

Técnicas de imagen en el estudio de las lesiones lipomatosas cervicales

M.^a Del Mar Muñoz • Carmen Herrero • M.^a José García • Josefa Sánchez-Lafuente

Complejo Hospitalario «Carlos Haya». 29010 Málaga.

Los lipomas cervicales son lesiones poco frecuentes. Los de localización profunda y la lipomatosis cervical difusa pueden ser clínicamente mal diagnosticados. Hemos realizado una revisión de lesiones cervicales lipomatosas en nuestro hospital encontrando 20 casos en un período de 15 años (1985-1999). La TC permite hacer el diagnóstico prácticamente en el 100% de los casos, siendo el método de elección para demostrar y caracterizar los tumores lipomatosos. Además aporta datos que ayudan a planificar el abordaje quirúrgico y permite hacer el seguimiento en las lesiones clínicamente estables que no precisan tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Lipoma cervical. Lipomatosis cervical difusa. TC. RM. Ecografía.

Los lipomas son los tumores mesenquimatosos más frecuentes del organismo, localizándose alrededor del 13% en cara y región cervical. La mayoría son superficiales y se localizan en el tejido celular subcutáneo (1, 2, 3). Los lipomas cervicales profundos se localizan bajo el músculo platísmo y en órganos parenquimatosos como tiroides y glándulas salivales (1). Los lipomas llegan a constituir aproximadamente el 1% de los tumores parotídeos (1, 4).

Las técnicas de imagen, en especial la TC, son de gran utilidad para el estudio de lesiones cervicales que aparecen en el tejido adiposo profundo o en órganos parenquimatosos del cuello que pueden ser de difícil diagnóstico clínico. La PAAF es una técnica diagnóstica complementaria a tener en cuenta en las lesiones palpables (5).

Presentamos una revisión de 20 casos de lesiones cervicales lipomatosas aparecidas en nuestro hospital en un período de 15 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

De los 20 casos presentados siete corresponden a mujeres y trece a hombres, con edades comprendidas entre los 2 y los 69 años.

Muñoz M^a M, Herrero C, García M^a J, et al. Técnicas de imagen en el estudio de las lesiones lipomatosas cervicales. 2001;43(1):27-30.

Correspondencia:

M.^a DEL MAR MUÑOZ RUIZ. Pje. Alberto Ginastera 5, 4.^o A. Torremolinos. 29620 Málaga.

Recibido: 10-XI-2000.

Aceptado: 15-I-2001.

Imaging techniques in the study of lipomatous neck lesions

Lipomas of the neck are uncommon lesions. Those situated in deep locations and diffuse lipomatosis of the neck can be clinically misdiagnosed. We reviewed the 20 lipomatous neck lesions treated in our hospital over a 15-year period (1985-1999). Computed tomography was diagnostic in nearly 100% of cases and, thus, is the method of choice for the detection and characterization of lipomatous tumors. It also provides data that aid in planning the surgical approach and enables the follow-up of clinically stable lesions that do not require surgical treatment.

Key words: Lipoma of the neck. Diffuse lipomatosis of the neck. Computed tomography. Magnetic resonance imaging. Ultrasonography.

En nuestra revisión se diferencian claramente dos períodos, antes y después de la estandarización del uso de las técnicas de imagen.

En el primer período, desde 1989 hasta 1993, hay siete casos, cinco hombres y dos mujeres. Cinco de los lipomas se han localizado en glándula parótida (cuatro encapsulados y una lipomatosis difusa intraglandular), uno en glándula submaxilar (encapsulado) y un caso ha correspondido a una lipomatosis cervical difusa. Se realizó PAAF a cuatro pacientes con escaso resultado: sugestivo de adenoma pleomórfico en dos casos, de lipoma en uno y sin alteraciones valorables en otro. Como técnica de imagen sólo se realizó una ecografía cervical en un caso de masa intraparotídea que se comportó como una lesión sólida hipoecogénica con respecto al tejido glandular, circunscrita y homogénea. A ningún paciente se le realizó TC ni RM previos a la cirugía y todos fueron intervenidos.

Los trece casos restantes (desde 1994 hasta 1999) han sido estudiados por diferentes técnicas de imagen. Excepto un caso de lipoma subcutáneo, todos han sido profundos, estando cuatro localizados en espacio submaxilar (Fig. 1), tres en espacio parotídeo (glándula parótida) (Fig. 2), dos en el triángulo cervical posterior y uno en espacio parafaringeo (Fig. 3). Dos casos han correspondido a lipomatosis difusas (Fig. 4).

A ocho de ellos se les realizó PAAF, y solamente en cinco el resultado fue sugestivo de lipoma.

Se han realizado cuatro ecografías cervicales. En dos de ellas las lesiones eran extraparenquimatosas de naturaleza sólida con límites definidos y ecogenicidad mayor que los músculos cervicales y menor que los órganos parenquimatosos, con un juicio diagnóstico ecográfico correcto de lipoma cervical (Fig. 5). Los otros dos casos correspondieron a lipomas intraparotídeos que ecográficamente se comportaron como lesiones sólidas hipoecogénicas.

A

Fig. 1.—TC con contraste intravenoso de lesiones de densidad grasa localizadas en el espacio submaxilar compatibles con lipoma (A y B)

B

Fig. 2.—TC con contraste intravenoso de lesión intraparotídea de densidad grasa compatible con lipoma.

Fig. 3.—TC con contraste intravenoso que muestra lipoma del espacio parafaríngeo izquierdo.

Fig. 4.—TC con contraste intravenoso que muestra una infiltración cervical difusa de densidad grasa en una lipomatosis.

génicas con respecto al tejido glandular, homogéneas y bien definidas pero indistinguibles de otros tumores parótideos como los adenomas pleomórficos.

Se les ha realizado TC con contraste intravenoso a todos los pacientes, excepto a uno que se ha hecho una RM cervical. En el caso de la TC cervical se ha utilizado un equipo Tomoscan CX/S (Philips) y una técnica de 120 kV y 170 mA. Se han realizado cortes axiales de 5 mm de grosor cada 5 mm de espaciamiento tras la introducción de 100 ml de contraste yodado intravenoso. Los valores de atenuación han sido negativos en todos los casos variando de -199 hasta -84 UH. Todas las lesiones han sido homogéneas, de límites bien definidos y con algún septo fino en su interior, excepto un caso que se ha presentado como una masa heterogénea, mal definida y con septos irregulares en su interior, hallazgos que han orientado a una etiología probablemente maligna como el liposarcoma (Fig. 6). El diagnóstico anatomo-patológico tras la intervención quirúrgica en esta paciente fue de linfoma no Hodgkin de bajo grado junto a lipoma.

La RM cervical se ha realizado en un caso de lipomatosis cervical difusa. Se ha utilizado un equipo Gyroscan T5-11 efectuando cortes axiales en secuencias potenciadas en T1 (Fig. 7A), T2 y STIR (Fig. 7B), y cortes sagitales y coronales en secuencias potenciadas en T2, resultando especialmente útil la secuencia STIR para mostrar la naturaleza grasa de la lesión.

Han sido intervenidos ocho de los trece pacientes, con el resultado anatomo-patológico de lipoma encapsulado en seis casos,

A

Fig. 5.—Masa laterocervical derecha de límites precisos que rodea estructuras vasculares sin infiltrarlas ni comprimirlas, con una ecoestructura rayada compatible con lipoma (A), que en la TC presenta densidad grasa (B).

B

DISCUSIÓN

Los tumores grasos benignos se clasifican según su morfología y tipo celular.

Los que contienen lipoblastos inmaduros se denominan lipoblastomas si están bien circunscritos y lipoblastomatosis cuando infiltran estructuras adyacentes. Las lesiones lipoblastomatosas benignas son raras y ocurren casi exclusivamente en niños menores de tres años (6). Si están compuestos exclusivamente de adipocitos maduros se denominan lipomas, que son tumores generalmente encapsulados aunque a veces pueden infiltrar estructuras adyacentes (variedad infiltrante).

La lipomatosis consiste en una infiltración difusa de tejido adiposo y no se considera una verdadera neoplasia (6, 7) siendo en adultos de mediana edad más frecuente en varones, a menudo asociada al alcoholismo (1). Sólo en uno de nuestros casos se constató una historia de etilismo crónico previo.

Pueden aparecer lipomas múltiples en pacientes con neurofibromatosis, síndrome de Gardner y en la adiposis dolorosa o enfermedad de Dercum (8).

El liposarcoma es un tumor maligno muy raro en cabeza y cuello, donde acontecen aproximadamente el 2% de los casos (1, 9). No aparecen necesariamente en áreas ricas en grasa y no se originan de lipomas preexistentes (2, 9). El liposarcoma bien diferenciado puede confundirse histológicamente con un lipoma (3, 8).

El diagnóstico de las lesiones cervicales lipomatosas superficiales puede hacerse por palpación debido a su consistencia típicamente elástica. La PAAF es una técnica diagnóstica complementaria muy útil en las lesiones palpables (5), aunque en nuestra revisión ha sido poco utilizada y con resultado variable.

El estudio de las lesiones cervicales de localización profunda se beneficia del uso de las técnicas de imagen.

La ecografía es una técnica muy útil para el diagnóstico de lipomas cervicales extraparenquimatosos donde se comportan como lesiones circunscritas con una típica ecogenicidad «rayada» (1), mayor que la de los músculos cervicales y menor que la de las glándulas salivales y el tiroides. Los lipomas cervicales que se localizan dentro de las glándulas salivales son homogéneos e

Fig. 6.—LNH de bajo grado junto a lipoma: TC con contraste intravenoso que muestra a la altura del de hioídes una masa de densidad grasa en el triángulo cervical posterior izquierdo de límites poco precisos y septos con cierto grado de realce, que a nivel supraclavicular presenta múltiples adenopatías.

lipoma junto a LNH de bajo grado en un caso y lipomatosis cervical difusa en un caso. Cinco pacientes con lipomas clínicamente estables diagnosticados por la TC no han sido intervenidos y se sigue una actitud expectante.

Excepto en el caso que junto a un lipoma cervical preexistente aparecía un proceso neoplásico linfomatoso de instauración brusca y con signos locales inflamatorios (Fig. 6), la presentación clínica de los casos de la serie fue de tumoración cervical de lento crecimiento. Los palpables presentaban una consistencia blanda y no estaban adheridos a planos profundos.

Los casos en los que el clínico (ORL y cirujano: general, plástico y máxilo facial) ha solicitado técnicas diagnósticas de imagen han correspondido a lesiones cervicales que por su localización profunda o presentación en órganos parenquimatosos cervicales han presentado dificultad en su diagnóstico. También previamente a la cirugía con el objetivo de planificarla o en aquellos casos en que el paciente presentaba una lesión clínicamente estable y, por la causa que sea, no va a ser intervenido pero se requiere un diagnóstico de certeza.

A

Fig. 7.—Estudio de RM en una lipomatosis cervical difusa que presenta alta intensidad de señal en secuencias potenciadas en T1 (A) y baja señal en secuencia STIR (B).

hipoecogénicos, comportándose como lesiones sólidas indistinguibles de tumores de otra naturaleza. Por otro lado, la ecografía puede servir de guía para la punción/biopsia de lesiones cervicales sean o no palpables.

Con la TC obtenemos un diagnóstico específico de lipoma ante una masa homogénea bien delimitada y con unos valores de atenuación negativos (de -50 a -150 HU) (4, 8, 10). Hallazgos como valores de atenuación negativos pero más altos que los de la grasa subcutánea, límites poco precisos, áreas de alta densidad o heterogéneas, nos indican que se trata de un tumor de comportamiento más agresivo como el liposarcoma (4, 6). En uno de nuestros casos la TC mostró una lesión con estas características (Fig. 6) por lo cual dentro de los distintos diagnósticos diferenciales que señalamos el primero fue el de liposarcoma. La paciente presentaba múltiples adenopatías supraclaviculares ipsilaterales y tras la cirugía pudimos comprobar que se trataban de las manifestaciones locales de un LNH en una zona del cuello donde previamente existía un lipoma de años de evolución.

Con respecto a la TC la RM presenta una superior capacidad multiplanar y mayor caracterización de las partes blandas (8, 10, 11).

Actualmente por su especificidad, menor coste y mayor accesibilidad, la TC es el método de elección para el estudio de las lesiones lipomatosas cervicales profundas que planteen problemas en su diagnóstico clínico, con un estudio ecográfico no concluyente o que presente dudas respecto a la relación de la lesión con estructuras adyacentes, siendo la RM un método alternativo.

B

BIBLIOGRAFÍA

1. Geitzmann N, Schratter M, Traxler M, Helmer M. Sonography and Computer Tomography in deep cervical lipomas and lipomatosis of the neck. *J Ultrasound Med* 1988;7:451-6.
2. Dionne GP, Seemayer TA. Infiltrating lipomas and angioliomas revisited. *Cancer* 1974;33(3):732-8.
3. Fechner RE. Resident's Page: Clinical and Pathologic Diagnosis (Case 1). *Arch Otolaryngol* 1984;110:820-2.
4. Korentager R, Noyek AM, Steinhardt M, Chapnik JS, Luk SC, Cooter N. Lipoma and liposarcoma of the parotid gland: High-Resolution preoperative imaging diagnosis. *Laringoscope* 1988;98:967-71.
5. García A, Delgado F, Mico J, Dalman J, Torres V. Tumores de glándulas salivares: a propósito de 43 casos. *Cirugía Española* 1988;XLII 43(2):268-72.
6. Ha TV, Kleinman PK, Fraire A, Spevak MR, Nimkin K, Cohen IT et al. MR imaging of benign fatty tumors in children: report of four cases and review of the literature. *Skeletal Radiol* 1994;23:361-7.
7. Lin JJ, Lin F. Two entities in angiolioma: a study of 459 cases of lipoma with review of literature on infiltrating angiolioma. *Cancer* 1974;34(3):720-7.
8. Cottrell DA, Norris LH, Doku C. Orofacial lipomas diagnosed by CT and MRI: case report. *JADA* 1993;124:110-5.
9. Jones JK, Baker HN. Liposarcoma of the parotid gland: report of a case. *Arch Otolaryngol* 1980;106:497-9.
10. Dooms GC, Hricak H, Sollitto RA, Higgins ChB. Lipomatous tumors and tumors with fatty component: MR imaging potential and comparison of MR and CT results. *Radiology* 1985;157:479-83.
11. Tien RD, Hesselink JR, Chu PK, Szumowski J. Improved detection and delineation of head and neck lesions with fat suppression spin-eco MR imaging. *AJNR* 1991;12:19-24.