

Concomitancia de Tumor Miofibroblástico Inflamatorio en paciente operada de un Carcinoma Epidermoide de lengua. Presentación de caso

Concomitance of Inflammatory Myofibroblastic Tumor in a patient operated on for a Squamous Cell Carcinoma of the tongue. Case Presentation

Autores

Dr. Blas Jorge González Manso . Especialista en 2° Grado en Cirugía Maxilofacial. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Profesor Auxiliar. Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima. CI 60020304163

Mariam Muñiz Gallardo. Estudiante de cuarto año de la carrera de Estomatología. Alumna ayudante de Estomatología General Integral. UCM Cienfuegos. CI 99012411993

María Carla Carabayé Viera. Estudiante de cuarto año de la carrera de Estomatología. Alumna ayudante de Periodoncia. UCM Cienfuegos. CI 99092612032

Carmen Beatriz Castellanos Quintana. Estudiante de tercer año de la carrera de Estomatología. Alumna ayudante de Estomatología General Integral. UCM Cienfuegos. CI 00070372095

Dra. Caridad Socorro Catro. Profesora Auxiliar. Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima. CI 70030805513

RESUMEN

Introducción: La mucosa bucal puede ser alterada por cualquier agente sin llegar a convertirse en una tumoración benigna o maligna. Un ejemplo de ello lo constituye el Tumor Miofibroblástico Inflamatorio o Pseudotumor Inflamatorio. Esta es una entidad no neoplásica, de etiología desconocida, extremadamente polimorfa desde los puntos de vista clínico, radiológico y patológico caracterizada por la proliferación de un infiltrado inflamatorio sobre un estroma de tejido conjuntivo. Aparece con mayor frecuencia en el pulmón pero puede surgir en cualquier otro órgano del cuerpo, siendo poco frecuente su localización en la cavidad oral. Presentación de caso: En el presente trabajo presentamos un caso de una paciente de 48 años de edad, con tratamiento oncológico anterior, a la que en consulta de seguimiento se le detectó en una revisión una lesión de forma acampanada, consistencia blanda, no insertada a planos profundos, exofítica, no nodular, de igual color al de la mucosa circundante y que clínicamente fue interpretada como lesión inflamatoria, diagnosticándose, tras varios episodios de recidiva de la misma, un TMI recidivante que respondió completamente al tratamiento corticoesteroideo. Conclusiones: El TMI es una entidad que tiene un comportamiento maligno pero que es histológicamente benigno; su diagnóstico definitivo es histopatológico, siendo de gran importancia el conocer sus principales

características clínicas e histológicas, para así arribar a diagnósticos más certeros y realizar, por tanto, tratamientos más adecuados y menos invasivos.

Palabras clave: Tumor miofibroblástico inflamatorio; Pseudotumor inflamatorio; Entidad no neoplásica; Cavidad oral; Diagnóstico histopatológico; Tratamiento corticoesteroideo

Summary

Introduction: The oral mucosa can be altered by any agent without becoming a benign or malignant tumor. An example of this is the Inflammatory Myofibroblastic Tumor or Inflammatory Pseudotumor. This is a non-neoplastic entity of unknown etiology, extremely polymorphic from clinical, radiological and pathological points of view, characterized by the proliferation of an inflammatory infiltrate on a connective tissue stroma. It appears more frequently in the lung but can arise in any other organ of the body, being rare its location in the oral cavity. **Case presentation:** In the present study we report a case of a 48-year-old patient with previous cancer treatment, who was detected in a follow-up consultation with a flared lesion, soft consistency, not inserted to deep planes, exophytic, non-nodular planes, of the same color as the surrounding mucosa. After several episodes of relapse of the same lesion, a recurrent IMT was diagnosed. It responded completely to corticosteroid treatment. **Conclusions:** IMT is an entity that has a malignant behavior but it is histologically benign; its definitive diagnosis is histopathological, being of great importance to know its main clinical and histological characteristics, in order to arrive at more accurate diagnoses and, therefore, carry out more adequate and less invasive treatments.

Keywords: Inflammatory Myofibroblastic Tumor; Inflammatory Pseudotumor; Non-neoplastic entity; Oral cavity; Histopathological diagnosis; Corticosteroid treatment

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades en la cavidad oral son causa de gran preocupación para los pacientes pues con frecuencia temen que se traten de lesiones malignas que llevan a un desenlace fatal tras una progresión penosa de la enfermedad; esto se acentúa si han sufrido con anterioridad alguna entidad de este tipo. Algunos cuadros clínicos no propiamente de origen tumoral maligno lleva a tomar una conducta diferente tanto a los dolientes como a los médicos que asisten su proceso de enfermedad. Un alto porcentaje de presentación de estas entidades se llega a diferenciar muy rápido por su forma clínica, acuñándose como benignas, pero siempre es recomendable un estudio histopatológico para diferenciarlo del Carcinoma Epidermoide que es el más frecuente en la mucosa bucal; no obstante, esta puede ser alterada por cualquier agente sin llegar a convertirse en una tumoración tanto benigna como maligna. Un

ejemplo de ello lo constituye el Tumor Miofibroblástico Inflamatorio o Pseudotumor Inflamatorio.

El pseudotumor inflamatorio es una entidad no neoplásica, de naturaleza inflamatoria y patogenia desconocida, extremadamente polimorfa desde los puntos de vista clínico, radiológico y patológico, caracterizada por la proliferación de un infiltrado inflamatorio sobre un estroma de tejido conjuntivo.¹

Fue descrito por primera vez en el pulmón en 1939 por Brunn. En 1954 Umiker le da el nombre de pseudotumor inflamatorio por la clínica y la radiología, que simulan una neoplasia y en 1994, Weiss lo nombró como Tumor Miofibroblástico Inflamatorio.^{1,2}

Por otro lado, un estudio de Liston et al. fue el primero en reportar un TMI en la cavidad oral.³

El término de pseudotumor inflamatorio es utilizado actualmente para las formas extrapulmonares mientras que el de tumor inflamatorio miofibroblástico se emplea para formas pulmonares. También es conocido como granuloma de células plasmáticas, histiocitoma fibroso benigno, hiperplasia linfoide, xantogranuloma, fibrosarcoma inflamatorio, xantoma fibroso, tumor inflamatorio miofibroblástico o miofibroblatoma; todos ellos basados en los hallazgos histopatológicos encontrados.^{1,2,4,5}

Las formas extrapulmonares pueden aparecer en hígado, laringe, tráquea, oro y nasofaringe, órbita, senos paranasales y maxilares, glándulas salivares mayores, tiroides, mediastino, abdomen y tejidos blandos de la cabeza y el cuello. Su etiología es desconocida.^{1,4}

Justificación del problema científico

En el presente trabajo se describe un caso de Tumor Mioproliferativo Inflamatorio recidivante en cavidad oral en una paciente operada con anterioridad de un Carcinoma Epidermoide lateral de lengua, siendo esto necesario para dar a conocer las principales características de dicha entidad y por tanto arribar a un diagnóstico preciso y lograr diferenciarlo de tumoraciones malignas, para realizar así un tratamiento más adecuado y menos invasivo. Es por ello que se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cómo se comporta el Tumor Mioproliferativo Inflamatorio en la cavidad oral?

Objetivo: Describir el comportamiento de un Tumor Miofibroblástico Inflamatorio de la cavidad oral en una paciente operada con anterioridad de un Carcinoma Epidermoide lateral de lengua y con ausencia de respuesta al tratamiento quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 48 años de edad, F, B, con antecedentes de haber sido operada en el mes de marzo del 2017 de un Carcinoma Epidermoide de cara lateral de la lengua a partir de una úlcera que no curaba para lo cual se efectuó glosectomía parcial derecha con disección supraomohioidea ipsilateral estudiándose oncológicamente como un paciente T2 N0M0. Fue tratada con radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia. Fue evolucionada entre la operación y el 31 de mayo del 2019 por las especialidades de Oncología y Cirugía Maxilo- Facial del hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.

En consulta de seguimiento correspondiente al día 29 de abril del 2019, se detecta una lesión cercana al área de la operación inicial, ubicada en la parte posterior de la hemiglosectomía derecha, correspondiendo al límite posterior de la operación, de forma acampanada, consistencia blanda, de igual color al de la mucosa circundante, no insertada a planos profundos, exofítica, no nodular, y que clínicamente fue interpretada como lesión inflamatoria (fig.1). Se decide realizar cirugía para biopsia, la cual se ejecuta el 2 de mayo del 2019, arrojando como resultados un Granuloma reparativo con displasia moderada del epitelio. Se sugirió vigilancia estrecha.



Fig.1

Pasados 2 meses ocurre una recidiva de la lesión en la misma zona por lo que se decide realizar nueva cirugía para biopsia por lesión inflamatoria similar pero se realiza bajo anestesia general. Los resultados de la misma fueron compatibles con un tumor miofibroblástico inflamatorio (fig.2), sugiriéndose reposo físico, evitar el stress así como traumas en la zona, continuar con la inmunoterapia, evitar exponerse a temperaturas altas y productos químicos y además estricta vigilancia.



Fig.2

El 24 de noviembre del 2019 se realiza otra cirugía para biopsia cerca de la zona retromolar derecha por aparición, cerca de la zona de la lesión anterior, de una lesión de tipo fibrótica de 1.5 cm, compatible con fibroma. La biopsia arrojó como resultados un tumor miofibroblástico (Pseudotumor inflamatorio) o posible fascitis nodular, incompletamente resecada, con posibilidad de recidivar. Ante esta situación clínica se decide discutir en colectivo interpretándose que la presencia del 38 en la zona, asociada a la limitación de autolimpieza de la lengua pudo haber estado ocasionando, por trauma, dichas lesiones, realizándose extracción dentaria.

Transcurridos 2 meses nuevamente ocurre una recidiva de la lesión en zona cercana a la última operación y se decide realizar extirpación de la misma con amplio margen de seguridad. El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue Tumor Mioproliferativo Inflamatorio recidivante. A partir de esto se decidió cambiar la terapéutica y ante la recidiva de la lesión se comenzó un tratamiento corticoesteroideo; para ello se estuvo aplicando 1cc semanal de hidrocortisona combinado con anestesia local, perilesional, durante cuatro semanas. Se obtuvieron muy buenos resultados y hasta la fecha la paciente no ha *tenido nuevos* episodios de recidiva de la lesión (fig.3 y 4)



(fig.3)



(fig.4)

DISCUSIÓN

El pseudotumor inflamatorio es un término que hace referencia a un proceso raro, linfoproliferativo benigno, con hallazgos histopatológicos característicos y que se pueden presentar en cualquier parte del cuerpo. Su etiología y fisiopatología es desconocida. Se ha descrito un origen idiopático, postraumático, iatrogénico, infeccioso o como respuesta inmunológica a microorganismos, tejido necrótico adyacente y lesión de los tejidos. Se han propuesto como causas de la enfermedad al virus Epstein-Barr, citomegalovirus y herpes virus 8 (HHV-8), al igual que bacterias como *Mycoplasma*, *Campylobacter jejuni*, *Coxiella burnetii*, *E. coli*, *Actinomyces*, *Histoplasma* y micobacterias (*avium* y tuberculosis). También se ha asociado con alteraciones autoinmunes, como el síndrome de Sjogren, polimiositis, el síndrome de Papillon-Lefevre y la neutropenia congénita severa (Enfermedad de Kostmann), así como con enfermedades colágeno-vasculares y alteraciones fibroescleróticas como mediastinitis esclerosante, colangitis esclerosante, pseudotumor orbital, tiroiditis de Riedel, entre otros. Además se han registrado casos con alteraciones del gen ALK (gen del receptor de la tirosina quinasa del linfoma anaplásico).^{1,2,3,4,5,6}

La gran mayoría de estudios afirman que no tiene predilección por edad ni sexo^{1,5}, aunque existen textos que plantean que en un gran porcentaje de casos se presenta en edades pediátricas y adultos jóvenes^{2,3,4,6,7}, hecho que no coincide con la paciente del presente caso. Además, no tiene prevalencia de sexo, aunque algunas literaturas mencionan predominio en sexo femenino.^{1,3}

Puede surgir en cualquier órgano. El pulmón es el órgano afectado con mayor frecuencia, pero también se presenta en laringe, tráquea, oro y nasofaringe, órbita, senos paranasales, glándulas salivares mayores, tiroides y tejidos blandos de la cabeza y el cuello, teniendo en estos últimos una recurrencia de entre un 10 a un

20%, siendo las glándulas salivales las más afectadas seguido de las órbitas. En glándulas salivales la mayoría de casos descritos son de glándula parótida, solo ha sido descrito un caso de afectación de glándula submaxilar.^{1,5,8}

Su clínica es inespecífica e invariable, presentándose como una lesión ocupante de espacio, de crecimiento lento y progresivo y cuya sintomatología dependerá de su localización.^{5,9,10} En la mayoría de los casos, los pacientes se presentan con pérdida de peso, fiebre de origen inespecífico, sudoración y malestar general. En el caso de ser de origen abdominal, los síntomas predominantes van desde cuadro de oclusión intestinal, dolor, acompañados de anemia por pérdidas sanguíneas, hasta ictericia progresiva en el caso de ser hepático.^{2,9,10} Su presentación en la tráquea es muy poco común, con síntomas obstructivos, siendo los más frecuentes la disnea y tos, y en menor frecuencia, fiebre, hemoptisis, dolor torácico e insuficiencia respiratoria aguda.⁴ En la órbita causa proptosis, quemosis, edema y dolor ocular, y en la región orbitaria, eritema, limitación de la movilidad del globo ocular, hiperemia conjuntival, prurito ocular y disminución de la agudeza visual. Con relación a la laringe, provoca ronquera, estridor y obstrucción de vía aérea.^{5,8} Además, en las amígdalas se acompaña de artralgias, dolor cervical, tos con vómito de contenido gástrico con restos de sangre y sensación de cuerpo extraño en la garganta que limita el habla.¹¹

En la cavidad oral el TMI usualmente se presenta como una inflamación indolora de rápido crecimiento, la cual es firme a la palpación, bien circunscrita y generalmente de igual color al de la mucosa circundante; en algunos casos también puede existir ulceración focal aunque en los casos revisados no se encontró evidencias de ello, tampoco así de sangramiento y exudado.^{3,6,7}

Dentro de los estudios consultados de TMI en cavidad oral, la localización más frecuente fue en la lengua, con síntomas similares a los antes descritos, excepto en un caso de una recién nacida en la que se evidenció sangramiento intenso de la lengua así como incapacidad para poder alimentarse.^{12,13,14,15}

En el presente caso, el TMI se presentó como una lesión de forma acampanada, consistencia blanda, de igual color al de la mucosa circundante, no insertada a planos profundos, exofítica y no nodular.

Histológicamente se caracteriza por ser una lesión granulomatosa con la proliferación de cuatro estirpes celulares: células fusiformes miofibroblásticas, histiocitos, células plasmáticas y linfocitos.^{2,4,5,10} Las características clínicas y radiológicas de esta patología imitan en gran medida a lesiones malignas por lo que la exclusión de sarcoma, carcinoma epidermoide o linfoma se realiza por la identificación de abundantes células inflamatorias. El espectro de variante histológica de los TMI, teniendo como célula común al miofibroblasto, va desde la fascitis nodular hasta el histiocitoma fibroso maligno.^{6,10}

Asimismo, en este caso los resultados de los estudios anatomopatológicos de la paciente mostraron presencia de células fusiformes mezcladas con un número variable de células inflamatorias, así como numerosos capilares sobre un fondo mixoide. También células tumorales con núcleos ovales con cromatina vesicular y uno o más nucléolos prominentes (fig.5 y 6).

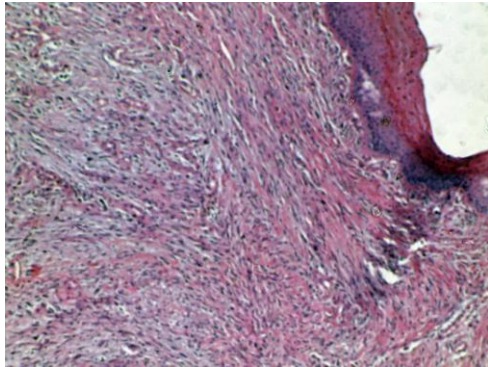


Fig.5

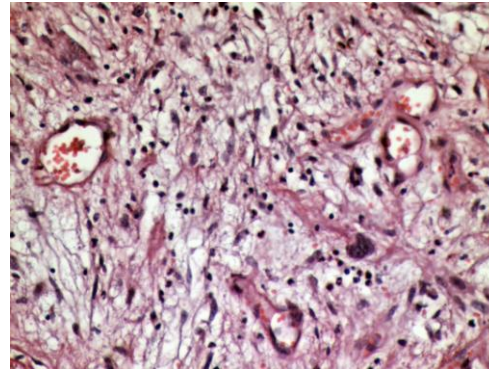


Fig.6

Por tanto, el diagnóstico definitivo es histopatológico. Se hace dificultoso y en muchos casos se realiza por exclusión, de forma que en ocasiones se ha requerido más de una biopsia o bien la extirpación de la lesión mediante cirugía para así poder confirmar la ausencia de neoplasias o infección y llegar a poder establecer el diagnóstico de pseudotumor inflamatorio, tal y como ocurrió en el presente caso.^{2,4,5,9}

El tratamiento puede ser médico o quirúrgico. La cirugía es el tratamiento de elección. La resección debe ser tan completa como sea posible, evitando resecciones radicales como en cirugía oncológica. Si no hay respuesta o hay escisión incompleta o está contraindicada la cirugía, se ha utilizado el tratamiento corticoideo a dosis altas. Se han usado metotrexate, ciclofosfamida y ciclosporina en pacientes que no responden a los esteroides. El crizotinib es un fármaco molecular que causa inhibición incompleta de la tirosina quinasa del linfoma anaplásico (gen ALK); se usa sólo si se demuestra alteración de este gen.^{1,10}

Otras literaturas plantean que los corticosteroides orales son el tratamiento de elección fundamentalmente cuando existen episodios de recurrencia, con buena resolución de los signos y síntomas en aproximadamente el 80% de los pacientes. Existe una minoría de pacientes que no responden satisfactoriamente a la corticoterapia, recurriendo en estos casos a la radioterapia e inmunosupresores como el metotrexate.^{2,8,9} Sin embargo cuando existe compromiso extenso y la obstrucción respiratoria es severa, se requiere cirugía, incluso radical, como en el caso de presentarse en tráquea y laringe.⁴

Por otro lado, algunos investigadores han planteado que específicamente en los TMI de cabeza y cuello el tratamiento debe ser conservador, fundamentalmente los localizados en la cavidad oral. También plantean que las lesiones localizadas a este nivel tiene un mejor pronóstico que las que aparecen en otras áreas del cuerpo.³

Los resultados del tratamiento de la paciente del caso en cuestión, fueron afines con las literaturas que plantean que los corticoesteroides son el tratamiento de elección, al menos en la cavidad oral, pues luego de aplicar 1cc semanal de hidrocortisona perilesional durante cuatro semanas, la paciente no presentó ningún otro episodio de recurrencia de la lesión.

En cuanto a la evolución del TMI, generalmente esta es favorable. La metástasis se observa en menos del 5% de los casos y recidiva en un 25%. Según la OMS tiene un potencial de transformación maligna entre un 8-18%.¹⁰

CONCLUSIONES

Se reportó un nuevo caso clínico de Tumor Miofibroblástico Inflamatorio recidivante en la cavidad oral, de aparición poco frecuente, en el cual el tratamiento conservador por medio de terapia corticoidea perilesional fue efectivo, con resolución clínica completa. Este es una entidad que tiene un comportamiento maligno pero que es histológicamente benigno. Por esta razón se deben tener los conocimientos necesarios para arribar a un diagnóstico correcto y evitar un tratamiento radical innecesario que pueda ocasionar impedimentos funcionales del área intervenida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Henaó Sánchez KS, Thompson P, Rodríguez Ruiz M, Hernández Obando SM, López García AC. Pseudotumor inflamatorio nasosinusal: reporte de un caso . Faso [Internet]. 2017 [citado 4 marzo 2021]; (2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio908138&ved=2ahUKEwi9saXOkq7vAhXPxVvKkHThcABoQFjAAegQIAhAC&usg=AOvVaw0b8DIJjqeSv-JcYNB9EQm>
2. Blásquez Azúa EM, Gutiérrez de la Vega D, Rendón García H, Cruz J. Tumor Miofibroblástico Inflamatorio (TMI) de pulmón en un niño de 10 años con hipergammaglobulinemia y plaquetosis reactiva. A propósito de un caso. Bol Clin Hosp Infant Edo Son [Internet]. 2017 [citado 2 marzo 2021]; 34(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi%3FIDARTICULO%3D77562&ved=2ahUKEwiB7_Tkma7vAhWnzVvKkHXaFA0wQFjABegQIBhAC&usg=AOvVaw2nav2SS4dxjx67n4fVC63V
3. Bandeira de Pontes Santos H, Guimarães Barbosa N, João da Silva Filho T, Maria Guedes Queiroz L, Gurgel A, de Almeida Freitas R . Clinical, morphological and immunohistochemical aspects of oral inflammatory myofibroblastic tumor: a rare case report in a pediatric patient. Arch Health Invest [Internet]. 2018 [citado 1 marzo 2021]; 7(10): [aprox. 4 p.]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio994560&ved=2ahUKEwjv55GkmK7vAhWEtVvKkHS5iC_gQFjAKegQIARAC&usg=AOvVaw3Q7pYC_R4tSFOIiw8Lfl4N

4. Osorio Corchuelo C, Rendón García C, Tintinago Londoño LF. Pseudotumor inflamatorio de laringe y tráquea . Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello [Internet]. 2008 [citado 3 de marzo 2021]; 36(4):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://revista.acorl.org.co/index.php/acorl/article/view/326&ved=2ahUKEwjtttetl67vAhVNxVvKkHVHhDxQQFjAAegQIAhAC&usq=AOvVaw2HSIPG8-ZEV7K1hXbU2cNB>
5. Barrios Sánchez GM, Dean Ferrer A, Almillos Granados FJ, Ruiz Masera JJ, Zafra Camacho FM, García de Marcos JA, et al. Pseudotumor inflamatorio de glándula parótida . Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2005 [citado 3 marzo 2021]; 37(10):[aprox. 5 p.]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://scielo.isciii.es/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS169844472005000400013&ved=2ahUKEwipmvSsk67vAhXBt1kKHW13A0oQFjAAegQIARAC&usq=AOvVaw0WrAJYvbvthcirVjzLqu1Z
6. León-Ramírez D, Pérez-Dosal MR, Robles-Aviña J, Estrada-Moscoso I, Palacios Ruiz JA, Voirol García A et al . Tumor miofibroblástico inflamatorio del retroperitoneo (pseudotumor inflamatorio): Presentación de caso y revisión de la literatura. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González [Internet]. 2001 [citado 5 marzo 2021]; 4(4):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.medigraphic.com/pdfs/hgea/gg2001/gg014b.pdf&ved=2ahUKEwjsqaHWIK7vAhVEq1kKHUSRDIMQFjAAegQIBRAC&usq=AOvVaw2XYUpe5s151E7OUKIQek9a>
7. Subraj JS, Pereira T, Desai RS. Inflammatory Myofibroblastic Tumor of the oral cavity. Cancer Journal [Internet]. 2019 [citado 2 marzo 2021]; 15(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31169252/&ved=2ahUKEwjh5P3Nm7vAhUDjlkKHWOHcBAQFjAAegQIBRAC&usq=AOvVaw3_7tbVe6-NhBoe82o-MKP
8. García Pérez M, Marchales Rodríguez ME, González Larramendi X. PSEUDOTUMOR ORBITARIO: A PROPÓSITO DE TRES CASOS. Rev. Imagenol [Internet]. 2020 [citado 4 marzo 2020]; 24(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://sriuy.org.uy/ojs/index.php/Rdi/article/download/89/98&ved=2ahUKEwjK6KuPlq7vAhVMw1kKHASEADUQFjAEegQICRAC&usq=AOvVaw1rr8vfNVAzEFaDABBo3nkr>
9. Alvarez Martín MJ, García Navarro AM, Rodríguez Fernández A, Jiménez Ríos J. Tratamiento conservador en el pseudotumor inflamatorio de origen hepático. CIR ESP [Internet]. 2016 [citado 3 marzo 2021]; 94(7):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-sumario-vol-94-num-7-S0009739X16X00061&ved=2ahUKEwjK6q6Smq7vAhWo1VkkHa1zBHIQFjAAegQIBRAC&usq=AOvVaw00Ye1cRrjyHNNNPI6TRkLB>

10. Ruiz Martín I, Zubillaga Rodríguez I, Gutiérrez Díaz R, Sánchez Aniceto G. Tumor miofibroblástico inflamatorio en el espacio masticador. REV ESP CIR ORAL MAXILOFACIAL [Internet]. 2018 [citado 3 marzo 2021]; 40(3):[aprox. 7p.]. Disponible en:
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=3DS113005582018000300135%26lng%3Den%26nrm%3Diso%26tln%3Den&ved=2ahUKEwiftKOBk67vAhXOUvFkKHVknBUAQFjACegQIChAC&usq=AOvVaw1oc8opXYKPzMV4t12p8MEe
11. Grube Pagola P, Carrasco Daza D, Alderete Vazquez G, Gutierrez Butanda J. Tumor Miofibroblástico Inflamatorio de Amígdala. Acta Otorrinolaringol Esp [Internet]. 2012 [citado 1 marzo 2021]; 63(2):[aprox. 2 p.]. Disponible en:
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001651910002037&ved=2ahUKEwj0s8GOla7vAhWis1kKHUeAGsQFjACegQIARAC&usq=AOvVaw28BjOLOaFetHWDhGQ2M4Ya>
12. Sah BP, Mishra S, Shilpakar SL, Kandel DR. Inflammatory Myofibroblastic Tumor. A rare tumor in the tongue. Int Journal Head Neck Surg [Internet]. 2017 [citado 3 marzo 2021]; 8(3): [aprox. 2 p.]. Disponible en:
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.scienceopen.com/document%3Fvid%3D5c5f1ffd3042405a828474517ea0fcf3&ved=2ahUKEwi184q1na7vAhWjq1kKHeR7B8gQFjAAegQIARAC&usq=AOvVaw0PDGBhj9fZhhNZfTsewY46>
13. Imran S, Van Mason AJ, Estrellado WLC. Inflammatory Myofibroblastic Tumor of the tongue. ats journals [Internet]. 2020 [citado 2 marzo 2021]; ():[aprox. 2 p.]. Disponible en:
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://cslide-us.ctimeetingtech.com/ats2020_eposter/attendee/eposter_4/poster/7002%3Fs%3Dr&ved=2ahUKEwja1t7pnK7vAhUPjVkkHYiD9UQFjADegQIDxAC&usq=AOvVaw1J_sbfzftIIzWxFNufD63
14. Treviño González JL, Montemayor Alatorre A, Méndez Saenz MA, Villega González J, Balderas Elizondo F. Myofibroblastic Tumor at base of tongue. Journal of Surgery and Research [Internet]. 2020 [citado 1 marzo 2021]; 40(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en:
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.fortunejournals.com/articles/inflammatory-myofibroblastic-tumor-at-base-of-tongueacasereport.html&ved=2ahUKEwiZ_PmbnK7vAhVEu1kKHYqMDnoQFjAAegQIBRAC&usq=AOvVaw31kd219Cqx7i5_2ldttl
15. Inflammatory Myofibroblastic Tumor of the tongue. Report of a pediatric case and review of literature. Caporalini C, Moscardi S, Tamburini A, Pierossi Nicola, Di Maurizio M, Buccoliero AM. Fetal and Pediatric Pathology [Internet]. 2018 [citado 4 marzo 2021]; 37(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en:
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.researchgate.net/publication/322536492_Inflammatory_Myofibroblastic_Tumor_of_the_Tongue_Report_of_a_Pediatric_Case_and_Review_of_the_Literature&ved=2ahUKEwjBpsLUM67vAhWOSlkKHffvD68QFjAAegQIAhAC&usq=AOvVaw0uEUG-NnubDk8t90hhID4o

