



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA

**SIALOLIPOMA,
PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO
Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

ROSALBA GÓMEZ PONCE

TUTOR: C.D. ESP. FERNANDO TENORIO ROCHA

MÉXICO, D. F.

AÑO 2008

A:

- ★ Dios ya que sin él no hubiera podido cumplir uno de mis mas grandes sueños.
- ★ Mis padres y hermano por la ayuda que siempre me han otorgado, sobre todo a mi madre ya que sin el amor, esfuerzo y sacrificio que realiza día a día no lo hubiera logrado.
- ★ Mi novio Jesús Enrique Acosta López por estar a mi lado en todo momento, lo cual es invaluable.
- ★ Dr. Fernando Tenorio por todos los conocimientos el tiempo y la paciencia que siempre me brindo y sobre todo por el gran ser humano que es.
- ★ Mis profesores, que a lo largo de mi estancia en la facultad, me compartieron su sabiduría y experiencias laborales.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	6
2.- CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES LIPOMATOSOS BENIGNOS.....	7
3.-LIPOMA.....	8
a) Generalidades	
b) Características clínicas	
c) Características macroscópicas	
d) Histopatología	
4.-CLASIFICACIÓN.....	13
I. Fibrolipoma	15
a) Características clínicas	
b) Características macroscópicas	
c) Características histopatológicas	
II. . Angiolipoma	16
a) Características clínicas	
b) Características macroscópicas	
c) Características histopatológicas	
III. Lipoma mixoide.....	18
IV. Lipoma de células fusiformes	19
IV. Características clínicas	
V. Características macroscópicas	
VI. Características histopatológicas	

V.	Lipoma pleomórfico	22
	a) Características clínicas	
	b) Características macroscópicas	
	c) Características histopatológicas	
VI.	Mielolipoma	25
	a) Características clínicas	
	b) Características macroscópicas	
	c) Características histopatológicas	
X.	Lipoma condroide	26
	a) Características clínicas	
	b) Características macroscópicas	
	c) Características histopatológicas	
XI.	Lipoma intramuscular.....	30
	a) Características clínicas	
	b) Características macroscópicas	
	c) Características histopatológicas	
XII.	Sialolipoma.....	32
	a) Características clínicas	
	b) Características macroscópicas	
	c) Características histopatológicas	
5.-	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	36
6.-	MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.....	36
7.-	TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.....	38

8.-CASO CLÍNICO.....	39
A. Características clínicas	
B. Descripción macroscópica	
C. Descripción microscópica	
9.- CONCLUSIÓN.....	44
10.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
11.-REFERENCIAS DE ILUSTRACIONES.....	49
12.- ANEXOS.....	56

INTRODUCCIÓN

Existe un gran grupo de neoplasias benignas del tejido adiposo que afecta entre otras partes del cuerpo la cavidad oral. Entre ellas podemos mencionar el hamartoma, las lipomatosis y los lipomas. Estas últimas pueden distinguirse histológicamente de acuerdo a sus características individuales o citogenéticamente por la aberración que presenta uno o varios genes en particular.

Los criterios para determinar el diagnóstico no representan una gran dificultad, ya que estos están bien establecidos, pero durante los últimos años se han identificado ciertas características que sugiere que existe una nueva entidad a tomar en cuenta en la determinación del tipo de lipoma a tratar. Por lo que en el siguiente trabajo se especifica la clasificación histológica, anexando al sialolipoma propuesto recientemente como una lesión que se subdivide del lipoma común.

CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES LIPOMATOSOS BENIGNOS

Es ampliamente conocido que las neoplasias benignas lipomatosas representa un grupo de neoplasias que ocasionan algunas molestias, complicaciones y que representan cierta dificultad diagnóstica. Existe una variedad de este tipo de lesiones, con respecto a las lesiones de tipo benigno puede ser clasificado en 5 categorías, que cada una de ellas puede ser subdividida nuevamente. ¹

1. Lipoma, una neoplasia formada por tejido adiposo maduro, representa la neoplasia mesenquimal más frecuente.
2. Variantes de lipoma: son menos frecuentes y difieren del lipoma convencional por sus características microscópicas y clínica en casos particulares.
3. Neoplasias lipomatosas o lesiones hamartomatosas, dentro de esta categoría se encuentran el angiomiolipoma, lipoma muscular e intramuscular, de la vaina tendinosa y neurofibrolipoma.
4. Proliferaciones neoplásicas y no neoplásicas difusas o infiltrantes del tejido adiposo, entre estas se encuentran la lipomatosis difusa, lipomatosis pélvica, lipomatosis simétrica.
5. Hibernoma o neoplasia benigna de la grasa parda. ¹

LIPOMA

Generalidades

La primera descripción de la lesión bucal fue descrita por Roux en 1948 y se refirió a ella como epulis amarillo.²

El lipoma es una neoplasia benigna del tejido adiposo (fig. 1) considerada a su vez como proliferación hamartomatosa, representa la tumoración más común de origen mesenquimatoso.^{3,4}

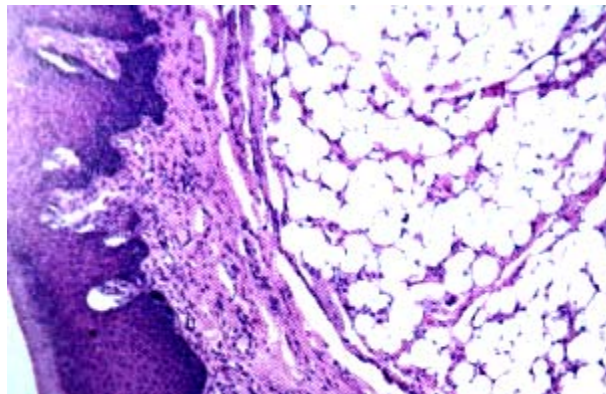


Figura 1. Lipoma. Neoplasia de tejido adiposo maduro⁷

La localización más frecuente es el tronco, porciones proximales de extremidades, en tanto que en cabeza y cuello son menos frecuente (13 al 15%), dentro de esta región la mucosa bucal y la mucosa de fondo de saco o vestíbulo son los sitios más comunes, seguido por los labios, lengua, región submandibular, parotídea, paladar y piso de boca.^{3,5,6,7,8.}

No tienen predilección por género, pero son más comunes en hombres que en mujeres, se presentan en todos los grupos de edad siendo más común entre la 4a a 6a década de la vida y rara la aparición en niños.^{3,5,7,9.}

La patogénesis de los lipomas es incierta, a pesar de ser vistos con mayor frecuencia en personas obesas, el metabolismo de estas neoplasias es independiente al del tejido adiposo de normal del resto del cuerpo; por ejemplo, si la ingesta calórica se reduce, los lipomas no disminuyen de tamaño, en tanto que en el tejido adiposo normal si hay una pérdida o disminución.^{7,10}

Las anomalías citogenéticas clonales han sido identificadas en un 50 % a 80% de los lipomas. La aberración mas común involucra la traslocación entre 12q13-15, otros cromosomas mas comunes son 1,2,3 y 21.¹

Otras anomalías citogenéticas menos comunes incluyen deleciones intersticiales de 13q y traslocaciones que envuelven cromosomas 6p21-23. Anillos supernumerarios o marcadores gigantes de cromosomas derivan de 12q 13-15 son encontradas virtualmente como lipomas atípicos. Rosai et. al. argumentan que anillos o marcadores gigantes encontrados en cromosomas de neoplasias lipomatosas bien diferenciados ayudan a distinguir los lipomas atípicos de los liposarcomas bien diferenciados en pocas células atípicas de un lipoma ordinario¹

**Cuadro 1. ABERRACIONES CROMOSÓMICAS EN
NEOPLASIAS LIPOMATOSAS**

NEOPLASIA	ABERRACIÓN CROMOSÓMICA
Lipoma (ordinario)	Translocación 12q13-15 Delección del 13q
Angiolipoma	Ninguna
Lipoma de células fusiformes	Pérdida de 16q13
Lipoblastoma	Translocación 8q11-13
Hibernoma	Translocación 11q13 10q22

1

Características clínicas

Los lipomas son por lo general masas o aumentos de volumen, de color similar al de la mucosa adyacente (Fig. 2), dependiendo en gran medida la profundidad en la que se encuentre la lesión. Generalmente asintomático; de crecimiento lento, estando presente meses o años previos al diagnóstico.⁷

Los lipomas bucales son de consistencia blanda, superficie nodular o lisa, masas que pueden ser sesiles o pediculadas.

7



Figura 2. **LIPOMA**. Masa nodular de color similar al de la mucosa adyacente.⁴



Figura 3. **LIPOMA**. Neoplasia lingual de 11 cm. de diámetro.⁸

El tamaño promedio que presentan estas neoplasias oscila en 3 cm, pudiendo a llegar a ser de mayor tamaño (Fig. 3).⁷

El crecimiento lento probablemente permite a las estructuras cercanas adaptarse al incremento de la presión¹⁰

Características macroscópicas

- Los lipomas subcutáneos son encapsulados (Fig. 4), redondos que varían en forma y tamaño.^{3,8}
- A la disección muestran ser irregulares, lobulares de color amarillo y de consistencia blanda. (Fig. 5).³

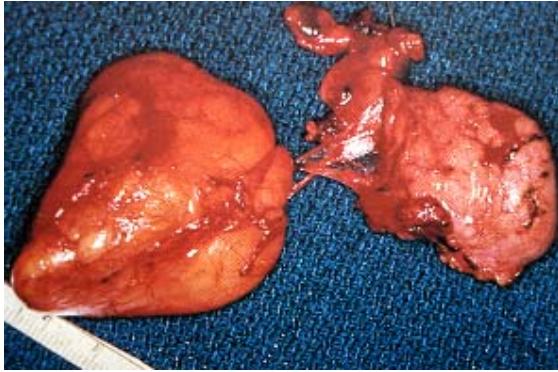


Figura 4. LIPOMA. Neoplasia encapsulada de forma variante³

La neoplasia es usualmente bien circunscrita.⁷



Figura 5. LIPOMA. Características macroscópicas.⁴

Histopatología

Los lipomas se encuentran formados por la acumulación de adipocitos maduros, que se encuentran rodeados o bien delimitados por una delgada cápsula de tejido conjuntivo fibroso (Fig. 6), que inclusive se introducen y forman septos en el interior de la neoplasia conformando una distribución en lóbulos(Fig. 7).^{4,7}

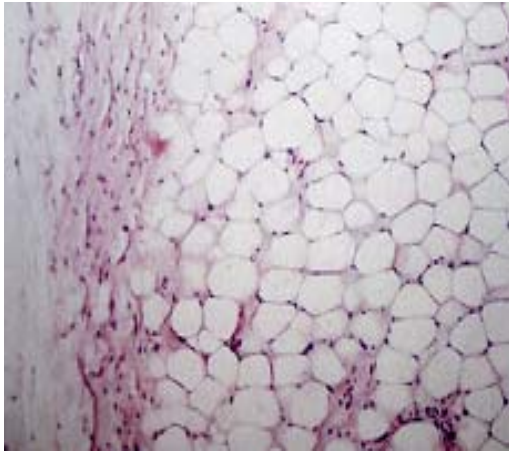


Figura 6.LIPOMA. Acumulación de adipositos maduros.⁴

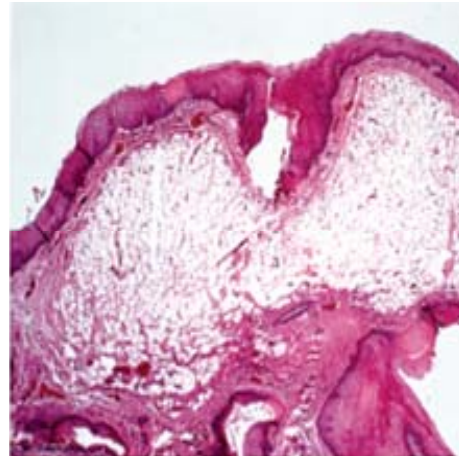


Figura 7.LIPOMA. Dividido en lóbulos con trabeculado fibrovascular⁵

CLASIFICACIÓN

Los lipomas han sido subdivididos en distintas variantes basadas en las diferencias histopatológicas, entre los que se encuentran el fibrolipoma, siendo la variante más común y caracterizada por la presencia de componente fibroso entremezclado con células adiposas; entre las variantes menos frecuentes se encuentran el angioliipoma (tejido adiposo y vasos sanguíneos de pequeño calibre), lipoma mixoide (exhibe un fondo mucoide el cual puede ser confundido con liposarcomas mixoides), lipoma de células fusiformes (adipocitos maduros entremezclados con adipocitos de forma fusiforme), pleomórfico (células fusiformes, formas aberrantes, células gigantes hipercromáticas, complicando el diagnóstico con un liposarcoma pleomórfico), y por último el intramuscular o infiltrante. ^{4.7}

Cuadro 2. CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA DE LIPOMA	
Lipoma	Características histológicas
Fibrolipoma	Estroma fibroso
Angioliipoma	Prominente vasculatura y músculo liso
Mixiolipoma	Estroma mixoide
Lipoma de células ahusadas	Células ahusadas
Lipoma pleomorfo	Células pleomórficas
Myelolipoma	Elementos de hueso y / o médula
Condro u osteolipoma	Metaplasia ósea o condroide
Lipoma intramuscular o infiltrante	Intramuscular o infiltrante

Sialolipoma	Elementos de glándulas salivales, ductos y acinos.
-------------	--

3,4,7

Fibrolipoma

Son lesiones que exhibe gran cantidad de tejido conjuntivo así como haces de fibras colágena formando conglomerados de adipocitos.^{2,4,7,11}

Se encuentran mas frecuentemente en mujeres que en hombres.¹²⁾

66% de los tumores ocurren en la 5ª a 6ª década de la vida.¹³

El sitio de localización frecuente en cavidad bucal es el carrillo seguido por la lengua, piso de boca, surco vestibular, labios, paladar y área retromolar.¹³

Características clínicas

Son aumentos de volumen bien circunscritos, de consistencia blanda, móvil que por lo general es asintomático, de color similar al de la mucosa adyacente o color amarillo.¹² En el caso de ser lipomas intraóseos radiográficamente son diagnosticados como áreas radiolucidas bien delimitadas.

Características macroscópicas

Son masas amarillas, lobuladas, bien encapsuladas, una característica importante es que la pieza quirúrgica al introducirla al formol o a la solución fijadora, por lo general flota.^{4,12,14}

Características histopatológicas

La evaluación microscópica muestra la presencia de células poligonales y núcleo rechazado a la periferia, agrupadas en nidos y separadas por septos de tejido conectivo fibroso.^{15,16}

El tejido adiposo maduro es entremezclado por bandas anchas y fascículos de tejido conectivo denso.¹²

El fibrolipoma aparentemente puede ser distinguido histopatológicamente pero no citogenéticamente.¹⁷

Anqiolipoma

Las neoplasias subcutáneas de las extremidades y el tronco; comprenden aproximadamente el 10% de las neoplasias del tejido adiposo.^{1,18.}

Características clínicas

Este es el único lipoma que es sintomático, característicamente doloroso o tiende a ello, por lo general durante las fases de crecimiento temprano.^{4,10.}

Un dolor ligero o malestar a menudo se nota cuando la presión es aplicada o las lesiones son comprimidas o desplazadas el dolor parece estar relacionado a la vascularidad de las lesiones. ^{1, 18.}

Características macroscópicas

Estos son amarillos, firmes, bien circunscritos de 1 a 4 cm. de diámetro, pueden tener una apariencia amarillo – rojo al corte de la superficie reflejando el grado de vascularidad. ^{18.}

Son siempre localizados en dermis reticular como nódulos amarillos con áreas rojas o rosas. ¹

Características histopatológicas

Los compuestos vasculares comprenden de 5 al 50% más de la neoplasia, consiste en grupos de capilares y ocasionalmente vasos de amplio calibre. ^{18,2}

Los angioliomas subcutáneos tienen un normal cariotipo. Por esta razón ellos han sido considerados como un hamartoma de vasos sanguíneos y tejido adiposo más que una neoplasia. ^{18.}

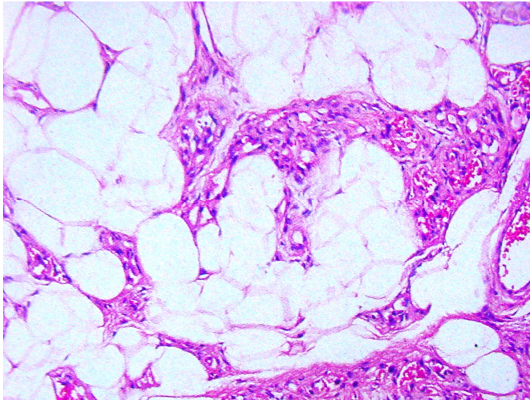


Figura 8. ANGIOLIPOMA. Mezcla de adipocitos y canales vasculares¹

Histopatológicamente se observan adipocitos maduros con vasos sanguíneos (Fig. 8).^{18.}

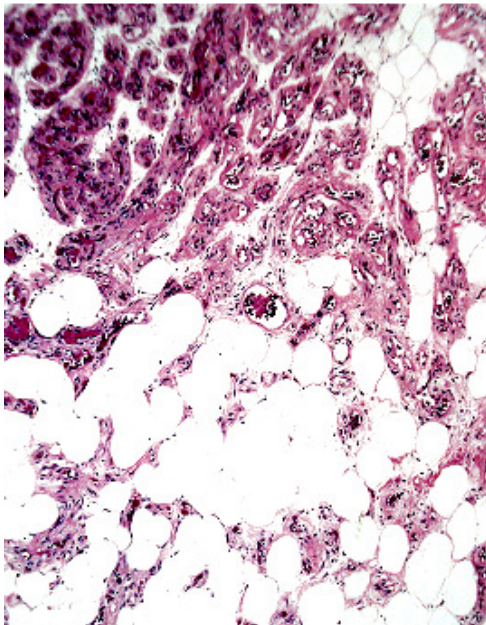


Figura 9. ANGIOLIPOMA. Vesículas pequeñas que aparentan infiltrarse entre adipocitos¹⁸

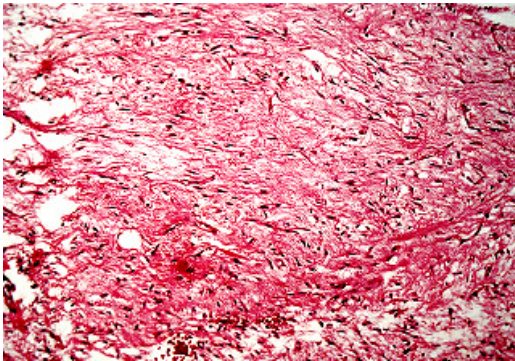
Las células adiposas maduras son separadas por una brecha de numerosas vasos sanguíneos el cual puede contener trombos (Fig.9).^{1,4.}

En algunas instancias el componente vascular puede casi completamente dominar la neoplasia.^{4.}

Lipoma mixoide

Tiene un estroma mixoide en el centro observándose un fondo mucoide que puede llegar a ser un reto diagnóstico y ser confundido con liposarcoma mixoide^{7,2.}

Lipoma de células fusiformes



Exhibe áreas de células ahusadas uniformes entremezcladas con adipocitos normales (Fig. 10)²

Figura 10 LIPOMA DE CÉLULAS FUSIFORMES. Mezcla variable de tejido adiposo y células ahusadas¹⁸

El lipoma de células fusiformes es de crecimiento lento. La localización más frecuente es la cintura escapular, cavidad bucal, laringe, bronquios, y por lo general entre la 5^{a.} y 7^{a.} década de la vida.^{1,18.}

Características clínicas

Se manifiesta con un crecimiento y solitario circunscrito, firme por lo general asintomático o nódulo subcutáneo.^{1,18.}

Características macroscópicas

Las neoplasias son encapsuladas, lisas y de forma oval con tamaño aproximado de 3 a 5 cm. de diámetro. De color amarillo o amarillo gris. ^{18.}

Características histopatológicas

Histopatológicamente notable por el reemplazo de adipocitos normales por células fusiformes semejantes a fibroblastos. ^{4(MARX)}

El componente general de la neoplasia puede ser predominante ya sea uno u otro componente de la lesión (Fig. 11).⁴

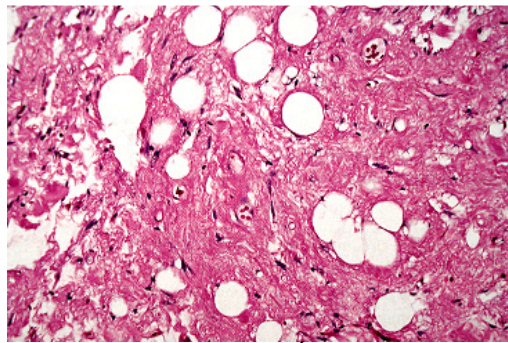


Figura 11 LIPOMA DE CÉLULAS FUSIFORMES. Adipocitos desplazados por células ahusadas. ¹⁸

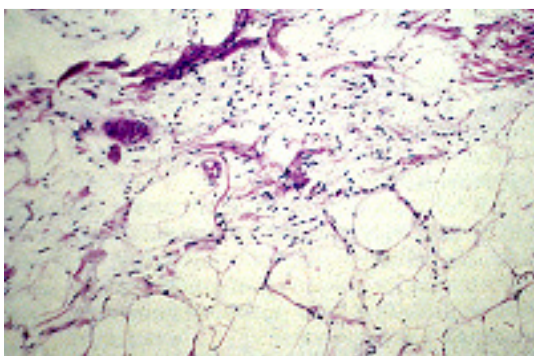


Figura 12 LIPOMA DE CÉLULAS AHUSADAS. Distribución localizada. ³

Algunas veces la proliferación de células ahusadas es localizada, son usualmente pequeñas, elongadas y distribuidas al azar (Fig. 12). ^{18.}

Ocasionalmente ellos pueden mostrarse en palizada o fascicular. Pueden mostrar pequeñas vacuolas citoplasmáticas, no hay evidencia de mitosis, con

alguna variabilidad en el núcleo. Las células fusiformes están separadas por variable cantidad de colágena. ^{1,18.}

Estructuralmente los lipomas de células fusiformes se asemejan a fibroblastos conteniendo gotas de lípidos en su citoplasma. ^{18.}

La intervención de adipocitos maduros se asemeja a grasa normal. No hay lipoblastos presentes. Pocas neoplasias tienen un prominente patrón vascular y este puede asemejar un linfangioma o un hemangiopericytoma en algunas áreas. ^{18.}

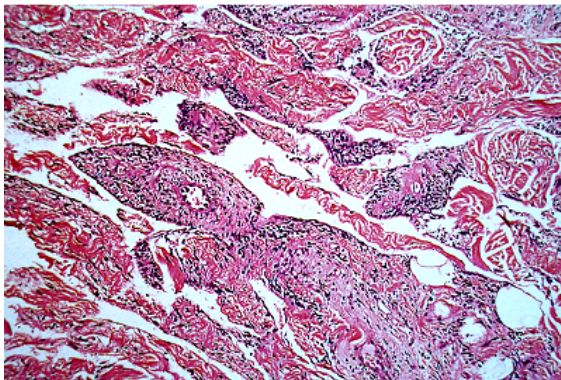


Figura 13. LIPOMA DE CÉLULAS FUSIFORMES. Variante pseudoangiomatosa ¹⁸

Otras ocasiones existen espacios irregulares y secciones con tejido conectivo de aspecto angiomaatoide, (variante pseudoangiomatosa) (Fig. 13). ^{18.}

En el pasado el lipoma de células fusiformes era confundido con el liposarcoma, pero la ausencia de lipoblastos multivacuolados y la ausencia de atipia nuclear importante excluyen al liposarcoma. ^{18.}

El estudio de la citogenética generalmente muestra aberración en 16q o pocas partes de 16q un descubrimiento distinto de liposarcoma. ^{18.}

Lipoma pleomórfico

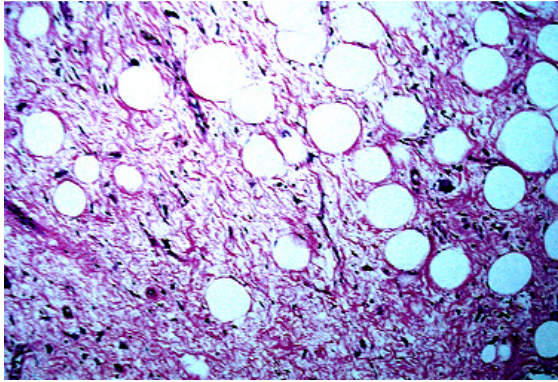


Figura 14. LIPOMA PLEOMORFICO. Mezcla de células gigantes, tejido adiposo, colágena y áreas mixoides.¹⁸

Cuando las células ahusadas aparecen atípicas o entremezcladas con células gigantes pleomórficas con o sin núcleos (Fig. 14), alargados hiper Cromáticos se denomina lipoma pleomórfico.¹⁸

Características clínicas

Tienen una predilección por la región triangular posterior de cabeza, hombros y espalda en hombres de 45 años.^{1,4}

Este se presenta como una masa lisa subcutánea en promedio de 5 cm. de diámetro.¹⁸

Características macroscópicas

Son bien delimitados, lobulados, masas blandas con formas esféricas u ovoides y la superficie es de color amarillo a gris.¹⁹

Características histopatológicas

Notable por tener células gigantes atípicas y núcleos hiper Cromáticos.⁴

Consiste en células de adiposas maduras pleomórficas y multinucleadas por lo general acompañado por células inflamatorias de tipo crónico en un estroma mixoide.⁴

Estas células gigantes están dispersas y frecuentemente tienen un ordenamiento concéntrico parecido a flores de núcleos múltiples sobre citoplasma eosinofilo.¹

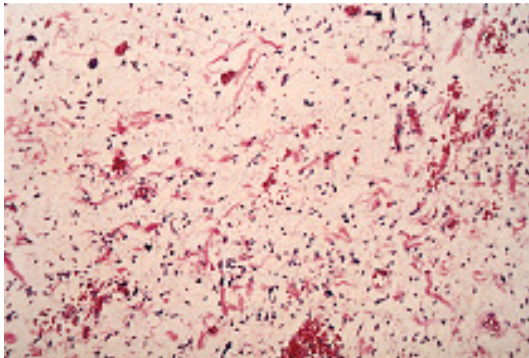


Figura 15. LIPOMA PLEOMORFICO. Exhibe grandes cambios mixoides.⁴

El estroma es mixoide entremezcladas con áreas de fibras colágenas. (Fig.15).

⁴

En suma las células se asemejan a lipoblastos, células ahusadas y gigantes ya sean uni o multinucleados.¹⁸

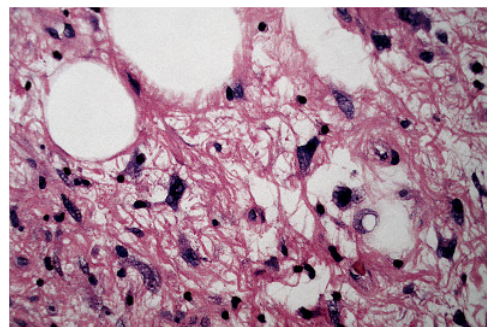


Fig. 16. LIPOMA PLEOMORFICO. Células exhibiendo un núcleo hiper cromático.¹

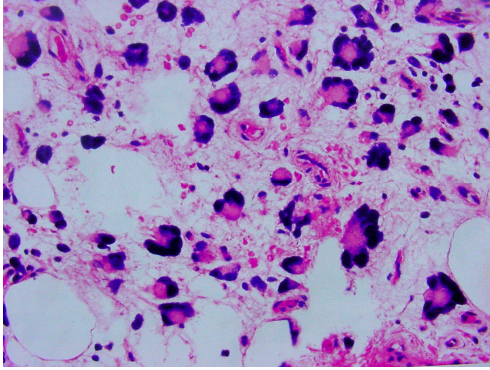


Figura 17. LIPOMA PLEOMORFICO. Células gigantes y núcleos traslapados que se asemejan a flores.¹

El lipoma pleomorfo puede ser distinguido por las células gigantes (característica que le da el núcleo pleomorfo). (Fig. 17).¹⁸

Formas transicionales entre los lipomas de células fusiformes y lipomas pleomorficos no son incommunes.¹

Los lipomas pleomorficos se asemejan a los de células fusiformes citogeneticamente con poca consistencia del material cromosómico 16q.¹⁷(WEEDON) También existe aberraciones de brazos en el cromosomas 13.¹

Mielolipoma

Es una proliferación hamartomosa encontradas en glándulas adrenérgicas o pelvis del tejido blando, comúnmente en personas de más de 40 años.⁴(MARX)
¹(WEISS)

Características clínicas

Pequeñas neoplasias que tienden a ser asintomáticas, existen también neoplasias de mayor tamaño que pueden causar dolor abdominal, constipación y náusea.¹

Características macroscópicas

Tienen las características de un lipoma pero cuando los elementos mieloides prevalecen la neoplasia presenta un aspecto grisáceo o grisácea rojiza lobular. Esta lesión raramente crece más de 5 cm.¹

Características histopatológicas

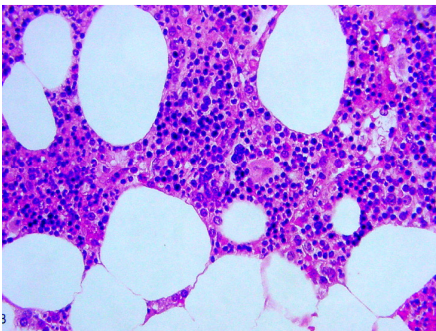


Figura 18 MIELOLIPOMA. Mezcla de células de grasa madura y elementos de médula ósea.¹

La lesión es compuesta de una mezcla de elementos óseos y adipocitos en proporciones variables. Fig. 18).¹

Lipoma condroide

La variante condroide de tumor lipogenico fue descubierta por Meis y Enzinger en 1993.¹⁸

El condrolipoma es una neoplasia poco frecuente benigna encontrado en tejido subcutáneo predominantemente alrededor de los miembros de los adultos jóvenes.¹ Este lipoma tiene una predilección por el género femenino.⁵

El nombre de condro u óseo lipoma enfatiza la presencia de características cartilaginosas dentro de una lesión predominantemente lipogenica.²⁰

La metaplasia ósea o cartilaginosa en un lipoma es relativamente rara encontrando características de madurez, comenzando con el cartílago o hueso en formación entre las neoplasias de tejido adiposo. La patogénesis esta

relacionada con la osificación endocondral, por células endocondrales pluripotentes en el tejido adiposo. ⁵

El lipoma óseo es raro. Son menos comunes que los condrolipomas y han sido reportados en muchos sitios incluyendo escapula, cuello, cráneo, pero raramente en la cavidad bucal. ²¹

También han sido llamados lipomas osificantes o lipomas óseos. ²¹

Desde 1961 los casos de osteolipomas en la cavidad bucal han sido descritos en la lengua, región sublingual, bucal mandibular fondo de saco y región submandibular. ²¹

Características clínicas

Los osteolipomas se caracterizan por un aumento de volumen lobulado doloroso a la masticación o palpación, en tanto que los condrolipomas son por lo general lobulados, bien circunscritos, móviles; ambos del mismo color de la mucosa o amarillos. ^{21,5}

Características macroscópicas

Los osteolipomas se presentan como una masa nodular bien delimitada y encapsulada de consistencia blanda y color amarilla, su tamaño oscila entre 1 a 11 cm. Algunas lesiones son localizadas enteramente dentro del tejido subcutáneo. ^{1,18}

Características histopatológicas

Microscópicamente el condrolipoma tiene un modelo lobular y formación de anillos y nidos de células redondas entremezclado con material condroide y áreas hialinizadas.¹

Algunas células tienen citoplasma granular eosinofilo mientras que otros tienen vacuolas lipídicas simulando lipoblastos (Fig. 19).¹

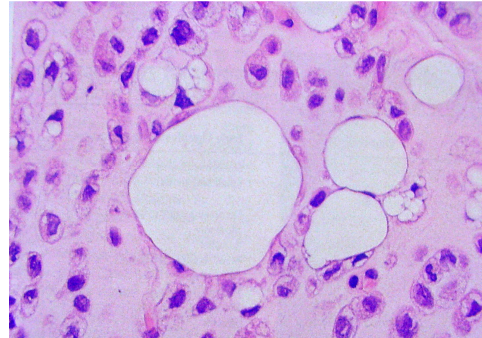


Figura 19. LIPOMA CONDRIDE. Adipocitos maduros asociadas con células vacuoladas las cuales simulan lipoblastos.¹

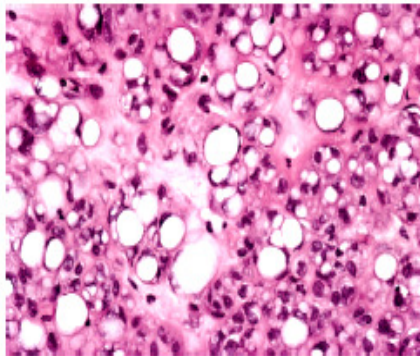


Figura 20. LIPOMA CONDRIDE. Exhibe material mixoide, condroide y adipocitos maduros.⁵

El estroma consiste en una mezcla de adipocitos maduros material mixoide, condroide y tejido fibroso hialino (Fig. 20).²⁰

Debido al parecido de los adipocitos a lipoblastos el condrolipoma ha sido previamente mal diagnosticado como liposarcoma o condrosarcoma. Esta diferencia por la ausencia de patrón vascular plexiforme y la presencia de estroma parecido al condroide.²⁰

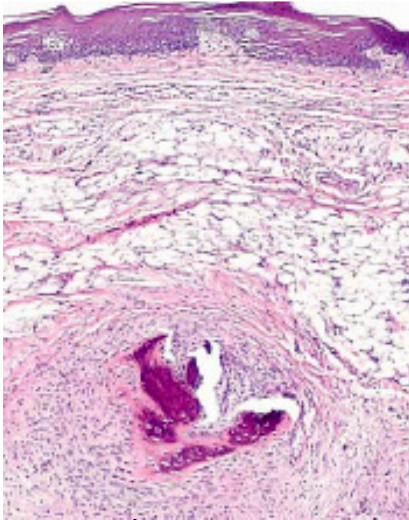


Figura 21 ÓSEOLIPOMA. Adipocitos maduros en un estroma de tejido conectivo fibroso.²¹

El osteolipoma se encuentra formado por adipocitos maduros en un estroma de tejido conectivo fibroso y septos de tejido conectivo (Fig. 21).²¹

Áreas focales de hueso entrelazado rodeado de células mesenquimales fusiformes a través de la lesión. (Fig. 22)²¹

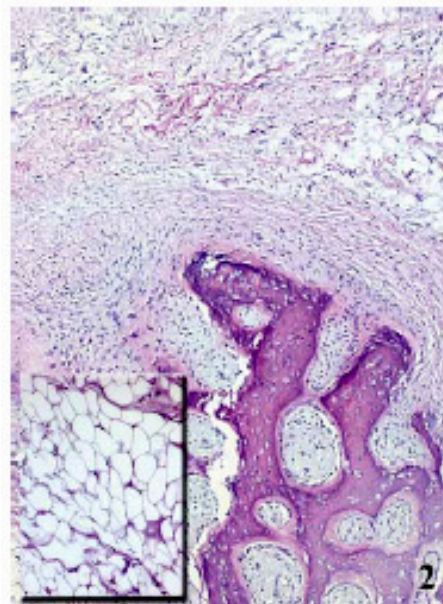
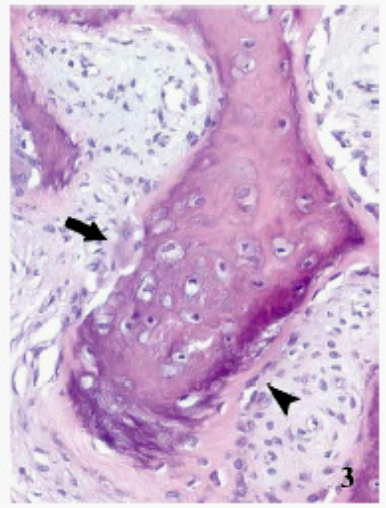


Figura 22. ÓSEOLIPOMA. Células mesenquimales rodeando áreas de hueso.²¹



El trabeculado óseo muestra actividad osteoblástica y osteoclastica (Fig. 23).²¹

Figura. 23 ÓSEOLIPOMA.
Actividad celular²¹

De acuerdo con Nielsen en el condrolipoma las células tienen características de adipocitos maduros sin aspecto de tejido adiposo multilocular o grasa parda, y diferenciación condroblástico.¹

Varios casos han sido reportados con t (11; 16) ambos volviendo 11 q 13. Esto es de interés ya que 11 q 13 han sido aberraciones reportadas en hibernomas.¹

Lipoma intermuscular o intramuscular o intramuscular infiltrativo

Esta es una variante significativa del lipoma ya que infiltra planos profundos a menudo músculo. También llamado lipoma infiltrado.^{4,1}

La neoplasia ocurre en adultos, mas comúnmente durante la 3^o a 6^o década de la vida con una predilección por hombres.^{1,6,12}

Puede ocurrir en la región bucal y maxilofacial más comúnmente en la lengua.

Características clínicas

Su crecimiento es lento y doloroso a menudo comienzan solo durante la contracción muscular cuando la neoplasia es convertida en una masa esférica firme. ^{1, 6,11}

En la disección longitudinal a menudo asume una apariencia estriada debido a la proliferación de adipocitos entre las fibras musculares. (Fig. 24)¹

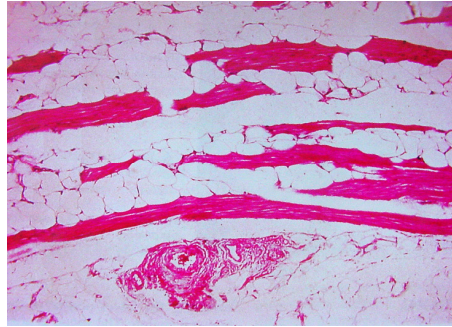


Fig. 24 LIPOMA INTRAMUSCULAR. Exhibe un gradual reemplazo de tejido muscular por adipositos. ¹

Características macroscópicas

Son completa o parcialmente encapsulados de aspecto amarillo-blanco, a la disección se observa una superficie lobulada.¹

Características histopatológicas

Se caracteriza por tejido adiposo maduro que infiltra planos profundos y músculo atrofiado, ausencia de pleomorfismo celular e hipercromatismo nuclear y poca actividad mitótica. ^{6,11}

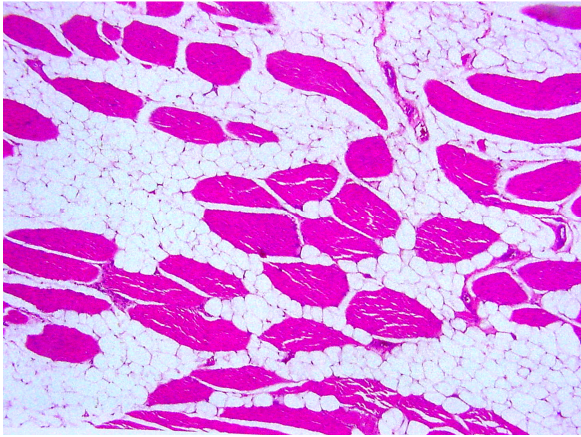


Figura. 25 LIPOMA INTRAMUSCULAR.
Infiltración de adipocitos en el tejido muscular.¹

Se observan adipocitos que se infiltran en el músculo de una manera difusa provocando grados diversos de atrofia muscular (Fig. 25).¹

Sialolipoma

Es una nueva variante de lipoma de las glándulas salivales el cual fue propuesto primeramente por Nagao en el año 2001.²²

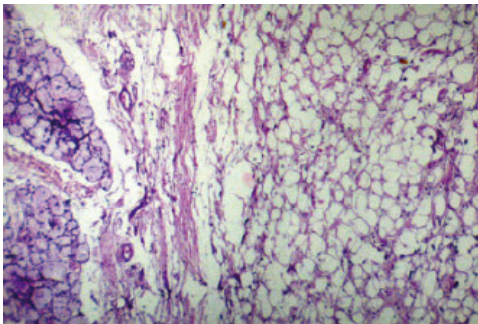


Figura 26. SIALOLIPOMA. Muestra adipocitos maduros y tejido de glándulas salivales separada por tejido fibroso.²⁴

Según Nagao es una proliferación lipomatosa que contiene estructuras acinares y ductales limitado por un delgado tejido fibroso (Fig. 26).²⁴

El sialolipoma puede ocurrir en cualquier localización donde se encuentre tejido adiposo y de glándulas salivales.²³

Constituyen del 1 al 3 % de todas las neoplasias parotídeas.²⁵

Es bien conocido que las glándulas salivares mayores son la localización más común de lipomas en la región oral y maxilofacial.²²

Tiene una predilección por hombres, en la 5^o y 6^o década de la vida. ^{23,26}

La presencia de una capsula fibrosa distingue al sialolipoma de lipomatosis, el cual constituye una aposición de tejido adiposo a través de la glándula, resultando un decremento difuso. La lipomatosis puede ocurrir en asociación con diabetes, cirrosis, alcoholismo crónico, malnutrición y disturbio hormonal. ^{26,27.}

El termino adenolipoma o lipoadenoma es aplicado a una neoplasia bien circunscrita con distintivo glandular y componentes adiposos. Dichos términos puede implicar que la proliferación neoplásica de ambos componentes glandulares y adiposos ocurra, estas lesiones podrían incluir al hamartoma (masa desorganizada pero especializada de células maduras o de tejido que proviene del sitio particular); un adenolipoma contiene tejido adiposo maduro y tejido glandular. ²⁶

Características clínicas

Pueden ser masas pediculadas, de crecimiento lento, con dolor intermitente o ser totalmente asintomáticos. ^{24, 25,26}

Características macroscópicas

Son neoplasias encapsuladas de consistencia blanda de color amarillo, de aspecto lobulado que miden de 1 a 6 cm. en la glándula parótida y de 1 a 3 cm. las glándulas salivares menores. ^{22, 23,24, 25, 28}

Son de color amarillo blanco con una superficie lisa, a la disección tiene superficie lobular de consistencia blanda (Fig. 27).²⁸



Fig.27 SIALOLIPOMA. Neoplasia de color amarillo, encapsulada de la glándula parótida.²⁶

Características histopatológicas

Las neoplasias esta compuesta de tejido glandular y elementos adiposos maduros.²⁶

Caracterizado por islas de elementos epiteliales y glándulas salivales entremezcladas en tejido adiposo maduro (Fig. 28), e islotes epiteliales que consisten uniformemente en unidades de ductos acinares normales de parénquima de glándulas salivales. También contienen células basales y mioepiteliales y se asemejan estrechamente a las composiciones celulares y estructurales del tejido normal de las glándulas salivales.²⁶

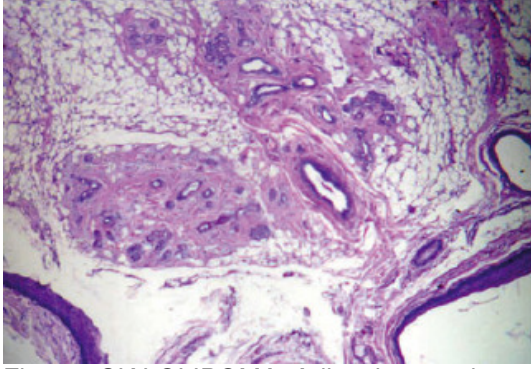


Fig. 28 SIALOLIPOMA. Adipocitos maduros, acinos y ductos.²⁴

Compuestos por tejido adiposo maduro con focos dispersos de acinos y ductos en un estroma de tejido conectivo fibroso denso y laxo.²⁸

Músculo esquelético y vasos sanguíneos también han sido reportado (Fig. 29).²⁴

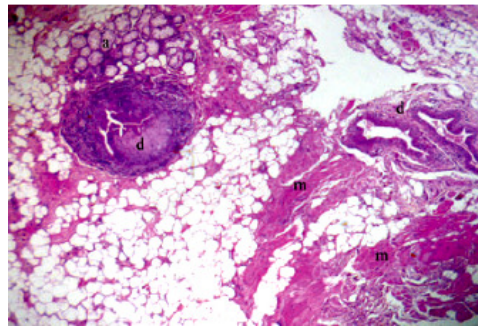


Fig. 29 SIALOLIPOMA. Islas de acinos y ductos, músculo esquelético rodeado de proliferación lipomatosa.²⁴

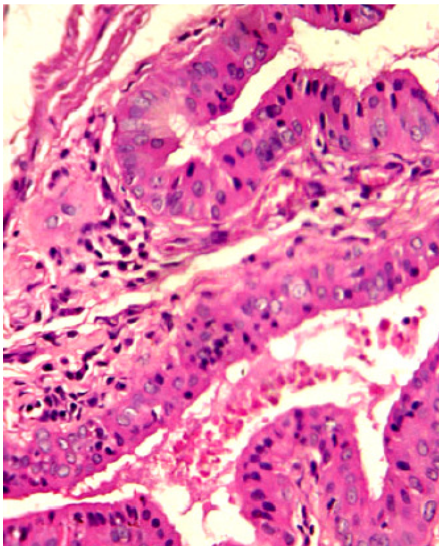


Fig.30 SIALOLIPOMA. Ductos dilatados con protecciones²⁴

Se han descrito hileras de células oncocíticas formando una doble capa así como proyecciones papilares dentro del lumen del ducto (Fig. 30).

Algunos autores hacen mención de lesiones lipomatosas que no están dentro de la clasificación descrita por Marx, dicha lesión es el lipoblastoma benigno el cual ocurre en infantes y personas jóvenes, compuesto por lóbulos múltiples de células adiposas maduras separadas por septos fibrosos (Fig. 31).^{3, 18}

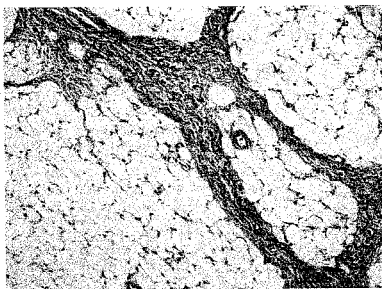


Fig. 31 LIPOBLASTOMA. Múltiples lóbulos separados por un septo.¹

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los lipomas solitarios de cabeza y cuello en particular los de cavidad bucal, podrían simular otras entidades clínicas benignas. El diagnóstico diferencial microscópico de sialolipoma incluye lesiones de glándulas salivales con extensivo tejido adiposo como la lipomatosis, el lipoadenoma y el hamartoma los cuales son los más probables incluyendo a el adenoma pleomorfo.
22,24,27,28

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

Especificaciones diagnósticas de lipoma en la cavidad oral

La tomografía computarizada, la ultrasonografía y la imagen de la resonancia magnética MRI son usadas adjuntamente en las investigaciones de las lesiones de la boca. En la ultrasonografía el lipoma a menudo se manifiesta como áreas hipoecoicas.¹⁰

El MRI es superior en el contraste de un lipoma son particularmente usadas para observar la infiltración en la cavidad bucal.¹⁰

MRI es posible confirmar el diagnóstico por visualización de grasa equivalente al valor e intensidad (Fig. 32).²⁹

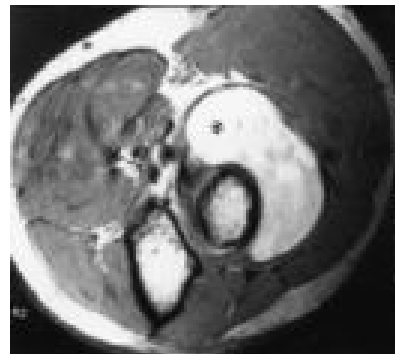


Figura. 32 Imagen de Resonancia Magnética³⁰

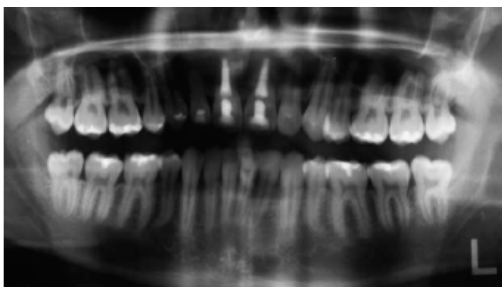


Figura. 33 Imagen de radiografía panorámica.³¹

En lipomas intraóseos las radiografías son útiles para el diagnóstico diferencial, se observan como un área radiolúcidas bien delimitada (Fig. 33)¹

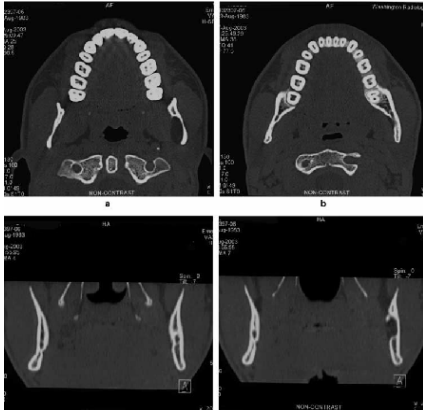


Figura 34. Imagen de Tomografía Axial Computarizada.³¹

En la tomografía computarizada el escaneo de los lipomas tiene una densidad uniforme (Fig. 34).¹

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

Los lipomas y sus variantes como el sialolipoma son tratados conservadoramente con una exploración y excisión local.⁴

Ya que por lo general se encuentra delimitado por una cápsula es adecuada una excisión quirúrgica (Fig. 35)^{7,4}

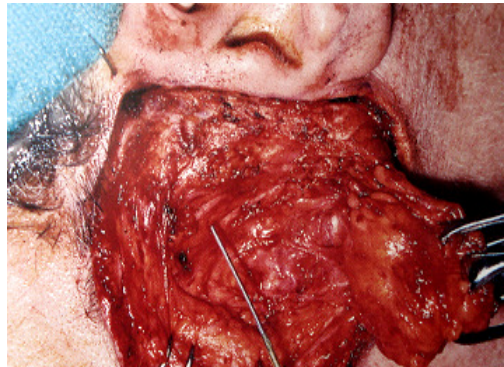


Figura 35 LIPOMA. Excisión quirúrgica.⁴

La recurrencia local puede ser vista y ocurre en aproximadamente 5 % de los casos.⁴

El pronóstico es excelente después de la remoción, sin existir transformación maligna.³

CASO CLÍNICO

- NOMBRE DEL PACIENTE:

A.S.A.

- EDAD:

62 años

- LUGAR DE NACIMIENTO:

Tenango, Hidalgo.

- ESTADO CIVIL:

Casado.

- OCUPACIÓN:

Construcción.

- ESCOLARIDAD:

Primaria.

- MOTIVO DE LA CONSULTA:

“Vengo porque quiero que me saquen un absceso que me salio”

- INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

Nódulo firme en región escapular.

- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Reconstrucción quirúrgica de tendones y dedos mano izquierda.

Tabaquismo (4 a 5 cigarros por día)

- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Casa con todos los servicios, alimentación a base de frutas y verduras, consume carne en pocas ocasiones

- EXPLORACIÓN INTRAORAL:

Se observa nódulo de consistencia firme, base sesil de 2 cm. de diámetro en mucosa yugal.

- TRATAMIENTO:

Excisión quirúrgica y estudio histopatológico.

Características clínicas

Nódulo de consistencia firme, base sesil de 2 cm. de diámetro en mucosa yugal (Fig. 36, 37,38,39)



Figura 36. Fotografía clínica de caso clínico



Figura 37. Fotografía clínica de caso clínico

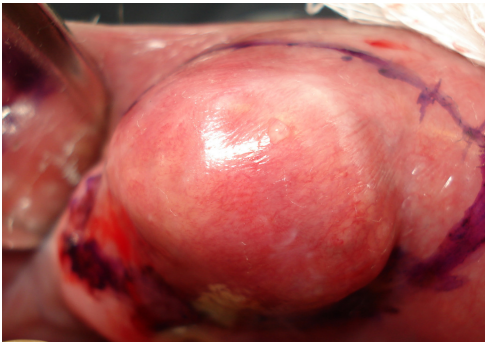


Figura 38 Fotografía prequirúrgica

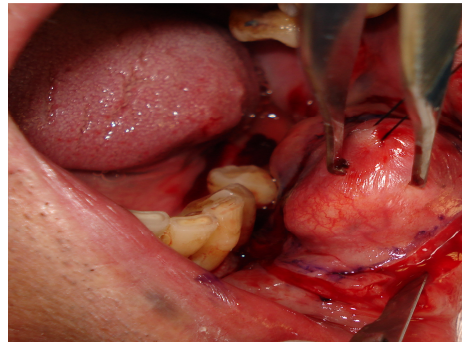


Figura 39 Fotografía prequirúrgica

Descripción macroscópica

Masa lobulada, encapsulada, de color amarillo de aproximadamente 2 cm. de diámetro (Fig. 40,41)

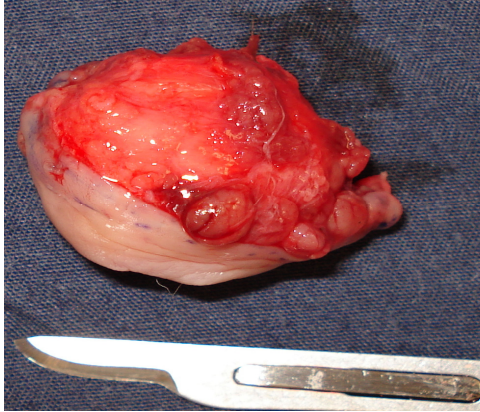


Fig. 40 Especimen en fresco

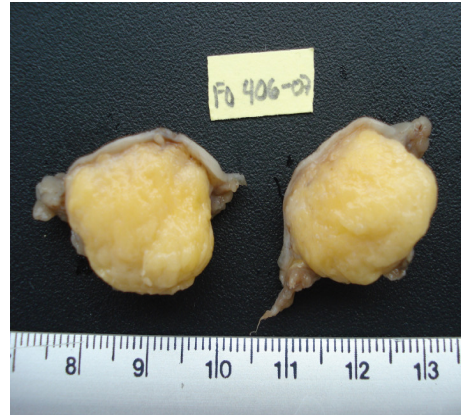


Fig. 41 Especimen fijado

Descripción microscópica

El espécimen examinado se encuentra formado por tejido adiposo maduro (fig. 43) entremezclado con tejido conjuntivo fibroso denso y bandas de fibras colágena en disposición irregular (fig. 44) bien vascularizado y presencia de acinos glandulares de tipo mucoso (fig. 45) así como sus conductos y áreas de tejido linfóide. Hacia la base se observa tejido muscular estriado y tejido nervioso. Cubierto por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con áreas de acantosis. (fig. 46)

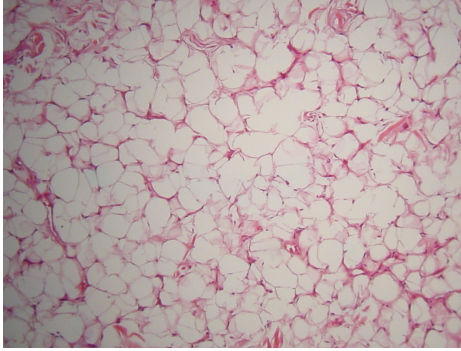


Fig. 42 Imagen histológica de sialolipoma caso clínico

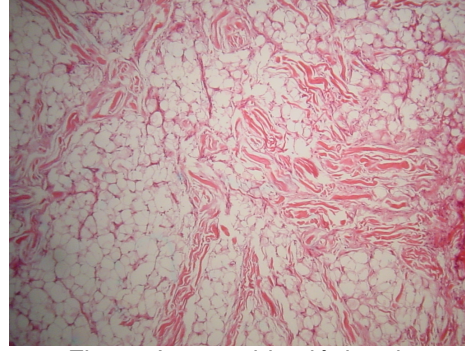


Fig. 43 Imagen histológica de sialolipoma caso clínico

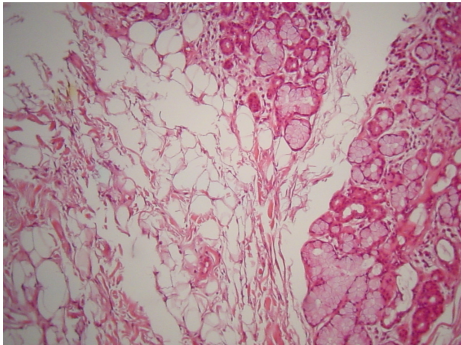


Fig. 44 Imagen histológica de sialolipoma caso clínico

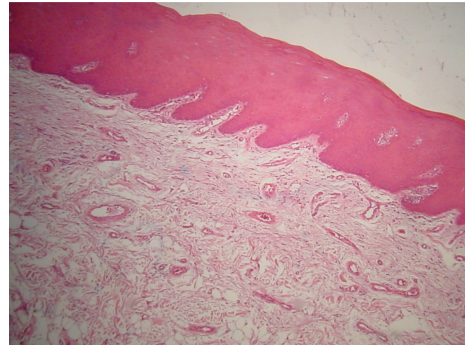


Fig. 45 Imagen histológica de sialolipoma caso clínico

CONCLUSIÓN.

El sialolipoma es una variante recién descrita del lipoma convencional de baja incidencia, el mayor porcentaje de esta es en hombres de la 5ª. a 6ª. década de vida; debido a lo temprano de su descripción es adecuado reportar nuevos casos de esta variante de lipoma y poder corroborar así la verdadera subclasificación de esta entidad; es conveniente llevar a cabo una revisión de antiguos lipomas con presencia de acinos glandulares y realizar una revaloración y posible cambio de diagnóstico. Por otra parte las características clínicas que presenta esta alteración la pueden compartir muchas otras entidades de ahí que exista una gran importancia de realizar diagnósticos diferenciales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weiss.W. SH, Goldblom R.J, Soft tissue tumors, U.S.A., Mosby, 2001, pp 574- 615
2. Douglas R. G., Diagnostic surgical pathology of the head and neck, U.S.A., Saunders, 2001, pp 192- 194
3. Wenning B.M., Atlas et head and neck pathology, Sanders, E.U.A, 1993, pp 154 - 155
4. Marx R.E, Stern D., Oral and maxillofacial pathology and rationale for diagnosis and treatment, Quintessence publishing, Honk Kong, 2002, pp 404 - 407
5. Furlong m.a; Fanburg – Smith J. C., Childers L.B.; Lipoma of the oral and maxillofacial region: site and subclassification of 125 cases. Oral surg oral med oral pathol oral radiol endod 2004; 98 (4): 441-450
6. www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-5431.html
7. Neville B:W:, Douglas D:D; Oral and maxillofacial pathology, Saunders, E.U.A pp 452 – 454
8. Regezi J. A.; Sciubba J.J.; Oral pathology Clinical Pathologic Correlation; Saunders; E.U.A ;2003, pp 180 – 181
9. Chindzonga MM.,Mahomua L., Marno L. Gigant tounge lipoma. A case report. Med Oral Pthol Cir Bucal 2006, 11:E4379

10. Tan M.S, Singh B, Difficulties in diagnosing lesions in the floor of the mouth- report of two rare cases, *Ann Acad Med Singapore* 2004; 33(4 Suppl):72-6
11. Cawson R.A, Binnie W.H., *Oral disease clinical and pathological correlations*, Mosby, España, 2001 pp 10.23 -10.24
12. Fregnani E.R, Pires F.R., Falzoni R, Lopes M.A, Vargas P.A, Lipomas of the cavity: clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases. *Int J. Oral Maxillofac. Surg.* 2003; 32(1):49-53
13. Visscher J.G.; Lipomas and fibrolipomas of the oral cavity, *J Maxillofac Surg* 1982 Aug;10(3):177-81.
14. Kiehl R. L: Oral fibrolipoma beneath complete mandibular denture. *J Am Dent Assoc.* 1980 Apr;100(4):561-2.
15. Oliveros CH.C., Bogarin R. J., Sánchez M.M., Gigant fibrolipoma of the floor the mouth. Presentation of a clinical case. *Inves clinic.* 2001 Jun;42(2):147-52.
16. Graham G.S., Brannon RB, Houston G.D.; Fibrolipoma of the gingival. A case report. *J. Periodonto.* 1988 Feb; 59(2):118-20.
17. Tayyeth M.T. Neff J.R. A case report of fibrolipoma with t(12;16)(q13;q24)., *Cancer Genet Cytogenet.* 1993 Jun;67(2):145-6.
18. Weedon D. *Skin pathology*, Churchill Livingstone, Toronto, 2002, pp 956- 962
19. Prado F.O, Ito F.A, Hipolito jr O. Di , Vargas P.A, Almeida O.P, Lopes M.A, Pleomorphic lipoma of the face: case report, *Oral diseases* (2006) 12, 73-76

20. Raj lakshmiah S, Scott K.W.M, Whear N.M., Monaghan A., Chondroid lipoma: a rare but diagnostically important lesion, *Int j. Oral Maxillofac. Surg.* 2000; 29: 445-446
21. Castilho R.M, Squariza C.H, Nunes F.D, Pinto D.S, Osteolipoma: a rare lesion in the oral cavity, *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* (2004) 42, 363-364 21.
22. Sakai T., Iida S., Kishino M., Okura M., Kogo M., Sialopoma of the hard palate, *J Oral Pathol Med* (2006) 35: 376-8
23. Michaelidis IGA., Stefanopoulos PK., Sambaziotis D., Zahos MA., Papadimitriou GA., Sialolipoma of the parotid gland., *J Craniomaxillofac Surg.* 2006 Jan; 34(1):43-6 Epub 2005 Dec 15.
24. Ponnian I., Lavanya N., Sureshkumar P., Island of salivary gland in adipose tissue: a report of three cases. *J Oral Pathol Med.* 2007 Oct; 36(9): 558-62
25. Ansari MH., Superficial lobe parotid gland lipoma., *J Craniomaxillofac Surg.* 2006 Jan; 34 (1): 47-9 Epub 2005 Dec 15
26. Nagao T., Sugano I., Ishida Y., Asoh A., Munakata S., Yamazaki K.-Konno A.-Kondo Y., Nagao K., Sialolipoma: a report of seven cases of a new variant of gland lipoma. *Histopathology* (2001). 38.30-36
27. Ethunandan M., Vura G., Anand R., Macpherson D:W., Wilson A:W.; Lipomatous lesion of the parotid gland., *J Oral Maxillofac Surg.*, 2006 Nov; 64 (11): 1583-6

- 28.** Ramer N., Lumerman HS., Ramer Y., Sialolipoma: report of two cases and review of the literature., Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007 Dec; 104 (6): 809-13 Epub., 2007 May 7. Review.
- 29.** Hohlweg-Majert B., Metzger MC., Dueker J., Scupp W, Shulze D., Salivary gland lipomas ultrasonographic and magnetic resonance imaging, J Cranifac Surg. 2007 Nov, 18 (6): 1464-6
- 30.** [www.radiodiagnostico.com.mx/paginas medicas.html](http://www.radiodiagnostico.com.mx/paginas_medicas.html)
- 31.** <http://dmfr.birjournals.org>

REFERENCIAS DE ILUSTRACIONES

Figura 1 LIPOMA. Neoplasia de tejido adiposo maduro

Neville B:W.; Douglas D:D; Oral and maxillofacial pathology,
Saunders, E.U.A pp 452 – 454

Figura 2. LIPOMA. Masa nodular de color similar al de la mucosa adyacente.

Marx R.E, Stern D., Oral and maxillofacial pathology and rationale for diagnosis and treatment,

Quintessence publishing, Honk Kong, 2002, pp 404 - 407

Figura 3. LIPOMA. Neoplasia lingual de 11 c.m. de diámetro

Chindzonga MM.,Mahomua L., Marno L. Gigant tongue lipoma. A case report. Med Oral Pathol Cir Bucal 2006, 11:E4379

Figura 4.LIPOMA. Neoplasia encapsulada de forma variante

Wenning B.M., Atlas et head and neck pathology,

Sanders, E.U.A, 1993, pp 154 – 155

Figura. 5 LIPOMA. Características macroscópicas.

Marx R.E, Stern D., Oral and maxillofacial pathology and rationale for diagnosis and treatment, Quintessence publishing, Honk Kong, 2002, pp 404 – 407

Figura 6. LIPOMA. Acumulación de adipocitos

Marx R.E, Stern D., Oral and maxillofacial pathology and rationale for diagnosis and treatment, Quintessence publishing, Honk Kong, 2002, pp 404 – 407

Figura 7 LIPOMA. Dividido en lóbulos con trabeculado fibroso

Furlong m.a; Fanburg – Smith J. C., Childers L.B.; Lipoma of the oral and maxillofacial region: site and subclassification of 125 cases.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004; 98 (4): 441-450

Figura 8 ANGIOLIPOMA. Mezcla de adipocitos y canales vasculares.
Weiss.W. SH, Goldblom R.J, Soft tissue tumors,
U.S.A., 2001, pp 574- 615

Figura 9 ANGIOLIPOMA.vesiculas pequenas que aparentan filtrarse entre adipocitos.
Weedon D. Skin pathology
CHurchill Livingstone, Toronto, 2002, pp 956- 962

Figura 10 LIPOMA DE CÉLULAS FUSIFORMES. Mezcla variante de tejido adiposo y células ahusadas
Weedon D. Skin pathology
CHurchill Livingstone, Toronto, 2002, pp 956- 962

Figura 11 LIPOMA DE CÉLULAS FUSIFORMES. Adipocitos desplazados por células ahusadas
Weedon D. Skin pathology
CHurchill Livingstone, Toronto, 2002, pp 956- 962

Figura 12 LIPOMA DE CÉLULAS FUSIFORMES. Distribución localizada.
Wenning B.M., Atlas et head and neck pathology,
Sanders, E.U.A, 1993, pp 154 - 155

Figura 13 LIPOMA DE CELULAS FUSIFORMES. Variante pseudoangiomatoso
Weedon D. Skin pathology
CHurchill Livingstone, Toronto, 2002, pp 956- 962

Figura. 14 LIPOMA PLEOMORFICO. Mezcla de células gigantes, tejido adiposo , colagena y áreas mixoides.

Weedon D. Skin pathology

Churchill Livingstone, Toronto, 2002, pp 956- 962

Figura 15 LIPOMA PLEOMORFICO. Exhibe grandes cambios mixoides.

Marx R.E, Stern D., Oral and maxillofacial pathology and rationale for diagnosis and treatment,

Quintessence publishing, Honk Kong, 2002, pp 404 - 407

Figura 16 LIPOMA PLEOMORFICO. Células exhibiendo un núcleo hipercromático

Weiss.W. SH, Goldblom R.J, Soft tissue tumors,

U.S.A., 2001, pp 574- 615

Figura.17 LIPOMA PLEOMORFICO. Células gigantes y núcleos traslapados que se asemejan a flores.

Weiss.W. SH, Goldblom R.J, Soft tissue tumors,

U.S.A., 2001, pp 574- 615

Figura. 18 MIELOLIPOMA. Mezcla de células de grasa madura y elementos de médula ósea

Weiss.W. SH, Goldblom R.J, Soft tissue tumors,

U.S.A., 2001, pp 574- 615

Figura. 19 CONDROLIPOMA. Adipocitos maduros asociados con células vacuoladas las cuales simulan lipoblastos

Weiss.W. SH, Goldblom R.J, Soft tissue tumors,

U.S.A., 2001, pp 574- 615

Figura 20. CONDROLIPOMA. Exhibe material mixoide, condroide y adipocitos maduros.

Furlong m.a; Fanburg – Smith J. C., Childers L.B.; Lipoma of the oral and maxillofacial region: site and subclassification of 125 cases.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004; 98 (4): 441-450

Figura 21. OSEOLIPOMA. Adipocitos maduros en un estroma de tejido conectivo fibroso.

Castilho R. M, Squariza C. H, Nunes F. D, Pinto D. S, Osteolipoma: a rare lesion in the oral cavity, British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery (2004) 42, 363-364

Figura. 22. OSEOLIPOMA. Células mesenquimales rodeando áreas de hueso.

Castilho R.M, Squariza C.H, Nunes F.D, Pinto D.S, Osteolipoma: a rare lesion in the oral cavity, British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery (2004) 42, 363-364

Figura. 23. OSEOLIPOMA. Actividad celular

Castilho R.M, Squariza C.H, Nunes F.D, Pinto D.S, Osteolipoma: a rare lesion in the oral cavity, British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery (2004) 42, 363-364

Figura. 24. LIPOMA NTRAMUSCULAR. Exhibe gradual reemplazo de tejido muscular por adipocitos.

Weiss.W. SH, Goldblom R.J, Soft tissue tumors, U.S.A., 2001, pp 574- 615

Figura. 25. LIPOMA INTRAMUSCULAR. Infiltración de adipocitos en el tejido muscular.

Weiss.W. SH, Goldblom R.J, Soft tissue tumors, U.S.A., 2001, pp 574- 615

Figura. 26 SIALOLIPOMA. Muestra adipocitos maduros y tejido de glándulas salivales separadas por tejido fibroso.

Ponnian I., Lavanya N., Sureshkumar P., Island of salivary gland in adipose tissue: a report of tree cases. J Oral Pathol Med. 2007. Oct; 36(9): 558-62

Figura. 27 SIALOLIPOMA. Neoplasia de color amarillo encapsulada e la glándula parótida.

Nagao T., Sugano I., Ishida Y., Asoh A., Munakata S., Yamazaki K.- Konno A.- Kondo Y., Nagao K., Sialolipoma: a report of seven cases of a new variant of gland lipoma. Histopathology. (2001). 38.30-36

Figura. 28 SIALOLIPOMA. Adipocitos maduros, acinos y ductos.

Ponnian I., Lavanya N., Sureshkumar P., Island of salivary gland in adipose tissue: a report of tree cases. J oral pathol Med. 2007 oct; 36(9): 558-62

Figura 29. SIALOLIPOMA. Islas de acinos y ductos, músculo esquelético rodeado de proliferación lipomatosa

Ponnian I., Lavanya N., Sureshkumar P., Island of salivary gland in adipose tissue: a report of tree cases. J Oral Pathol Med. 2007. Oct; 36(9): 558-6

Figura.30. SIALOLIPOMA. Ductos dilatados con protecciones papilares

Ponnian I., Lavanya N., Sureshkumar P., Island of salivary gland in adipose tissue: a report of tree cases. J Oral Pathol Med. 2007. Oct; 36(9): 558-6

Figura. 31 LIPOBLASTOMA. Múltiples lóbulos separados por un septo

Weiss.W. SH, Goldblom R.J, Soft tissue tumors, U.S.A., 2001, pp 574- 615

Figura. 32 Imagen de resonancia magnética

www.radiodiagnostico.com.mx/paginas medicas html

Figura 33 Imagen de radiografía panorámica

<http://dmfr.birjournals.org>

Figura. 34 Imagen de la tomografía axial computarizada---
<http://dmfr.birjournals.org>

Figura 35 LIPOMA. Excisión quirúrgica.

Figura. 36 Fotografía clínica del caso clínico.

Figura. 37 Fotografía clínica del caso clínico.

Figura. 38 Fotografía clínica del caso clínico.

Figura. 39 Fotografía clínica del caso clínico.

Figura. 40 Muestra patológica en fresco.

Figura. 41 Muestra patológica fijada.

Figura. 42 Imagen histológica de sialolipoma caso clínico.

Figura. 43 Imagen histológica de sialolipoma caso clínico.

Figura. 44 Imagen histológica de sialolipoma caso clínico.

Figura. 45 Imagen histológica de sialolipoma caso clínico.

Anexo			
LESIONES BENIGNAS LIPOMATOSAS			
LIPOMA	CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS	CARACTERÍSTICAS CLINICAS	LOCALIZACION
FIBROLIPOMA	Son lesiones que exhibe gran cantidad de tejido conjuntivo así como haces de fibras colágena formando conglomerados.	Son bien circunscritos y encapsulados	Se encuentran más frecuentemente en mujeres que en hombres
ANGIOLIPOMA	Proliferación de vasos sanguíneos y adipocitos maduros, los eritrocitos están presentes dentro del lumen y fibrina dispersa es fácilmente encontrada.	Este es el único lipoma que es sintomático, este es característicamente doloroso o tiende a ello, particularmente durante las fases de crecimiento temprano. Son amarillos, firmes, circunscritos de 1 a 4 cm. de diámetro	Las neoplasias subcutáneas de las extremidades y el tronco; comprenden aproximadamente el 10% de los tumores de grasa.
LIPOMA MIXIOIDE	Exhibe un fondo mucoide Un estroma mixoide en el centro y puede ser confundido con liposarcoma mixoide		

	Están compuestos de una variable textura de células fusiformes tejido adiposo. Algunas veces	El lipoma de células fusiformes es de crecimiento lento	Afecta los hombros, arriba de la espalda,
--	--	---	---

LIPOMA DE CÉLULAS FUSIFORMES	la proliferación de células fusiformes son usualmente pequeñas, alongadas y ordenadas al azar. No hay incremento en mitosis, están separados por variable cantidad de colágena. Estructuralmente los lipomas de células fusiformes se asemeja a fibroblastos contienen inclusiones lipídicas en el citoplasma.	comenzando el tumor en el subcutis. Tamaño aproximado de 5.0 cm, de color amarillo o similar a la mucosa adyacente.	y la parte posterior del cuello de hombres
LIPOMA PLEOMORFICO	Presenta células gigantes de gran tamaño y núcleos hipercromáticos, pleomórficos y multinucleados de células gigantes a menudo las células con inflamación crónica en un estroma mixoide libre.	Este se presenta como una masa lisa subcutánea en promedio de 5 cm. de diámetro, bien delimitados lobulados, masas suaves con formas con variantes de esféricas u ovoides y la superficie de color de amarillo a gris.	Tienen una predilección por la región triangular posterior de cabeza y hombros. .
MIELOLIPOMA	Proliferación hamartomatosa Adipocitos maduros así como material condroide y osteoide.	Asintomáticas, cuando se presentan en abdomen pueden causar dolor, constipación y náusea. Esta lesión raramente crece más de 5 cm.	Se encuentra en las glándulas adrenergica o pelvis del tejido blando

CONDROLIPOMA	<p>Consiste en nidos de células eosinofilas con orillas redondas o poligonales con vacuolas lipidicas selladas simulando lipoblastos. El estroma consiste en una textura de adipositos maduros material mixoide y condroide y particularmente tejido fibroso hialino. Hay gránulos de glucogeno, mitocondrias y vesículas pinociticas. Las células son colocadas en el estroma fluctuante en cartílago</p>	<p>Los lipomas condroides son tumores firmes amarillos con un promedio de 3 a 5 cm. de diámetro. Son lobulados, bien circunscritos de componente grasoso maduro, con una delgada capsula</p>	<p>Este lipoma ocurre en adultos jóvenes con una predominancia en mujeres</p>
<p>LIPOMA INTERMUSCULAR ○ INTRAMUSCULAR ○ INTRAMUSCULAR INFILTRATIVO</p>	<p>Tejido adiposo infiltrado y músculo atrofiado</p>	<p>Son lesiones de crecimiento lento y doloroso usualmente encontradas en los músculos estriados, grandes de las extremidades de los hombres adultos. A menudo son mas profundamente situadas y tienen un crecimiento infiltrativo ligero que se extiende entre el esqueleto y los haces musculares</p>	<p>Pueden ocurrir en la región bucal y maxilofacial mas comúnmente en la lengua, pueden tener un crecimiento infiltrativo y la tendencia a la recurrencia local.</p>

<p>SIALOLIPOMA</p>	<p>Es una proliferación de adipocitos maduros que contiene estructuras acinares y ductales limitado a un delgado tejido fibroso.</p>	<p>Son neoplasias encapsuladas de consistencia blanda. Miden de 1 a 6 cm. en la glándula parótida y de 1 a 3 cm. en las glándulas salivares menores. Son de color amarillo blanco con una superficie lisa. Pueden ser masas pediculadas, de crecimiento lento, con dolor intermitente.</p>	<p>Es bien conocido que las glándulas salivares mayores son la localización más común de lipomas en la región oral y maxilofacial.</p>
--------------------	--	--	--