

FIBROMIXOMA DE MAXILAR INFERIOR

Por los Doctores

SPINELLI O.M.
FITTIPALDI M.E.
GONZALEZ P.
BARTOLI J.D.
SECCHI C.
BOGO P.

• INTRODUCCION:

El fibromixoma óseo es una neoplasia poco frecuente que aparece casi exclusivamente en los huesos maxilares. Mc CLURE y DAHLIN comunicaron solamente tres casos de fibromixomas en localizaciones fuera de los maxilares sobre una revisión de 11.000 casos de tumores óseos (1). Este tumor se considera originado de la porción mesenquimática del diente en desarrollo, así remeda la papila dental, conteniendo frecuentemente restos de tejido epitelial odontogénico. Por lo tanto la denominación más apropiada es la de fibromixoma odontogénico. Esta neoplasia podría interpretarse como un fibroma produciendo abundante ácido hialurónico, adoptando así apariencia mixomatosa.

• DESCRIPCION DEL CASO CLINICO

El caso que presentamos corresponde a una mujer de 21 años de edad, que consulta por un agrandamiento progresivo del lado izquierdo de la cara, de un año de evolución.

En el examen se constató la presencia de una masa indolora, firme, que comprometía el maxilar inferior en su rama horizontal, con tumefacción de la encía y piso de la boca adyacentes. La piel de la zona era móvil y de color y textura normales, las funciones motoras y sensoriales de los nervios regionales no presentaban alteraciones.

Al momento del examen muestra ausencia del segundo premolar y primer molar que fueron extraídos, según refiere la paciente, por excesiva movilidad de los mismos cuatro meses antes de la consulta. El resto del examen físico fue normal.

El estudio radiológico reveló una imagen radiolúcida, multilocular, trabeculada en la rama horizontal del maxilar inferior, abarcando desde el canino hasta el segundo molar, con adelgazamiento del hueso cortical lateral, y perforación del mismo en su porción superior.

(Foto N 1)

• INFORME ANATOMOPATOLOGICO DE LA PIEZA OPERATORIA

• EXAMEN MACROSCOPICO

Se recibe pieza operatoria de hemimandibulectomía parcial izquierda, la cual presenta una masa redondeada de 4x3x3 cms. (Foto N 2). Al corte una masa blanca, blanquecina, brillante, con áreas de aspecto mucoso, y estaba rodeada por el hueso cortical, con adelgazamiento focal del mismo y perforación en su porción superior con compromiso de las partes blandas adyacentes. (Foto N 3).

• EXAMEN MICROSCOPICO

En los cortes realizados para microscopia óptica y coloreados con Hematoxilina y Eosina, el tumor consistía en una proliferación de células alargadas, fusiformes y algunas estrelladas, de citoplasma escaso y basófilo, embebidas en una matriz fibrilar, mucinosa y laxa, positiva con las técnicas de Alcian Blue y P.A.S.

El Estroma contenía delicados canales vasculares y presencia aislada de macrófagos. No se observaron remanentes de epitelio odontogénico ni figuras mitóticas (Foto N 4)

La microscopía electrónica mostró células de aspecto fibroblástico con prolongaciones citoplasmáticas largas, núcleo grande con marginación y condensación de la heterocromatina y nucleolo único y bien desarrollado. El citoplasma contenía mitocondrias. Otras células en cambio presentaban pocas organelas pero con fibrillas intracitoplasmáticas.

La matriz tumoral consistía en fibrillas colágenas embebidas en un material amorfo (Foto N 5).

● DIAGNOSTICO

Fibromixoma de maxilar inferior.

● SEGUIMIENTO:

Después de 8 meses del post-operatorio de hemimandibulectomía parcial izquierda y reconstrucción con autoinjerto óseo de cresta ilíaca y ligadura intermaxilar, la paciente se encuentra en buen estado de salud con buen resultado estético y funcional y sin evidencia clínica y radiológica de recidiva tumoral.

● DISCUSION:

El fibromixoma es considerado como una neoplasia agresiva con frecuentes recurrencias. De crecimiento por lo general lento y escasa actividad mitótica, el tumor a veces crece rápidamente, atribuyéndose esto último a un abundante producción de mucopolisacáridos por parte de las células y no a una proliferación de ellas.

La mayoría de los casos se registran en la segunda a tercera década de la vida, no habiendo diferencias entre ambos sexos.

El maxilar inferior es ligeramente más frecuentemente afectado que el maxilar superior, en éste último es común la invasión del seno.

El tumor muchas veces involucra los alveolos y puede provocar movilidad o desplazamiento de los dientes afectados. Si bien la neoplasia se encuentra en áreas que alojan dientes, puede desarrollarse también en el área condilar.

Por lo general es detectado como una lesión de crecimiento lento, expansivo e indolora, aunque pueden ocurrir trastornos parestésicos por compresión o invasión de los nervios regionales. Los tumores benignos con comportamiento agresivo pueden invadir los tejidos blandos adyacentes a las zonas de disrupción cortical, a diferencia de los tumores malignos que lo hacen en forma extensa.

Los estudios con microscopía electrónica revelan dos tipos de células. En un extremo ubicamos a la célula con intensa actividad de síntesis y secreción de material extracelular y ultraestructuralmente conteniendo organelas requeridas para tal efecto. En el otro fin del espectro, una célula con escasa actividad secretora y por lo tanto con pocas organelas celulares. Entre am-

bos extremos se ubican varias formas de células intermedias. (2)

Hay acuerdo entre varios autores en que la célula tumoral es una célula secretora similar al fibroblasto pero al mismo tiempo por sus peculiaridades ultraestructurales, bioquímicas e histoquímicas recibe la denominación de mixoblasto. Este último tiene la capacidad de sintetizar y secretar excesivas cantidades de mucopolisacáridos ácidos en la matriz extracelular, como así también sintetizar y secretar fibrillas colágenas como el fibroblasto.

La matriz tumoral contiene abundantes mucopolisacáridos, especialmente ácido hialurónico y en menor proporción, sulfato de condroitina.

El grado de vascularización es variable y los vasos tienen paredes bien desarrolladas. (4). El tumor puede contener o no islas de epitelio odontogénico.

Se ha reportado un porcentaje de recurrencias de un 25 por ciento para la mixofibroma, tal vez debido a que no posee encapsulación y sus límites están mal definidos. Por ello es considerado como un tumor agresivo por algunos autores (5) y recomiendan la resección amplia de la lesión, reservando la enucleación sólo para lesiones pequeñas.

Los autores de esta nota son:

Dr. Spinelli O.M.: Ayudante Diplomado. Cátedra de Patología II. Facultad de Medicina U.N.L.P.

Dra. Fittipaldi M.E.: Médica Patóloga. Hospital "Horacio Cestino". ENSENADA.

Dr. Gonzalez P.: Profesor Titular. Cátedra de Anatomía Patológica. Facultad de Odontología U.N.L.P.

Dr. Bartoli J.D.: Jefe de Sala de Cirugía. Hospital "Horacio Cestino". ENSENADA.

Dr. Secchi C.: Jefe de Servicio de Cirugía. Hospital "Horacio Cestino". ENSENADA.

Dr. Bogo P.: Profesor Adjunto-Cátedra de Cirugía-Facultad de Odontología. U.N.L.P.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1): Cohen M.A.; Hertzanu Y.: Mixofibroma of the maxilla: A case report with computed tomogram findings. Oral Med. Oral Pathol. 61:142-145, 1986.

(2): Shira R.B.: Odontogenic mixoma. Oral Med. Oral Pathol. 47:203-217, 1979.

(3): Hasleton P.S.; Simpson W. and Craig R.P.D.: Mixoma of mandible-A fibroblastic tumor. Oral Surg. 46: 306-406, 1978.

(4): Bernier J.L.: Tumors of the odontogenic apparatus and jaws. Armed Forces Institute of pathology. Section IV-facicle 10a. Washington. 1960.

(5): Barros E.R., Domínguez FIV., and Cabrini R.L.: Mixoma of the jaws. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 27:225-236, 1969.



Foto N° 1

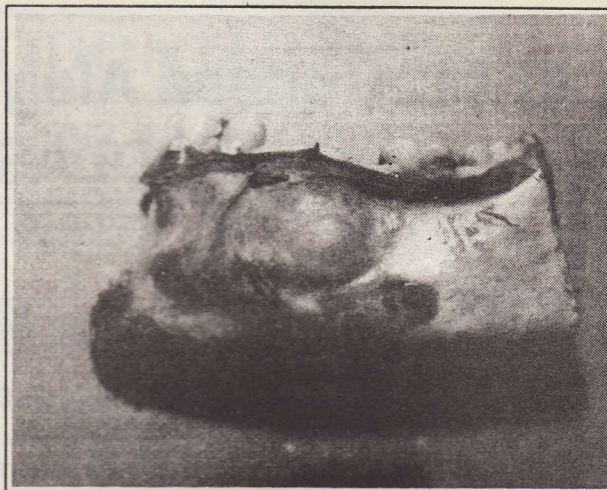


Foto N° 2



Foto N° 3

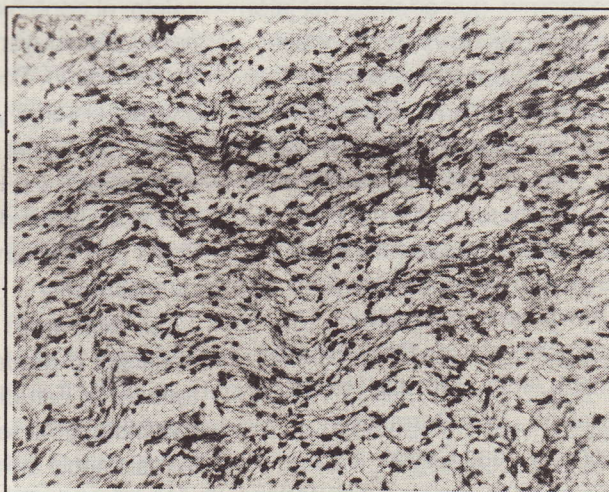


Foto N° 4

Foto 1: Imagen radiolúcida, multilocular, trabeculada en la zona horizontal del maxilar.

Foto 2: Pieza operatoria de hemimandibulectomía perióstea.

Foto 3: Corte transversal que muestra una masa blanca, homogénea, y brillante que reemplaza la espina del hueso y se extiende al hueso cortical.

Foto 4: Microfotografía que muestra células fusiformes, alineadas, rodeadas por una matriz micelar de la hemiacetina (x40).

Foto 5: Microfotografía electrónica de una célula de tipo fibroblástico, con núcleo prominente, prolongaciones citoplasmáticas, rodeada de material amorfo y fibras de colágeno. (magnificación original x 5.000).

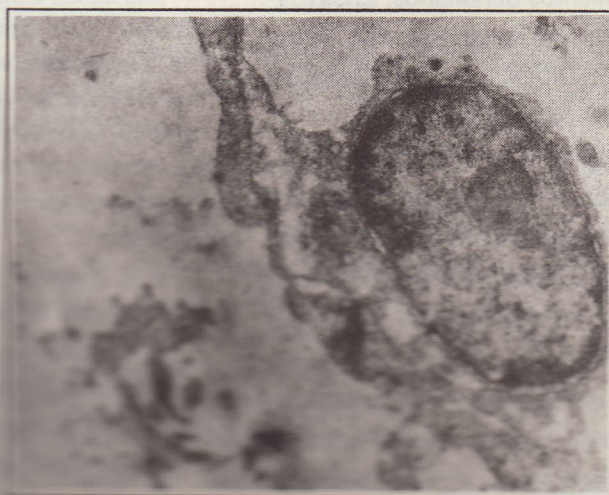


Foto N° 5