

Fibromixoma odontogénico

M. Gómez Triana y J.P. Luengas Monroy

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Militar Central. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá. Colombia.

Se describe el caso de un niño de 3 años que presenta una masa submandibular, con aumento progresivo de tamaño. El resultado de la anatomía patológica confirma un fibromixoma de origen odontogénico, entidad rara en la edad pediátrica.

Palabras clave:

Fibromixoma odontogénico. Masas en cuello.

ODONTOGENIC FIBROMYXOMA

A 3-year-old boy presented a submandibular mass that progressively increased in size. Pathological study confirmed an odontogenic fibromyxoma. This entity is rare in children.

Key words:

Odontogenic fibromyxoma. Neck mass.

INTRODUCCIÓN

Las masas de cuello en niños son una causa frecuente de consulta en los servicios de cirugía pediátrica y cirugía maxilofacial. Las anomalías congénitas como quiste tirogloso, quiste broncogénico, duplicaciones entéricas, remanentes branquiales o tiroides ectópico¹.

También se encuentran malformaciones vasculares, hemangiomas y linfagiomias característicos por su localización y examen físico, tumores de cuello de tejidos blandos como el rabdomiosarcoma que corresponde al sarcoma de mayor incidencia en niños¹⁻³, así como los dependientes de glándulas salivales. Los abscesos odontogénicos también se incluyen en el diagnóstico diferencial de las masas de cuello.

Los tumores del tejido óseo y dentario, de menor incidencia pero no por esto de menor importancia, como los osteomas y los mixomas^{4,6}.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Un niño de 3 años de edad presentaba una masa de 3 meses de evolución en la región submandibular iz-

quierda que había aumentado progresivamente de tamaño, hasta alcanzar dimensiones de 6 por 8 cm (fig. 1). Fue atendido inicialmente en un hospital regional donde se tomó una biopsia de la lesión y se practicó extracción del segundo molar inferior izquierdo, sospechando absceso de origen dentario. La muestra de patología es informada como fibromixoma de origen odontogénico y es remitido al Hospital Militar Central para continuar el estudio.

La tomografía computarizada (TC) realizada mostró una lesión de tejidos blandos que comprometía la hemimandíbula izquierda (fig. 2A y B). La biopsia de la lesión confirmó el diagnóstico de fibromixoma de origen odontogénico. Con este diagnóstico, se practicó resección completa macroscópica del tumor con reconstrucción con placa de mandíbula, por el servicio de cirugía plástica (fig. 3A y B).

DISCUSIÓN

El fibromixoma es una entidad infrecuente en la población pediátrica.



Figura 1. Masa de 6 x 8 cm.

Correspondencia: Dr. M. Gómez Triana.
Calle 49, núm. 4-00, 8º piso, Oficina Cirugía Pediátrica. Bogotá. Colombia.
Correo electrónico: juanpablo24@hotmail.com

Recibido en octubre de 2004.
Aceptado para su publicación en enero de 2005.

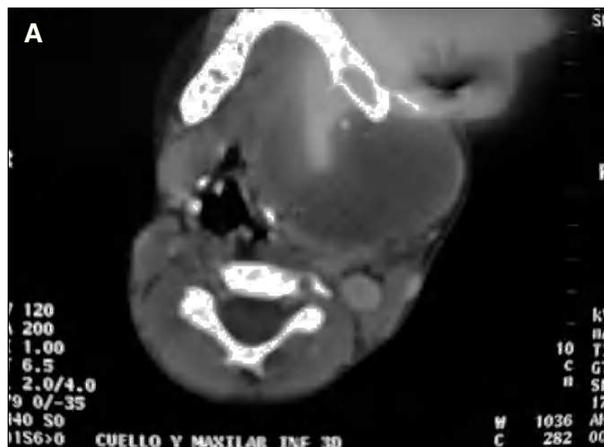


Figura 2A y B. TC y reconstrucción.



Figura 3A y B. Procedimiento quirúrgico.

El fibromixoma o mixoma de origen odontogénico es un tumor de origen mesenquimatoso derivado de la papila o ligamento periodontal. Constituye el 6% de los tumores odontogénicos y aunque no produce metástasis, es localmente agresivo^{4,6,7}.

Se observa tanto en varones como en mujeres y su pico de presentación se encuentra entre los adultos jóvenes. El crecimiento del tumor es lento y se caracteriza por perforar la tabla ósea con compromiso generalmente de ambas corticales⁴⁻⁷.

El estándar de oro del diagnóstico es la biopsia de la lesión. Aunque entre las exploraciones complementarias que se pueden utilizar se encuentran las radiografías panorámicas periapicales y oclusales, en las cuales se evidencia una lesión radiolúcida unilocular descrita como lesión en panal de abejas, el otro estudio recomendado es la TC en la cual se pone de manifiesto una lesión infiltrante del tejido óseo como hallazgo característico^{1,2,6}.

Histológicamente es un tejido blando gelatinoso que no tiene cápsula, constituido por células fusiformes y estrelladas largas con prolongaciones citoplásmicas. Tiene una estroma rica en mucopolisacáridos. Se describen dos tipos: celular granular y fibroma gigante^{1,2,7}.

El tratamiento consiste en la resección quirúrgica del tumor. No es sensible ni a la quimioterapia ni a la radioterapia y puede recidivar en el 25% de los casos; por lo tanto, se debe efectuar un seguimiento radiológico anual durante 10 años. Hay controversia sobre la conveniencia de reconstruir el tejido lesionado inmediatamente o bien en un segundo tiempo⁴⁻⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grosfeld JL. Tumors of neck and head. *Seminars in ped-surgery* 1997;2:142-59.

2. Minkes RA, Skinner MA. Head and neck tumors. En: Carachi R, Azmi A, Grosfeld J, editors. The surgery of childhood tumors. London: Arnold, 1999. p. 298-332.
3. Ahmed O, Hussain A, King D. Congenital rhabdomyosarcoma. *Bri J Plas Surg.* 1999;52:304-7.
4. Sciubba JJ, Fantasia JE, Kahn LB. Tumors and Cysts of the Jawws. Armed Forces Institute of Pathology (AFIP). 2001. p. 170-5.
5. Wood NK, Goaz PW. Differential diagnosis of oral and maxillo-facial lesions. 5th Mosby, 1997. p. 165-70.
6. Laskin DM. Tumores de cavidad oral. En: Laskin DM, editor. *Cirugía bucal y maxilofacial.* 3^a ed. Panamericana, 1995.
7. Coffin C, Dehner L. Adipose and myxoid Tumors. En: Coffin C, Dehner L, editors. *Pediatric Soft Tissue tumors.* Pennsylvania: W&W, 1997. p. 254-77.