



Excisión quirúrgica de sialolipoma. Reporte de un caso clínico

Surgical excision of sialolipoma. Report of clinical case

Óscar Miranda Herrera,* Rafael Ruiz Rodríguez,* Juan Carlos López Noriega*

RESUMEN

El sialolipoma es una variante de un lipoma de glándulas salivales que fue descrito por vez primera en el 2001 por Nagao; actualmente se tienen publicados sólo 18 casos en la literatura, siendo la mayoría de ellos en la glándula parótida. El caso que se presenta es de un paciente masculino de 57 años de edad que presenta un aumento de volumen en la región de labio inferior de lado izquierdo de 5 años de evolución, tratado con una biopsia excisional, la cual como resultado histopatológico nos arroja un diagnóstico de sialolipoma.

Palabras clave: Sialolipoma, lipoma, estructuras ductales, ácinos glandulares, glándula salival.
Key words: Sialolipoma, lipoma, ductal structures, glandular acini, salivary gland.

ABSTRACT

Sialolipoma is a salivary gland lipoma variant first described in 2001 by Ngao. Presently, there are only 18 documented cases in scientific literature. Most of them were located in the parotid gland. The case here presented is that of a 57 year old male patient, presenting volume increase in the region of the left side of the lower lip. The lesion presented a 5 year evolution. It was treated with excision biopsy. Histopathological results rendered a sialolipoma diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El sialolipoma es un tumor raro que se caracteriza por poseer tejido de glándulas salivales y que contiene estructuras ductales y ácinos glandulares. Se han reportado 18 casos en la literatura; es una entidad clínica que presenta problemas clínicos mínimos en comparación con otra variedad de lipomas de glándulas salivales.¹⁻³

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Clínicamente se presenta como un aumento de volumen bien circunscrito; se ha reportado con un diámetro máximo de 3 cm, de consistencia blanda que puede presentar una coloración amarillenta, pero puede presentar una superficie blanco amarillenta cuando está asociada a algún tipo de factor traumático; al poner el espécimen quirúrgico en formalina, éste suele flotar, evidenciando de esta manera, la presencia de contenido adiposo en su estructura. Suele ser apreciado de manera inicial como una alteración glandular, como un adenoma pleomorfo; el estudio histopatológico es la única herramienta que nos provee de un diagnóstico certero de la lesión; cuando es asociado a la glándula parótida puede presentar parálisis facial. El tratamiento corresponde a la excisión quirúrgica de la lesión, actualmente sin reportes de recidiva de la misma.^{1,2,4}

HISTOLOGÍA

Histológicamente, se trata de lesiones bien delimitadas por tejido fibroso; característicamente se aprecian islas de elementos epiteliales de glándulas salivales en una matriz de tejido adiposo. Las islas epiteliales contienen unidades ductales y acinares normales de parénquima de glándula salival sin datos de atipia, mismas que suelen localizarse a lo largo de la periferia del tumor; los ácinos y las estructuras ductales pueden estar atrofícos. Existen variantes histológicas de los lipomas que se presentan en la región maxilofacial como el fibrolipoma, angiolipoma, lipoma pleomórfico, lipoma de células espinosas y lipoadenoma.

El lipoadenoma es histológicamente muy parecido al sialolipoma, la diferencia principal consiste en que el lipoadenoma está compuesto por tejido adiposo y componentes ductales y el sialolipoma además contiene a los ácinos glandulares.

Así mismo, la lipomatosis y el adenoma pleomorfo pueden ser un diagnóstico diferencial, la presencia de una capsula de tejido fibroso marca la principal

* Profesor de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Facultad de Odontología, UNAM.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam>

diferencia entre el sialolipoma y la lipomatosis; la presencia de una glándula saliva normal con su dilatación ductal y fibrosis marcan la diferencia con el adenoma pleomorfo.

Los ácinos son positivos al PAS y las glándulas mucosas a la musicarmina; los ductos y ácinos son positivos a los pigmentos de plata.¹⁻⁷

Así mismo en la inmunohistoquímica se aprecia que los ductos y ácinos son positivos a citoqueratina (AE1/AE3 y 14), al igual que a la citoqueratina (34bE12) que se expresa en los ductos de las células, pero no en los ácinos; éstos son positivos a la proteína S100 al igual que los adipocitos.^{1,8}

La TC y RM se pueden usar como auxiliares de diagnóstico en esta patología, pero únicamente son de utilidad para valorar la extensión y ubicación de la lesión.¹

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 57 años de edad, originario y residente del Estado de México, que acude al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de la División de Estudios de Postgrado e Investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México, referido por el servicio de patología bucal de la misma institución por presentar un aumento de volumen de 5 años de evolución asintomático. Se trata de un paciente con antecedentes heredo familiares, personales patológicos y no patológicos sin importancia para el padecimiento actual. En la exploración física intraoral se aprecia un aumento de volumen de aproximadamente 2 cm de diámetro en la mucosa de labio inferior de lado izquierdo, que no se adhiere a planos profundos, de base sésil, de coloración similar a la mucosa adyacente, a excepción de una porción que muestra cambio de coloración y textura por estar en contacto con los órganos dentarios, de consistencia blanda; el paciente presenta presencia de enfermedad periodontal severa (*Figura 1*). Se decide

bajo anestesia local, xilocaína al 2% con epinefrina 1:100000, realizar biopsia excisional de la lesión. Se realiza la infiltración del medicamento anestésico y se diseña la incisión procediendo a la toma del espécimen quirúrgico. Se decide la toma de la mucosa bucal que cubre la lesión por los cambios apreciados a causa del traumatismo de los órganos dentarios y se realiza disección roma para preservar estructuras anatómicas adyacentes. Se obtiene el espécimen quirúrgico de aproximadamente 3 centímetros de diámetro y se realiza cierre de la herida quirúrgica con seda 3-0. Se envía el espécimen quirúrgico al Servicio de Patología Bucal de la institución con la impresión diagnóstica clínica de lipoma. El paciente evolucionó satisfactoriamente a los siete días. Se aprecia una adecuada cicatrización con una herida quirúrgica sin datos de infección o dehiscencia, aun con los puntos de sutura en la posición que cumplen su función, los cuales se retiran; el resto fue sin alteraciones aparentes (*Figura 2*).

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

Descripción microscópica

Se encuentra formado por tejido adiposo maduro entremezclado con tejido conjuntivo fibroso y bandas de fibras colágeno en disposición irregular, bien vascularizado y con presencia de ácinos glandulares de tipo mucoso, así como en sus conductos y aras de tejido linfóide. Hacia la base se observa tejido muscular estriado, cubierto por tejido escamoso estratificado paraqueratinizado con áreas de acantosis.

Descripción macroscópica

Se reciben 2 fragmentos de tejido blando, de forma ovoide, de superficie lobulada, de consistencia firme, de color amarillo y con áreas café claro en la periferia, que miden en conjunto 3.4 x 2.1 x 1.1 cm (*Figura 3*).

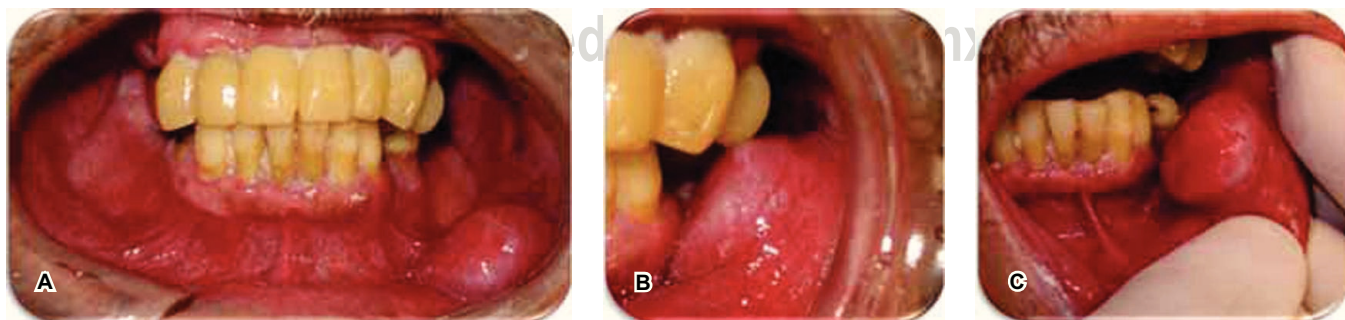


Figura 1. A, B, C. Características clínicas de la lesión.

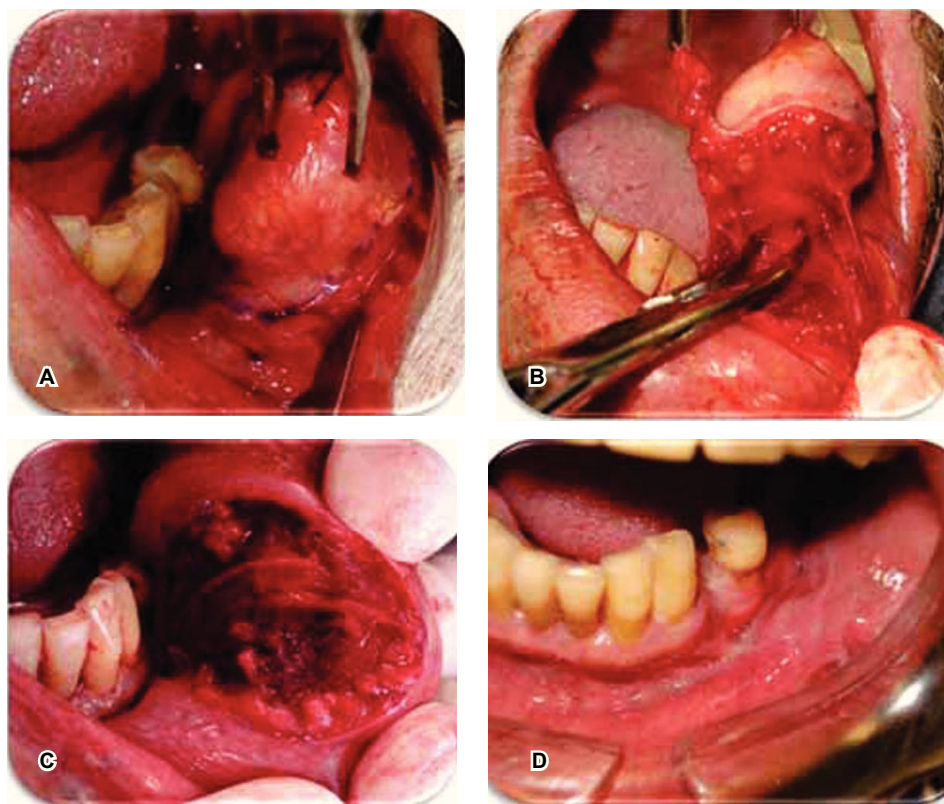


Figura 2. A) incisión, B) disección, C) lecho quirúrgico, D) postoperatorio.

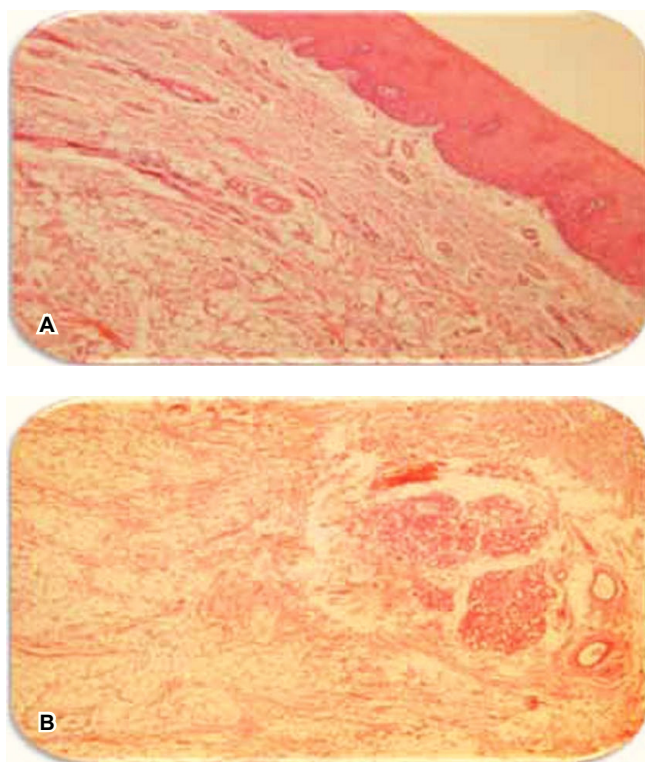


Figura 3. Estudio histopatológico.

Diagnóstico histopatológico

Se trata de sialolipoma.

DISCUSIÓN

El caso que presentamos de sialolipoma, sería el número 19 reportado en la literatura. Hallamos que fue una lesión de larga evolución asintomática, de aproximadamente 3 cm de diámetro correspondiente con lo estimado en otros reportes, el cual presentó en su superficie una coloración blanco amarillenta, debido al traumatismo provocado por el área de fricción que presentaba con los órganos dentarios adyacentes, por lo que se decide al momento de la toma de la biopsia excisional, la excisión de la mucosa que le recubre, misma que arroja en el resultado histopatológico tejido escamoso estratificado paraqueratinizado. Así mismo la presencia de tejido fibroso que la recubre en su totalidad y la descripción microscópica de nuestra lesión nos permite confirmar el diagnóstico con la presencia de ácinos glandulares y sus estructuras ductales, siendo éstas con base en el diagnóstico. Podemos apreciar entonces, que la mayoría de las características clínicas e histopatológicas de nuestra

lesión corresponden a lo ya publicado por diversos autores (Nagao 2001, Naomi 2007) y la correlación de las características clínicas, pero de forma más importante, los hallazgos histopatológicos nos dan la pauta para el resultado final de sialolipoma.¹⁻⁴

CONCLUSIONES

El sialolipoma es una entidad infrecuente que cursa asintomática a menos que sea relacionado a la glándula parótida. El color amarillento es característico de la lesión, pero puede presentar cambios en la mucosa que lo recubre a causa de los factores irritativos locales.

La excisión quirúrgica es el tratamiento definitivo y de elección para este tipo de lesiones. La presencia de los ácinos y estructuras ductales glandulares son lo que nos confirma el resultado histopatológico de la lesión.

REFERENCIAS

1. Nagao T, Sugano I, Ishida Y, Asoh A, Munakata S, Yamazaki K et al. Sialolipoma a report of seven cases of a new variant of salivary gland lipoma. *Histopathology* 2001; 38: 30-36.
2. Naomi Ramer et al. Sialolipoma: report of two cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 104: 809-813.
3. Takayoshi Sakai et al. Sialolipoma of the hard palate. *J Oral Pathol Med*; 35: 376-378.
4. Yu-Ju Lin et al. Sialolipoma of the floor of the mouth: a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 2004; 20: 410-444.
5. Fregnani, ER et al. Lipomas of the oral cavity: clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2003; 32: 49-53.
6. Hornigold R, Morgan, PR et al. Congenital sialolipoma of the parotid gland first reported case and review of the literature. *Int J of Ped Otorhinolaryngol* 2005; 69: 429-434.
7. Ioannis George-Akrivos Michelidis et al. Sialolipoma of the parotid gland. *J Craniofac Surg* 2006; 34: 43-46.
8. Parente P, Longobardi G, Bigotti G. Hamartomatous sialolipoma of the submandibular gland: case report. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2008; 46: 599-600.

Dirección para correspondencia:
Rafael Ruiz Rodríguez
E-mail: raruro@yahoo.com