

## Fibromixoma de los maxilares

### Presentación de un caso

Torrades Ferrer M, Gay Escoda C: *Fibromixoma de los maxilares. Presentación de un caso. Archivos de Odonto-Estomatología* 1988; 4: 443-448.

**Resumen.** Se presenta un caso de fibromixoma del maxilar superior. Se hace hincapié en la importancia del tipo de tratamiento y del seguimiento del caso, conociendo la agresividad local y el elevado porcentaje de recidiva de dicho tumor.

**M. Torrades Ferrer<sup>1</sup>**  
**C. Gay Escoda<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Médico Residente de Cirugía Maxilofacial, Hospital General, Ciudad Sanitaria Vall d'Hebrón, Barcelona.

<sup>2</sup> Prof. Asociado de Cirugía, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona; Médico Adjunto de Cirugía Maxilofacial, Hospital General, Ciudad Sanitaria Vall d'Hebrón, Barcelona.

**Palabras Clave:** Fibromixoma; Tumor óseo; Maxilares.

Aceptado para publicación:  
Enero 1988

**Correspondencia:** Dr. M. Torrades Ferrer, Paseo Pere III, 64, 08240 Manresa, Barcelona.

### Abstract

*A case of fibromyxoma of the maxilla is presented. The type of treatment and the follow-up of the case are important features taking into account the local aggressivity and high rate of recurrence of this tumor.*

**Key Words:** Fibromyxoma; Osseous tumour; Maxillae.

### Introducción

El fibromixoma de hueso es una rara lesión que se presenta casi exclusivamente en los maxilares<sup>(11,24)</sup> y que ha sido clasificada por la OMS como neoplasia odontogénica benigna<sup>(28)</sup>. En comparación con otros tumores odontogénicos como el ameloblastoma, la relación fibromixoma/ameloblastoma es de 3/44 según Regezi y cols.<sup>(30)</sup> y de 3/20 según Sloomweg y Wittkamp<sup>(31)</sup>.

Este tumor se localiza en ambos maxilares, con ligero predominio mandibular, pudiendo aparecer a cualquier edad y en ambos sexos, con cierta predilección

en las mujeres.

La lesión, generalmente indolora, cursa como una tumoración que aumenta de tamaño muy lentamente, hecho que determina que el paciente solicite tratamiento al cabo de un promedio de 1.6 a 3.2 años desde que se iniciaron los primeros síntomas<sup>(4,31)</sup>. Radiológicamente, la mayoría de las lesiones presentan un aspecto radiotransparente, multilocular en forma de "pompas de jabón" o "panal de abejas"<sup>(9)</sup>. Macroscópicamente, el fibromixoma aparece como una masa blanda, de aspecto fangoso o viscoso, con consistencia de jalea, de color grisáceo o blanco-amarillento, dentro de una cavidad ósea, no encapsulada, infiltrando consiguientemente el espacio medular adyacente. Microscópicamente consiste en células redondeadas o mayormente angulares con largas prolongaciones anastomóticas en un abundante estroma mucoso que actúa de sustancia cementante.

El origen odontogénico del fibromixoma de maxilares originalmente propuesto por Thoma y Goldman<sup>(36)</sup> y generalmente aceptado por la mayoría de autores, se basa en pruebas accidentales, tal como han remarcado Adekeye y cols<sup>(2)</sup>. Por el hecho de ser una neoplasia no encapsulada e infiltrante y de con-

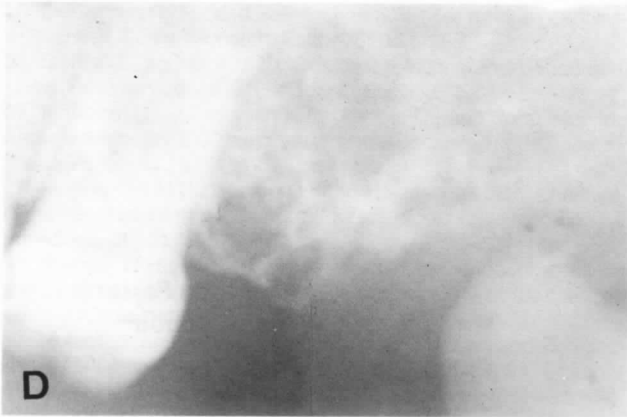


Fig. 1. Radiografía periapical efectuada en 1976, con imagen trabecular apolillada en la región de la tuberosidad izquierda.

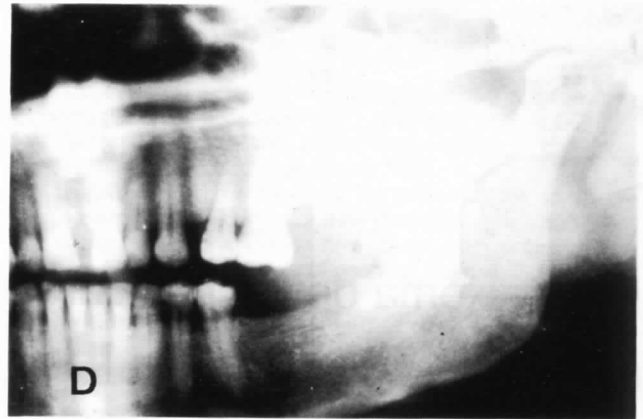


Fig. 2. Detalle de la ortopantomografía efectuada en 1980 al ingresar en nuestro centro.

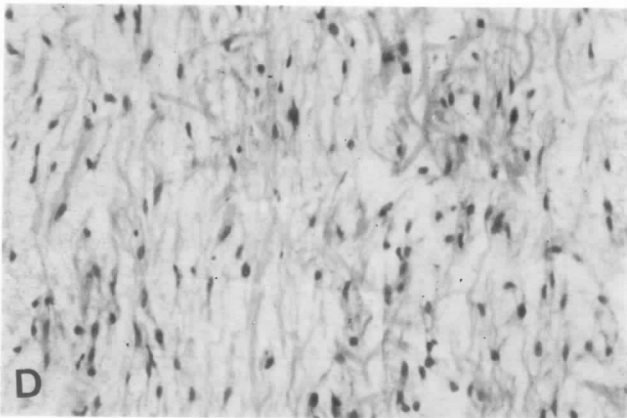


Fig. 3. Imagen histológica que evidencia un área mixoide con material mucoide intercelular y células de largos procesos anastomosantes.

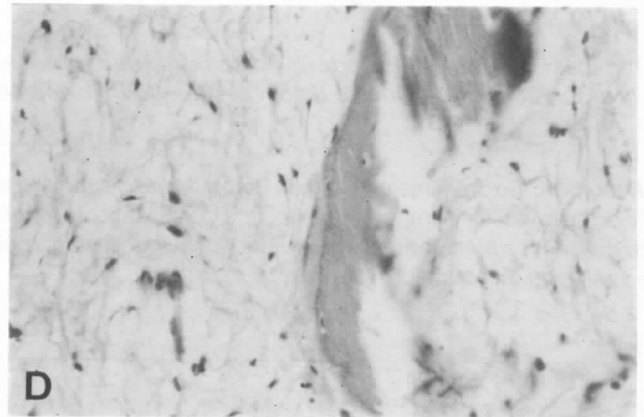


Fig. 4. Imagen histológica en la que se muestra la tumoración escasamente celular invadiendo el hueso.

sistencia gelatinosa, se comprende que su erradicación sea dificultosa, y a la vez explica los altos porcentajes de recidiva. Algunos autores abogan por una cirugía radical consistente en una amplia resección, y otros prefieren el tratamiento conservador con enucleación del tejido tumoral visible macroscópicamente seguida de curetaje del hueso circundante. El seguimiento posterior es imprescindible para detectar con prontitud las posibles recidivas.

### Caso Clínico

Se trataba de una mujer de 51 años con una tumoración en el maxilar superior, en la región de la tuberosidad izquierda. La lesión se había manifestado ya 5 años antes, momento en que la paciente acudió a su estomatólogo por presentar dicha tumoración. La radiografía periapical (Fig. 1) mostraba un patrón óseo

anormal de la tuberosidad. Tras un año de tratamiento infructuoso se efectuó una biopsia (0,8 x 0,4 cm) cuyo diagnóstico anatomopatológico fue de fibromixoma. La paciente manifestó haber sido reintervenida en dos ocasiones más, hasta que ante la ausencia de curación acudió a nuestro servicio.

En el examen extraoral no se observaron asimetrías faciales, ni linfadenopatías asociadas. Intraoralmente existía una tumoración firme en la región de la tuberosidad izquierda, que provocaba una ligera expansión palatino-vestibular. La mucosa que cubría la lesión era de color y textura normales. No había desplazamiento de las piezas dentarias. En la radiografía panorámica (Fig. 2) se observó una imagen radiolúcida que se extendía mesialmente desde la tuberosidad hasta el segundo molar y oclusalmente hasta el seno maxilar, con aspecto en "panal de abejas".

En vista de los datos de la exploración física y ra-

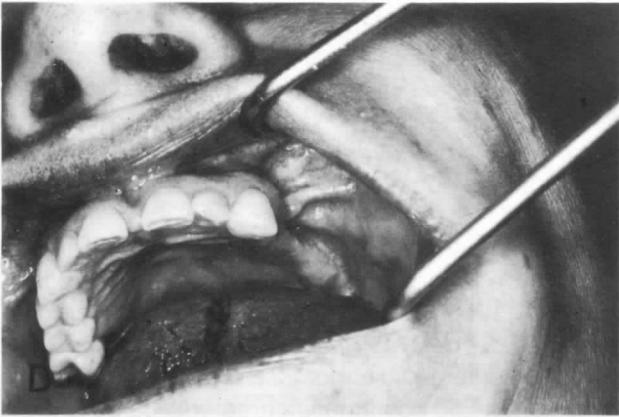


Fig. 5. Vista intraoral de la paciente a los 6 meses de la intervención quirúrgica. Se comprueba la pérdida de proceso alveolar a partir de 23.

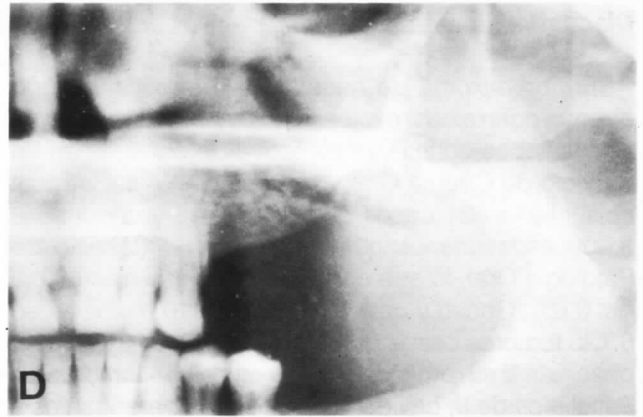


Fig. 6. Detalle de la ortopantomografía realizada al año de la intervención. Existe trabeculado óseo normal en el lecho quirúrgico.

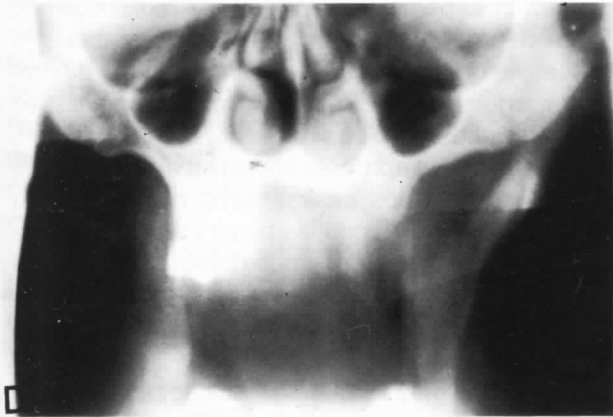


Fig. 7. Tomografía a los 7 años de la intervención. Disminución de la altura del hueso maxilar en el lado izquierdo. No existe recidiva tumoral.

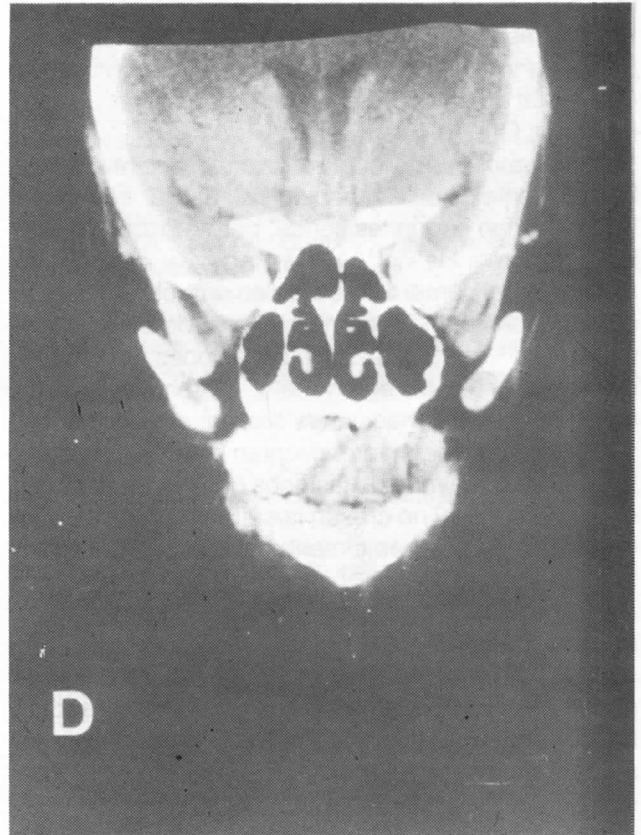


Fig. 8. TAC a los 7 años de la cirugía, no evidenciándose signos de recidiva.

diológica, y conociendo los resultados histológicos de la biopsia anterior, se procedió, en Junio de 1980, a una nueva exéresis quirúrgica bajo anestesia general. Se efectuó una incisión de la mucosa por delante de la tumoración hasta la tuberosidad, disección mucoperiostica vestibular y paladar, exéresis de la tumoración, legrado del hueso adyacente (suelo y paredes del seno maxilar), exodoncia del premolar y molar, regularización de los bordes óseos y cierre de la mucosa.

El informe macroscópico era el siguiente: fragmentos hísticos irregulares, blandos, gelatinosos, de color blanco-grisáceo, que medían 5 cm de diámetro. Microscópicamente se apreciaba una neoplasia pobremente delimitada que invadía el hueso. Se caracterizaba por una proliferación escasamente celular en un estroma laxo, rico en material mucoide y pobre en vasos. Las células exhibían largos procesos citoplasmáticos anastomosantes, núcleo pequeño hiper cromático y ausencia de mitosis. El componente fibroso

rico en colágeno, aunque estaba presente, era muy variable de unas zonas a otras. No se observaron nidos de células epiteliales (Figs. 3 y 4).

Desde 1980 hasta 1987 se han efectuado controles clínicos y radiológicos cada año (Figs. 5 y 6) y durante el último año, tomografías y TAC que muestran la ausencia de recidivas (Figs. 7 y 8).

## Discusión

El fibromixoma de hueso es un tumor raro, que aunque ocurre casi exclusivamente en los maxilares, pocas veces constituye el motivo de consulta en un Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Así, Barros y cols<sup>(4)</sup> hallan 21 casos de mixoma en una serie de 3.500 especímenes quirúrgicos en un Servicio de Patología Oral, lo que corresponde a una frecuencia del 0,6%. Ghosh y cols<sup>(11)</sup> identifican 10 mixomas en 8.723 tumores óseos primarios (0,1%). Fu y Perzin<sup>(10)</sup> observan 6 mixomas maxilares entre 256 tumores no epiteliales de la cavidad nasal, senos paranasales y nasofaringe (2,3%). McClure y Dahlin<sup>(24)</sup>, de 11.000 tumores óseos revisados en la Clínica Mayo, sólo se hallaron tres fibromixomas en otros huesos que no fueran los maxilares. Regezi y cols<sup>(30)</sup> observaron 20 mixomas en una serie de 54.534 biopsias en un Departamento de Cirugía Oral (0,04%). Por último, Sloomweg y Wittkamp<sup>(31)</sup> identifican 15 fibromixomas en un total de 15.000 especímenes en un Servicio de Patología Oral (0,1%).

Este tumor puede localizarse en ambos maxilares. Los porcentajes de afectación del maxilar superior e inferior varían según las series, pero a excepción de Zimmerman y Dahlin<sup>(41)</sup> y de Regezi y cols<sup>(30)</sup> que aportan igual número de casos en ambos, los demás autores constatan un número mayor de casos en la mandíbula<sup>(2, 4, 9, 31)</sup>. La mayoría de lesiones mandibulares se hallan en la región molar y premolar, siendo unilaterales<sup>(9)</sup>; algunas veces cruzan la línea media<sup>(1, 4, 6, 34, 39)</sup> y ocasionalmente asientan en áreas sin dientes<sup>(8, 36, 37)</sup>. La mayoría de lesiones del maxilar superior son unilaterales y no cruzan la sutura media palatina; en muchas ocasiones el seno maxilar se halla afecto<sup>(9)</sup>.

El fibromixoma ha sido diagnosticado en todas las edades, desde los 11 meses<sup>(18)</sup> hasta los 76 años, aunque las edades medias oscilan entre 22 y 34 años<sup>(4, 11, 13, 31, 41)</sup>. Parece que existe un cierto predominio por el sexo femenino<sup>(2, 9, 13, 14, 30, 31)</sup>, aunque algunos autores describen igual número de casos en ambos sexos<sup>(4, 5, 10, 41)</sup>.

Tal como ocurrió en nuestra paciente, la mayoría de lesiones se descubren clínicamente como resultado de una tumefacción maxilar que aumenta lentamente de tamaño. Las lesiones son generalmente indoloras y la mucosa no se halla afectada, a menos que el tumor interfiera con la oclusión dental<sup>(6)</sup>. No se advierte linfadenopatía, ni metástasis regionales o a distancia. A veces los dientes asociados a la lesión pueden hallarse desplazados o móviles<sup>(15)</sup>, pero en la mayor parte de los casos no están afectados.

En la mandíbula, la tumoración ocasiona la expansión de las tablas lingual y bucal con el consiguiente adelgazamiento de las corticales, pudiendo ocasionar

parestias por compresión del nervio mandibular y dolores articulares en el cóndilo<sup>(37)</sup>. En el maxilar superior, la expansión acontece precozmente si no se halla invadido el seno<sup>(3, 38)</sup>, como ocurrió en nuestro caso. Cuando hay invasión del seno puede observarse exoftalmos y obstrucción nasal del lado correspondiente<sup>(12, 20, 41)</sup>.

El crecimiento de la lesión es tan lento, que la mayoría de pacientes solicitan tratamiento tras una media de 1.6 a 3.2 años de notar los primeros síntomas<sup>(4, 31)</sup>. En el caso de Radden y Reade<sup>(29)</sup>, el paciente fue consciente de su tumor 22 años antes de solicitar tratamiento. Ello confirma la característica de la gran cantidad de hueso destruido cuando finalmente el tumor se exterioriza.

Los hallazgos radiológicos de nuestro caso coinciden con los de la mayoría de autores, presentando las lesiones el aspecto de radiolucidez multilocular en forma de "pompas de jabón" o de "panal de abejas"<sup>(9)</sup>. A veces se observa una imagen radiolúcida, de contorno irregular, atravesada por finas trabéculas; en otras ocasiones pueden simular quistes dentígeros<sup>(6)</sup>. Algunas veces se aprecian áreas radio-opacas<sup>(3, 15, 26, 38, 40)</sup>. Casi todos los casos, como el presente, no muestran asociación con las piezas dentarias. Algunos pacientes presentan la masa tumoral en combinación con piezas no erupcionadas o impactadas<sup>(20)</sup>; la reabsorción de las raíces afectadas es excepcional<sup>(27)</sup>. La cortical ósea habitualmente está adelgazada, y en casos muy avanzados incluso perforada por la masa<sup>(33)</sup>.

El diagnóstico diferencial debe incluir lesiones benignas tales como ameloblastoma, tumor de células gigantes, fibromas, quistes dentígeros, etc; y lesiones malignas, como fibrosarcoma, condrosarcoma y osteosarcoma. La tomografía computarizada (TAC) permite demostrar la naturaleza benigna de la lesión y poner de manifiesto la afectación de los tejidos blandos sólo en las áreas adyacentes a las perforaciones de la cortical en casos avanzados<sup>(7, 16, 19, 25)</sup>.

Macroscópicamente, el fibromixoma que extirpamos coincide con la descripción clásica de una masa tumoral blanda, de aspecto fangoso o viscoso, consistencia de jalea, de color grisáceo o blanco-amarillento, dentro de una cavidad ósea no encapsulada infiltrando el espacio medular, y recubierta por una cortical adelgazada, que en ocasiones puede hallarse perforada<sup>(33)</sup>. En los hallazgos microscópicos de nuestra preparación destaca que el componente fibroso, rico en colágeno, era muy variable de unas zonas a otras, lo que concuerda con la posibilidad descrita por Lucas<sup>(23)</sup> de que se presenten tumores casi completamente mucoides. La densidad celular es variable, alternando zonas ricas en células con otras casi acelulares.

Zimmerman y Dahlin<sup>(41)</sup> intentan clasificar al tumor



en tipos benigno maligno, siguiendo el criterio de número de células binucleadas, figuras mitóticas, grado de celularidad y presencia de hiperromatismo nuclear, no pareciendo haber dado resultados útiles, ya que aparentemente no hay correlación entre los hallazgos microscópicos y la clínica. Según Hodson y Prout<sup>(17)</sup>, la sustancia de base es basófila y consiste aproximadamente en un 80% de ácido hialurónico y en un 20% de condroitín sulfato. En nuestra preparación no se observaron nidos de células epiteliales.

El hecho de que la mayoría de fibromixomas se hallen en los maxilares, junto con los hallazgos histológicos de similitud con el órgano dentario en desarrollo, ha hecho considerar a muchos autores que estas lesiones tienen un origen odontogénico<sup>(3, 4, 32, 35, 39-41)</sup>. Otros autores<sup>(2, 9, 31)</sup> aportan serias dudas al respecto, considerando que el origen odontogénico se basa en pruebas accidentales<sup>(21)</sup>.

La característica de ser una neoplasia no encapsulada e infiltrante y de consistencia gelatinosa, justifica la dificultad de una exéresis quirúrgica completa. Probablemente, el tumor se extienda más allá de los límites radiológicos, ya que histológicamente se comprueba la invasión de los espacios medulares más finos<sup>(9)</sup>.

Ello explicaría los altos porcentajes de recidiva (11-60%) tras el tratamiento conservador. Dicho tratamiento consiste en la enucleación del tejido tumoral visible macroscópicamente, seguida de curetaje del hueso circundante. A veces es necesario sacrificar el nervio alveolar inferior. Autores como Ghosh y cols<sup>(11)</sup> abogan por un tratamiento más radical, consistente en una resección segmentaria con margen de seguridad. Laskin<sup>(22)</sup> ha observado que las lesiones maxilares recidivan más que las mandibulares, pudiendo ser debido a que el patrón trabecular blando del maxilar ofrece menos resistencia a la infiltración. Recientemente, parece preponderar el criterio de un tratamiento conservador en las lesiones mandibulares y en pacientes con posibilidad de un seguimiento periódico, y de una resección segmentaria con un margen óseo de seguridad para las lesiones del maxilar superior.

En resumen, ante todo tumor de los huesos maxilares, indoloro, de crecimiento lento, con imagen de radiolucidez multilocular en "panel de abejas", hay que sospechar el diagnóstico de fibromixoma. La confirmación definitiva la proporciona el examen histológico tras la biopsia. El tratamiento quirúrgico será conservador o radical, dependiendo del tamaño, localización y tiempo de evolución. Debido a la alta posibilidad de recidiva, es ineludible efectuar controles clínicos y radiológicos anuales.

## Bibliografía

1. Abaza NA, El-Khashab M, Kreutner JA. Central myxoma of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1971; 31: 465-471.
2. Adekeye EO, Avery BS, Edwards MB, Williams HK. Advanced central myxoma of the jaws in Nigeria. Clinical features, treatment and pathogenesis. *Int J Oral Surg* 1984; 13: 177.
3. Arora BK, Hunter HA. Fibromyxoma of bone: report of a case. *J Oral Surg* 1970; 28: 125-128.
4. Barros RE, Domínguez FV, Cabrini RL. Myxoma of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1969; 27: 225-236.
5. Batsakis JG. Tumours of the head and neck: clinical and pathological considerations. 2nd edition, Baltimore: Williams & Wilkins Co., 1979: 35.
6. Bojanini NE. Mixoma de los maxilares. *Antioquía Médica* 1964; 14: 285.
7. Cohen MA, Hertzany Y. Myxofibroma of the maxilla: a case report with computed tomogram findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986; 61: 142-145.
8. Colburn YF, Epker BN. Myxoma of the mandibular condyle: surgical excision with immediate reconstruction. *J Oral Surg* 1975; 33: 351-355.
9. Farman AG, Nortje CJ, Grotepass FW, Farman FY, Van Zyl JA. Myxofibroma of the jaws. *Br J Oral Surg* 1977-78; 15: 3-18.
10. Fu YS, Perzin KH. Non-epithelial tumors of the nasal cavity, paranasal sinuses and nasopharynx: a clinicopathologic study. VII. Myxoma. *Cancer* 1977; 39: 195-203.
11. Ghosh BC, Huvos AG, Gerold FP, Miller T. Myxoma of the jaw bones. *Cancer* 1973; 31: 237-240.
12. Gould JF, Black JBM, Main JHP. Myxoma of the maxilla treated by radical resection. *Br J Oral Surg* 1970; 8: 64-69.
13. Gunlach KH, Schultz A. Odontogenic myxoma: clinical concept and morphological studies. *J Oral Pathol* 1977; 6: 34.
14. Harder F. Myxomas of the jaws. *Int J Oral Surg* 1978; 7: 148.
15. Harrison JD, Eggleston DJ. Odontogenic myxoma of the maxilla; a case report and some interesting histological findings. *Br J Oral Surg* 1973; 11: 43-47.
16. Hertzany Y, Mendelsohn DB, Cohen MA. Computed tomography of mandibular ameloblastoma. *J Comput Assist Tomogr* 1984; 8: 229-234.
17. Hodson YJ, Prout RES. Chemical and histochemical characterization of mucopolysaccharides in a jaw myxoma. *J Clin Pathol* 1968; 21: 582.
18. James OR, Licas VS. Maxillary myxoma in a child of 11 months. *J Cranio-Max-Fac Surg* 1987; 15: 42-44.
19. Kenney PJ, Gilula LA, Murphy WA. The use of computed tomography to distinguish osteochondroma and osteosarcoma. *Radiology* 1981; 139: 129-137.
20. Killey HC, Kay LW. Fibromyxoma of the jaws. *Br J Oral Surg* 1964; 2: 124.
21. Large ND, Niebel NH, Fredericks WH. Myxoma of the jaws: report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1960; 13: 1462-1468.
22. Laskin DM. Oral and maxillofacial surgery. St. Louis: Mosby Co., 1985: 653-657.
23. Lucas RB. Pathology of tumours of the oral tissues. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1976: 174.
24. McClure DK, Dahlin DC. Myxoma of bone: report of three cases. *Mayo Clin Proc* 1977; 52: 249-253.
25. Mendelsohn DB, Hertzany Y, Glas RBJ. Computed tomographic findings in primary mandibular osteosarcoma. *Clin Radiol* 1983; 34: 153-155.
26. Mosadomi A. Odontogenic tumors in African population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1975; 40: 502-521.
27. Pernge ML, Finkelman A. Myxoma of the left mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1969; 28: 797-799.
28. Pindborg JJ, Kramer IRH, Torloni H. Histological typing of odontogenic tumours, jaw cysts and allied lesions. International classification of tumours, N. 5, Geneva: World Health Organization.

29. Radden BG, Reade PC. Odontogenic myxoma of the jaw. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1962; 15: 355.
30. Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumours: analysis of 706 cases. *J Oral Surg* 1978; 36: 771.
31. Slootweg PJ, Wittkamp A. Myxoma of the jaws. An analysis of 15 cases. *J Max-fac Surg* 1986; 14: 46-52.
32. Stafne EC, Parkhill EM. Myxomatous tumor associated with an unerupted tooth. *Am J Orthod Oral Surg* 1947; 33: 597.
33. Stafne EC, Gibilisco JA. Oral roentgenographic diagnosis. Philadelphia: WB Saunders Co., 1975: 181.
34. Stewart SS, Baum SM, Atlen M, Elguezabal A. Myxoma of the lower jaw. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1973; 36: 800-808.
35. Stout AP. Myxoma, the tumours of primitive mesenchyma. *Ann Surg* 1948; 127: 706.
36. Thoma KH, Goldman HM. Central myxoma of the jaw. *Am J Orthod Oral Surg* 1947; 33: 532.
37. Thoma KH. Tumours of the mandibular joint. *J Oral Surg* 1964; 22: 157.
38. Westwood RM, Alexander RW, Bennet DE. Giant odontogenic myxofibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1974; 37: 83.
39. Whitman RA, Stewart S, Stoopack JG, Jerrold TL. Myxoma of the mandible: report of a case. *J Oral Surg* 1971; 29: 63-70.
40. Yura Y, Koshida H, Hanagawa T, Usata M, Nitta T, Sato M, Nemura S, Koike M, Komovi A. An odontogenic myxofibroma related to an embedded third molar of the mandible: report of a case. *Int J Oral Surg* 1982; 11: 265-269.
41. Zimmerman DC, Dahlin DC. Myxomatous tumors of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1958; 11: 1069-1080.