



## Hemimaxilectomía con abordaje intraoral para resección de mixoma odontogénico: reporte de caso

Hemimaxylectomy with intraoral approach for resection of odontogenic myxoma: case report

Juan Carlos López Lastra,\* Kuauhyama Luna Ortiz,‡ Juan Carlos López Noriega,§  
Luis Reyna Beltrán,|| René Jiménez Castillo,¶ Federico Torres,\*\* Stefanny Romero Oyuela‡‡

### RESUMEN

El mixoma odontogénico se considera una neoplasia benigna de origen dental poco frecuente, de crecimiento lento, con consistencia firme y gelatinosa. Éste representa 3% de los tumores odontogénicos, ocupa el segundo lugar en frecuencia precedido del ameloblastoma, en estos casos sin tener en cuenta el odontoma. Debido al potencial infiltrativo que posee, es necesario realizar tratamientos quirúrgicos radicales para este tipo de neoplasias. Es fundamental tener un adecuado análisis clínico, imagenológico e histopatológico para poder llegar a un diagnóstico oportuno y un plan de tratamiento adecuado, lo que previene la persistencia o recidiva de la lesión, y posteriormente pensar en una fase de reconstrucción inmediata o tardía. En este artículo se presenta un caso clínico de una paciente de 13 años, la cual fue sometida a hemimaxilectomía parcial del lado izquierdo por un abordaje intraoral, con colocación de obturador inmediato y terminación con obturador definitivo.

**Palabras clave:** Mixoma odontogénico, hemimaxilectomía, tumores odontogénicos.

### ABSTRACT

*Odontogenic myxoma is considered a benign neoplasm of dental origin, infrequent, slow growing, firm and gelatinous consistency. It comprised at 3% of odontogenic tumors, being the second place in frequency preceded by the ameloblastoma, in these cases without taking into account the odontoma. Due to its infiltrative potential, it is necessary to perform radical surgical treatments for this type of neoplasm. It is essential to have adequate clinical, imaging and histopathological analysis to be able to arrive at a timely diagnosis and an adequate treatment plan, in order to avoid persistence or recurrence of the injury, and then think about a reconstruction immediately or delayed. In this article, its present a clinical case of a 13-year-old patient who underwent partial hemimaxilectomy on the left side by an intraoral approach and immediate obturator placement and end up with the final obturator.*

**Keywords:** *Odontogenic myxoma, hemimaxilectomy, odontogenic tumors.*

\* Cirujano Oral y Maxilofacial profesor de FO UNAM.

‡ Médico Cirujano Oncólogo de Cabeza y Cuello, adscrito en Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello en Instituto Nacional de Cancerología.

§ Cirujano Oral y Maxilofacial, adscrito de Cirugía Oral y Maxilofacial de Postgrado Odontología UNAM.

|| Cirugía Oral y Maxilofacial, FO UNAM.

¶ Coordinador de la Especialidad de Prótesis Maxilofacial de Postgrado Odontología, UNAM.

\*\* Protesista maxilofacial, adscrito de Prótesis Maxilofacial de Postgrado Odontología, UNAM.

‡‡ Residente de la Especialidad de Prótesis Maxilofacial, FO UNAM.

Correspondencia:

Juan Carlos López Lastra

E-mail: [jc.lopez.lastra@gmail.com](mailto:jc.lopez.lastra@gmail.com)



## INTRODUCCIÓN

El mixoma odontogénico se considera una neoplasia benigna de origen odontogénico poco frecuente, de consistencia firme y gelatinosa, de crecimiento lento, con potencial infiltrativo, generalmente asintomática con expansión de corticales dando como resultado deformidades faciales. Fue descrito por primera vez por Thoma y Goldman en 1947. No existe una predilección particular por sexo, pero algunos autores refieren una ligera predilección por el sexo femenino con un rango de 1:1.5. Se presenta en la segunda y tercera década de vida. Se encuentra con mayor frecuencia en mandíbula que en maxilar (3:1). Se asocia por lo regular a dientes retenidos y probablemente se origine desde la porción ectomesenquimal del órgano del esmalte o del ligamento periodontal.<sup>1-3</sup> Se considera una neoplasia intraósea con contenido de matriz extracelular fibrosa mixomatosa, procedente de restos mesenquimatosos.<sup>4</sup>

El mixoma ocupa un 8.3% del rango que va de 2.2 a 17% de los tumores odontogénicos. Aunque algunos autores mencionan que se encuentran en 3%, es el segundo tumor odontogénico más frecuente, precedido del ameloblastoma. Pero es difícil determinar si estos datos obtenidos son verdaderamente precisos, dado que no se toman en cuenta los odontomas que se consideran hamartomas de tejidos dentales conglomerados, lo que genera una controversia sobre esta lesión en cuanto a si es un tumor en absoluto.<sup>4</sup>

En México, el mixoma es considerado el tercer tumor odontogénico más común, con 17.7% precedido del ameloblastoma 23.7% y del odontoma en 34.6%. Aparece en un rango de edad entre los cinco y 59 años, con una predilección por el género femenino (2:1), sin preferencia en cuanto a maxilar y mandíbula, con las áreas más afectadas en la parte posterior de la mandíbula seguida de la parte posterior del maxilar en un porcentaje de 35 y 25% respectivamente.<sup>5</sup>

Se describe como una tumoración de crecimiento lento, generalmente asintomática que produce expansión de corticales, perforaciones óseas con invasión a tejidos blandos. Es posible que presente dolor, parestesia, movilidad dental y ulceraciones, y en casos muy severos se puede observar obstrucción nasal y exoftalmos. En pacientes con neoplasia localizada en zona posterior se presentaba con lesiones más grandes que las que se encontraban en la zona anterior, esto es probablemente debido a que la deformidad facial era más evidente en la zona anterior. Aunque en

algunos casos se han reportado mixomas localmente agresivos, se cree que nunca podrían tener potencial de malignizarse o de producir metástasis.<sup>3,6,7</sup>

Los mixomas de cabeza y cuello son tumores raros en los que se identifican dos tipos: 1. los que derivan de los huesos faciales, y 2. los que derivan de los tejidos blandos periorales, glándula parótida, oreja y laringe.<sup>7</sup>

El mixoma odontogénico es una neoplasia benigna de origen odontogénico no encapsulada que ocurre muy rara vez, consiste en la acumulación de sustancia mucoide con poco colágeno, cuya cantidad determina si se puede llamar fibromixoma. Microscópicamente, se observa predominio de células con morfología estelar, ahusada o fusiforme, con largos procesos fibrilares en un estroma de material mucoide, puede haber núcleos hiper cromáticos pequeños, ausencia de pleomorfismo celular, figuras mitóticas y necrosis. Con estrecha proximidad a los órganos dentarios retenidos o no erupcionados, y en una minoría de los casos se presenta el epitelio odontogénico. En la periferia aparece bien circunscrito, aunque puede haber infiltración local, el componente vascular, aunque de alcance limitado y con escasez de células inflamatorias.<sup>6-8</sup>

En las radiografías convencionales los mixomas se observan como lesiones radiolúcidas multiloculares en forma de «panal de abejas», «burbujas de jabón» o «raqueta de tenis», esto nos ayuda a distinguir el mixoma de una entidad maligna debido a que usualmente después de una destrucción ósea masiva no se forman trabéculas óseas y/o septos óseos.<sup>7</sup> Se puede llegar a observar como una radiolucidez unilocular o multilocular, con expansión de corticales y desplazamiento dental. En muy pocos casos se puede llegar a observar reabsorción radicular. La radiolucidez puede ser con bordes bien definidos o con bordes difusos. En el diagnóstico diferencial debe tomarse en cuenta un gran número de lesiones, incluyendo ameloblastoma, hemangioma intraóseo, cavidad ósea aneurismática, lesión central de células gigantes y en casos de lesiones uniloculares, lesiones quísticas.<sup>6,7,9</sup>

En la tomografía computarizada los mixomas se presentan:

a) Lesiones osteolíticas expansivas con moderado ensanchamiento de la porción sólida de la masa del mixoma de la mandíbula. b) Expansión ósea y adelgazamiento de la cortical con ensanchamiento de la masa de la lesión en la parte anterior del maxilar. c) Una masa de tejidos blandos con destrucción ósea y adelgazamiento y hebras finas que representan la osificación en el seno maxilar.<sup>7</sup>



**Figura 1:** Vista frontal prequirúrgica. Se observa aumento de volumen en región nasogeniana y labial del lado izquierdo.



**Figura 2:** Vista intraoral, donde se observa aumento de volumen en fondo de saco vestibular desde incisivo central hasta primer molar superior deciduo.

En la resonancia magnética estas neoplasias se observan desde bien definidas a moderadamente definidas con tejido mixto y cuando la neoplasia invade tejidos blandos, como el piso de boca, se puede diferenciar entre neoplasia y tejido sano, a diferencia de las radiografías convencionales y la tomografía computarizada. En T1 se observa tejido mixto de intensidad baja a media. En T2 la neoplasia aparece como una masa hiperintensa de forma heterogénea en 90% de los casos.<sup>9</sup>

La terapia recomendada varía desde curetaje hasta escisión radical. El curetaje está asociado con

una alta tasa de recidiva. La remoción quirúrgica completa es complicada debido a que la neoplasia no se encuentra encapsulada y a que la infiltración de tejido mixoide se observa hacia hueso adyacente. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica segmentaria con márgenes libres de 1.5 a 2 cm para prevenir la recurrencia. La recurrencia se basa en el tipo de tratamiento, ya sea un tratamiento conservador o tratamiento radical. La crioterapia puede reducir el riesgo de recidiva si se utiliza como



**Figura 3:** Vista intraoral en la que se observa abombamiento de paladar duro sin sobrepasar línea media, coloración a la mucosa oral adyacente.



**Figura 4:** Tomografía computarizada de macizo facial en corte axial. Invasión de fosa nasal izquierda y tejidos blandos a nivel de nariz izquierda y labio superior.

tratamiento adyuvante. La reconstrucción puede ser inmediata o tardía, la cual puede incluir injerto óseo autólogo de cresta iliaca anterior o posterior. Puede utilizarse un injerto libre osteocutáneo vascular de peroné y/o la distracción osteogénica. El control postquirúrgico se recomienda una vez a la semana durante el primer mes, y continuar con una cita cada mes los siguientes cinco meses y dos veces al año durante cinco años.<sup>8,10-12</sup>

En cuanto al uso de obturadores, se recomienda en defectos mayores de 5 cm, seguido de un obturador final. En mandíbula se recomienda el uso de colgajo vascular libre de peroné inmediato o tardío. Los implantes dentales suelen tener alto grado de éxito para la rehabilitación protésica, pero en defectos pequeños. En defectos grandes no es posible la rehabilitación con implantes convencionales debido a la limitación anatómica por la resección de tejidos duros.<sup>11,12</sup>

Debido a que son localmente invasivos y tienen potencial infiltrativo, presentan un alto rango de recidiva que va desde 10% hasta 33%, de la forma al tipo de tratamiento a realizar, ya sea conservador o radical. Esta decisión va a depender principalmente de la localización de la neoplasia, tamaño, estructuras involucradas, tiempo de evolución y grado de crecimiento. Se menciona que entre las ventajas de un tratamiento conservador: es menos invasivo, puede realizarse con abordaje intraoral, preserva la función y la estética, y acorta el tiempo hospitalario. Sin embargo, el grado de recidiva se considera alto como se mencionó anteriormente.<sup>8,10,12</sup>

## CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 13 años de edad la cual acudió a la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial de Postgrado de Odontología, UNAM debido al aumento de volumen en región labial y nasogeniana del lado izquierdo, inició padecimiento actual hace tres meses en hemicara del lado izquierdo, la paciente refirió no poder respirar por fosa nasal del lado izquierdo, sin datos de sangrado espontáneo, dolor o parestesia (*Figura 1*). Intraoralmente se observó aumento de volumen en fondo de saco vestibular del lado izquierdo iniciando desde línea media hasta segundo molar deciduo, paladar duro con abombamiento del lado izquierdo abarcando desde incisivo central hasta primer molar deciduo del mismo lado (*Figuras 2 y 3*), de consistencia dura, sin datos de secreción purulenta, asintomático a la palpación, mucosa con coloración similar a la adyacente, sin

datos de movilidad dental y pruebas de vitalidad sin alteraciones.

En los estudios de imagen se observó en la ortopantomografía una lesión radiolúcida unilocular con bordes poco definidos que abarca desde incisivos centrales superiores hasta segundo molar deciduo, superiormente por debajo de reborde orbitario inferior, medialmente hasta septum nasal, con ausencia de premolares permanentes y con canino superior izquierdo retenido sobre la lesión y canino deciduo presente.

La tomografía computarizada de macizo facial mostró en un corte axial una lesión isodensa respecto a tejidos blandos, bien circunscrita a nivel de paladar blando y con bordes poco definidos a nivel de cortical ósea vestibular, invadiendo fosa nasal izquierda y tejidos blandos a nivel de nariz izquierda y labio superior. En el corte coronal se observó lesión isodensa con respecto a tejidos blandos que abarcó desde paladar duro hasta reborde infraorbitario, con bordes difusos de la lesión, sin pasar línea media (*Figuras 4 y 5*).

Se realizó biopsia incisional bajo anestesia local con mepivacaína 2% con epinefrina 1:100,000. El procedimiento se hizo sin complicaciones y se envió a estudio histopatológico, dando como resultado mixoma odontogénico (*Figura 6*). Ya obtenido el diagnóstico de la biopsia se procedió con el plan quirúrgico, el cual fue interconsulta con el Servicio de Prótesis Maxilofacial (PMF) de Postgrado de Odontología, UNAM para elaboración de obturador protésico, para la elaboración de un obturador protésico quirúrgico, transicional y finalmente un definitivo.

Posteriormente se realizó hemimaxilectomía izquierda y colocación inmediata de obturador quirúrgico bajo anestesia general balanceada.

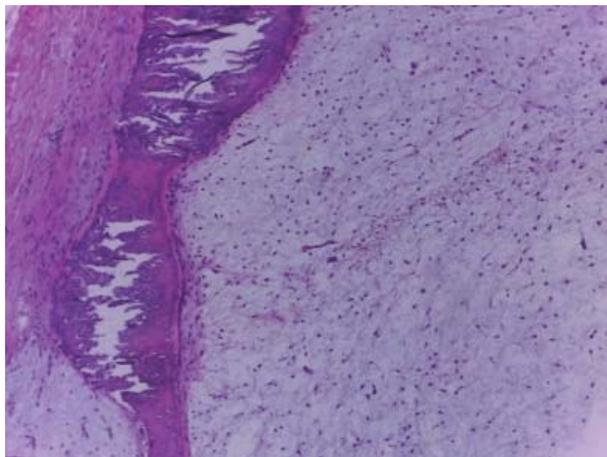
Bajo anestesia general balanceada con intubación nasotraqueal se realizó asepsia y antisepsia del área, se colocaron campos quirúrgicos estériles. Durante el abordaje intraoral (*Figura 7*) se marcaron los límites de la ostectomía mediante la extracción de incisivo lateral superior del lado derecho (límite anterior) hasta el segundo molar deciduo del lado izquierdo (límite posterior), se continuó con osteotomía desde órganos dentarios extraídos respectivamente. Se resecó la tumoración, se retiró cornete inferior dejando septum nasal intacto; superiormente se continuó con ostectomía respetando piso de órbita y reborde infraorbitario para mantener soporte a globo ocular. Se retiró neoplasia con mucosa palatina involucrada, se verificó hemostasia y se colocó obturador

provisional con gasas impregnadas con antibiótico furasinas (Figuras 8 a 10).

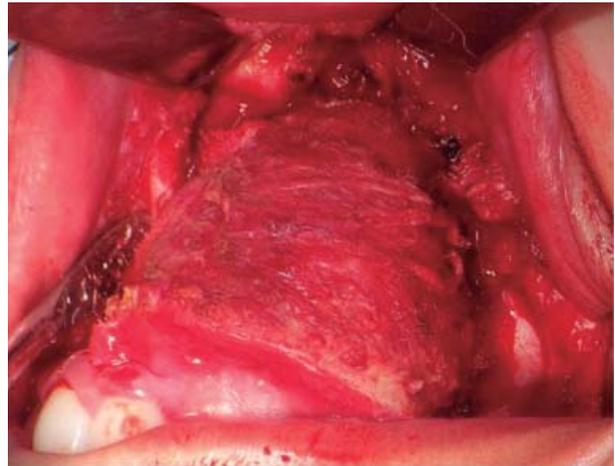
Se envió estudio a histopatología reportando mixoma odontogénico con bordes libres de lesión. Se realizó control postquirúrgico a la semana, continuando hasta el primer mes y posteriormente cita al tercer, sexto mes y un año. Se llevó control a un año sin datos de recidiva de la lesión con control



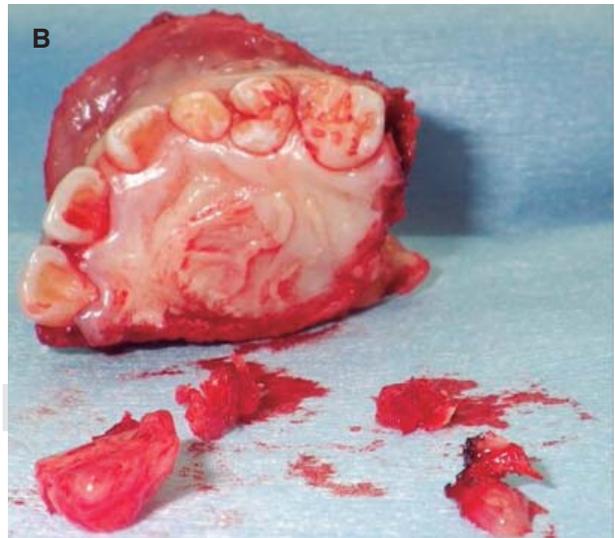
**Figura 5:** Tomografía computarizada de macizo facial en corte coronal. No se observan bordes bien definidos de la lesión, sin pasar línea media.



**Figura 6:** x100. Encontramos células fusiformes y estrelladas en un estroma mixoide basófilo y laxo bien vascularizado. También se observa hueso cortical y periostio.



**Figura 7:** Fotografía intraoral. Se observa disección de la neoplasia en cara vestibular dando una adecuada disección sin necesidad de realizar abordaje extraoral.



**Figura 8:** A) Se envía a estudio histopatológico resección segmentaria de maxilar, el cual mide 57 × 55 × 40 mm. B) Vista inferior de resección segmentaria, la cual va desde incisivo lateral superior del lado derecho hasta segundo molar superior izquierdo deciduo.

radiográfico y tomográfico. Hoy en día estética y funcionalmente aceptable, sin datos de recidiva de la tumoración y con comunicación oronasal de alrededor de 3 × 2 cm (*Figuras 11 a 14*).

### Tratamiento protésico maxilofacial

Posterior a la valoración clínica inicial y a la planeación conjunta con el Servicio de Cirugía Maxilofacial, se decide iniciar rehabilitación protésica intraoral dividida en tres fases, en las cuales se utilizaron diferentes tipos de obturadores palatinos.

Previo a la cirugía se realizó un obturador quirúrgico, el cual fue elaborado a partir de una impresión anatómica inicial. Este obturador va a cumplir con diferentes funciones en los días posteriores a la cirugía como formar una barrera entre la cavidad nasal y oral permitir a la paciente hablar, deglutir y ayudar durante el proceso de la cicatrización primaria.

Se elaboraron dos tipos de obturador quirúrgico con el fin de brindar mayor estética a la paciente pensando en su corta edad. Sin embargo, en el momento quirúrgico por cambios técnicos por la localización e infiltración de la tumoración no fue posible usar el obturador híbrido, por lo cual el obturador con base de acetato se usó en boca y cumplió con todas las funciones deseadas de manera óptima durante tres meses posteriores a la cirugía. Se le dieron todas las indicaciones de cuidados e higiene al igual que la recomendación de masaje en la zona para evitar retracciones por la cicatrización.

Pasados los tres meses de cicatrización primaria se decidió cambiar el obturador por uno transicional. Fue usado el obturador híbrido elaborado como quirúrgico inicialmente haciendo adaptaciones que permitieron que cumpliera las funciones.

Se realizaron controles clínicos durante los siguientes seis meses, sin signos de lesión se decidió iniciar la tercera fase de la rehabilitación protésica representada por la elaboración de obturador palatino definitivo (*Figura 15*).

Al examen clínico extraoral se observó pérdida del soporte labial izquierdo y una leve retracción del mismo, al igual que adecuada posición del ala nasal izquierda. En la exploración intraoral se evidencia comunicación oroantral con adecuada cicatrización, sin signos de lesión tumoral, infección o inflamación y buena higiene oral (*Figura 16*).

Se toma una impresión anatómica y se realiza la estructura metálica para el obturador definitivo con base de acrílico y dientes Ivostar. Se probó cada uno

de los pasos y se hicieron los ajustes pertinentes para posteriormente procesarla de forma convencional.

Se entregó el obturador definitivo, se hizo prueba de oclusión y ajuste de la misma, se dieron indicaciones de uso, higiene y cuidado, y se logró restablecer el soporte labial dando armonía a la sonrisa (*Figura 17*). Por otra parte, se obtuvo un adecuado sello de la comunicación oral y nasal devolviendo las funciones de masticación, deglución y fonación.

### DISCUSIÓN

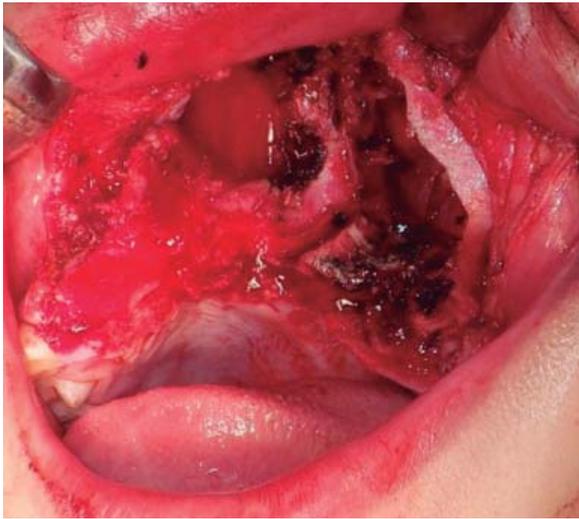
Kumar y colaboradores refieren que la relación en mandíbula era mayor que en maxilar en una razón 3:1 en una edad entre 15-65 años de edad, pero reportaron un caso en un paciente de 17 meses de edad.<sup>2</sup> Se presenta un caso clínico que lleva dos años de evolución, esto concuerda con lo antes mencionado por nosotros, que en neoplasias localizadas en área posterior el paciente tiende a esperar más tiempo, ya que la deformidad facial no es tan evidente como en el área anterior.<sup>2</sup>

Nigel y su equipo en su estudio de 1993 a 2011 colocan el mixoma como el segundo tumor más frecuente, seguido del ameloblastoma, y junto con Mosqueda Taylor y colegas descartan al odontoma como una neoplasia pura, lo catalogan como un hamartoma.<sup>3,4</sup>

Ellson y colaboradores en su estudio reportan que poco menos de la mitad de los pacientes con estas neoplasias presentaban rizólisis, lo que varía en cuanto a otras referencias, e indican que en muy pocos casos el paciente iba a presentar rizólisis.<sup>6</sup> Nosotros pensamos importante evaluar con todos los medios radiográficos hasta que en un órgano dentario pudiera existir rizólisis, debido a que esto nos daría de cierta forma los límites de la neoplasia.

Reena hace referencia a una versión maligna del mixoma odontogénico, el cual es el mixosarcoma odontogénico.<sup>3</sup>

Kheir y su equipo mencionan la importancia en cuanto al uso de auxiliares de imagen para el diagnóstico, si es posible realizar desde radiografías convencionales hasta tomografía computarizada y/o resonancia magnética, debido a que las radiografías convencionales no nos ofrecen la ventaja de determinar la extensión de la tumoración en diferentes planos.<sup>9</sup> Sin embargo, no todos los pacientes cuentan con los recursos necesarios para realizarse este tipo de estudios, por lo que una radiografía oclusal para un mixoma odontogénico en maxilar sería de bastante ayuda en cuanto al diagnóstico gracias



**Figura 9:** Fotografía intraoral. Se observa defecto al retirar neoplasia, se verifica hemostasia.



**Figura 10:** Fotografía postquirúrgica inmediata, con obturador quirúrgico con gasas impregnadas con antibiótico furasinadas.

al patrón característico en «burbujas o pompas de jabón» que tienen estas neoplasias.

Abhishek Jaswal y colegas presentan un caso clínico en el cual se lleva a cabo hemimaxilectomía, a diferencia de nuestro caso clínico ésta se realiza por abordaje Weber Ferguson, el cual se planteó de primera instancia, pero se intentó hacer de forma intraoral y en caso de no tener adecuada visibilidad de la neoplasia este abordaje iba a realizarse como última instancia.<sup>8</sup>

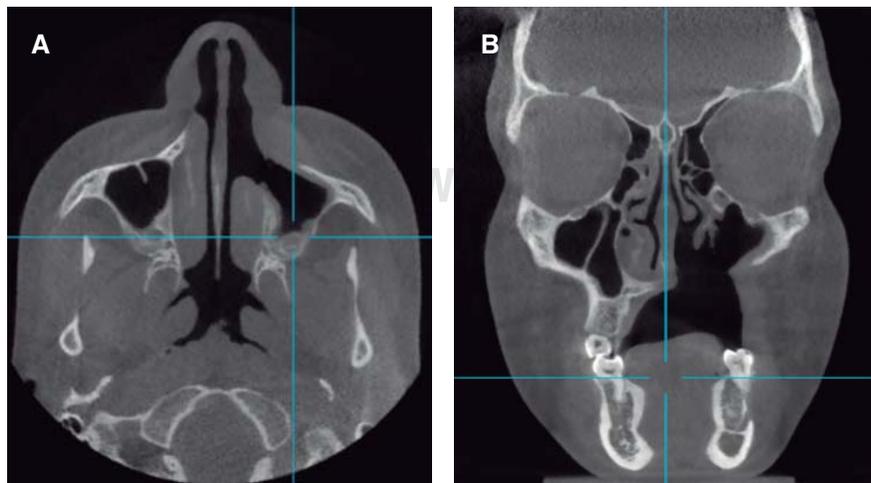
Yoko Kawase y colaboradores en su estudio nos muestran 15% de recidiva en casos operados con tratamiento conservador y 0% en pacientes con tratamiento radical, esto concuerda con lo descrito en este artículo, dando importancia que para evitar recidiva es necesario realizar un tratamiento radical.<sup>10</sup>

Haroon Rashid menciona la importancia en cuanto a la rehabilitación protésica del paciente, en la cual debemos tener en cuenta el tratamiento interdisciplinario en ámbito odontológico durante distintas etapas del tratamiento.<sup>11</sup> En nuestro caso el trabajo interdisciplinario fue fundamental para lograr el objetivo de brindar un tratamiento de alta calidad y con resultados óptimos en todos los ámbitos tanto funcionales, quirúrgicos y estéticos.

Leiser y su equipo concluyen que las lesiones deben ser tratadas de manera localmente agresiva dependiendo del tamaño y grado de crecimiento de la lesión, así como dar seguimiento mínimo de cinco años para establecer como estado libre de lesión y poder llegar a la fase reconstructiva final.<sup>12</sup>

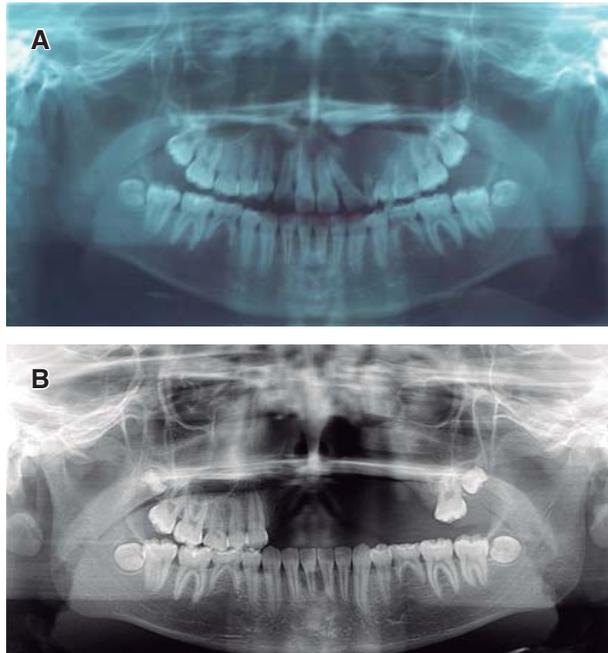
## CONCLUSIONES

En el mixoma odontogénico se debe tener mucha cuidado en cuanto al análisis clínico, imagenológico-



**Figura 11:**

**A)** Tomografía computarizada de macizo facial corte axial en la cual observamos comunicación de fosa nasal izquierda con seno maxilar sin datos de recidiva a un año de evolución. **B)** Corte coronal donde se observa comunicación orosinusal sin datos de recidiva a un año de evolución.



**Figura 12:** A) Ortopantomografía inicial donde se observa lesión radiolúcida unilocular con bordes poco definidos, que abarca desde incisivos centrales superiores hasta segundo molar decíduo, superiormente por debajo de reborde orbitario inferior, medialmente hasta septum nasal con ausencia de premolares permanentes y con canino superior izquierdo retenido sobre la lesión. Canino decíduo presente B) Ortopantomografía de control a un año de evolución en la cual no se observan datos de recidiva de la lesión, con ausencia desde incisivo lateral superior del lado derecho hasta primer molar superior izquierdo.

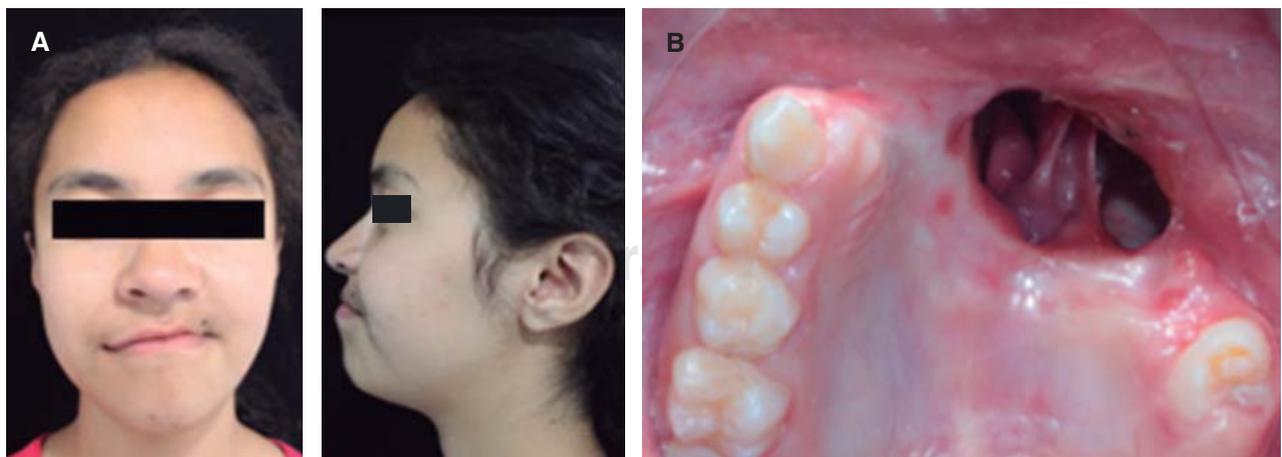
co e histopatológico para llegar a un diagnóstico oportuno y plan de tratamiento interdisciplinario adecuado en el que se menciona que este tipo de neoplasias son de crecimiento lento y bordes bien definidos, pero en nuestro caso clínico se observó que el crecimiento era de manera rápida y con bordes difusos.

El manejo interdisciplinario es de vital importancia porque es fundamental trazar una planeación protésica previa al tratamiento quirúrgico para lograr resultados estéticos y funcionales óptimos.

Los obturadores quirúrgicos constituyen una valiosa herramienta en la rehabilitación de pacientes maxi-



**Figura 13:** Fotografía intraoral con obturador transicional en adecuada posición.



**Figura 14:** A) Vista frontal y de perfil sin obturador, postquirúrgica a un año de control; se observa ligera depresión en región nasogeniana del lado izquierdo. B) Fotografía intraoral en espejo de control donde se observa comunicación oronasal sin datos de infección, sangrado activo de la herida.

lectomizados, benefician diferentes aspectos tanto psicológicos, estéticos y funcionales para el paciente y de forma secundaria para su entorno, social y familiar.

Efectuar la rehabilitación protésica en fases logra mejorar los resultados protésicos acompañando los procesos fisiológicos de forma adecuada.

Finalmente es muy importante tener en cuenta el conocimiento y la experiencia del cirujano que va a realizar el procedimiento quirúrgico, el criterio para determinar si la manera de abordar este tipo de neoplasias podría ser intraoral y/o extraoral, ofreciendo al paciente mejor estética y funcionalidad.



**Figura 15:** Fotografía intraoral **A)** oclusión de frente donde se identifican los dientes ausentes, **B)** oclusión de frente con obturador definitivo en posición.



**Figura 16:** Vista oclusal donde se observa obturador definitivo con cierre de comunicación oronasal, que abarca desde incisivo lateral superior hasta primer molar superior izquierdo.



**Figura 17:** Fotografías faciales de sonrisa con obturador definitivo. Se observa adecuado soporte labial y armonía en la sonrisa.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Valcárcel Llerandi J, James Pita A, Fernández González MC. Mixoma odontogénico. *Rev Cub Estomatol* 2009; 46 (3): 62-69.
2. Kumar N, Kohli M, Pandey S, Agarwal P. Odontogenic myxoma. *J Maxillofac Oral Surg*. 2014; 13 (2): 222-226.
3. Radhikaprasad Sarkar R. Oncologic profile of maxillary odontogenic myxoma: a rare case. *Contemp Clin Dent*. 2013; 4: 374-377.
4. Johnson NR, Gannon OM, Savage NW, Bastone MD. Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. *J Investig Clin Dent*. 2014; 5: 9-14.
5. Mosqueda TA, Ledesma MC, Caballero SS, Portilla RJ, Ruíz-Godoy RLM, Meneses GA. Odontogenic tumors in Mexico. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997; 84: 672-675.
6. Simon ENM, Merx MAW, Vuhahula E, Ngassapa D, Stoeltinga PJW. Odontogenic myxoma: a clinicopathological study of 33 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2004; 33: 333-337.
7. Singaraju S, Wanjari PS, Parwani NR. Odontogenic myxoma of the maxilla: a report of a rare case and review of the literatura. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2010; 14: 19-23.
8. Jaswal A, Kumar JA, Biswas M, Sikder B, Kumar NT. Recurrent odontogenic myxoma of maxilla: a diagnostic and operative dilemma. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008; 60: 41-44.
9. Kheir E, Stephen L, Nortje C, Janse van Rensburg L, Fam MM, Titinchi F. The imaging characteristics of odontogenic myxoma and a comparison of three different imaging modalities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2013; 1 (16): 492-502.
10. Kawase-Koga Y, Saijo H, Hoshi K, Takato T, Mori Y. Surgical management of odontogenic myxoma: a case report and review of the literature. *BMC Res Notes*. 2014; 4: 207-214.
11. Rashid H, Bashir A. Surgical and prosthetic management of maxillary odontogenic myxoma. *Eur J Dent*. 2015; 9 (2): 277-283.
12. Leiser Y, Abu-El-Naaj I, Peled M. Odontogenic myxoma: a case series and review of the surgical management. *J Craniomaxillofac Surg*. 2009; 37: 206-209.