



## Tratamiento conservador del mixoma odontogénico con extensa afectación maxilar

Conservative treatment of odontogenic myxoma with extensive maxillary involvement

Marly Grisel Céspedes-Herrera<sup>1,2</sup> <https://orcid.org/0009-0005-9677-4071>

Jackeline Paola Conto-Palomino<sup>1,2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4125-3162>

Hosting Barria-Angulo<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1431-0881>

Jhames Iván Oré De La Cruz<sup>1,2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2384-4874>

Hebert Ochoa Huamán<sup>1,2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3103-7741>

Noé Atamari-Anahui<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8283-6669>

<sup>1</sup>Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial. Lima, Perú.

<sup>2</sup>Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. Lima, Perú.

<sup>3</sup>Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, Perú.

\*Autor para correspondencia. Correo electrónico: [jackeline\\_paulina@hotmail.com](mailto:jackeline_paulina@hotmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** El mixoma odontogénico es un tumor benigno de origen mesenquimático, poco frecuente, con un comportamiento agresivo, de expansión lenta y asintomática. El tratamiento es quirúrgico, con diversas opciones, desde la cirugía conservadora hasta la radical.

**Objetivo:** Presentar un caso de mixoma odontogénico, con extensa afectación maxilar, con tratamiento quirúrgico conservador.

**Caso Clínico:** Paciente varón, mestizo, de 14 años, que presentó tumefacción con deformidad facial. En la tomografía se encontró una lesión isodensa de 10 x 10 cm, con afectación del piso orbitario. El diagnóstico de mixoma odontogénico fue anatomopatológico. Se realizó cirugía conservadora: enucleación con osteotomía periférica y exodoncia de piezas dentarias involucradas. A los 6 meses se

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



colocó una prótesis maxilar obturatriz, y a los 6 años de seguimiento, el paciente estaba asintomático, sin recidiva del tumor.

**Conclusiones:** El mixoma odontogénico es poco frecuente y requiere tratamiento quirúrgico; el tratamiento conservador puede ser una opción quirúrgica, que requiere controles periódicos a largo plazo, para valorar la recurrencia.

**Palabras clave:** maxilar; neoplasias maxilares; tumores odontogénicos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Odontogenic myxoma is a rare benign tumor of mesenchymal origin with an aggressive behavior of slow and asymptomatic expansion. The treatment is surgical with various options from conservative to radical surgery.

**Objective:** To present a case of odontogenic myxoma with extensive maxillary involvement with conservative surgical treatment.

**Clinical Case:** A 14-year-old mixed-race male patient presented swelling with facial deformity. The tomography revealed a 10 x 10 cm isodense lesion with involvement of the orbital floor. The diagnosis of odontogenic myxoma was anatomopathological. Conservative surgery was performed: enucleation with peripheral osteotomy and extraction of involved teeth. Six months later, a maxillary obturator prosthesis was placed, and at 6 years of follow-up the patient was asymptomatic without tumor recurrence.

**Conclusions:** Odontogenic myxoma is rare and requires surgical treatment; conservative treatment may be a surgical option which requires long-term periodic monitoring to assess recurrence.

**Keywords:** maxilla; maxillary neoplasms; odontogenic tumors.

Recibido: 22/10/2024

Aprobado: 15/01/2025

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



## INTRODUCCIÓN

El mixoma odontogénico (MO) es un tumor benigno de origen mesenquimático;<sup>(1)</sup> representa el 3,8 % de los tumores odontogénicos;<sup>(2)</sup> el promedio de edad de los pacientes oscila entre los 20 a 29 años, con baja frecuencia en niños y adolescentes.<sup>(2,3)</sup> Usualmente se presenta en la mandíbula, seguido del maxilar.<sup>(1,3)</sup>

El MO tiene un comportamiento agresivo, de expansión lenta y asintomática. En la fase temprana, se diagnostica como hallazgo radiográfico. Los de mayor tamaño suelen asociarse a algunas manifestaciones, como aumento de volumen, desplazamiento y movilidad dentaria.<sup>(1,3)</sup> El tratamiento es quirúrgico, con diversas opciones, desde la conducta conservadora, hasta la radical (desde enucleación hasta resección quirúrgica).<sup>(4,5,6)</sup>

La elección de la operación dependerá del tamaño, ubicación, experiencia del cirujano y el riesgo de recurrencia.<sup>(6,7)</sup> En los niños y adolescentes, la opción quirúrgica es discutible y controversial. El tratamiento conservador es menos agresivo y preserva estructuras anatómicas, función y estética,<sup>(8)</sup> y el radical se aplica en casos de alta recurrencia o de difícil acceso operatorio.<sup>(8)</sup>

El objetivo de este artículo es presentar un paciente con MO en maxilar, que recibió tratamiento quirúrgico conservador y evolucionó favorablemente.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón, mestizo, de 14 años de edad, que acudió a consulta por tumefacción facial y dificultad masticatoria desde hacía 6 meses, de inicio insidioso y curso progresivo. No tenía antecedentes de hospitalizaciones o cirugías, tampoco antecedentes médicos familiares.

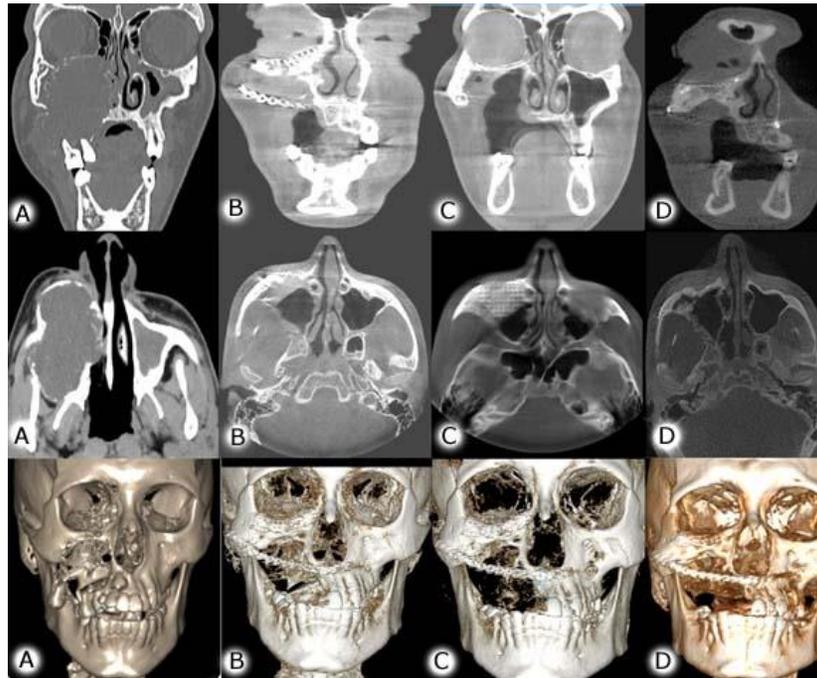
Al examen extraoral, tenía aumento de volumen eritematoso, de consistencia sólida, en la región geniana e infraorbitaria derecha, con elevación del ala nasal ipsilateral e hipoestesia regional; ausencia de adenopatías cervicales y submandibulares (Fig. 1).



**Fig. 1-** Vista frontal y lateral derecha. Aumento de volumen de la región geniana e infraorbitaria derecha, con elevación del ala nasal y depresión de la comisura labial derecha. A- al diagnóstico. Controles posoperatorios: B- a los 6 meses; C- al año; D- a los 2 años; y E- a los 6 años.

Al examen intraoral tenía aumento de volumen en el maxilar superior derecho, de 6 x4 x 4 cm, desde mesial del canino maxilar temporal derecho, hasta el segundo molar maxilar permanente derecho, con extensión a la región palatina ipsilateral, de forma irregular, eritematosa, de consistencia dura, con zonas depresibles y crepitantes; doloroso a la palpación, con borramiento del fondo del surco vestibular, desplazamiento y movilidad marcada de los premolares y molares, con dolor a la percusión, ausencia clínica del canino maxilar permanente derecho.

La tomografía sin contraste reveló una lesión isodensa en el maxilar superior derecho, de 10 x 10 cm, con afectación del piso orbitario, adelgazamiento y expansión de las corticales óseas, con zonas tabicadas, reabsorción radicular del segundo premolar y primer molar maxilar permanente derecho, y canino maxilar permanente derecho en posición ectópica (Fig. 2).



**Fig. 2** - Tomografía del macizo facial. A- al diagnóstico; posoperatorio: B- a los 6 meses; C: al año; y D- a los 2 años. Corte coronal y axial. Lesión isodensa en el maxilar derecho, con afectación del piso orbitario, adelgazamiento y expansión de las corticales óseas, con reabsorción radicular del segundo premolar y primer molar maxilar permanente derecho. Imagen 3D. Lesión osteolítica en maxilar derecho, pieza dentaria 1.3 en posición ectópica. Control postoperatorio, corte coronal y axial (6 meses, 1 año y 6 años). Imagen hiperdensa en el reborde orbitario inferior, compatible con malla de titanio y formación ósea progresiva, sin signos de recidiva. Control postoperatorio, imagen 3 D (6 meses, 1 año y 6 años): Aumento de la dimensión vertical progresiva en el maxilar superior derecho.

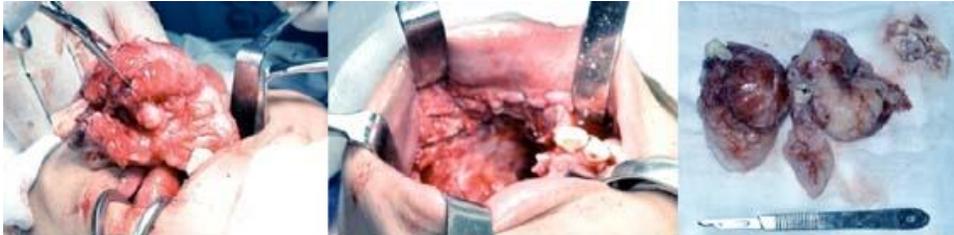
El informe anatomopatológico de la biopsia incisional reveló estroma de tejido, con aspecto mixoide, sugerente de mixoma odontogénico.

El planteamiento quirúrgico determinó el uso de prototipaje del tercio medio facial, para la adaptación de una malla de titanio en el piso de la órbita derecha y miniplaca de titanio, sistema 2.0 de 18 orificios, para la fijación de un tutor de resina en el maxilar y el malar derecho.

El tratamiento quirúrgico se realizó con anestesia general; consistió en enucleación tumoral, que contenía piezas dentarias afectadas, más osteotomía periférica (Fig. 3); colocación y fijación de una malla de



titanio, mediante abordaje quirúrgico infraorbitario, para la reconstrucción del piso de la órbita, colocación y fijación de un tutor de resina acrílica autopolimerizable, con miniplaca de titanio del sistema 2.0 en el maxilar superior y malar de lado derecho.



**Fig. 3-** Exéresis completa de lesión tumoral.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica reconfirmó el diagnóstico de mixoma odontogénico. A los 6 meses de seguimiento se instaló una prótesis maxilar obturatriz, con el objetivo de devolver la anatomía esquelética y mantener la función masticatoria de deglución y fonación.

Los controles de seguimiento al año, 2 años y 6 años mostraron un paciente asintomático, sin signos clínicos e imagenológicos de recidiva, con rehabilitación protésica, que permitió recuperar la morfología, funcionalidad y aspecto estético (Fig. 1 y Fig. 2).

## COMENTARIOS

El MO puede afectar ambos maxilares,<sup>(9)</sup> cuando afecta el seno maxilar, podría ocupar toda la cavidad y producir obstrucción nasal o exoftalmos.<sup>(10)</sup> El paciente reportado presentó un mixoma odontogénico maxilar, que originó deformidad facial considerable; afectaba la función masticatoria y sensitiva de la zona. Sin embargo, no tuvo afectación del globo ocular ni la función visual.

En el estudio imagenológico se evidenció una imagen isodensa o hipodensa, uni o multilocular, de márgenes definidos o irregulares, tabicado, con un patrón en raqueta de tenis, burbujas de jabón o tela de araña.<sup>(11)</sup> También se observó el adelgazamiento y desplazamiento de las corticales óseas.<sup>(10)</sup> La biopsia permite confirmar el diagnóstico.<sup>(12)</sup> El caso reportado evidenció características imagenológicas descritas



en la literatura,<sup>(8,10,11)</sup> se observó una imagen isodensa en el maxilar superior derecho, con zonas tabicadas y osteolíticas, desplazamiento de piso orbitario derecho y de corticales óseas del maxilar superior derecho (Fig. 2).

Al ser un tumor infiltrante, agresivo y recurrente,<sup>(3)</sup> el tratamiento quirúrgico suele dirigirse hacia la resección quirúrgica completa, con márgenes óseos de hueso clínicamente sano, lo que implica abordaje extraoral. En el caso que se reporta, se consideró la conducta quirúrgica conservadora, sin recurrir a incisión facial Weber Fergusson, ni maxilectomía, como se realizó en reportes previos.<sup>(10,11)</sup> La justificación hacia la conducta quirúrgica conservadora planteada, se sostiene con relación a la biología del tumor, edad, aceptabilidad de los padres, y el daño funcional masticatorio, emocional y psicológico del paciente.<sup>(11,13,14)</sup>

La conducta quirúrgica reportada, tiene concordancia con una revisión previa, que no encontró diferencias en la recidiva de los casos tratados de manera radical o conservadora.<sup>(15)</sup>

En el paciente se realizó la enucleación con osteotomía periférica. El manejo primario en este grupo etario, siempre que sea posible, se debe dirigir para preservar estructuras de soporte y la apariencia facial del paciente (piso de la órbita, fosas nasales, reborde alveolar) y la estética, como sugieren algunos autores.<sup>(11,12,13)</sup>

Los controles anuales y el último, a los 6 años, no evidenciaron recidiva clínica e imagenológica (Fig. 1 y Fig. 2).

Se concluye que el MO es poco frecuente, requiere tratamiento quirúrgico, con controles a largo plazo, cualquiera que sea la opción quirúrgica, debido a la biología y recidiva del tumor.

## Ética y consentimiento

El paciente firmó el consentimiento informado, que autoriza a publicar los elementos generales, sin incluir elementos de identidad personal.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osman S, Hamouda GM, Eltohami YI. Clinical Spectrum and Treatment of Odontogenic Myxoma: Analysis of 37 Cases [Internet]. *J Maxillofac Oral Surg*. 2021. DOI: 10.1007/s12663-020-01497-7
2. Kokubun K, Yamamoto K, Nakajima K, Akashi Y, Chujo T, Takano M, et al. Frequency of Odontogenic Tumors: A Single Center Study of 1089 Cases in Japan and Literature Review [Internet]. *Head Neck Pathol*. 2022;16(2):494-502. DOI: 10.1007/s12105-021-01390-w
3. Chrcanovic BR, Gomez RS. Odontogenic myxoma: An updated analysis of 1,692 cases reported in the literature [Internet]. *Oral Diseases*. 2019;25(3):676-83. DOI: 10.1111/odi.12875
4. Díaz-Reverand S, Naval-Gías L, Muñoz-Guerra M, González-García R, Sastre-Pérez J, Rodríguez-Campo FJ. Mixoma odontogénico: presentación de una serie de 4 casos clínicos y revisión de la literatura [Internet]. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. 2018;40(3):120-8. DOI: 10.1016/j.maxilo.2017.03.002
5. Terauchi M, Marukawa E, Hyodo K, Iwasaki T, Wada A, Harada H, et al. Conservative surgical treatment of odontogenic myxoma with preservation of the inferior alveolar nerve. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology* [Internet]. 2022;34(2):156-63. DOI: 10.1016/j.ajoms.2021.08.010
6. Leite-Lima F, da Cunha JF, Lehman LFC, Baires Campos FE, de Castro WH. Surgical management x recurrence of Odontogenic myxoma: Literature review and case reports [Internet]. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology*. 2019;31(3):153-8. DOI: 10.1016/j.ajoms.2019.03.005
7. Meleti M, Giovannacci I, Corradi D, Manfredi M, Merigo E, Bonanini M, et al. Odontogenic myxofibroma: a concise review of the literature with emphasis on the surgical approach [Internet]. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015;20(1):e1-6. DOI: 10.4317/medoral.19842
8. Subramaniam SS, Heggie AA, Kumar R, Shand JM. Odontogenic myxoma in the paediatric patient: a review of eight cases [Internet]. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2016;45(12):1614-7. DOI: 10.1016/j.ijom.2016.07.007
9. Andrews T, Stilianos E. K, Maillard AAJ. Myxomas of the head and neck [Internet]. *American Journal of Otolaryngology*. 2000;21(3):184-9. DOI: 10.1016/S0196-0709(00)85022-X



10. Chrcanovic BR, do Amaral MBF, Marigo H de A, Freire-Maia B. An expanded odontogenic myxoma in maxilla [Internet]. Stomatologija. 2010 [acceso: 20/09/2024];12(4):122-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21266837/>
11. Rotenberg BW, Daniel SJ, Nish IA, Ngan BY, Forte V. Myxomatous lesions of the maxilla in children: a case series and review of management [Internet]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2004;68(10):1251-6. DOI: 10.1016/j.ijporl.2004.04.022
12. Garcia Rosa AC, Abdalla Rosa C, da Cruz EZ, Alves FF, de Senna AM. Odontogenic myxoma in childhood [Internet]. Human Pathology Reports. 2023; 32:300707. DOI: 10.1016/j.hpr.2023.300707
13. Tavakoli M, Williamson R. Odontogenic myxomas: what is the ideal treatment? [Internet]. BMJ Case Rep. 2019;12(5):e228540. DOI: 10.1136/bcr-2018-228540
14. Conto-Palomino JP, Barria-Angulo H, Cruz JIODL, Huamán HO, Atamari-Anahui N. Tratamiento conservador del fibromixoma odontogénico en mandíbula: reporte de dos casos [Internet]. Rev Cuerpo Med HNAAA. 2023;16(2): e1860. DOI: 10.35434/rcmhnaaa.2023.162.1860
15. Tavakoli M. Literature Review Comparing the Success of Conservative Treatment and Radical Surgery in Treating Odontogenic Myxomas [Internet]. International Journal of Surgery. 2017;47:S52. DOI: 10.1016/j.ijso.2017.08.271

## Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## Información financiera

Los autores declaran que no existió financiación para realizar esta investigación.

## Disponibilidad de datos

Los datos personales y clínicos del paciente pertenecen al Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial (Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú).

---

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>