



Clinical case

Mixoma odontogénico en cóndilo mandibular: caso clínico y revisión de literatura

Samuel Pousada Calderón*, Alicia Borrego Luque, Laura Jiménez León y Francisco Mayorga Jiménez

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, España

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 13-11-2025

Accepted: 07-03-2026

Palabras clave:

Mixoma odontogénico, cóndilo mandibular, reconstrucción articulación temporomandibular, cirugía ortognática, planificación virtual.

Keywords:

Odontogenic myxoma, mandibular condyle, temporomandibular joint reconstruction, orthognathic surgery, virtual planning.

R E S U M E N

El mixoma odontogénico es un tumor benigno poco frecuente, de origen mesenquimal y localmente invasivo, que suele localizarse en el cuerpo mandibular.

Presentamos el caso de un varón de 36 años con laterognatia y asimetría facial en el que se encontró una masa en el cóndilo mandibular derecho. Se realizó una condilectomía total derecha con reconstrucción aloplástica de ATM junto con una cirugía ortognática. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de mixoma odontogénico en el cóndilo mandibular. El uso de modelos de planificación virtual permitió una cirugía personalizada y un abordaje integral en un mismo acto quirúrgico. El objetivo de este estudio es mostrar una localización extremadamente infrecuente del mixoma odontogénico, el enfoque quirúrgico empleado y realizar una revisión de la literatura.

Odontogenic myxoma of the mandibular condyle: case report and literature review

A B S T R A C T

Odontogenic myxoma is a rare benign tumor of mesenchymal origin, most commonly located in the mandibular body.

We present the case of a 36-year-old male with laterognathia and facial asymmetry, in whom a mass was found in the right mandibular condyle. A total right condylectomy with alloplastic temporomandibular joint reconstruction was performed, along with orthognathic surgery. Histopathological examination of the surgical specimen confirmed the diagnosis of odontogenic myxoma in the mandibular condyle. The use of virtual planning models enabled a personalized surgical approach and an integral treatment in a single surgical procedure. The aim of this report is to describe an extremely rare localization of odontogenic myxoma, the surgical strategy adopted and provide a review of the literature.

*Correspondence:

E-mail: samupousada@gmail.com (Samuel Pousada Calderón).

<http://dx.doi.org/10.20986/recom.2026.1690/2025>

INTRODUCCIÓN

El mixoma odontogénico es un tumor benigno, infrecuente, localmente invasivo y derivado de células embrionarias mesenquimales procedentes de tejido odontogénico. Representa el 3-6 % de los tumores odontogénicos y el 0,5 % de los tumores óseos. Se localiza habitualmente en la mandíbula, a nivel de los molares inferiores, diagnosticándose entre la segunda y cuarta década¹. Histológicamente se compone de células fusiformes y estrelladas en una matriz mucoide con fibras colágenas. Su diagnóstico suele ser incidental, con una presentación radiológica variable. Además, presenta una alta tasa de recurrencia (10-43 %), atribuida a su infiltración ósea y ausencia de cápsula¹. Sin embargo, su baja frecuencia impide la existencia de un protocolo terapéutico estandarizado. Se presenta un caso de mixoma condilar derecho, su abordaje quirúrgico reconstructivo y una revisión de la literatura.

CASO CLÍNICO

Varón de 36 años que acude a nuestras consultas por laterognatía de 10 años de evolución. Sin antecedentes personales de interés, refería desviación mandibular progresiva y desplazamiento dentario. A la exploración física presenta limitación

a la apertura oral sin dolor, desviación mandibular de 4 mm a la izquierda, inclinación del plano oclusal y clase III izquierda.

Ante la sospecha de hiperplasia condilar derecha, se solicitaron modelos de estudio en céntrica (repetido a los 6 meses), ortopantomografía, estudio gammagráfico-SPECT (repetido a los 6 meses) y TAC facial sin contraste (Figura 1). Se observó una masa en el cóndilo mandibular derecho y el SPECT-TAC mostró una actividad del cóndilo mandibular derecho superior al 10 % respecto al lado contralateral. Ante estos hallazgos, se decidió resección condilar completa y estudio anatomopatológico.

Se planificó la cirugía mediante modelos 3D con los siguientes movimientos (Figura 2):

- Maxilar: avance 4 mm, descenso posterior 3 mm, línea media 0,6 mm a la izquierda y nivelado canino izquierdo 1 mm. Tallado prequirúrgico del 24.
- Mandíbula: prótesis de ATM derecha y osteotomía sagital de rama izquierda.
- Mentón: centrado con corrección de 2,6 mm a la derecha.

Bajo anestesia general se realizó abordaje combinado preauricular y submandibular derecho. Se llevó a cabo condilectomía total empleando guías de corte previamente planificadas y se colocó prótesis total de ATM, comprobando su funcionalidad (Figura 3). A nivel intraoral se realizó osteotomía sagital de rama izquierda y Lefort I según guías de corte, con movilización del maxilar. Finalmente se efectuó mentoplastia en hélice

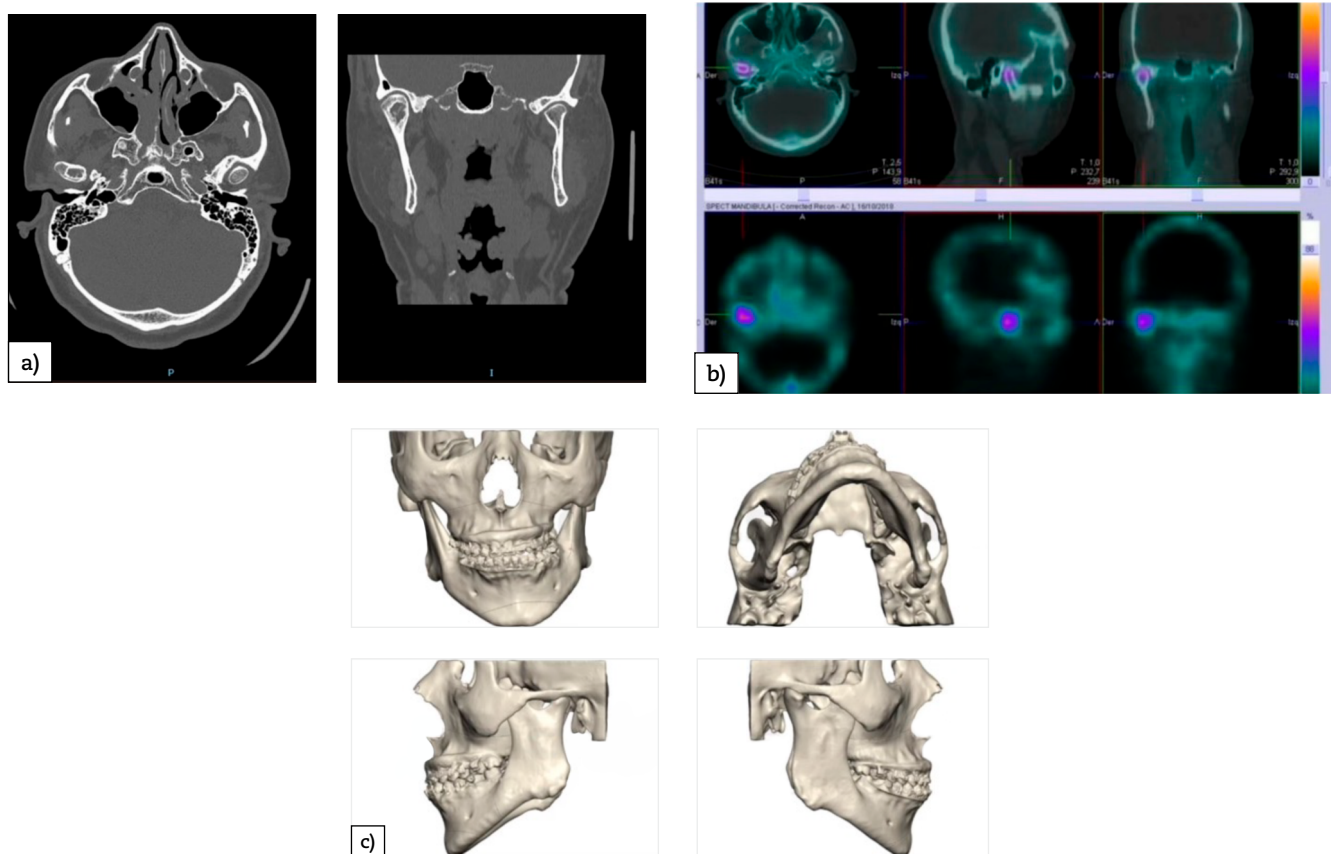


Figura 1. Pruebas complementarias: a) reconstrucción en 3D de anatomía ósea del paciente en el que se observa laterognatía y clase III izquierda; b) TAC en plano transversal y coronal de cóndilos mandibulares en los que se aprecia una masa en el cóndilo mandibular derecho; c) SPECT-TAC, en el que se observa mayor actividad en cóndilo mandibular derecho.

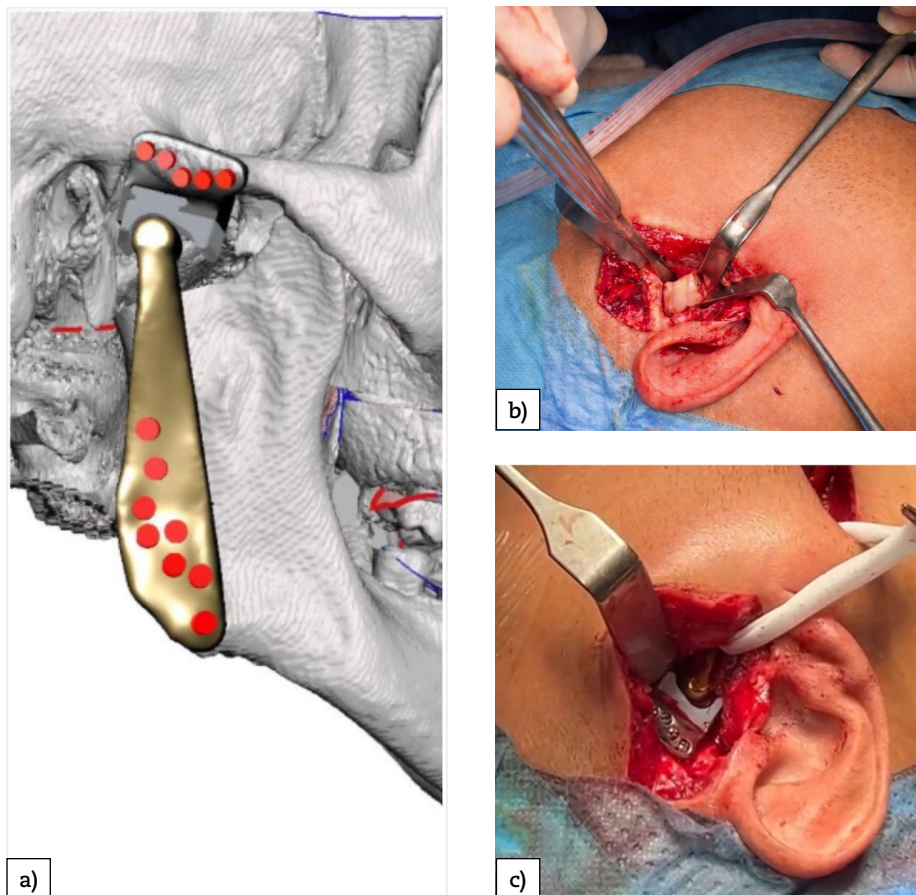
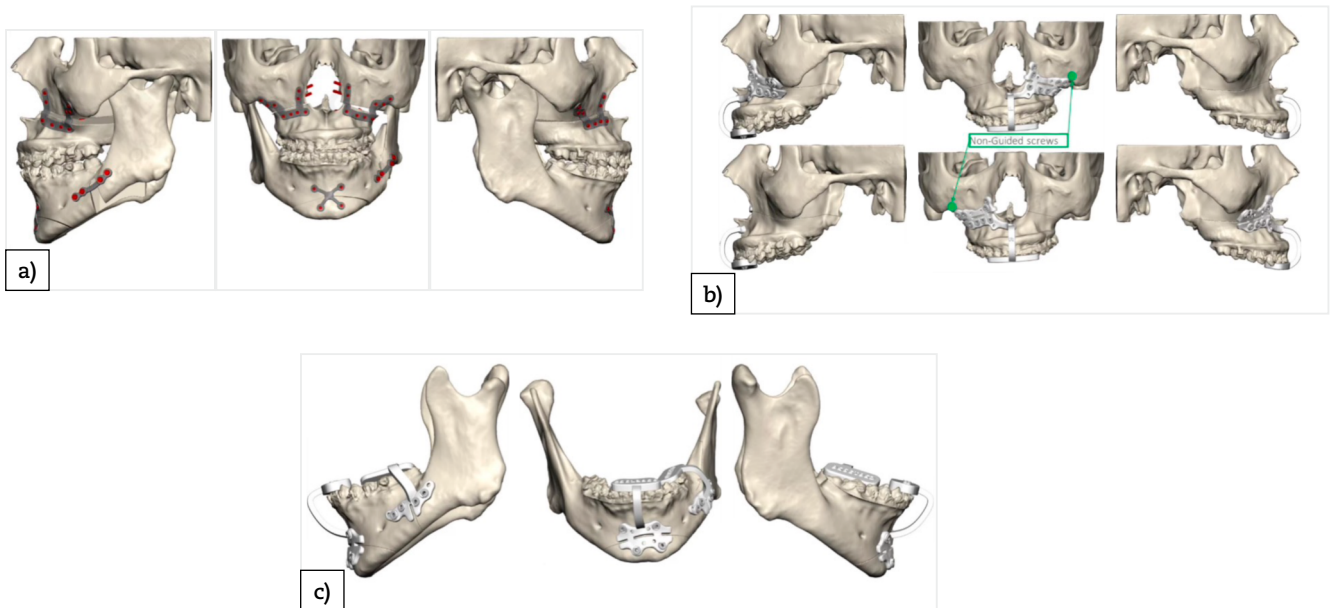


Figura 3. a) Imagen de planificación virtual prequirúrgica de prótesis aloplástica de ATM; b) condilectomía derecha realizada con abordaje preauricular; c) colocación de prótesis aloplástica de ATM.

y bloqueo con bandas intermaxilares elásticas. La intervención y el postoperatorio transcurrieron sin incidencias, siendo dado de alta a los cuatro días, tolerando nutrición vía oral.

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de mixoma odontogénico. La pieza quirúrgica presentó unas dimensiones de 12 × 7 × 19 mm, con márgenes quirúrgicos libres de infiltración tumoral.

A los 3 meses el paciente se mantuvo asintomático, con adecuada oclusión, apertura oral mayor de 2 traveses de dedo y sin parálisis facial, presentando el aspecto de la Figura 4.

A los 14 meses de seguimiento, no se evidencia recidiva clínica ni radiológica, presentando una MAO (máxima apertura oral) de 45 mm, líneas medias centradas en MI (máxima intercuspidad) y desviación hacia la derecha en MAO. Por otra parte, no presenta restricciones para laterotrusión, protrusión ni retrusión mandibular. La escala visual analógica (EVA) fue de 4, disminuyendo a 0 tras infiltración de 36 U de toxina botulínica en músculos masetero y temporal derechos.

DISCUSIÓN

El mixoma odontogénico es un tumor mesenquimal infrecuente que suele localizarse en regiones dentarias. Su localización condilar es excepcional, descrita por primera vez por Colburn en 1975² y con solo seis casos publicados previamente.

La sintomatología varía desde hallazgo incidental en pacientes asintomáticos hasta deformidad dentofacial como el caso presentado. Esto motivó el diagnóstico diferencial principalmente con hiperplasia condilar. Aunque el SPECT-TAC mostró una diferencia de actividad entre cóndilos > 10 %, orientando hacia hiperplasia, la presencia de una masa en el TAC sugería patología tumoral. El diagnóstico definitivo se obtuvo tras el estudio histológico.

Dada la infrecuencia del mixoma odontogénico, el tratamiento no está estandarizado. Las opciones varían desde enucleación y curetaje hasta resecciones amplias. En los casos localizados en el cóndilo mandibular, la condilectomía ha sido el tratamiento de elección³⁻⁵; sin embargo, en la rehabilitación

de la articulación se han descrito diferentes métodos, desde el uso de un injerto autólogo osteocondral hasta la ausencia de reconstrucción.

La no reconstrucción de la ATM ha sido descrita como una opción válida en la literatura. En una serie de casos, Chao y cols. observaron que los pacientes sin reconstrucción condilar presentaron una recuperación funcional adecuada⁶, aunque con rehabilitación prolongada y precisando fisioterapia durante 3 meses³. En contraposición, las reconstrucciones inmediatas permiten una recuperación funcional más rápida^{3,5-7}. El injerto osteocondral de costilla constituye una opción válida por su similitud morfológica con el cóndilo, pero su menor grosor ofrece menor resistencia a la carga articular. Además, existen otros inconvenientes como la posibilidad de crecimiento con posterior desviación mandibular y el riesgo de anquilosis⁵.

En el caso presentado se optó por una prótesis aloplástica total de ATM, compuesta por una prótesis de fosa y un implante condilar. Este método permite una rehabilitación inmediata de la articulación, menor tiempo quirúrgico frente a colgajos microvascularizados y ausencia de morbilidad del sitio donante^{3,7,8}. La planificación virtual y el uso de guías de corte, favorecen la personalización de la prótesis y su adaptación anatómica. En el pasado, la falta de ajuste a la anatomía del paciente constituía uno de los principales inconvenientes. No obstante, pueden presentarse otras complicaciones como infección (0,7 %) o formación de hueso heterotópico (1 %) ⁷.

La deformidad dentofacial secundaria a la evolución crónica se trató mediante cirugía ortognática en el mismo acto quirúrgico. La planificación virtual, el uso de guías de corte y dispositivos de osteosíntesis personalizados permiten la ejecución simultánea de ambas técnicas, estrategia protocolizada en la literatura al optimizar la rehabilitación articular y la estabilidad oclusal a largo plazo⁸.

La individualización mediante planificación virtual ha sido objeto de estudio reciente. Schneider y cols., en un ensayo clínico prospectivo de 21 pacientes, observaron reducción significativa del tiempo quirúrgico y mayor precisión en cirugías con planificación 3D y placas personalizadas, aunque presentando

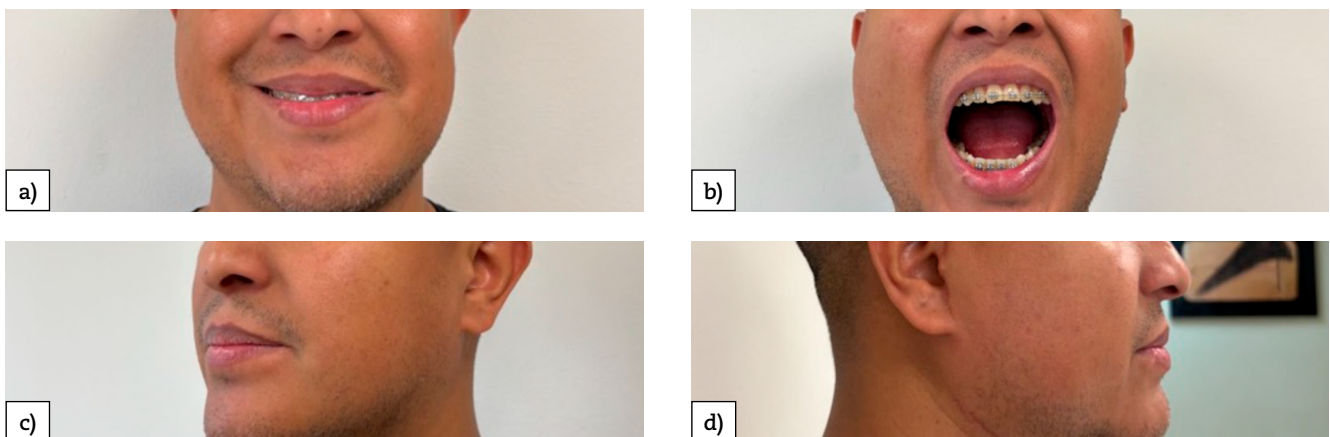


Figura 4. Fotografías de aspecto del paciente a los 3 meses: a) visión frontal; b) apertura oral máxima; c) visión de tres cuartos izquierda; d) visión lateral derecha.

un mayor coste⁹. Por su parte, Chen y cols., en un metanálisis de 5 ensayos clínicos aleatorizados con 199 pacientes concluyeron que la cirugía ortognática con planificación virtual mejora la precisión, especialmente en maxilar, y reduce el tiempo quirúrgico. Sin embargo, la calidad de vida postoperatoria no mostró diferencias significativas con respecto a la planificación convencional¹⁰.

En conclusión, el mixoma odontogénico condilar representa una localización extremadamente excepcional de una patología poco frecuente, sin protocolo terapéutico definido. En el caso presentado, la condilectomía completa junto con la reconstrucción inmediata mediante prótesis aloplástica total de ATM, mostró unos resultados satisfactorios. Asimismo, la cirugía ortognática simultánea permitió abordar integralmente la deformidad dentofacial asociada. En este contexto, la planificación virtual tridimensional y el diseño de guías de corte y sistemas de osteosíntesis personalizados resultaron fundamentales para la optimización del tratamiento quirúrgico.

ASPECTOS ÉTICOS

Se aporta consentimiento informado firmado por el paciente, que permite publicar su caso y sus imágenes. Aprobación del artículo por parte del Comité de Ética de la Investigación de Andalucía (SICEIA)

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN

El presente trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saalim M, Sansare K, Karjodkar FR, Farman AG, Goyal SN, Sharma SR. Recurrence rate of odontogenic myxoma after different treatments: a systematic review. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2019;57(10):985-91. DOI: 10.1016/j.bjoms.2019.09.005.
2. Colburn JF, Epker BN. Myxoma of the mandibular condyle-surgical excision with immediate reconstruction. *J Oral Surg.* 1975;33(5):351-5.
3. Cameron N, Balsiger R, Prueter J, Kadakia S. Transfacial transmandibular approach to the masticator space: excision of odontogenic myxoma arising from the mandibular condyle. *Am J Otolaryngol.* 2021;42(4):102944. DOI: 10.1016/j.amjoto.2021.102944.
4. de Andrade Lima EP, de Moraes Ramos-Perez FM, de Hollanda Valente RO, León JE, Ferreti Bonan PR, da Cruz Perez DE. Myxoma of the mandibular condyle: report of a rare case and review of the literature. *Oral Oncol.* 2018;79:88-90. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2018.03.003.
5. Seok H. Mandibular Condylar Head Regeneration Owing to Remodeling of the Costochondral Graft After Condylectomy for Odontogenic Myxoma. *J Craniofac Surg.* 2025;36(4):e369-e371. DOI: 10.1097/SCS.00000000000010824.
6. Chao JW, Rohde CH, Chang MM, Kutler DI, Friedman J, Spector JA. Oral rehabilitation outcomes after free fibula reconstruction of the mandible without condylar restoration. *J Craniofac Surg.* 2014;25(2):415-7. DOI: 10.1097/scs.0000000000000691.
7. Peres Lima FGG, Rios LGC, Bianchi J, Gonçalves JR, Paranhos LR, Vieira WA, et al. Complications of total temporomandibular joint replacement: a systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2023;52(5):584-94. DOI: 10.1016/j.ijom.2022.10.009.
8. Sembronio S, Tel A, Robiony M. Protocol for fully digital and customized management of concomitant temporomandibular joint replacement and orthognathic surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2021;50(2):212-9. DOI: 10.1016/j.ijom.2020.04.004.
9. Schneider D, Kämmerer PW, Hennig M, Schön G, Thiem DGE, Bschorer R. Customized virtual surgical planning in bimaxillary orthognathic surgery: a prospective randomized trial. *Clin Oral Investig.* 2019;23(7):3115-22. DOI: 10.1007/s00784-018-2732-3.
10. Chen Z, Mo S, Fan X, You Y, Ye G, Zhou N. A meta-analysis and systematic review comparing the effectiveness of traditional and virtual surgical planning for orthognathic surgery: based on randomized clinical trials. *J Oral Maxillofac Surg.* 2021;79(2):471.e1-471.e19. DOI: 10.1016/j.joms.2020.09.005.