

# Maksillanın Yumuşak Dokuyu da İçeren Odontojenik Miksoması

## Odontogenic Myxoma of the Maxilla with Soft Tissue Involvement: Case Report

Osman A. ETÖZ,<sup>a</sup>  
Z. Burçin ÜNAL,<sup>a</sup>  
Hüseyin AKÇAY,<sup>a</sup>  
Ömer GÜNHAN,<sup>b</sup>  
Alper ALKAN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Ağız Diş Çene Hastalıkları ve  
Cerrahisi AD,  
Erciyes Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi, Kayseri  
<sup>b</sup>Patoloji AD,  
GATA, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 13.12.2010  
Kabul Tarihi/Accepted: 01.04.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Hüseyin AKÇAY  
Erciyes Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi,  
Ağız Diş Çene Hastalıkları ve  
Cerrahisi AD, Kayseri,  
TÜRKİYE/TURKEY  
hus\_akcay@yahoo.com

**ÖZET** Odontojenik miksoma (OM) nadir görülen, infiltratif, genellikle asemptomatik, yavaş büyüyen, iyi huylu bir tümördür. OM, tüm odontojenik tümörlerin %1-17,7'sini oluşturur. Alt çene tutulumu üst çeneye kıyasla daha fazladır ve en sık alt çenenin arka bölgesinde görülür. Lezyonun periferik formu santral miksomadan daha nadir görülür. Periferik miksoma yavaş büyür, santral miksomaya kıyasla daha iyi seyirlidir ve nüks görülme oranı daha düşüktür. Bu çalışmada, 32 yaşındaki kadın hastada üst çene azı dişleri bölgesinde alveolar kemikle birlikte diş etinde de yerleşim gösteren OM olgusunun konservatif tedavisi ve oluşan defektin bukkal yağ dokusu ile onarımının sunulması amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Miksoma; odontojenik tümörler; yağ dokusu

**ABSTRACT** The odontogenic myxoma (OM), is an uncommon, infiltrative, usually asymptomatic, slow growing benign neoplasia. OM represents 1% to 17.7% of all odontogenic tumors. The mandible is more affected than the maxilla, and the posterior mandible is the most affected region. Peripheral type of the lesion is rarely seen than central type. Peripheral myxoma is slowly growing and less aggressive compared to the central myxoma and has a low recurrence rate. The aim of this paper is to present conservative treatment of an OM in the maxillary molar area which affected both the alveolar bone and the associated soft tissue and reconstruction of the defect with buccal fat pad flap in a 32-years-old female patient.

**Key Words:** Myxoma; odontogenic tumors; adipose tissue

**Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2014;20(3):191-4**

Odontojenik miksoma (OM) nadir görülen, genellikle semptomsuz, yavaş büyüyen, iyi huylu bir tümördür.<sup>1-3</sup> Tüm odontojenik tümörlerin %1-17,7'sini oluşturur.<sup>4-6</sup> OM'ların diş germinin mezenkimal yapılarından köken aldığı düşünülmektedir.<sup>7</sup> Genellikle ikinci ve üçüncü dekadlarda ortaya çıksa da, her yaşta görülebilir.<sup>1-3,7</sup> Daha sıklıkla mandibula posteriorunda ortaya çıkar. Mandibula maksilladan daha fazla etkilenir.<sup>1-9</sup>

Radyografide uniloküler veya multiloküler radyolüsent görüntü verir. Tümör sahasında diş rezorpsiyonuna yol açabilir.<sup>3,6,10</sup> Bu nedenle radyografik ayırıcı tanısı ameloblastoma, santral dev hücreli granüloma, fibroma ve fibröz displazi ile yapılır.<sup>1,3,7,10</sup> Lezyonun yumuşak dokuda görülen formu periferik miksoma olarak sınıflandırılabilir.<sup>11,12</sup> Ağız içi ve çevresi yu-

muşak dokularda görülen miksomalar iyi huylu tümörlerdir ve santral miksomadan daha nadir görülürler.<sup>11-13</sup> Yumuşak doku miksoması yavaş büyür, santral miksomaya kıyasla daha iyi seyirlidir ve konservatif cerrahi yaklaşımla çıkartıldığında nüks görülme oranı oldukça düşüktür.<sup>11,12,14</sup> Ancak literatürde yumuşak doku miksoması ile ilgili detaylı bilgi sınırlıdır.

Bu çalışmada, maksillada posterior bölgede sert doku ile birlikte diş etinde de yerleşim gösteren OM olgusunun konservatif tedavisi ve bölgenin bukkal yağ dokusu ile onarımının sunulması amaçlanmıştır.

## OLGU SUNUMU

Herhangi bir sistemik problemi olmayan 32 yaşındaki kadın hasta, kliniğimize sağ maksiller 1. molar dişin vestibülünde beş ay önce oluştuğunu belirttiği şişlik şikâyetiyle başvurmuştur. Ağız içi muayenede 17 numaralı dişin vestibülünde ekspansiyon ile birlikte hiperplastik diş eti dokusu olduğu görülmüştür.

Panoramik radyografide belirgin bir radyolüsent alan görülmemekle birlikte, 17 numaralı dişin apikalinden başlayan, yaklaşık 3 cm çapında, ilgili dişin vestibülündeki diş eti büyümesi ile ilişkili olduğu düşünülen bir lezyon varlığı dikkati çekmiştir (Resim 1). Lokal anestezi altında, vestibüldeki etkilenmiş diş eti dokusu uzaklaştırıldıktan sonra 17 numaralı diş çekilmiş, sonra flep kaldırılıp maksiller sinüs tabanına kadar uzanan lezyon tamamen çıkarılarak, oluşan kavite kürete edilmiştir. Çekilen dişte kök rezorpsiyonu olmadığı tespit edilmiştir. Vestibül duvardaki ekspansiyon nedeni ile ince kalmış olan vestibül duvar kaldırılıp, kalan kemik duvarlar freze edilmiştir. Lezyonun çıkarılmasından sonra mezialde, distalde ve kısmen palatinalde bulunan kemik yüzeylerinden oluşan üç duvarlı bir kemik defektinin oluştuğu görülmüştür. Muhtemel nüks riski ve yeterli yumuşak doku desteği olmaması göz önüne alınarak eş zamanlı sert doku rekonstrüksiyonu düşünülmemiştir. Primer kapatma için gerekli diş eti mevcut olmadığından, flep içerisine yaklaşık 4 mm'lik bir insizyon yapılarak künt diseksiyon ile bukkal yağ dokusuna ulaşılmış, kanlanması bozulmadan bölgeye taşınmış ve



RESİM 1: Olgunun işlem öncesi panoramik görüntüsü.

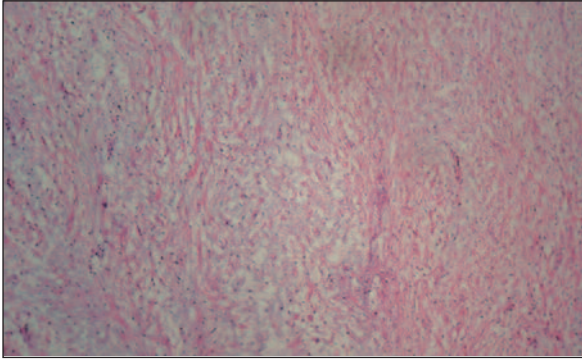
primer kapatılmıştır. Ameliyat sonrası iyileşme dönemi sorunsuz geçmiştir. Lezyonun mikroskopisinde mukoza epiteli altına kadar ulaşmış, düzensiz sınırlı miksoid bağ dokusundan oluşan tümöral lezyon görülmüştür. Hiposelüler görünümde olan tümörde miksoid materyal içinde ince kollajen lifler ve iğsi fibroblastik hücreler tespit edilmiş olup, histopatolojik olarak OM tanısı konulmuştur (Resim 2). Yapılan bir yıllık izlemde herhangi bir nüks görülmemekle birlikte, ilgili bölgenin işlemden bir yıl sonraki ağız içi muayenesinde ve radyografik görüntüsünde de iyileşme gözlenmiştir (Resim 3, 4).

## TARTIŞMA

Miksomalar genelde kemik veya diş kökenli olmakla birlikte deri, baş ve boynun deri altı dokusundan da kaynaklanabilir.<sup>15</sup>

Literatürde bu tümörün en sık mandibulada görüldüğü bildirilmiştir. Maksilla tutulumu nadir olmakla birlikte, maksillada görülen bildirilmiş OM olguları mevcuttur.<sup>10,16</sup> Sunulan olguda tümör hastanın sağ maksilla bölgesinde bulunmakla birlikte, beraberinde yumuşak doku tutulumu da mevcuttur.

Çevre yumuşak dokuya olan invazyonu nedeni ile panoramik radyografilerin tümörün sınırlarını belirlemede yetersiz olduğu bilinmektedir.<sup>1,10,17</sup> Olgumuzda, bölgedeki ekspansiyon ve hiperplastik



**RESİM 2:** Ödemli, miksoid değişiklikler içeren bir zeminde ince kollajen lifler ve içi fibroblastik hücrelerden oluşan odontojenik miksoma görüntüsü (Hematoksilen-eosin, x100).

(Renkli hali için Bkz.

<http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dis-hekimligi-bilimleri-dergisi/1300-7734/>)



**RESİM 3:** Olgunun işlemden bir yıl sonraki ağız içi görüntüsü.

(Renkli hali için Bkz.

<http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dis-hekimligi-bilimleri-dergisi/1300-7734/>)

diş eti dokusu nedeni ile dikkatli bir panoramik inceleme yapılarak lezyon fark edilmiştir.

Literatürde miksomadan kaynaklanan metastatik yayılım bildirilmemiştir. Ancak geniş eksizyona rağmen tekrarlayan ve kranial kaviteye infiltre olan, mikroskopik olarak artmış mitotik aktivite ve çekirdek pleomorfizmi gösteren malign maksiller miksoma olgusu bildirilmiştir.<sup>18</sup> Maksiller miksoma kapsülsüz ve yerel infiltratif karaktere sahip olduğundan, tümörü tam olarak çıkarmak için sıklıkla geniş cerrahi gerekmektedir. Bu yüksek infiltratif yapısı nedeni ile nüks potansiyelinin %10-33 arasında olduğu bildirilmiştir.<sup>19,20</sup> OM'un göreceli olarak yüksek nüks ihtimali göstermesinin, iyi huylu bir tümör olmasına karşın periferik dokulara invazyon göstermesinden kay-

naklandığı düşünülebilir.<sup>11</sup> Sunulan olguda da, lezyonun sert doku ile birlikte, beraberindeki diş eti dokusunu da etkilediği görülmüştür. Lezyon çıkarılmadan önce etkilenmiş diş eti dokusunun tamamen alınması ve infiltratif karakteri nedeni ile, çıkarıldıktan sonra ince olan vestibül duvarının ostektomisi ve kalan duvarların küretajının yapılması, bir yıllık izlem sonrası herhangi bir nüks gözlenmeksizin bölgenin sorunsuz iyileşmesinin nedeni olarak düşünülebilir.

Bununla birlikte sunulan olguda lezyonla birlikte diş etinin de çıkarılması, kaçınılmaz olarak keratinize diş eti dokusunun kaybına ve vestibül sulkus derinliğinin azalmasına neden olmuştur. Eğer bu kayıp tamamlanmaz ise işlem sonrası yetersiz iyileşme ile sonuçlanacak olup, bölgeye yapılması düşünülen restorasyonun başarısı olumsuz etkilenecektir. Bu nedenle oluşan defektin onarılması için bukkal yağ dokusu flebi tercih edilmiştir.

Bukkal yağ dokusu flebi son yıllarda ağız içi defektlerin kapatılmasında zengin kanlanmasından dolayı popüler hale gelmiştir. Bukkal yağ dokusunu açığa çıkarırken ince kapsülüne zarar vermemek, yani küçük kan damarlarının korunması, daha sonra oluşabilecek dehisens gibi komplikasyonla-



**RESİM 4:** Olgunun işlemden bir yıl sonraki panoramik görüntüsü.

rın önüne geçmek için önem arz eder.<sup>21</sup> Ancak Alkan ve ark., vaka serilerini sundukları çalışmalarında, küçük ve orta boy defektlerde kapsül korunmasa da epitelizasyonun sorunsuz gerçekleştiğini, sonuçta defektin boyutunun önemli olduğunu bildirmişlerdir.<sup>22</sup> Epitelizasyonun sorunsuz gerçekleşmesinin, bizim olgumuzdaki defektin orta boy olması ve ince yağ dokusu kapsülünün korunması ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Sonuç olarak OM, nadir olmakla birlikte çenelerde görülebilen iyi huylu bir tümördür. Lezyonun sınırlarının tam olarak belirlenmesi için dikkatli bir radyografik değerlendirme ile birlikte, OM'ların beraberinde yumuşak dokuları da etkileyebileceğinin akıldan çıkarılmaması ve cerrahi sınırlar belirlenirken OM'un beraberindeki muhtemel yumuşak doku tutulumlarının göz önünde bulundurulmasının nüks ihtimalini azaltacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

- Chiodo AA, Strumas N, Gilbert RW, Birt BD. Management of odontogenic myxoma of the maxilla. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 117(6):S73-6.
- Li TJ, Sun LS, Luo HY. Odontogenic myxoma: a clinicopathologic study of 25 cases. *Arch Pathol Lab Med* 2006;130(12):1799-806.
- Noffke CE, Raubenheimer EJ, Chabikuli NJ, Bouckaert MM. Odontogenic myxoma: review of the literature and report of 30 cases from South Africa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;104(1):101-9.
- Barker BF. Odontogenic myxoma. *Semin Diagn Pathol* 1999;16(4):297-301.
- Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of central odontogenic tumors: a study of 1,088 cases from Northern California and comparison to studies from other parts of the world. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64(9):1343-52.
- Erol B, Görgün B, Özer N, Tanrıkulu R, Atay Ç. [Oral and maxillofacial tumors: retrospective and clinicopathologic study of 514 patient]. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2001;7(2):53-8.
- Tozoğlu S, Ömezli MM, Altaş S, Dayı E. [Asymptomatic expansive lesion of the mandible: odontogenic myxoma]. *Journal of Selçuk University Dental Faculty* 2008;17(1):44-7.
- Souza LN, Farias LC, Santos LA, Mesquita RA, Martelli H Jr, De-Paula AM. Asymptomatic expansive lesion of the posterior mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;103(1):4-7.
- Sumi Y, Miyaishi O, Ito K, Ueda M. Magnetic resonance imaging of myxoma in the mandible: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;90(5):671-6.
- Belet Ü, Sakan BB, Akan H, Yakubov K. [Maxillary myxoma]. *Diagnostic and Interventional Radiology* 2003;9(1):54-6.
- 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(3):167-71.
- Ramaraj PN, Shah SP. Peripheral myxoma of maxilla. A case report. *Indian J Dent Res* 2003;14(1):67-9.
- 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(1):76-8.
- Kumar N, Jain S, Gupta S. Maxillary odontogenic myxoma: a diagnostic pitfall on aspiration cytology. *Diagn Cytopathol* 2002;27(2): 111-4.
- Canalis RF, Smith GA, Konrad HR. Myxomas of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1976;102(5):300-5.
- Veras Filho Rde O, Pinheiro SS, Almeida IC, Arruda Mde L, Costa Ade L. Odontogenic myxoma of the maxilla invading the maxillary sinus. *Braz J Otorhinolaryngol* 2008;74(6): 945.
- Asaumi J, Konouchi H, Hisatomi M, Kishi K. Odontogenic myxoma of maxillary sinus: CT and MR-pathologic correlation. *Eur J Radiol* 2001;37(1):1-4.
- Hayes DK, Madsen JM, Simpson R, Jarchow RC. Myxomas of the maxilla in infants and children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 105(3):464-8.
- Abiose BO, Ajagbe HA, Thomas O. Fibromyxomas of the jawbones - a study of ten cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1987;25(5): 415-21.
- 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; 82(4):426-33.
- Baumann A, Ewers R. Application of the buccal fat pad in oral reconstruction. *J Oral Maxillofac Surg* 2000;58(4):389-92.
- Alkan A, Dolanmaz D, Uzun E, Erdem E. The reconstruction of oral defects with buccal fat pad. *Swiss Med Wkly* 2003;133(33-34):465-70.