

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Odontología

Carrera de Odontología

Mixoma odontogénico periférico: un reporte de caso y revisión de la literatura

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Odontólogo

Autores:

Pablo Andrés Astudillo Pacheco

Manolo Esteban Bravo Encalada

Director:

Diego Mauricio Bravo Calderón

ORCID:  0000-0003-1813-8051

Cuenca, Ecuador

2024-09-12

Resumen

El mixoma odontogénico es una neoplasia benigna que suele aparecer en los maxilares, con dos tercios de los casos en la mandíbula. El desarrollo extraóseo del mixoma odontogénico es raro, por lo tanto, el objetivo de este manuscrito es informar de un caso adicional de mixoma odontogénico periférico y revisar las características de la entidad haciendo hincapié en su diagnóstico diferencial con otras lesiones mixomatosas que pueden surgir en la encía.

Palabras clave del autor: mixoma odontogénico periférico, tumor odontogénico, encía, mixoma



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Odontogenic myxoma is a benign neoplasm that commonly occurs in the jaws, with two thirds of the cases arising in the mandible. Extraosseous development of the odontogenic myxoma is rare, therefore, the aim of this manuscript is to report an additional case of peripheral odontogenic myxoma and to review the characteristics of the entity with emphasis on their differential diagnosis of other myxomatous lesions that can arise in the gingiva.

Author Keywords: peripheral odontogenic myxoma, gingiva, odontogenic tumor, myxoma



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Agradecimientos.....	7
Introducción.....	7
Descripción del caso clínico.....	7
Revisión de la literatura y Discusión.....	8
Conclusiones.....	10
Referencias.....	17

Índice de figuras

Figura 1. Aspecto intraoral de la lesión tumoral localizada en la encía entre los dientes 2.6 y 2.7	18
Figura 2. Características macroscópicas del mixoma odontogénico periférico. Masa de partes blandas de aspecto gelatinoso y grisáceo.	19
Figura 3. A y B: tejido conjuntivo mixoide con fibroblastos fusiformes y estrellados (Hematoxilina y Eosina - A 40X, B: 400X). C: positividad de la zona mixoide para el azul Alcian que confirma que la lesión está compuesta por glicosaminoglicanos (azul Alcian pH 2,5 - 400X). D: Ausencia de fibras de reticulina en el tumor (Tinción de reticulina - 400X).....	19
Figura 4. Seguimiento clínico y tomográfico que no muestra recidiva del POM tras un periodo de dos años y diez meses.	20

Índice de tablas

Tabla 1	Casos de mixomas odontogénicos periféricos descritos en la literatura.....	11
----------------	--	----

Agradecimientos

Agradecer a Dios, quien ha sido nuestra guía y fortaleza en cada paso de este viaje académico. Sin Su infinita sabiduría y bondad, no habríamos tenido la capacidad de superar los obstáculos que se encontraron en el camino. A Él le debemos este logro, por darnos la salud, el coraje y la perseverancia necesarias para alcanzar esta meta. A la familia, nuestro más profundo agradecimiento. A nuestros padres, por su amor incondicional, sus palabras de aliento y por ser el apoyo constante en los momentos de duda. Gracias por creer y por enseñarnos el valor del esfuerzo y la dedicación. Su ejemplo y sacrificio han sido nuestra mayor fuente de inspiración.

A nuestros hermanos y hermanas, por su compañía y por siempre estar dispuestos a brindar una palabra de ánimo o una sonrisa cuando más lo necesitábamos. Su apoyo, aunque a veces silencioso, ha sido fundamental para nosotros.

Introducción

El mixoma odontogénico es un tumor odontogénico mesenquimal benigno que se asemeja al ectomesénquima odontogénico ya que las células neoplásicas se distribuyen en un estroma mixoide [1]. Comúnmente, este tumor se desarrolla intraóseamente como una lesión no encapsulada, expansiva y destructiva con una alta tendencia a la recurrencia [2-5]. Por otro lado, el desarrollo periférico de mixomas odontogénicos es infrecuente, con pocos casos descritos en la literatura inglesa y escasos datos disponibles sobre sus características [6-13]. Reportamos un caso adicional de mixoma odontogénico periférico (MOP) y realizamos una revisión bibliográfica centrada en las características clinicopatológicas de esta rara variante.

Caso clínico

Mujer de 31 años de edad, con historia clínica sin antecedentes, que acude al Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, Ecuador, quejándose de tumefacción gingival. El examen clínico intraoral mostró una masa grande, sésil, de color rosáceo, localizada en la encía vestibular del primer molar maxilar derecho, introduciéndose a través del espacio interdental

entre los molares y desplazando al segundo molar adyacente (Figura 1). La lesión tenía consistencia firme a la palpación, era asintomática y la paciente no recordaba su tiempo de evolución. Radiográficamente no se observaba afectación ósea y, en consecuencia, se realizó el diagnóstico presuntivo de masa reactiva o tumor odontogénico periférico. La extirpación quirúrgica completa del tumor y de los dientes adyacentes se realizó bajo anestesia general con intubación orotraqueal y, en secuencia, el tejido obtenido se envió para examen anatomopatológico.

El examen macroscópico mostró un fragmento blando de 4,4 cm x 3 cm x 1,5 cm con una superficie lisa y compuesto internamente por un tejido gelatinoso homogéneo de color blanco grisáceo (Figura 2). El examen microscópico reveló una zona bien delimitada pero no encapsulada de tejido mixoide con células fusiformes y estrelladas a lo largo de fibras delicadas, escasas y desorganizadas (Figura 3 A y B). No se observaron mitosis en las células neoplásicas y la mucosa bucal estaba constituida por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado atrófico. Además, la lesión era positiva al azul Alcian pH 2,5 y no se observaban fibras de reticulina (Figura 3 C y D). Sobre la base de los hallazgos clínicos, radiológicos y patológicos, se estableció el diagnóstico definitivo de mixoma odontogénico periférico. Actualmente, la paciente se encuentra bajo seguimiento clínico y radiográfico, y no se ha detectado ninguna recidiva tras un periodo de dos años y diez meses (Figura 4 A y B).

Revisión de la literatura y discusión

El mixoma odontogénico (MO) es una neoplasia no encapsulada que según su localización puede clasificarse en variantes centrales y periféricas [1]. Los tumores centrales se originan en los huesos maxilares, representan la forma más prevalente y conducen a la expansión y/o destrucción ósea; mientras tanto, las lesiones periféricas tienen un comportamiento más indolente [1, 14]. Se revisó la literatura científica inglesa sobre el MOP realizando una búsqueda en la base de datos PubMed, sin restricciones de año y utilizando los siguientes términos: odontogenic myxoma, peripheral odontogenic myxoma, odontogenic tumor, peripheral odontogenic tumor, odontogenic lesion y peripheral odontogenic lesion. Se encontraron dieciséis publicaciones sobre el MOP y sus datos se resumen en la Tabla 1.

La presente revisión muestra que el desarrollo extraóseo de la OM se da en la encía que recubre los huesos maxilares, con más de dos tercios de las lesiones en el maxilar [6-20]. La OMP se presenta con mayor frecuencia en mujeres (proporción mujer:hombre = 2,6:1) y afecta a individuos en un amplio rango de edad (11 a 71 años) con una edad media de 33,16 años en el momento del diagnóstico [6-20].

En cuanto a la afectación ósea de la lesión, de los 18 casos descritos en la literatura (incluido el presente caso) 4 presentaban erosión del hueso cortical subyacente sin otros signos de radiolucidez y, curiosamente, en el caso comunicado por Kapoor et al [6] sólo se verificó el desplazamiento de la pared posterior del maxilar a pesar de la extensión del tumor a la región infratemporal [6, 10, 15, 16].

Las características patológicas típicas del POM incluyen: un aspecto blanco grisáceo y gelatinoso de la superficie de corte en el examen macroscópico y células fusiformes y estrelladas dispuestas aleatoriamente en un abundante estroma de tejido conjuntivo mixoide visualizado en la tinción de hematoxilina y eosina [6-20]. Además, puede observarse una cantidad variable de islas y/o filamentos de restos epiteliales odontogénicos inactivos [7, 9, 13, 14, 18-20].

La patogenia de los mixomas odontogénicos es desconocida, pero en base a su similitud histológica con la papila dental se ha teorizado que el tumor se desarrolla a partir de las células ectomesenquimales odontogénicas localizadas en las áreas dentarias, que también pueden presentar restos epiteliales [8, 14, 18]. Por lo tanto, la presencia de restos epiteliales fue considerado por Tatsis et al [14] como crucial para diferenciar entre POM y no odontogénicos mixomas de tejidos blandos, sin embargo, estas estructuras no se observaron en todos los casos previamente reportados de POM y su falta puede ser real o el resultado de la profundidad de la sección histológica [6, 8, 10-12, 14-17].

Por estas razones, sugerimos que los restos epiteliales son deseables, pero no esenciales, para el diagnóstico del POM y que el criterio clave para diferenciar entre estos dos tumores mixoides es la localización anatómica, considerándose como POM las lesiones presentes en la encía.

En cuanto a la naturaleza del contenido mixomatoso del POM, las lesiones han demostrado positividad a la tinción con azul Alcian, lo que indica que los espacios entre las delicadas fibrillas están rellenos por depósitos de glicosaminoglicanos, principalmente ácido hialurónico [7, 9, 11, 15, 18]. Estas características hacen que la POM sea indistinguible de la mucinosis oral focal (OFM), que también puede desarrollarse en la encía y mostrar positividad al azul Alcian [21]. En este contexto, Kanitkar et al [11] proponen que la evidencia de fibras de reticulina en el tejido conectivo lesional descarta la OFM, sin embargo, hay casos reportados de esta entidad reactiva que han demostrado positividad a la tinción de reticulina y nuestro caso de POM fue negativo para esta tinción [22, 23]. En consecuencia, recomendamos que la diferencia entre POM y OFM se base en el

comportamiento clínico, siendo que lesiones extensas o invasivas que causen desplazamiento de dientes adyacentes deben ser consideradas como POM.

Se han analizado marcadores inmunohistoquímicos en el MOP, sin embargo, se ha considerado que su valor diagnóstico en los mixomas odontogénicos es limitado porque el perfil inmunológico de las células neoplásicas es común a otras proliferaciones mixoides no odontogénicas y no existe un marcador específico para las células de origen ectomesenquimal dental [7, 11, 12, 18]. Concretamente, la vimentina, un tipo de proteína de filamentos intermedios, fue positiva en 3 casos de POM, lo que indica el origen ectomesenquimatoso de las células tumorales, mientras que los resultados relativos a la expresión de S100 son contradictorios [7, 11, 12, 18]. Se justifican nuevos análisis de una serie más amplia de tumores para dilucidar el valor real de la inmunohistoquímica como herramienta diagnóstica en los POM.

Los POM no tratados tienen un potencial de crecimiento ilimitado; por lo tanto, la extirpación quirúrgica del tumor es obligatoria y la extensión de la resección viene determinada por las características de la lesión, incluidos el tamaño y la afectación ósea [11, 20]. La escisión simple suele ser eficaz para tumores pequeños y bien definidos, mientras que se ha recomendado que los casos con erosión ósea cortical requieran un curetaje marginal adicional [11, 20]. También se ha descrito la extracción de los dientes implicados y, particularmente, en el presente caso la realizamos debido a su desplazamiento y movilidad, sin embargo, la importancia real sobre la recurrencia requiere ser investigada [20]. El pronóstico de los POM es generalmente favorable debido a su naturaleza benigna y a una tasa de recidiva relativamente baja en comparación con sus homólogos centrales [11, 20].

Las recidivas de los mixomas odontogénicos se deben a la extirpación incompleta del tumor y a la falta de cápsula [1, 20], por lo que, independientemente del método quirúrgico empleado, es esencial un seguimiento postoperatorio diligente para detectar y tratar las posibles recidivas, optimizando así los resultados del paciente.

Conclusiones

En conclusión, el diagnóstico del mixoma odontogénico periférico sigue siendo un reto debido a la ausencia de criterios plenamente establecidos. Por lo tanto, la presente revisión bibliográfica refuerza que el MOP debe ser tenido en cuenta por los clínicos en el diagnóstico diferencial de las masas nodulares gingivales y que el diagnóstico debe basarse en: la localización, el comportamiento clínico, los hallazgos radiográficos y las características microscópicas. En concreto, las lesiones localizadas en la encía, con

crecimiento extenso y/o invasivo, que sólo causan erosión superficial del hueso y que muestran una naturaleza mixomatosa con o sin epitelio odontogénico, deben considerarse POM.

Tabla 1. Casos de mixomas odontogénicos periféricos descritos en la literatura

Autor Año	Edad/ sexo	Región afectada o diente	Tam año	Epitel io	Envolti miento óseo	Alcía n Blue	Reti culi na	Viment ina	S10 0	Tratamien to	Recurrencia
Nakan o 1985 [22]	71- mujer	Regio molar maxilar derecha	4x3c m	Ausen cia	Poco erosiona do	Positi vo	ND	ND	ND	Escisión quirúrgica	No hubo recurrencia después de 8 meses de seguimiento
Guha m 1991 [23]	27 - mujer	Región anterioe maxilar izquierda	1.3 cm	Ausen cia	Poco erosiona do	ND	ND	ND	ND	Escisión quirúrgica, Lesión fue cureteada	No hubo recurrencia después de 4 meses de seguimiento
Rama raj & Shah 2003 [7]	35- mujer	Región anterior/p osterior maxilar izquierda	6x8x 8 cm	Ausen cia	No	ND	ND	ND	ND	Semi radical	No hubo recurrencia después de 1 año de seguimiento

Perrot i 2006 [18]	42- mujer	Región anterior maxilar izquierda	1.4x 1 cm	Prese ncia	No	Positi vo	ND	Positivo	Neg ativo	Escisión quirrurgica	No hubo recurrencia después de 4 años de seguimiento
Aytac 2008 [6]	38- mujer	Región posterior maxilar derecha	20x3 0mm	ND	Poco erosiona do	ND	ND	ND	ND	La masa fue extirpada con un margen gingival sano	No hubo recurrencia después de 1 año de seguimiento
Nazar ov 2008 [17]	16- mujer	Región anterior maxilar izquierda	1 cm	Prese ncia	No	ND	ND	ND	ND	Laser diodo	No hubo recurrencia después de 12 meses de seguimiento
Raub enhei mer 2012 [4]	53- mujer	Región anterior maxilar	Cas o 1: 12x6 x5 cm	Caso 1: prese ncia	Caso 1: No	Caso 1: Positi vo	Cas o 1: ND	Caso 1: Positivo	Cas o 1: Neg ativo	Caso 1: Incisión a través de una base estrecha	Caso 1: No hubo recurrencia después de 7 años de seguimiento

Raubenheimer 2012 [4]	38-mujer	Mandíbula posterior bilateral	Caso 2: 8x6x4cm	Caso 2: Presencia	Caso 2: No	Caso 2: Positivo	Caso 2: ND	Caso 2: Positivo	Caso 2: Negativo	Caso 2: Remoción quirúrgica	Caso 2: Se perdió para hacer seguimiento
Jain 2013 [3]	41-mujer	Región maxilar anterior izquierda	1x2 cm	Ausencia	No	ND	ND	ND	ND	Escisión quirúrgica	No hubo recurrencia después de 6 meses de seguimiento
Kapoor 2015 [21]	11-hombre	Región maxilar izquierda	2x2x2 cm	ND	Envolvimiento óseo	ND	ND	ND	ND	Escisión quirúrgica	No hubo recurrencia después de 2 años de seguimiento
Tasni me 2016 [13]	14-mujer	Región maxilar izquierda	2x2 cm	Presencia	No	Positivo	ND	ND	ND	Escisión quirúrgica	No hubo recurrencia después de 9 meses de seguimiento
Bajpai 2016 [20]	27-hombre	Región maxilar izquierda	2x1 cm	Presencia	No	ND	ND	ND	ND	Escisión quirúrgica	No hubo recurrencia

Kanitikar 2016 [8]	12-mujer	Región mandibular izquierda	1x1.5 cm	ND	No	Positivo	Positivo	Positivo	Negativo	Escisión quirúrgica	No hubo recurrencia después de 2 años de seguimiento
Masciti 2018 [19]	Caso 1: 47-hombre	Caso1: Mandíbula derecha	Caso 1: 2-3 cm	Caso 1: Presencia	Caso 1: No	Caso 1: ND	Caso 1: ND	Caso 1: ND	Caso 1: ND	Caso 1: Escisión quirúrgica	Caso 1: No hubo recurrencia después de 7 años de seguimiento
Masciti 2018} [19]	Caso 2: 23-hombre	Caso2: Mandíbula anterior derecha	Caso 2: 0.5x1 cm	Caso 2: Presencia	Caso 2: No	Caso 2: ND	Caso 2: ND	Caso 2: ND	Caso 2: ND	Caso 2: Escisión quirúrgica	Caso 2: No hubo recurrencia después de 9 años de seguimiento
Tatsis 2021 [2]	35-mujer	Región mandibular posterior derecha	3x1 cm	Presencia	No	ND	ND	ND	ND	Escisión quirúrgica	
Bezerira Silva	63-hombre	Región maxilar	10 cm	Ausencia	No	ND	ND	ND	Positivo	Láser diodo	No hubo recurrencia después de 12 meses de seguimiento

2023 [24]		posterior derecha	diám etro								
Caso prese nte	31-mu jer	Región maxilar izquierda	4.4x 3x1. 5 cm	ND	No	Positi vo	Neg ativo	ND	ND	Escisión quirúrgica	No hubo recurrencia después de 2 años de seguimiento

ND: No descrito

Fuente: PubMed

Elaborado por los autores.

Referencias

1. Pereira NB, Bastos VC, de Souza JC, Diniz MG, Vitorio JG, Kit-ten GT et al (2020) First insights for targeted therapies in odontogenic myxoma. Clin Oral Investig 24:2451–2458. <https://doi.org/10.1007/s00784-019-03107-4>
2. Tatsis D, Antoniou A, Kalaitidou I, Pasteli N, Paraskevopoulos K (2021) Peripheral odontogenic myxoma; a rare case report with an extensive literature review. Advances in Oral and Maxillofacial Surgery 3:100078. <https://doi.org/10.1016/j.adoms.2021.100078>
3. Jain VK, Reddy SN. Peripheral odontogenic myxoma of maxillary gingiva: A rare clinical entity [Internet]. U.S. National Library of Medicine; 2013 [cited 2023 Aug 1]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3808023/>
4. Raubenheimer EJ. Peripheral odontogenic myxoma: A review of the literature and report of two cases [Internet]. U.S. National Library of Medicine; 2011 [cited 2023 Aug 1]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23449257/>
5. WHO. Classification of Head and Neck Tumours Editorial Board. 5th ed. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer, 2023.
6. Aytac-Yazicioglu D, Eren H, Görgün S. Peripheral odontogenic myxoma located on the maxillary gingiva: report of a case and review of the literature. Oral Maxillofac Surg 2008;12:167-71.
7. Ramraj PN, Sah SP. Myxoma of oral soft tissue. J Nepal Med Assoc 2001;40:274-6.
8. Kanitkar, S., Kamat, M., Tamagond, S., Varekar, A., & Datar, U. (2017). Peripheral odontogenic myxoma in a 12-year-old girl: a rare entity. Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, 43(3), 178. doi:10.5125/jkaoms.2017.43.3.178
9. Chaudhary Z, Sharma P, Gupta S, Mohanty S, Naithani M, Jain A. Odontogenic myxoma: Report of three cases and retrospective review of literature in Indian population. Contemp Clin Dent 2015;6:522-8.
10. Wong GB. Large odontogenic myxoma of the mandible treated by sagittal ramus osteotomy and peripheral ostectomy. J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 1992 [citado el 24 de junio de 2024];50(11):1221–4.
11. Takahashi H, Fujita S, Okabe H. Immunohistochemical investigation in odontogenic myxoma. J Oral Pathol Med 1991;20:114-9.
12. Lo Muzio L, Nocini P, Favia G, Procaccini M, Mignogna MD. Odontogenic myxoma of the jaws: a clinical, radiologic, immunohistochemical, and ultrastructural study. Oral

- Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1996 Oct;82(4):426-33. doi: 10.1016/s1079-2104(96)80309-x. PMID: 8899782.
13. Tasnime S, Saxena C, Bansal V, Wadhwan V. Peripheral odontogenic myxoma. Indian J Dent Res 2016;27:437-440
 14. Tonkaboni A, Hafezi Motlagh K, Derakhshan S. Oral focal mucinosis in an adolescent: A rare entity. Clin Case Rep. 2022 Nov 18;10(11):e6594. doi: 10.1002/ccr3.6594. PMID: 36415716; PMCID: PMC9672887.
 15. Nilesh K, Patil R, Kanetkar SR. Large oral focal mucinosis involving the left hemimandible. BMJ Case Rep. 2020 Dec 15;13(12):e235591. doi: 10.1136/bcr-2020-235591. PMID: 33323419; PMCID: PMC7745335.
 16. Bharti V, Singh J. Oral focal mucinosis of palatal mucosa: A rare case report. Contemp Clin Dent. 2012 Sep;3(Suppl 2):S214-8. doi: 10.4103/0976-237X.101098. PMID: 23230367; PMCID: PMC3514924.
 17. Nazarov K, Ergun S, Cekici A, Tanyeri H, Gülden I (2008) Successful treatment of an odontogenic peripheral myxofibroma using diode laser. J Oral Laser Applications 8:117–120
 18. Perrotti V, Rubini C, Fioroni M, Piattelli A. Soft tissue myxoma: report of an unusual case located on the gingiva. J Clin Periodontol 2006;33:76–8.
 19. Mascitti M, Togni L, Pirani F, Rubini C, Santarelli A. Peripheral odontogenic myxoma: report of two new cases with a critical review of the literature. Open Dent J 2019;12:1079–90.
 20. Bajpai M, Pardhe N. Extra-osseous odontogenic myxoma of maxillary gingiva. J Coll Physicians Surg Pakistan 2017;27:S28–9.
 21. Kapoor P, Gandhewar TM, Andrade NN, Desai RS. Peripheral myxoma of the infratemporal region: an unusual case report. J Oral Biol Craniofacial Res. Elsevier B.V. 2015;5:232–5.
 22. Nakano Y, Yamamoto H, Shiozaki H, et al. Peripheral myxoma of the right maxilla: A case and review of the Japanese literature. J Nihon Univ Sch Dent 1985; 27(2): 119-25.
[<http://dx.doi.org/10.2334/josnusd1959.27.119>] [PMID: 2931504]
 23. Günhan O, Arpak N, Celasun B, Can C. Odontogenic myxoma. Report of a periodontally-located case. J Periodontol 1991; 62(6): 387-9.
[<http://dx.doi.org/10.1902/jop.1991.62.6.387>] [PMID: 1870069]
 24. Silva, D. F. B., Verheul, H. C. C. R. S., Agripino, G. G., Neto, P. A., Alves, P. M., de Melo, D. P., & de Castro Gomes, D. Q. (2023). Diode laser on excision of giant

peripheral odontogenic myxoma: a rare case report and literature review. *Lasers in medical science*, 38(1), 38. <https://doi.org/10.1007/s10103-023-03705-5>

Figuras



Figura 1. Aspecto intraoral de la lesión tumoral localizada en la encía entre los dientes 2.6 y 2.7



Figura 2. Características macroscópicas del mixoma odontogénico periférico. Masa de partes blandas de aspecto gelatinoso y grisáceo.

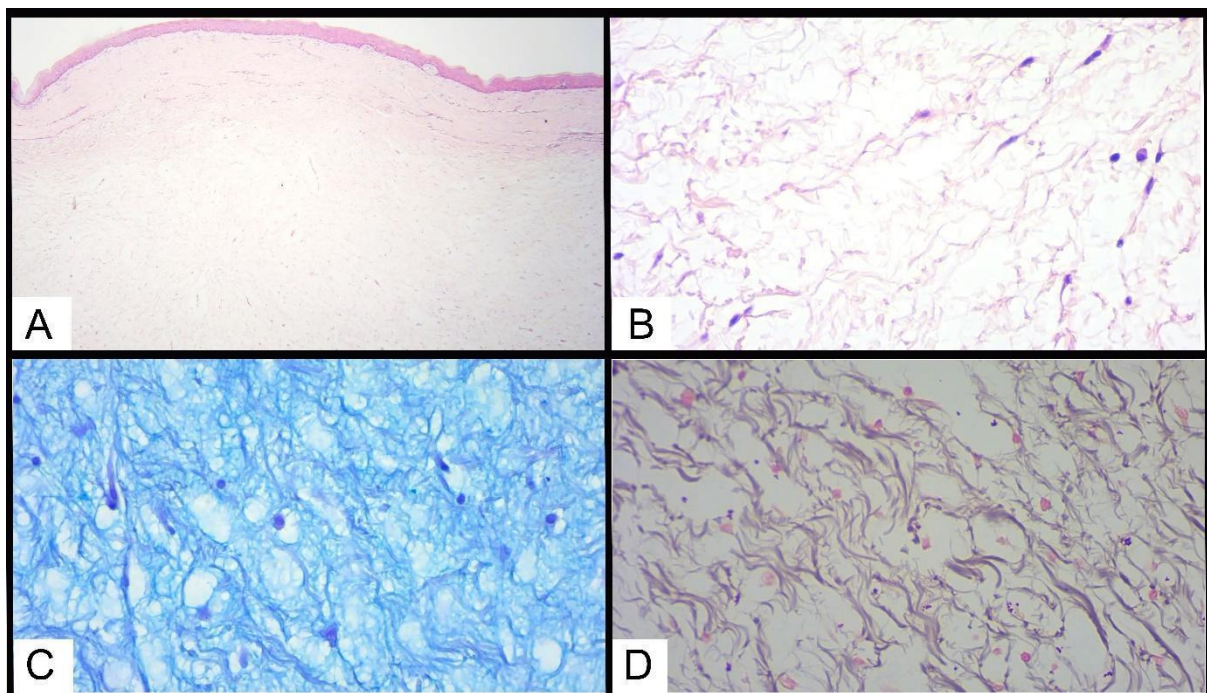


Figura 3. A y B: tejido conjuntivo mixoide con fibroblastos fusiformes y estrellados (Hematoxilina y Eosina - A 40X, B: 400X). C: positividad de la zona mixoide para el azul

Alcian que confirma que la lesión está compuesta por glicosaminoglicanos (azul Alcian pH 2,5 - 400X). D: Ausencia de fibras de reticulina en el tumor (Tinción de reticulina - 400X).

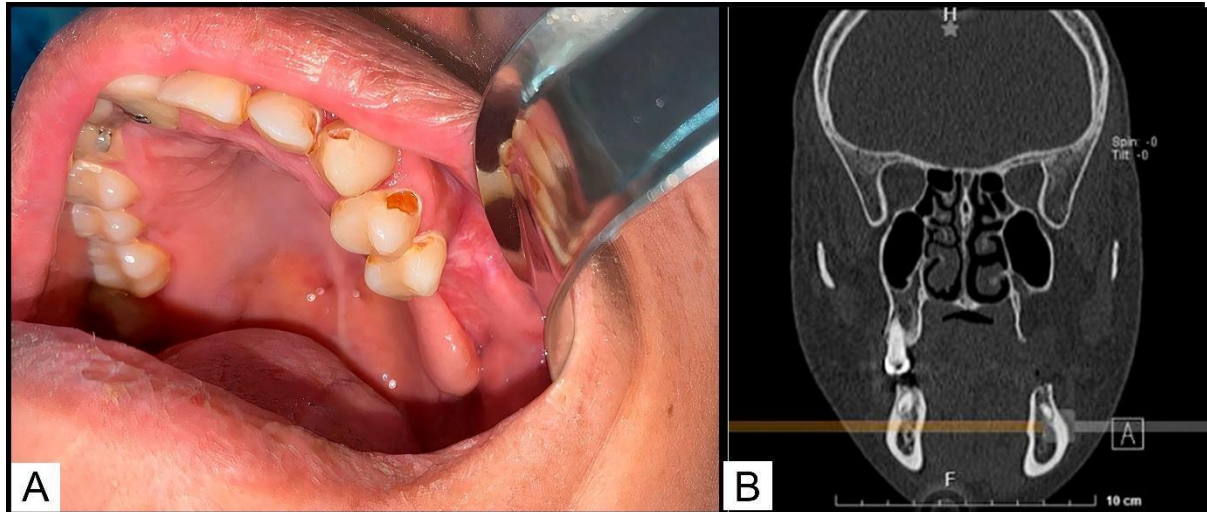


Figura 4. Seguimiento clínico y tomográfico que no muestra recidiva del POM tras un periodo de dos años y diez meses.