 2013,2015.

## **Resumen**

Mixoma Odontogenico Primitivo de Hemimandibula. Hemimandibulectomia. Reconstrucción Mandibular Inmediata con Injerto Autologo Coxal.Reconstruccion implantológica diferida.

## **Abstract**

Odontogenic Tumor. Myxoma: the tumor primitive mesenchyme. Odontogenic mixoma of the jaws. Oral and maxillofacial surgery, mandibular reconstruction with coxal bone graft.

*Key Words:* Myxoma or the jaw. Maxillary resection for odontogenic tumor. Report of case.

## **Introduccion**

Los tumores odontogenicos son aquellos que se originan, desarrollan, maduran y hasta envejecen, a expensas de los tejidos embrionarios ecto y/o mesodérmicos que normalmente tienen potencialidad formadora de piezas dentarias (E. Borello 1998).(1)

los verdaderos neoplasmas odontogenicos son infrecuentes y en algunos casos raros y hasta rarísimos. Acorde con Baden son solamente entre el 0,002 al 0,003 de la totalidad de los especímenes que se reciben en un laboratorio de patología general. En particular el mixoma representa el 1% dentro de los tumores odontogenicos en general.

El mixoma odontogenicos es una neoplasia mesenquimatica que se origina en la porción mesodérmica del germen denario, siendo un tumor que se localiza con preferencia en los maxilares y esqueleto bucomaxilofacial.

Gorlin y Pindborg (1961) afirman que el 60% de los casos reseñados por ellos ocurrieron entre la segunda y tercera década de vida, lo cual concuerda con las estadísticas de Barros, Dominguez y Cabrini (1969)

La mayoría de los investigadores consideran que su localización de preferencia es la mandíbula posterior, y su aparición clínica es la de un tumor o bulto asintomático cubierto por mucosa bucal intacta.

Las consideraciones radiográficas del mixoma pueden dar dos tipos de patrones. La imagen más común es una radiolucidez moteada o en panal de abejas con márgenes definidos o bordes irregulares apolillados, o una imagen menos común la de una radiolucidez uni o multilocular de borden bien definidos o apolillados.

Los rasgos patológicos del tumor son los de una masa solida blanda, gelatinosa blanco-grisáceo que en el examen microscópico presentan células estrelladas con largas prolongaciones citoplasmáticas anastomosadas en una sustancia fundamental basófilo rica en ácido hialuronico (Sedano – Gorlin 1965).

Se reporta un caso con patología quirúrgica de alta penetrancia bucomaxilofacial, mixoma odontogenico primitivo de hemimandibula, estudiado con T.A.C – R.M.N. Ortopantomografia y biopsia pre quirúrgica.

Su resolución fue según protocolos internacionales de tratamiento y los diferentes estudios multicentricos presentados a nivel mundial, para este tumor de oncogénesis mesodérmica y de bajo grado de malignidad o localmente agresivo (O.M.S). (4-5)

#### ***Tratamiento quirúrgico radical con margen de seguridad***

Hemimandibulectomia por cervicotomia transversa tipo Judd y reconstrucción inmediata mandibular con injerto autologo de cresta iliaca contralateral mas somatoprotesis restauratriz bucomaxilofacial implantosoportada diferida.(J. Yoel 1996).(2-3)

#### ***Caso Clínico***

Paciente de 28 años de edad, consulta por un aumento de volumen y dolor en el área de la hemimandibula derecha, parestesia del territorio del nervio dentario inferior y mentoniano homolateral. Con evolución de 6 meses y sin tratamiento hasta la actualidad.

Se realizó el examen clínico y los estudios complementarios, a saber: T.A.C. –R.N.M. – RX panorámica de ambos maxilares – biopsia pre quirúrgica. Esta última, informo células fusiformes mono y binucleadas con baja vascularización. Cuadro compatible con mixoma odontogenico (protocolo nº 040994, Dres. Elisa y Roberto Catelletto. C.O.E)

Se diagnostica un tumor odontogenico primitivo de la mandíbula de extirpe histopatológico conjuntivo (fibromixoma), de 6 x 5 x 5cm, que abomba, sopla y crepita las tablas óseas mandibulares. Es un tumor solido de consistencia duro elástica, crecimiento rápido, ulcerado por traumatismo masticatorio. La imagen radiográfica es compatible con un tumor a predominio osteolitico, multiloculado, con geodas mixomatosas típicas con aristas en ángulo recto (imagen en panal de abejas) y no redondeadas como en ameloblastoma (imagen en pompas de jabón), diagnóstico diferencial pre quirúrgico.

Las consideraciones quirúrgicas del caso por ser un tumor infiltrante, no encapsulado, que produce destrucción local de los tejidos calcificados y blandos para no despliega capacidad para dar metástasis fueron la de un manejo quirúrgico con resección radical, hemimandibulectomia y reconstrucción inmediata con injerto óseo libre autologo de cresta iliaca.

El estudio histopatológico del espécimen operatorio informo: hemimandibulectomia derecha, mixoma odontogenico. Márgenes quirúrgicos en tejido sano. Coincidiendo con la biopsia pre quirúrgica.

La evolución postquirúrgica fue favorable sin complicaciones, la paciente fue externada a los 7 días, con plan de antibioticoterapia por 15 días y compensación de su oclusión dentaria con bloqueo bimaxilar por 60 días.

Los controles a distancia (5 años) demuestran una facie simétrica, sin laterognatismo, conservación de la línea media, dinámica mandibular normal, sistema estomatognático con un 90% de funcionalidad. Radiográficamente, estabilidad del injerto óseo, con corticalización normal y remodelación ósea normal. La reabsorción ósea fue mínima y estimada.

#### ***Protocolo de tratamiento quirúrgico***

- Ortopantomografía
- Radiografías periapicales
- Tomografía axial computada con reconstrucción 3D
- Resonancia nuclear magnética
- Biopsia pre quirúrgica inevitable y obligatoria
- Estudios clínicos sistémicos completos

Cirugía oncológica y reconstructiva mandibular radical con margen quirúrgico de seguridad por tratarse de un tumor de bajo grado de malignidad o localmente agresivo según la O.M.S) no se aconseja tratamiento conservador por raspado o curetaje por el alto índice de recidiva, por ser un tumor infiltrante para con la médula ósea y además por ser radioresistente y quimioresistente.

#### ***Axioma***

El mixoma al igual que el ameloblastoma, tienen su atad biológico, que está conformado por las corticales óseas de los maxilares, cuando estas se fenestran y el tumor invade los tejidos blandos se hace incontrolable, que no responde a terapias alternativas.(quimioterapia y radioterapia)

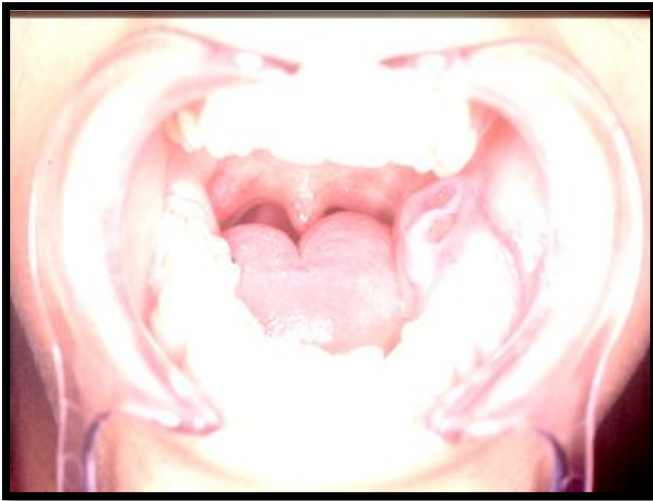
#### ***Discusión***

Se resalta la importancia de considerar este tumor como una verdadera neoplasia odontogénica poco frecuente, localmente agresiva e infiltrante, la cual debe tratarse con tratamiento quirúrgico radical con márgenes de seguridad tridimensionalmente además de imponerse la reconstrucción inmediata con injerto óseo autólogo o microquirúrgico tanto de cresta iliaca o de peroné, en lo que respecta a la reconstrucción implantológica oseointegrada debe ser diferida al injerto óseo libre e inmediata en el microquirúrgico.

## **Bibliografía:**

1. Eugenio Borello. Información Personal, Marzo, 1998.
2. José Yoel. Información Personal, Abril, 1996
3. Julio Cesar Fernández. Tesis de doctorado: Cirugía oncológica y reconstructiva bucomaxilofacial. Facultad de Odontología. U.N.L.P 1987
4. M.D Anderson Hospital and Tumor Institute. Houston Texas. USA. información Personal. 1986-2011
5. Mount Sinai Medical Center. Miami. Florida. USA. información Personal. 2000

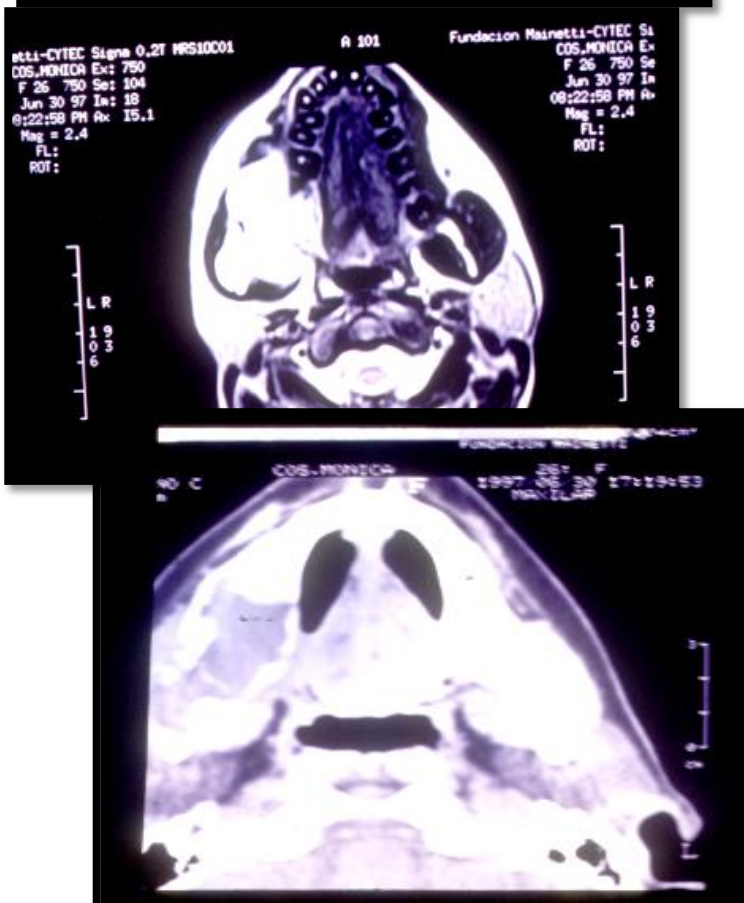
## ICONOGRAFIA



1- Aspecto Clínico Intrabucal  
(T.exoendofítico Ulcerado)



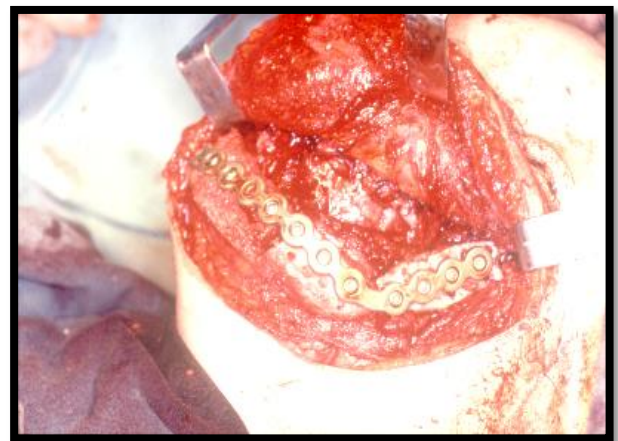
2- RX Panorámica. Imagen en panal de abeja



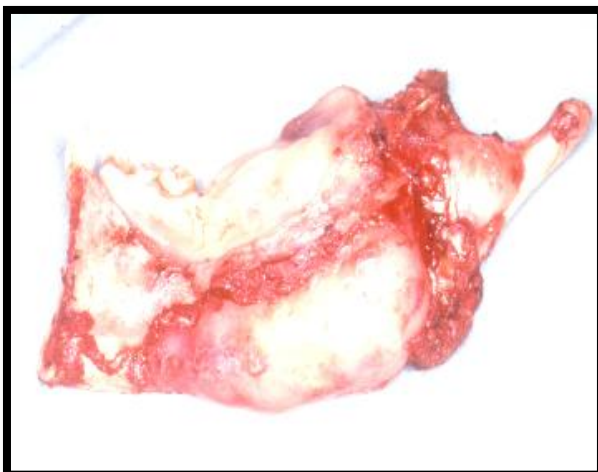
3- RMN.(Osteolítico, multilocular)

T.A.C. fenestraciones oseas vestibulolinguales

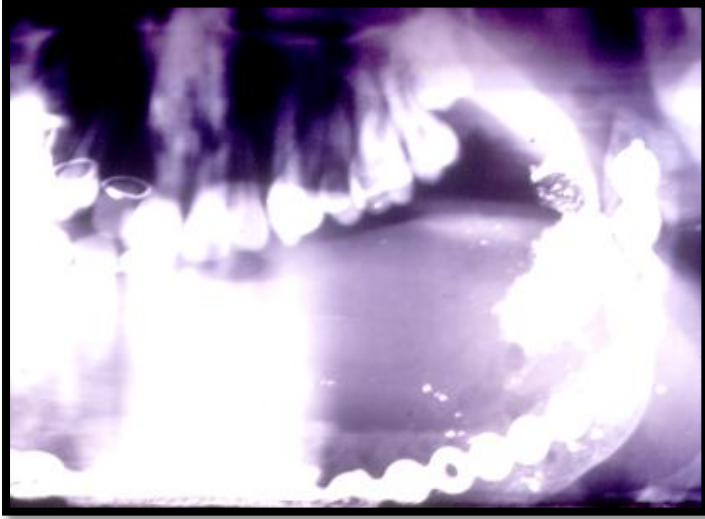
4- Estereolitografía. Simulación quirúrgica preoperatoria



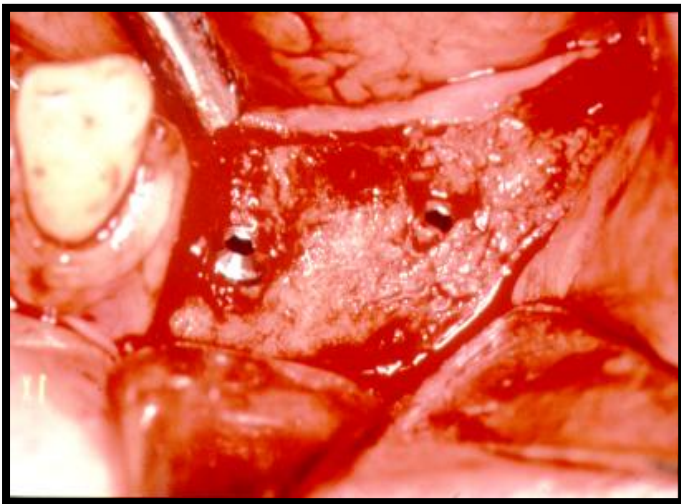
5- hemimandibulectomia por cervicotomia tipo Judd. Reconstruccion con cresta iliaca contralateral.b Fijacion rigida de titanio.



6- Especimen Operatorio (Margen oncológico. Periostio reseca) vista lingual



7- Rx Postoperatoria  
bloqueo intermaxilar elastico



8- Reconstrucción  
Implantológica diferida sobre la  
cresta osea residual

Aspecto Clínico Prequirurgico facie asimétrica    Aspecto clínico Postquirurgico facie simétrica

