

Mixolipoma en la lengua. Presentación de un caso

Myxolipoma in the Tongue. Report of a Case

Yamily González Cardona ¹, Cecilia Parladé Formell ², Mirian Vivar Bauzá ³, Martha Bruna Rodríguez Milord ⁴

1. Especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo Facial. Asistente. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
2. Especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo Facial. Asistente. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo Facial. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
4. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de Primer Grado en Oftalmología. Profesor Auxiliar. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

RESUMEN

El lipoma es una neoplasia benigna formada por tejido adiposo, que posee una distribución general relativamente común; pero su frecuencia en la boca es baja, donde no alcanza ni el 1 % de las neoplasias benignas. Los primeros reportes de lipomas en la cavidad bucal fueron hechos por Mc Gregor y D.P. Dyson en 1966. La presentación clínica típica es de una lesión redondeada, de consistencia blanda, bien delimitada, de color amarillento, de crecimiento lento. Dentro de la boca su localización más común es carrillo, suelo de boca y lengua. Como una rareza se han informado lipomas en el hueso mandibular y seno maxilar. Se presentó el caso de un paciente, de 35 años de edad, con antecedentes de ser operado hace ocho años de una lesión similar en la misma área. Refirió hace cinco años le apareció este crecimiento asintomático. Se le indicaron exámenes complementarios y una biopsia por ponchaje que arrojó como resultado mixolipoma. Se le realizó exéresis tridimensional y plastia, con buenos resultados. En la actualidad se sigue en consulta.

Palabras clave: mixolipoma, lengua, neoplasias benignas, boca.

ABSTRACT

A Lipoma is a benign neoplasm composed of adipose tissue that has a general distribution relatively common but its frequency is low in the mouth, which does not even reach 1 % of benign neoplasia. The first cases with lipomas in the oral cavity were reported by Mc Gregor and D. P. Dyson in 1966. The lesion typical clinical presentation is rounded, of soft consistency, well-demarcated, yellowish and slow growing. In oral cavity its most common location is the cheek, floor of the mouth and tongue. Lipomas have been rarely reported in the mandibular and maxillary sinus bone. A 35-year-old male patient was reported in this article. The patient had undergone a surgery eight years ago of a similar injury and five years ago this asymptomatic growth appeared. Examinations and punch biopsy were indicated. The results showed a myxolipoma. The patient underwent three-dimensional exeresis plasty with good results. The patient is currently followed up in medical consultation

Keywords: myxolipoma, tongue, benign neoplasia, oral cavity.

INTRODUCCIÓN

El lipoma es una neoplasia benigna formada por tejido adiposo, que posee una distribución general relativamente común; su frecuencia en la boca es baja, donde no alcanza ni el uno por ciento, de las neoplasias benignas¹.

Los primeros reportes de lipomas en la cavidad bucal fueron hechos por Mc Gregor y D.P. Dyson en 1966. Posteriormente fueron publicados lipomas de significancia clínica en la región máxilo-facial en 1973 por Greer y Richardson.

La forma de presentación clínica típica es de una lesión tumoral de crecimiento lento y asintomática, de consistencia blanda que se manifiesta al causar desplazamiento y compresión de estructuras adyacentes cuando alcanza un gran tamaño. Se presenta de forma redonda o lobulada, con un tamaño que varía de uno a dos cm, de superficie lisa bien delimitada, con una base sésil o pediculada de color amarillo, los vasos sanguíneos suelen ser evidentes sobre el tumor y el epitelio sobre él se mantiene intacto².

El conocimiento de los lipomas intramusculares es de vital importancia debido a que son un diagnóstico diferencial de los liposarcomas, por su tamaño grande, localización profunda y su habilidad para infiltrar los tejidos adyacentes; por tanto su examen histológico es esencial para descartarlos³.

La tomografía computarizada, la resonancia magnética y el ultrasonido se utilizan con gran éxito en el diagnóstico de estas lesiones en la zona de cabeza y cuello. Se ubican en un rango que va de 138 a 83 unidades Hounsfield en la tomografía computarizada, en las cuales los tejidos blandos circundantes tienden a observarse desplazados. En la resonancia magnética se observan hiperdensos tanto en las imágenes T1 como en las T2, y con bordes mal definidos. Aunque con algunas variaciones, los lipomas se observan hiporresonantes en el ultrasonido⁴⁻⁷.

La eliminación quirúrgica de la lesión es el tratamiento de elección, incluyendo glosectomía parcial en casos de lipomatosis de la lengua. Rara vez se observan recurrencias^{8, 9}.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presentó un paciente de 35 años de edad, con antecedentes de operación de hace ocho años atrás de una lesión en la punta de la lengua cuyo diagnóstico histológico fue de lipoma. Acudió a consulta de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Lenin remitido por el área de salud y refirió que desde hace unos cinco años, presentaba aumento de volumen en la misma región, no doloroso, que le provocaba dificultad para hablar y alimentarse.

Al examen físico intraoral se observó lesión redonda, bien delimitada, de aproximadamente dos centímetros de diámetro, de consistencia elástica y color amarillento que se encontraba unida por una base sésil a la punta de la lengua, cubierta por mucosa normal ([fig. 1](#)).



Fig. 1. Vista lateral de mixolipoma de lengua

Al paciente, se le realizaron exámenes complementarios de química sanguínea, ultrasonido de partes blandas de cuello, radiografías de tórax y examen de vías aerodigestivas los cuales son todos normales sin arrojar datos positivos.

Se tomó muestra por ponche resultando mixolipoma.

Se realizó exéresis de lesión con márgenes de seguridad que resultan en glosectomía parcial ([fig. 2](#)). Se observó el cierre del defecto quirúrgico ([fig. 3](#)).



Fig. 2. Resección quirúrgica en "V" de punta de lengua.



Fig. 3. Cierre del defecto quirúrgico

Se evoluciona el paciente en consulta externa, con buenos resultados estéticos y funcionales.

DISCUSIÓN

Los lipomas de la cavidad bucal son relativamente raros. Dentro de la boca su localización más común es carrillo, suelo de boca y lengua. Como una rareza se han informado lipomas en el hueso mandibular y seno maxilar, donde aparecen como una sombra radiolúcida bien delimitada ¹. Suelen ser tumoraciones aisladas o de ser múltiples pueden hacer sospechar los síndromes como la neurofibromatosis y el síndrome de Gardner.

En cuanto a sus características epidemiológicas se presentan con mayor frecuencia en la cuarta o quinta década sin que exista una clara predisposición sexual, aunque Santana apunta una ligera predilección por las mujeres y otros autores opinan que, en una proporción de 2,5:1, es más frecuente en hombres ^{3,4}.

Histopatológicamente pueden o no tener cápsula. Los adipocitos que lo conforman son idénticos a las células adiposas normales y presentan un citoplasma claro vacuolado y redondeado, con un núcleo excéntrico.

Desde el punto de vista histológico, los lipomas están subdivididos en: lipoma simple, angioliipoma, fibroliipoma, lipoma de células estrelladas o pleomórfico, mioliipoma, mieloliipoma, lipoma condroide, lipoma mixoide, lipoblastomatosis, lipomatosis, hibernoma y lipoma atípico.

A pesar de ser neoplasias benignas pueden, por su crecimiento lento pero sostenido, provocar deformidades que afectan funciones como la de deglutir y la fonación, e incluso comprimir estructuras nerviosas y vasculares importantes. Es imprescindible realizar estudios imagenológicos y anatomopatológicos para realizar su correcto diagnóstico diferencial con otras entidades como los sarcomas y el tratamiento siempre va encaminado a su exéresis y plastia de las estructuras involucradas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santa Garay JC. Neoplasias benignas del complejo bucal. En: Atlas de patología del complejo bucal. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1985.p. 180-1.
2. Orozco Ariza J, Fonseca Ricaurte M, Díaz Caballero A. Quiste globulomaxilar de localización inusual. Reporte de un caso .Rev Esp Cir Oral Maxilof. 2009[citado 12 dic 2013]; 31 (5): 329-332.Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n6/original3.pdf>
3. Del Castillo Pardo de Vera JL, Cebrián Carretero JL, Gómez García E. Úlcera lingual inducida por lipoma de la cavidad bucal. Caso clínico. Med Oral. 2004[citado 12 dic 2013]; 9: 163-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-4447200400200010
4. Arreaza A, Lugo M, Lazarde J. Lipoma de la cavidad bucal. Reporte de caso. Acta Odontol Venezolana. 2004[citado 12 dic 2013]; 42 (3) Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/3/lipoma_cavidad_bucal.asp

5. Ono S, Rana M, Takechi M, Ogawa I, Okui G, Mitani Y, et al. Myxolipoma in the tongue. A clinical report and review of the literature. *Head Neck Oncol.* 2011[citado 12 dic 2013]; 3: 50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3259069/>
6. Kaur R, Kler S, Bhullar A. Intraoral lipoma: Report of 3 cases. *Dent Rev J.* 2011[citado 12 dic 2013]; 8 (1): 48-51. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22132015>
7. Furtado Carvalho M, Pinheiro Junquera T, Reis de Souza R, Marques Capistrano H, Das Çracas Afonso M, Chaves M. The importance of early diagnosis of large lipomas in the maxilofacial region. *Rev Cub Estomatol.* 2001[citado 24 abr 2012]; 38 (1): 77-83. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072011000100011&script=sci_arttext
8. Gang M, Aggawal R, Sethi D, Gupta D, Sen R. Intramuscular lipoma of the tongue. *J. Cutan Aesthet Surg.* 2011[citado 24 abr 2012]; 4 (2):152-3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3183726/>
9. Moritani N, Yamada T, Mizobuchi K, Wakimoto M, Ikeya Y, Matsumura T, et al. Atypical lipomatous tumor of the tongue: report of case. *Acta Med Okayama.* 2010 [citado 24 abr 2012]; 64 (4): 257-61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20802543>

Recibido: 30 de mayo de 2013

Aprobado: 5 de junio de 2013

Dra. Yamily González Cardona. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: mayda@cristal.hlg.sld.cu