



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**“SIALOLIPOMA: PRESENTACIÓN DE 5 CASOS Y  
REVISIÓN DE LA LITERATURA”**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N O   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

**DAVID ALEJANDRO VELASCO NIETO**

**TUTOR: Dra. ELBA ROSA LEYVA HUERTA**

**ASESOR: Dr. LUIS ALBERTO GAITÁN CEPEDA**

MÉXICO, D.F.

2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Dios:

Por ponerme en este gran sueño llamado vida,  
por darme además una de gran familia,  
la oportunidad de conocer excelentes personas.

A mi madre:

Por todo su apoyo y esfuerzo,  
por tu confianza, por no rendirte y por no dejarme rendir;  
este logro es tuyo;  
mama no existen palabras o formas para agradecerte.

TE AMO

A mis hermanos:

Porque ustedes también son un gran motor  
Nany gracias por tu apoyo y palabras de aliento.  
Flaca gracias por tu comprensión  
Yeyo eres mi mejor amigo, espero servirte de ejemplo.

LOS AMO

A mis profesores:

Por el tiempo y paciencia que me dedicaron,  
por sus conocimientos y su amistad dentro y fuera de las aulas.

A la comuna:

(Jorge, Mariana, Nain y Xóchitl),  
Gracias por compartirme sus conocimientos,  
por hacerme participe de muchos momentos felices  
por sus reprimendas, pero sobre todo gracias por  
estar conmigo cuando más los necesite.

LOS QUIERO

A mis amigos:

Daniel, Diana, Elizabeth, Giovanni, Isabel, Ismael, Ivonne,  
Ana Lyzeth, Victor, Wilbert, Yadira, (perdón si olvido mencionar a alguien).  
Ustedes formaron parte de mi familia durante esta etapa,  
me recordaron que por muy difícil, tedioso o insoportable que fuera,  
valía la pena estar ahí junto a ustedes.

GRACIAS

A los doctores que colaboraron conmigo en este proyecto:  
Dr. Luis Gaitán, Dr. Daniel Quezada, gracias por su ayuda y sus consejos;  
en especial a la Dra. Elba Leyva con todo mi respeto y admiración.  
Espero tener la oportunidad de seguir aprendiendo de ustedes.

A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO:  
que no solo me abrió sus puertas, me dio un proyecto de vida  
y a los mejores amigos.

Este trabajo se lo dedico a mi sobrina Ariadna, por tus sonrisas y tus palabras inocentes que me dieron valor para sobreponerme a todos aquellos obstáculos, TE AMO PRINCESITA; a Edgar, hermano porque sé que siempre estás conmigo, esto también es para ti.

# ÍNDICE

	<b>PAGINA</b>
<b>I. Introducción.</b>	6
<b>II. Antecedentes.</b>	8
<b>II.1.</b> Histogénesis del tejido adiposo.	10
<b>II.2.</b> Efecto hormonal y estimulación nerviosa sobre el tejido adiposo.	14
<b>II.3.</b> Efecto de la insulina sobre el tejido adiposo.	14
<b>II.4.</b> Efectos de la adrenalina y estimulación nerviosa sobre el tejido adiposo.	15
<b>II.5.</b> Clasificaciones de tumores lipomatosos.	16
<b>II.6.</b> Glándulas salivales.	20
<b>II.7.</b> Formación de las glándulas salivales.	20
<b>II.8.</b> Histología de las glándulas salivales.	21
<b>II.9.</b> Clasificación de tumores de glándulas salivales.	22
<b>II.10.</b> Lipomas.	24
<b>II.11.</b> Sialolipoma.	25
<b>III. Objetivos.</b>	28
<b>IV. Material y métodos.</b>	29
<b>V. Resultados.</b>	30
<b>V.1</b> Reporte de los casos.	30
<b>V.1.a.</b> Caso 1.	30
<b>V.2.b.</b> Caso 2.	32
<b>V.3.c.</b> Caso 3.	33
<b>V.4.d.</b> Caso 4.	35
<b>V.5.e.</b> Caso 5.	36

<b>V.2. Análisis de la literatura.</b>	<b>38</b>
<b>VI. Discusión.</b>	<b>44</b>
<b>VII. Referencias bibliográficas.</b>	<b>46</b>
<b>VIII. Otros.</b>	<b>49</b>

## I. INTRODUCCIÓN.

El Sialolipoma es un tumor benigno de glándulas salivales que fue identificado por Nagao y cols. en 2001<sup>1</sup>, es un tumor poco común que está caracterizado por la presencia de adipocitos normales entrecruzados con tejido glandular ductos y acinos normales sin evidencia de metaplasia además de presentarse totalmente rodeado por una delgada cápsula de tejido fibroso, se presenta como una masa asintomática de crecimiento lento; la localización más frecuente es en las glándulas salivales mayores (parótida); y solo algunos casos en glándulas salivales menores han sido reportados. Por lo general aparece entre la 5ª y 7ª décadas de vida y no muestra una marcada predilección por algún género.<sup>2-16</sup>

Los diagnósticos diferenciales del Sialolipoma incluyen: lipoma y sus variantes histológicas, lipoadenoma, lipomatosis, adenoma pleomorfo con abundante tejido adiposo (lipometaplasia) y otras neoplasias de glándulas salivales,<sup>12</sup> las principales características que se toman en cuenta para diagnosticar y diferenciar un Sialolipoma de las demás neoplasias de tejido adiposo es que este presenta una capsula bien definida de tejido fibroso, contiene células acinares no neoplásicas, ductos, células mioepiteliales, adipocitos neoplásicos<sup>1,2,4,5,7,9,10,12,15,16</sup> y no presenta metaplasia epitelial como en el caso del adenoma pleomorfo.

Al momento de separarlo de las demás neoplasias de tejido adiposo surgen muchas dudas sobre su histogénesis y su epidemiología, así como la necesidad de una correcta definición de sus características clínicas e histopatológicas para poder tomarlo en cuenta de una manera más significativa al momento de hacer un diagnostico diferencial de neoplasias de

glándulas salivales, además de poder incluirlo dentro de las clasificaciones de tejido adiposo que hasta el momento solo lo contemplan como un lipoma con atrapamiento de tejido glandular (OMS).<sup>15</sup>

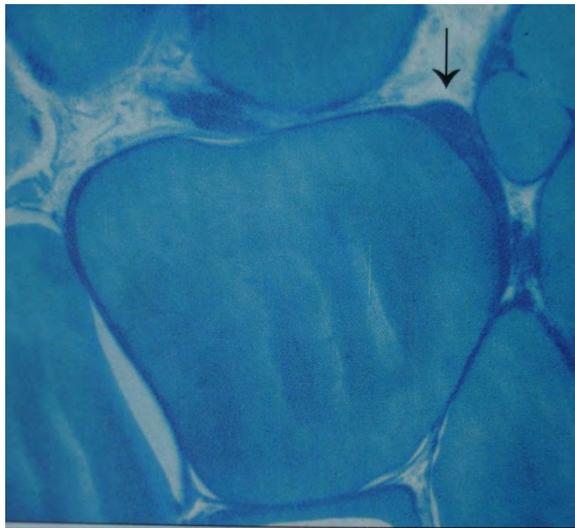
En el presente trabajo presentamos cinco casos de Sialolipoma, además de hacer un análisis de los casos presentados hasta el momento en la literatura mundial con la finalidad de ayudar a la mejor comprensión de sus características histopatológicas así como de su epidemiología.

## II. ANTECEDENTES

Aunque el tejido adiposo ha sido objeto de numerosas investigaciones, todavía no se conoce en su totalidad sus múltiples funciones. La grasa no solo sirve como una de las principales fuentes disponibles de energía del cuerpo, sino que también actúa como una barrera para la conservación del calor y como protección mecánica ante lesiones físicas.

Se distinguen dos formas básicas de tejido adiposo: la grasa blanca que está depositada principalmente en el tejido subcutáneo, mediastino, abdomen y retroperitoneo, y la grasa parda que está delimitada a la región interescapular, cuello, axilas y retroperitoneo, siendo esta más notable en animales que hibernan que en humanos, en donde rara vez se encuentra luego de la primera infancia. La grasa blanca diferenciada está constituida por grandes células esféricas o poligonales, conocidas como células adiposas, en las cuales gran parte del citoplasma ha sido sustituido por una única gotita de lípidos, dejando solo un tenue reborde de citoplasma en la periferia. El núcleo se encuentra excéntrico, aplanado y en cortes transversales posee forma de media luna, con frecuencia posee pequeñas invaginaciones lipídicas. Como es un tejido metabólicamente activo se encuentra altamente vascularizado (aspecto más evidente en la grasa atrófica que en la grasa normal). En el tejido celular subcutáneo y en menor grado en tejidos más profundos, las células adiposas están dispuestas en lóbulos separados por una delgada membrana de tejido conjuntivo fibroso. Esta arquitectura en la grasa blanca es más notable en tejidos sometidos a presión y probablemente tiene un efecto amortiguador.<sup>17</sup>

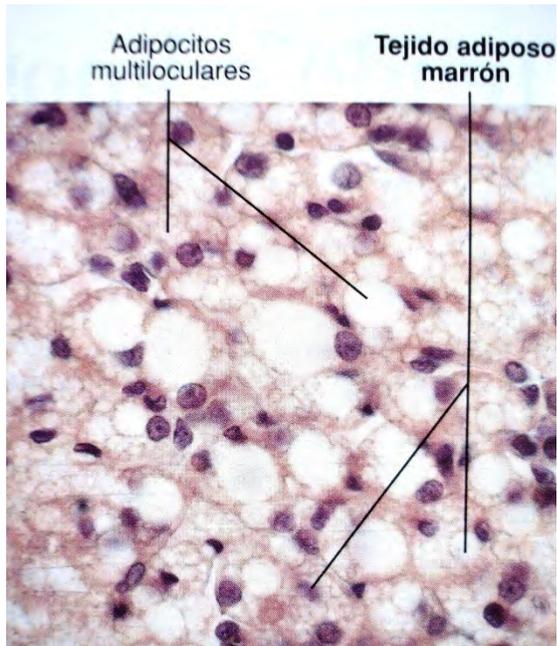
Este tejido forma el **Panículo adiposo**, que es una capa dispuesta bajo la piel y cuyo espesor es uniforme por todo el cuerpo del recién nacido. Con la edad el panículo adiposo tiende a desaparecer de ciertas zonas y desarrollarse en otras. Este depósito selectivo de grasa está controlado por las hormonas sexuales y por las hormonas adrenocorticales. Las células adiposas son grandes, midiendo en general, más de 100  $\mu\text{m}$ .<sup>18</sup>



**Fig. 1.** Morfología de un adipocito unilocular mostrando su característica forma de sello de anillo.

La grasa parda tiene un papel menor en el humano. Sus células son más pequeñas y contienen mayor cantidad de citoplasma y múltiples inclusiones pequeñas, tienen un diámetro promedio de 25 a 40  $\mu\text{m}$ , un aspecto granular y son intensamente eosinófilas con H y E. El núcleo es redondeado y está ubicado en una posición central; rara vez desplazado a la periferia. Las células están dispuestas en claros agregados lobulares y están íntimamente asociados con una notable red vascular. Las transiciones entre grasa parda y blanca son frecuentes en animales y humanos. En condiciones nutricionales

adversas, la grasa blanca también puede revertir a grasa parda, especialmente en la región retroperitoneal.<sup>17</sup>

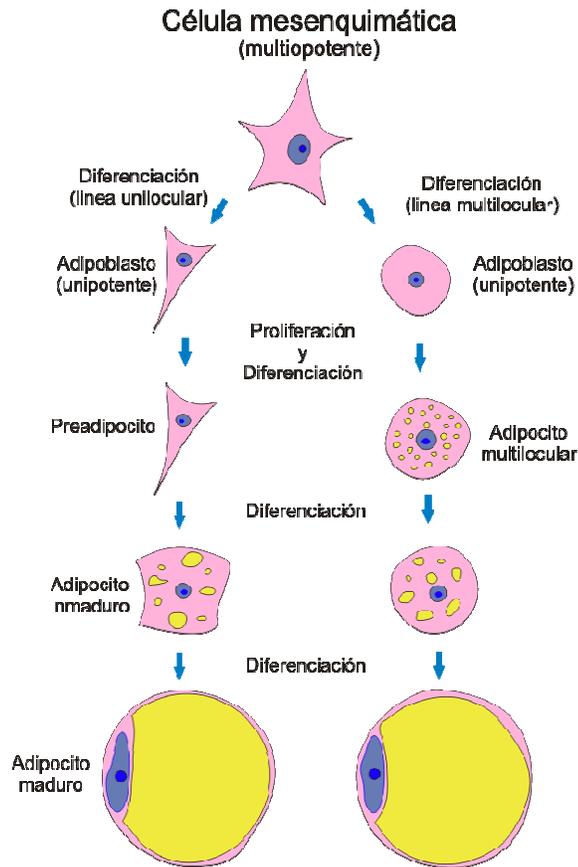


**Fig. 2** Imagen de adipocitos multiloculares.  
Se observan múltiples gotas lipídicas al interior de la célula.

## II.1 Histogénesis del tejido adiposo.

El origen de los adipocitos y las líneas de diferenciación han sido objeto de intensos debates y no están definitivamente aclarados en todos sus detalles, pero hay acuerdo generalizado sobre la base de exhaustivas investigaciones experimentales en cultivos celulares con demostración de distintas enzimas marcadas en que células mesenquimáticas multipotentes indiferenciadas dan origen, por diferenciación a células madre unipotentes, denominadas

adipoblastos, y de que existen dos categorías de estas células, con una línea de diferenciación para los adipocitos uniloculares del tejido adiposo blanco y otra para los adipocitos multiloculares del tejido adiposo pardo. El tejido adiposo unilocular se comienza a formar en el quinto mes de vida fetal, dado que a partir de células mesenquimáticas que rodean pequeñas vénulas se comienzan a diferenciar adipoblastos. Estos no se pueden distinguir, por su morfología, de los fibroblastos (que también se desarrollan a partir de células mesenquimáticas), pero se diferencian a los estadios anteriores a preadipocitos, que tampoco se distingue por su morfología de los fibroblastos ni de los adipoblastos, dado que aún no acumulan triglicéridos (los preadipocitos contienen los denominados marcadores tempranos de adipocitos, entre ellos la enzima lipoproteína lipasa). Los preadipocitos se diferencian a adipocitos inmaduros que tienen todo el aparato enzimático necesario para la síntesis y la degradación de triacilglicéridos. Los adipocitos inmaduros acumulan cantidades crecientes de gotas de lípido, que aumentan de tamaño hasta fusionarse en una única gran vacuola lipídica, por lo que el núcleo adopta una posición cada vez más excéntrica. Al mismo tiempo la célula crece en tamaño y se convierte en adipocito maduro. La diferenciación terminal de preadipocito a adipocito (inmaduro) depende de la presencia de hormona del crecimiento, glucocorticoides y triyodotironina, lo cual no ocurre con los casos previos. Solo se producen adipocitos nuevos por esta diferenciación terminal de preadipocitos a adipocitos (inmaduros), dado que los adipocitos (maduros e inmaduros) carecen de capacidad de dividirse por mitosis.<sup>19</sup>



**Fig. 3.** Histogénesis del tejido adiposo.

La grasa blanca aparece por primera vez en un estadio relativamente tardío del desarrollo y rara vez se encuentra antes del tercero o cuarto mes de vida intrauterina. En sus estadios más tempranos consiste en delicados capilares ramificados que están rodeados por una “nube” adventicial de células mesenquimáticas fusiformes o estrelladas no diferenciadas, que se asemejan mucho a fibroblastos, en estadios más avanzados aparecen pequeñas gotitas de lípidos positivos para tinciones con Aceite rojo “O” y Sudan que gradualmente convierten a las células en lipoblastos redondos o esféricos multivacuolados; generalmente hay depósitos de glucógeno en este estadio

del desarrollo, luego las múltiples gotitas lipídicas se fusionan en una vacuola única y desplazan marginalmente al núcleo y forman la grasa o adipocito maduro.<sup>17</sup>

El crecimiento posnatal del tejido adiposo puede tener lugar por diferenciación de los preadipocitos en adipocitos, denominada crecimiento hiperplásico, pero también puede aumentar la cantidad de tejido adiposo por crecimiento hipertrófico, es decir, por aumento de tamaño de cada una de las células adiposas como consecuencia del almacenamiento intracelular de lípidos. Se cree que los preadipocitos solo proliferan en la infancia, en apariencia solo en los primeros años de vida, tras lo cual los preadipocitos formados permanecen en estado latente hasta que eventualmente son estimulados a la diferenciación terminal a adipocitos. Se cree que en la infancia el crecimiento de tejido adiposo unilocular es hiperplásico e hipertrófico al mismo tiempo, pero que el primero disminuye en forma gradual y sólo se observa en la edad adulta en grados severos de obesidad. El tejido adiposo multilocular marrón se forma también cuando células mesenquimáticas se diferencian a adipoblastos unipotentes, que representan otra línea celular distinta de la de las células adiposas uniloculares habituales, y el proceso también es diferente. Las células adoptan un aspecto epiloide y el tejido se hace lobulado y adopta un aspecto semejante a una glándula. Recién entonces comienzan a aparecer las gotas de lípidos en las células, por lo que el tejido se transforma en tejido adiposo multilocular. Este desarrollo solo tiene lugar en el feto y en determinados sitios. Como se vio antes, el tejido multilocular marrón se transforma gradualmente en tejido adiposo con el mismo aspecto que el tejido unilocular blanco.<sup>19</sup>

## **II.2 Efecto hormonal y estimulación nerviosa sobre el tejido adiposo.**

Diversas hormonas actúan sobre el tejido adiposo. Por ejemplo, la distribución diferente de la grasa en hombres y mujeres sugiere que las hormonas sexuales estimulan los sitios en los cuales se desarrollaran células grasas. También es sabido que las hormonas de la corteza suprarrenal pueden afectar la distribución de la grasa. De hecho, muchas hormonas indirecta o quizá directamente afectan en una u otra forma al tejido adiposo. Las dos más importantes son la insulina y la hormona de la medula suprarrenal llamada adrenalina. El efecto de esta última se remeda por estimulación de las fibras simpáticas del sistema nervioso vegetativo, que terminan alrededor de las células grasas y liberan localmente la sustancia noradrenalina.

## **II.3 Efecto de la insulina sobre el tejido adiposo.**

La hormona insulina es producida por células de los islotes de Langerhans del páncreas; la cantidad secretada depende de la cantidad de glucosa existente en la sangre. Así, cuando una persona consume muchos carbohidratos, hace que se secrete mas insulina, que pasa al torrente vascular; en condiciones de ayuno o dieta reducida, la secreción de insulina a nivel del páncreas está muy disminuida. La insulina, además de otros efectos influye mucho sobre las células grasas. Estas poseen receptores de insulina en sus membranas de superficie, y cuando la cantidad de insulina en la sangre resulta suficientemente abundante, la insulina puede combinarse con un número suficiente de tales receptores para desencadenar diversas

reacciones en las células grasas, que hacen que estas sintetizen y almacenen grasas. Las reacciones desencadenadas incluyen aumento de la captación de glucosa y síntesis de grasa por ellas, y un aumento de actividad de la enzima lipasa de lipoproteína; por lo tanto, un mayor aporte al interior de las células grasas de ácido graso. Al mismo tiempo, la insulina hace más lenta la movilización de lípidos de las células grasas, deprimiendo la acción de las enzimas que intervienen en la desintegración de la grasa almacenada en la célula.

La capacidad de las células que producen insulina para responder a cantidades elevadas de glucosa en la sangre varía según las personas, si estas células están sometidas a un exceso de trabajo por las demandas de una función elevada, como puede ocurrir en personas que tienen capacidad limitada en este aspecto, las células que producen insulina pueden sufrir degeneración. Así, las personas con capacidad limitada para producir insulina tienen tendencia a desarrollar diabetes y han de vivir con dietas reguladas si quieren evitar disminuir su capacidad ya limitada de producir insulina. En condiciones de ingreso limitado de carbohidratos se produce menos insulina en el cuerpo, por lo tanto, es fácil comprender por qué motivo al limitar el ingreso de carbohidratos las personas normales evitan engordar, y porque motivo las que tienen células competentes para producir mucha insulina y no pueden resistir el comer almidones y dulces engordan mucho.

#### **II.4 Efectos de la adrenalina y estimulación nerviosa sobre el tejido adiposo.**

La información sobre efectos de adrenalina y la estimulación de nervios simpáticos sobre el tejido adiposo se facilitó por el estudio de la grasa parda,

que en un tiempo se denominó glándula de hibernación a consecuencia de su parecido superficial con el tejido glandular. La hormona adrenalina producida por la medula suprarrenal en cantidades que dependen de las situaciones –Ejem. estados emocionales- y una sustancia similar denominada noradrenalina, que se libera en la periferia de las células grasas por las terminaciones de las fibras nerviosas simpáticas que inervan el tejido graso cuando estas fibras son estimuladas, provocan la formación de más AMP cíclico, que aumenta la actividad de la lipasa tisular. En el despertar de los animales hibernantes, parecen intervenir ambas, la adrenalina y noradrenalina, estas activan la lipasa tisular, lo cual provoca la liberación de ácidos grasos procedentes de triglicéridos almacenados. Algunos ácidos grasos que se acumulan en las células grasas, afectan a las mitocondrias de manera que desacoplan el proceso oxidativo separándola de la producción de ATP, y gran parte de la energía generada aparece como calor. Esta ineficacia controlada desempeña un papel más importante en el mecanismo de producción de calor, y constituye una propiedad única del tejido adiposo pardo, vital para la supervivencia del ser humano recién nacido y para los procesos de calentamiento de animales hibernantes.<sup>20</sup>

## **II.5 Clasificaciones de tumores lipomatosos.**

Es ampliamente aceptado que los tumores lipomatosos benignos representan un grupo de neoplasias que causan pocas molestias o complicaciones y casi nunca alguna dificultad en el diagnóstico. Esto puede ser cierto para el lipoma subcutáneo común, pero no tiene en cuenta la gran variedad de tumores benignos y lesiones pseudotumorales del tejido adiposo que están bien definidos y rara vez se mencionan en la literatura.

Dentro de las clasificaciones existentes para tumores lipomatosos podemos encontrar una realizada por la OMS (la más reciente en el 2002), en la que proponen una clasificación basada en la correlación clínica y el uso de técnicas histológicas básicas; esta organización coloca los tumores lipomatosos dentro de tres grupos de acuerdo al grado de malignidad que presenten, se clasifican como:

**Benignos:**

- lipoma,
- lipoblastoma/lipoblastomatosis,
- lipomatosis,
- lipomatosis del nervio,
- angioliipoma,
- mioliipoma,
- lipoma
- condroide,
- lipoma fusocelular/pleomórfico,
- hibernoma,
- angiomioliipoma extra-renal y
- mieloliipoma extra-renal;

**Intermedios:**

- tumor lipomatoso atípico/lioposarcoma bien diferenciado; y

**Malignos:**

- liposarcoma desdiferenciado,
- liposarcoma mixoide y celular,
- lipoosarcoma pleomórfico y
- liposarcoma mixto.

Otra clasificación existente para tumores lipomatosos es la que realiza Enzinger en 1995, presentando una clasificación basada en el tipo histológico y únicamente para tumores lipomatosos benignos en donde los acomoda en 5 grupos:

**1. Lipoma.**

- Único y múltiple;

**2. Variantes de lipoma** (difieren del lipoma común por un cuadro microscópico característico y un cuadro clínico específico),

- Angiolipoma,
- Lipomas de células fusiformes,
- Lipomas pleomórficos,
- Lipoblastomas benignos y
- Angiomiolipomas,

**3. Lipomas heterotópicos** (se originan en o están íntimamente asociados a un tejido específico que no es adiposo),

- Lipoma intramuscular e intermuscular,

- Lipoma de vaina tendinosa,
- Fibrolipoma intraneural,
- Macrodistrófia lipomatosa y
- Lipoma lumbosacro.;

#### **4. Proliferaciones neoplásicas o no neoplásicas infiltrativas o difusas de grasa madura,**

- Lipomatosis difusa,
- Lipomatosis cervical simétrica y
- Lipomatosis pelviana;

#### **5. Hibernoma.**

Dando así una clasificación más sencilla. Cabe resaltar que ninguna de las dos clasificaciones menciona al sialipoma, en el caso de Enzinger porque su clasificación fue realizada antes de que Nagao y cols. propusieran el término Sialolipoma y en el caso de la OMS puede ser que no consideren al Sialolipoma como una entidad diferente a un lipoma de glándulas salivales. Algunos autores proponen que los lipomas que crecen cerca de glándulas salivales pueden inducir cambios en los acinos y en las estructuras ductales.<sup>1,21</sup>

## **II.6 Glándulas salivales.**

Las glándulas salivales se clasifican en mayores o menores dependiendo de su tamaño y cantidad de secreción. Las glándulas mayores transportan su secreción a cierta distancia en la cavidad bucal mediante un conducto principal. Las glándulas menores más pequeñas vierten sus productos directamente en el interior de la boca mediante cortos conductos. No obstante, ambas estas compuestas del mismo tipo de células, unas células serosas o mucosas o una combinación de ambas denominada semilunas serosas.<sup>22</sup>

## **II.7 Formación de las glándulas salivales**

Las glándulas salivales se originan en la sexta semana, a modo de engrosamientos sólidos, similares a un reborde del epitelio oral. Los grandes desplazamientos epiteliales en la cavidad oral dificultan la determinación de la capa germinativa que da lugar al epitelio de la glándula salival. Las glándulas parótidas derivan del ectodermo, mientras que las glándulas submandibular y sublingual se cree que proceden del endodermo.

Al igual que sucede con otras estructuras glandulares asociadas al tracto digestivo, el desarrollo de las glándulas salivales depende de una serie continua de interacciones epitelio mesenquimatosas. La composición de la lámina basal que rodea a los lóbulos epiteliales primitivos es diferente según el potencial de crecimiento de la región. Alrededor del pedículo y en las hendiduras, la lámina basal contiene colágena de tipo I y de tipo IV, así como

un proteoglucano de membrana basal de tipo I (MB- 1). Estos componentes no se observan en las regiones de los lóbulos que continúan creciendo. La lamina basal de las regiones en fase de crecimiento, bajo la influencia del mesenquima circundante, pierde el colágeno y los proteoglucanos asociados a las estructuras estables (pedículos, hendiduras). Las ramificaciones se asocian, además de con alteraciones en lamina basal, son la contracción local de microfilamentos ordenados en los ápices de las células epiteliales, en los puntos de bifurcación. El mantenimiento continuo del crecimiento de los extremos de los lóbulos glandulares se mantiene gracias al alto grado de actividad mitótica del epitelio y al depósito en la zona de glucosaminoglucanos de nueva síntesis. La diferenciación funcional y estructural del epitelio de la glándula salival continúa durante toda la vida fetal.<sup>23</sup>

## **II.8 Histología de las glándulas salivales.**

La unidad funcional de la glándula salival es el alveolo o acino. Un acino es un cúmulo de células piramidales, mucosas, serosas o una combinación de ambas, que secretan en el interior de un conducto colector terminal. El conducto colector se denomina porción terminal secretora o conducto intercalado. Tanto las glándulas mayores como las menores estas compuestas de muchos acinos, aunque las glándulas mas grandes contienen mas acinos o unidades dispuestas en lobulillos y lóbulos. Cada tipo celular proporciona un tipo diferente de secreción. Las células serosas secretan principalmente proteínas y pequeñas cantidades de hidratos de carbono. Su secreción también contiene gránulos de cimógeno, precursores de la enzima amilasa, que actúa en la degradación de los hidratos de carbono. La secreción de las células serosas tiene una consistencia acuosa. Las células

mucosas son ricas en hidratos de carbono y pobres en proteínas y vierten un producto viscoso llamado mucina. Cuando la mucina se mezcla con líquidos orales acuosos se transforma en moco, haciendo que la saliva sea más espesa y viscosa.

Ambos tipos de células acinares son piramidales. El núcleo de la célula serosa va de oval a redondeado, y el de la célula mucosa varia de oval a ahusado. En cada uno de estos tipos celulares, los núcleos aparecen en la parte basal de la célula. El citoplasma de la célula serosa se tiñe intensamente debido a que está lleno de albumina, mientras que la célula mucosa aparece clara y espumosa debido a la presencia de hidratos de carbono en la mucina. Ultraestructuralmente, la célula serosa está llena de gránulos secretores en la región apical, retículo endoplasmático rugoso, aparato de Golgi, mitocondrias y un núcleo oval. Las células mucosas contienen gotas grandes de mucina apicalmente y un aparato de Golgi prominente y retículo endoplasmático rugoso alrededor del núcleo aplanado. Una tercera disposición de tipo celular es un alveolo terminal de células mucosas con una caperuza de células serosas. Esta configuración se denomina semiluna serosa, con la secreción de las células serosas pasando a lo largo de un conducto entre las células mucosas terminales hacia la luz del alveolo.<sup>22</sup>

## **II.9 Clasificación de tumores de glándulas salivales.**

### **1. Adenomas,**

1.1 Adenoma pleomorfo,

1.2 Mioepitelioma (adenoma mioepitelial),

- 1.3 Adenoma de células basales,
- 1.4 Tumor de Warthin (adenolinfoma),
- 1.5 Oncocitoma (adenoma oncocítico),
- 1.6 Adenoma canalicular,
- 1.7 Adenoma sebáceo,
- 1.8 Papiloma ductal,
  - 1.8.1 Papiloma ductal invertido,
  - 1.8.2 Papiloma intraductal,
  - 1.8.3 Sialadenoma papilíferum,
- 1.9 Cistadenoma,
  - 1.9.1 Cistadenoma papilar,
  - 1.9.2 cistadenoma mucinoso,

## **2. Carcinomas,**

- 2.1 Carcinoma de células acinares,
- 2.2 Carcinoma mucoepidermoide,
- 2.3 Carcinoma adenoideo quístico,
- 2.4 Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado,
- 2.5 Carcinoma Epitelial-mioepitelial,
- 2.6 Adenocarcinoma de células basales,
- 2.7 Carcinoma sebáceo,
- 2.8 cystadenocarcinoma papilar,
- 2.9 Adenocarcinoma mucinoso,
- 2.10 Carcinoma oncocítico,
- 2.11 Carcinoma de ducto salivar,
- 2.12 Adenocarcinoma,
- 2.13 Mioepitelioma maligno (carcinoma mioepitelial),
- 2.14 Carcinoma en adenoma pleomorfo (tumor maligno mixto),
- 2.15 Carcinoma de células escamosas,

- 2.16 Small cell carcinoma,
- 2.17 Carcinoma indiferenciado,
- 2.18 Otros carcinomas,

### **3. Tumores no epiteliales,**

### **4. Linfoma maligno,**

### **5. Tumores secundarios,**

### **6. Tumores no clasificados,**

### **7. Lesiones semejantes a tumores,**

- 7.1 Sialadenosis,
- 7.2 Oncocitosis,
- 7.3 Sialometaplasia necrotizante,
- 7.4 Lesión linfoepitelial benigna,
- 7.5 Quistes de glándulas salivales,
- 7.6 Sialadenitis esclerosante crónica de glándula submandibular  
(tumor de Kiittner),
- 7.7 Quiste linfoide (hiperplasia en SIDA) (OMS 1991).<sup>24</sup>

## **II.10 Lipomas.**

Los lipomas son una neoplasia benigna del mesenquima compuesta por adipocitos maduros, usualmente rodeada por una delgada capsula de tejido fibroso.<sup>21</sup> La mayoría son superficiales y se localizan en cuello, espalda y parte proximal de las extremidades. Se manifiestan como una masa única o

múltiple, no dolorosa y de crecimiento lento. Son más comunes en personas obesas. Ocasionalmente se encuentran en la cavidad bucal. Generalmente como una masa esférica, circunscrita, pedunculada que surge de la mucosa bucal. Las localizaciones orales más frecuentes son: mucosa yugal, lengua, piso de boca y encía, su tamaño puede ir desde unos milímetros hasta unos centímetros de diámetro. En ocasiones las lesiones se vuelven tan grandes que dificultan la masticación y la fonación. Los tumores son de color amarillo, pero pueden ser rosas y en ocasiones semejar fibromas clínicamente. La superficie es lisa y la lesión es relativamente blanda y esponjosa al tacto. En raros casos un lipoma bucal aparece en tejidos submucosos profundos, los lipomas que se asientan en tejidos profundos suelen ser más difusos confundiendo con el tejido adiposo submucoso. Aunque algunos autores han considerado a los lipomas como lesiones reactivas, los estudios citogenéticos apoyan una naturaleza neoplásica.<sup>25</sup>

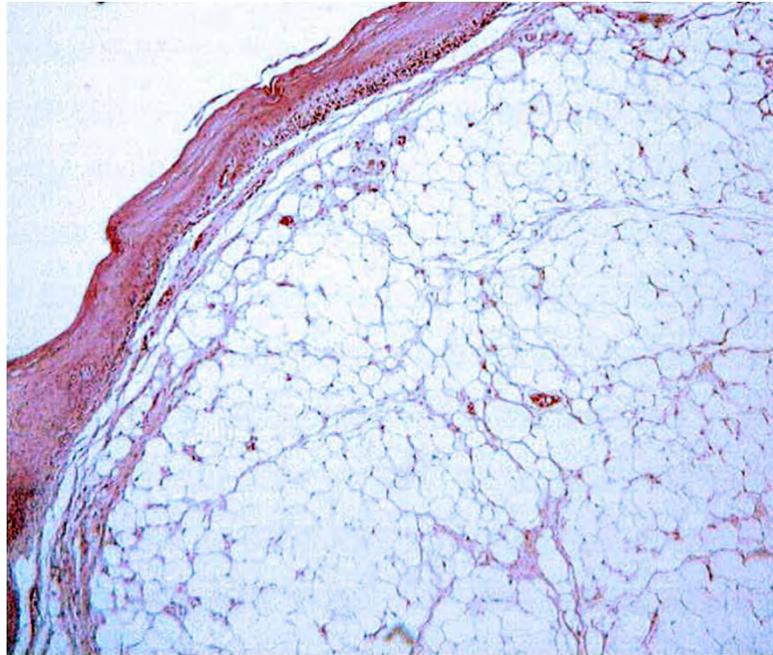
## **II.11 Sialolipoma.**

El Sialolipoma (SL) es un tumor benigno de glándulas salivales que fue identificado como una entidad independiente por Nagao y cols. en 2001.<sup>1</sup> Este está caracterizado por la presencia de adipocitos entrecruzados con glándulas salivales, ductos y acinos normales, además de presentar una capsula de tejido conjuntivo fibroso. **Figs. 1 y 2** La localización más frecuente del SL es en las glándulas salivales mayores; algunos casos han sido reportados alrededor de glándulas salivales menores.<sup>6</sup>

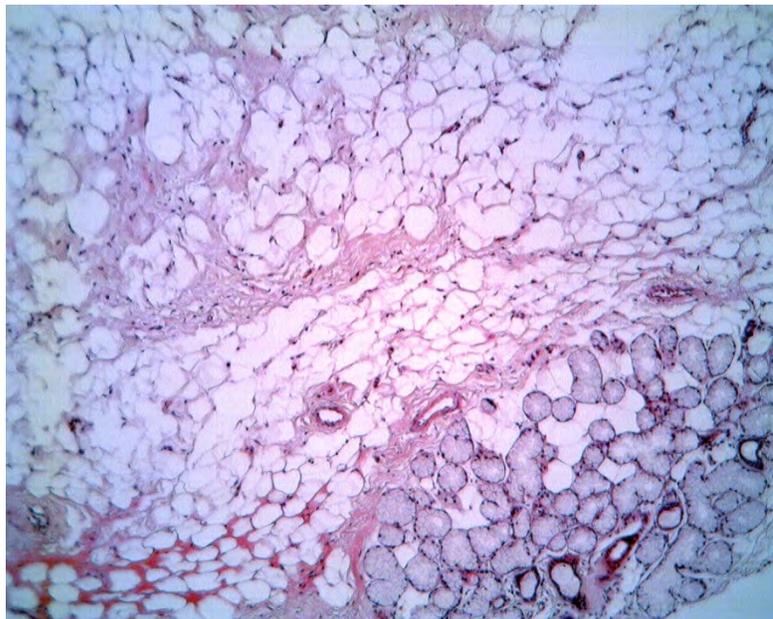
Se han desencadenado una serie de discusiones pretendiendo diferenciar esta neoplasia de algunas otras entidades con las que guarda algún tipo de

similitud como lo pueden ser un lipoma de glándulas salivales, lipoadenoma, adenolipoma, un hamartoma, incluso de un adenoma pleomórfico y algunas otras lesiones. El termino adenolipoma o lipoadenoma se aplica a tumores bien circunscritos con distintivos componentes adiposos y glandulares, se observa en el pecho, tiroides y piel, también pueden ser llamadas tirolipoma o timolipoma (tiroides o timo respectivamente) ambos términos (adenolipoma, lipoadenoma) pueden implicar también la ocurrencia de proliferación neoplásica de los componente glandulares o adiposos<sup>1</sup>. Lipoma, lipoadenoma, lipoma infiltrante, fobrolipoma, lipoadenoma oncocítico, angioliipoma infiltrante, angioliipoma intramuscular, ránula, neoplasia de glándula salival, quiste dermoide y epidermoide, adenosis poliquística esclerosante, son algunos de los diagnósticos diferenciales más comúnmente propuestos y que por su morfología e histología tienen algún parecido con el Sialolipoma.<sup>1,2,4,5,7,9,10</sup>

El escaneo con tomografía computarizada revela una masa de baja densidad, la resonancia magnética muestra una masa con una señal de alta intensidad (T1 y T2); en otro de los casos, muestra la imagen de un tumor bien delimitado en la región del paladar duro, con intensidad heterogénea en ambas imágenes cargadas (T1 y T2).<sup>1,5</sup>



**Fig.4** imagen en la que se observa la capsula de tejido conectivo fibroso que rodea a un Sialolipoma.



**Fig. 5** Imagen en la que se observa el componente adiposo y glandular del Sialolipoma.

### **III. OBJETIVOS**

Con el propósito de contribuir a un mejor conocimiento de esta neoplasia presentamos cinco casos de Sialolipomas de la mucosa bucal. Adicionalmente, y con el objetivo de evaluar posibles diferencias de predilección por género y edad en el momento de su diagnóstico en relación a su origen (glándulas mayores o menores), se realiza una revisión de la literatura científica internacional analizando características clínicas y epidemiológicas de esta entidad.

## **IV. MATERIAL Y MÉTODOS**

Se examinaron los archivos del servicio de diagnóstico histopatológico de laboratorio de patología bucal de la DPel de la Facultad de Odontología de la UNAM, se identificaron todos aquellos a partir del año 2003 a la fecha que presentaban diagnóstico de lipoma. Los diagnósticos fueron revisados por 2 patólogos expertos para confirmar o reclasificar el diagnóstico de cada uno de ellos.

### **Criterios de inclusión.**

Se incluyeron todos los casos con diagnóstico de Sialolipoma.

### **Criterios de exclusión.**

Fueron excluidos los casos que no tuvieran diagnóstico de Sialolipoma.

## V. RESULTADOS

### V.1 Reporte de los casos.

#### Caso 1.

**Características clínicas.** Una persona de sexo masculino de 62 años de edad se presentó en la clínica de medicina oral en el laboratorio de patología bucal de la DEPEI de la FO de la UNAM debido a la presencia de una masa asintomática localizada en la mucosa bucal izquierda. El paciente reporta un lento crecimiento de la masa durante los últimos 4 años. Durante la exploración física se observó un nódulo bien delimitado localizado en la mucosa bucal izquierda en la región de molares. La mucosa que cubre el nódulo era del mismo color que la mucosa adyacente con áreas azuladas. El paciente fue remitido al servicio de cirugía oral de la misma institución para realizar una biopsia escisional de la lesión. La muestra quirúrgica fue fijada (10% de formalina buffer durante 48 hrs.).

**Descripción macroscópica.** Al examen macroscópico se observa una muestra que mide 3.4 X 2.1 X 1.1 cm de tamaño, formado por dos fragmentos sólidos de tejido blando, de forma ovoide y color amarillento. La muestra fue embebida en parafina para ser cortada a 5 µm. y teñidas con H&E.

**Descripción microscópica.** Se observa una lesión bien circunscrita caracterizada por tejido adiposo normal, con entrecruzamiento de acinos glandulares mucosos, ductos intercalares y ductos secretores, rodeados por una capsula de tejido fibroso. Un estroma de tejido conectivo, tejido linfoide, fibras de musculo estriado y fibras nerviosas fueron identificadas. La lesión estaba cubierta por epitelio escamoso normal.

**Diagnostico clínico presuntivo.** Adenoma pleomorfo.

**Diagnostico histopatológico.** Sialolipoma.



**Fig.6** imagen clínica de un Sialolipoma

## **Caso 2.**

**Características clínicas.** En el laboratorio de patología bucal de la DEPEI de la FO de la UNAM se recibe una muestra perteneciente a un paciente de sexo masculino de 55 años de edad. El cual clínicamente presentaba un nódulo de 2 cm de diámetro en el labio inf. Izq. bien delimitado de superficie lisa y color igual al del epitelio continuo de la mucosa, de diez años de evolución sin sintomatología.

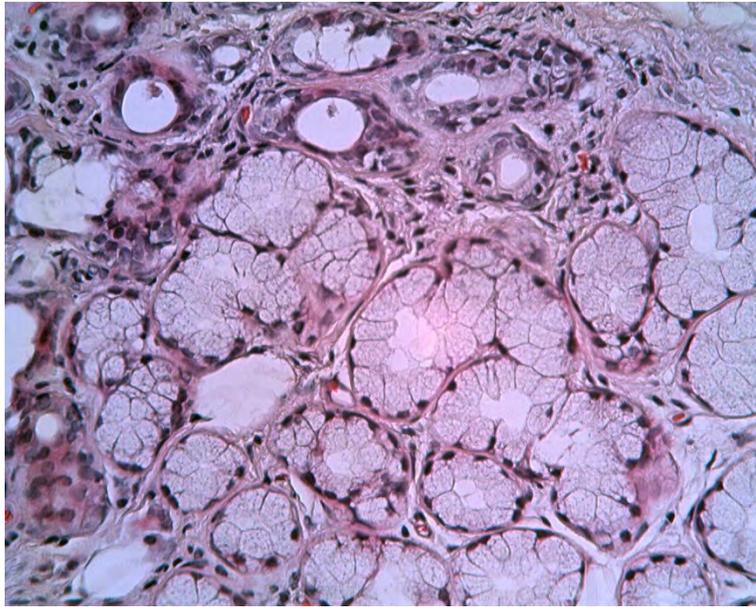
**Descripción macroscópica.** Se observa una muestra única de tejido blando que mide 1.4 X 0.9 X 0.7 cm de forma ovoide e irregular, de superficie lisa bien delimitada, y unas partes encapsuladas de color amarillo con áreas negras de consistencia firme.

La muestra se embebe en parafina se corta a 5  $\mu$ m y se tiñe con H&E.

**Descripción microscópica.** Se observa un nódulo submucoso bien delimitado constituido por tejido adiposo maduro entremezclado con finos septos de tejido fibroso y hacia la base en contacto con tejido glandular de tipo mixto, conductos excretores, tejido nervioso y algunos fascículos musculares de tipo estriado..

**Diagnostico clínico presuntivo.** Lipoma.

**Diagnostico histopatológico.** Sialolipoma.



**Fig. 7** se observa el componente glandular normal presente en el Sialoliopoma.

### **Caso 3.**

**Características clínicas.** En el laboratorio de Patología Bucal de la DEPEI de la FO de la UNAM se recibe una muestra de un paciente de sexo femenino de 61 años de edad consistente de tres fragmentos de tejido blando fijados en formalina, correspondientes a una lesión circunscrita de consistencia firme, de color amarillento con forma globular localizada en piso de boca del lado derecho.

**Características macroscópicas.** El mayor de ellos es de consistencia blanda, de color amarillo, de forma y superficie irregular; de tamaño 1.2 X 1.8 X 0.8 cm. Otro de los fragmentos es de consistencia firme, superficie lisa e

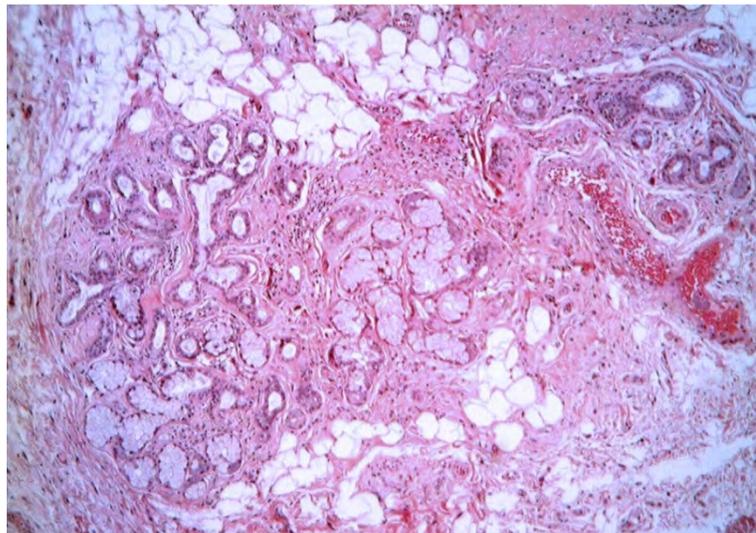
irregular y color café claro mide 1.0 X 0.8 X 0.4 cm. Al fragmento de mayor tamaño se le realiza un corte longitudinal observándose las mismas características.

Una muestra es embebida en parafina, cortada a 5 µm y teñida con H&E

**Características microscópicas.** La muestra observada se encuentra formada por abundantes células adiposas maduras, entremezcladas con acinos glandulares de tipo mucoso, conductos intercales y secretorios y tejido conjuntivo fibroso denso, además de tejido inflamatorio crónico leve localizado en parches. También se observa tejido nervioso y hemorragia reciente; está cubierto por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con edema intra e intercelular, vacuolización perinuclear y acantosis leve.

**Diagnostico clínico presuntivo.** Lipoma

**Diagnostico histopatológico.** Sialolipoma



**Fig.8** Se observa la presencia de infiltrado inflamatorio.

#### **Caso 4.**

**Características clínicas.** Se recibió una muestra en el laboratorio de Patología Bucal de la DEPEI de la FO de la UNAM de un paciente de sexo masculino de 70 años. Las características clínicas eran de una masa asintomática y de consistencia blanda, de color igual a la mucosa adyacente, localizada en el proceso alveolar mandibular del lado izquierdo.

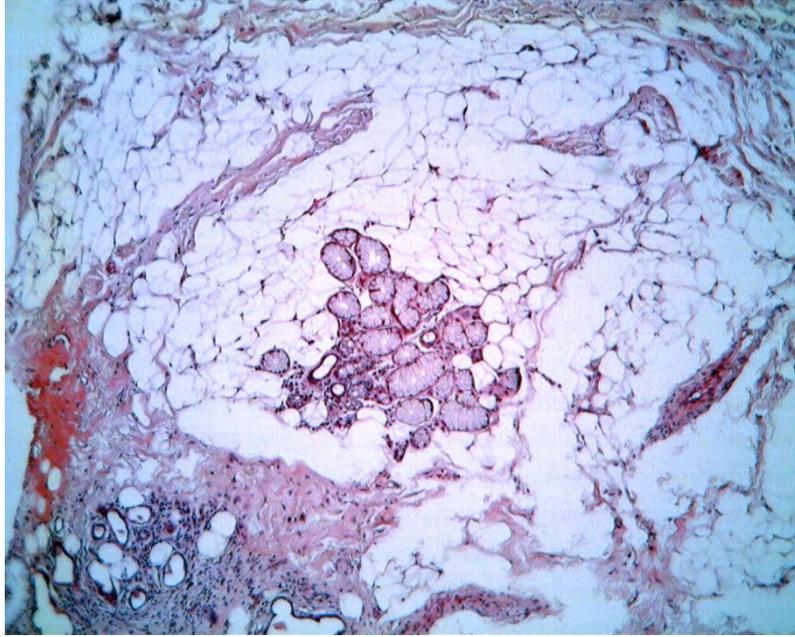
**Características macroscópicas.** Se observa una muestra de tejido blando que mide 0.9 X 0.4 X 0.5 cm. de forma ovoide con una superficie lisa y consistencia firme, de color café claro.

La muestra se embebe en parafina se corta a 5 µm y se tiñe con H&E.

**Características microscópicas.** La lesión estaba constituida por tejido celular adiposo maduro entremezclado con tejido conjuntivo fibroso denso, acinos glandulares mucosos y tejido nervioso presentes en la porción basal, bien vascularizado, con infiltrado inflamatorio crónico difuso localizado. Esta cubierto parcialmente por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con edema intracelular, vacuolizaciones citoplasmáticas y nucleares y áreas de atrofia.

**Diagnostico clínico presuntivo.** Hiperplasia.

**Diagnostico histopatológico.** Sialolipoma.



**Fig. 9** se observa la presencia de tejido conjuntivo fibroso denso

### **Caso 5.**

**Características clínicas.** En el laboratorio de Patología Bucal de la DEPEI de la FO de la UNAM se recibe una muestra de un paciente de sexo femenino de 58 años de edad; su descripción clínica es un aumento de volumen de color amarillo de aproximadamente 0.5 cm. de tamaño, localizado en la zona retromolar mandibular izquierda, es firme a la palpación, móvil, no adherido a los tejidos profundos.

**Descripción macroscópica.** El espécimen mide 0.5 X 0.5 X 0.4 cm. Tiene forma oval, de bordes regulares y consistencia blanda, con una superficie lisa

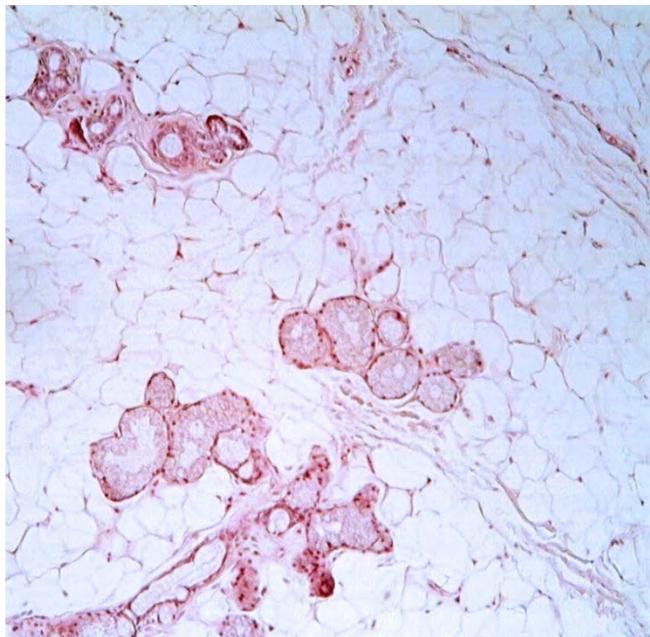
y brillante. Presenta un color amarillo con centro café claro, al corte longitudinal presenta las mismas características.

La muestra es embebida en parafina, cortada a 5  $\mu\text{m}$  y teñida con H&E.

**Descripción microscópica.** Se observa que está formado por tejido adiposo con presencia de acinos glandulares de tipo mucoso. Se encuentra rodeado por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado atrófico.

**Diagnostico clínico presuntivo.** Lipoma.

**Diagnostico histopatológico.** Sialolipoma



**fig.10** Islas de tejido glandular rodeadas por tejido adiposo.

## V.2 Análisis de la literatura.

El Sialolipoma (SL) es un tumor benigno de glándulas salivales que fue identificado como una entidad independiente por Nagao y cols. en 2001, es un tumor poco común de glándulas salivales que está caracterizado por la presencia de adipocitos normales y atrapamiento de tejido glandular normal,<sup>1</sup> la localización más frecuente del SL es en las glándulas salivales mayores; algunos casos han sido reportados alrededor de glándulas salivales menores<sup>2,5</sup>. En el presente trabajo exponemos cinco casos de Sialolipoma de glándulas salivales menores, en donde las características histológicas de ambos casos son concordantes con los parámetros histológicos propuestos por Nagao y cols<sup>1</sup>.

Los diagnósticos diferenciales histológicos del Sialolipoma incluyen lipoma, lipomatosis de glándulas salivales, lipoadenoma, fibrolipoma, angioliipoma, lipoadenoma oncocítico, angioliipoma infiltrante, angioliipoma intramuscular, ránula y neoplasia de glándula salival.<sup>1-16</sup> Los lipomas son una neoplasia benigna del mesenquima compuesta por adipocitos maduros, usualmente rodeada por una delgada capsula de tejido fibroso.<sup>21</sup> La mayoría son superficiales y se manifiestan como una masa única o múltiple no dolorosa de crecimiento lento, son más comunes en personas obesas; se encuentran ocasionalmente en la cavidad oral como una masa esférica, circunscrita, pedunculada que surge de la mucosa bucal, sus localizaciones más frecuentes son: mucosa yugal, lengua, piso de boca y encía. El lipoma de glándulas salivales es una neoplasia bien delimitada o encapsulada, compuesta por tejido adiposo maduro que contiene focos atróficos no neoplásicos de tejido glandular salival, acinos y ductos. Los acinos de glándula salival pueden encontrarse esparcidos por todo el tumor, incluyendo

ocasionalmente la periferia. La lipomatosis de glándula salival es una variante histológica del lipoma la cual puede ser fácilmente confundida con el Sialolipoma ya que este posee características histológicas similares. La presencia de una capsula fibrosa puede facilitar la distinción entre Sialolipoma y lipomatosis.<sup>1,21</sup> El Sialolipoma es un tumor encapsulado, mientras que la lipomatosis de glándulas salivales es una proliferación difusa no circunscrita de tejido adiposo maduro. Respecto al lipoadenoma, el termino adenolipoma o lipoadenoma se aplica a tumores bien circunscritos con distintivos componentes adiposos y glandulares, se observa en el pecho, tiroides y piel, también pueden ser llamadas tirolipoma o timolipoma (tiroides o timo respectivamente) ambos términos (adenolipoma, lipoadenoma) implica también la ocurrencia de proliferación neoplásica de los componentes glandulares y adiposos.<sup>1,26</sup> La falta de estructuras acinares normales en el lipoadenoma permite su diferenciación con el Sialolipoma.<sup>25,26</sup> De la misma forma el lipoadenoma oncocítico puede ser diferenciado del Sialolipoma, porque en el lipoadenoma oncocítico los componentes epiteliales muestran prominentes cambios oncocíticos en el citoplasma.<sup>25</sup>

El fibrolipoma y angioliipoma son variantes histológicas del lipoma en donde el tejido adiposo se encuentra en menor proporción con respecto al tejido del cual se originan o están íntimamente asociados,<sup>17</sup> teniendo así como principal diferencia el porcentaje de tejido adiposo que en el caso del Sialolipoma es marcadamente mayor en todos los casos (60-90 %). Angioliipoma es el término usado para describir una variante del lipoma el cual se ubica en el tejido celular subcutáneo, donde se presentan como nódulos amarillos encapsulados con un tinte rojizo más o menos marcado. Microscópicamente, estos nódulos muestran células adiposas maduras separadas por una red ramificada de pequeños vasos, la proporción de tejido adiposo y canales vasculares varia, pero generalmente la vascularidad es

levemente más marcada en las áreas subcapsulares, ocurre generalmente en adultos jóvenes, presentándose a finales de la segunda o principio de la tercera década.

Los diagnóstico diferenciales histológicos pueden incluir también adenoma pleomórfo con abundante tejido adiposo (lipometaplasia).<sup>27</sup> En el Sialolipoma todos los acinos de glándulas salivales son no neoplásicos con apariencia normal sin ninguna evidencia de metaplasia. Los componentes epiteliales del adenoma pleomórfico tienen un comportamiento de metaplasia común. **La tabla 1** muestra las diferencias en los parámetros histológicos entre Sialolipoma y otras lesiones lipomatosas de glándulas salivales.

LESION CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS	SIALOLIPOMA	LIPOMATOSIS	LIPOMA	ADENOLIPOMA	ADENOMA PLEOMORFICO LIPOMATOSO
ENCAPSULADO/ BIEN CIRCUNSCRITO	+	-	+	+	+/-
CELULAS ACINARES NORMALES NO NEOPLASICAS	+	+	-	-	-
DUCTOS	+	-	-	-	+
CELULAS MIOEPITELIALES	+	-	-	-	+
ADIPOCITOS NEOPLASICOS	+	-	+	+	-
EPITELIO GLANDULAR NEOPLASICO	-	-	-	+	+
METAPLASIA EPITELIAL	-	-	-	-	+

**Tabla 1: Características histológicas diferenciales de lesiones lipomatosas de glándulas salivales caracterizadas por tejido adiposo. (+)Presente; (-) Ausente**

En nuestro conocimiento 35 casos de Sialolipoma (incluyendo los 5 presentes) han sido reportados en la literatura científica.<sup>1,16</sup> Las características epidemiológicas de los casos reportados de Sialolipoma muestran una proporción masculino:femenino de 1.3:1 y el promedio de edad al momento del diagnóstico de 51.4 años, con un rango de edad de entre unos meses hasta 84 años. Nuestros casos fueron hombres de 62, 55 y 70 años y mujeres de 61 y 58 años de edad respectivamente. De los casos reportados en la literatura, 19 casos se originaron de las glándulas salivales mayores, (16 en la glándula parótida y 3 en la glándula submandibular); 12 fueron en hombres y 7 en mujeres (proporción 1.7:1 m:f). El promedio de edad al momento del diagnóstico fue de 43.8; más frecuente durante la 4ª década de vida, como se muestra en la **tabla 2**. Por otro lado, 16 casos incluyendo los presentes, se originaron en las glándulas salivales menores: 3 en paladar duro, 3 en piso de boca, 2 en mucosa bucal, 2 en paladar blando, 2 en el labio inferior, 1 en lengua, 1 en el surco bucal, 1 en la zona retromolar inferior y 1 en el proceso alveolar inferior, de ellos 7 fueron en mujeres y 7 en hombres (proporción 1:1 m:f); en dos de los casos el género de los pacientes no fue determinado. El promedio de edad al momento del diagnóstico fue de 61.7 años, más frecuentemente durante la 6ª década de vida, como se muestra en la **tabla 3**. El Sialolipoma de glándulas salivales mayores es más frecuente en hombres que en mujeres; por otro lado, el Sialolipoma de glándulas salivales menores no muestra preferencia por algún género. Para evaluar la diferencia de edad entre los Sialolipomas de glándulas salivales mayores y de glándulas salivales menores (43.8 contra 61.7 años) se realizó un examen usando los casos reportados en la literatura científica. Los pacientes con Sialolipomas en las glándulas salivales menores son significativamente más viejos al momento del diagnóstico, que los pacientes que sufren Sialolipomas en las glándulas salivales mayores.

<b>AUTOR</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>LOCALIZACION</b>
<b>MAIORANO E, y cols.</b>	NEONATO	FEMENINO	PAROTIDA
<b>HORNIGOLD R, y cols.</b>	NEONATO	FEMENINO	PAROTIDA
<b>KADIVAR M, y cols.</b>	3	FEMENINO	PAROTIDA
<b>BANSAL y cols.</b>	11	MASCULINO	PAROTIDA
<b>NAGAO T, y cols.</b>	20	MASCULINO	PAROTIDA
<b>DOGAN S, y cols.</b>	33	MASCULINO	PAROTIDA
<b>NAGAO T, y cols.</b>	42	MASCULINO	PAROTIDA
<b>MICHAELIDIS IG, y cols.</b>	44	MASCULINO	PAROTIDA
<b>BAKER SE, y cols.</b>	44	MASCULINO	PAROTIDA
<b>NAGAO T, y cols.</b>	45	FEMENINO	PAROTIDA
<b>WALTZ AE, PERZIK SL</b>	48	MASCULINO	PAROTIDA
<b>YUM DJ, y cols.</b>	59	MASCULINO	PAROTIDA
<b>JANG GW, y cols.</b>	62	FEMENINO	SUBMANDIBULAR
<b>WALTZ AE, PERZIK SL</b>	65	MASCULINO	PAROTIDA
<b>NAGAO T, y cols.</b>	66	FEMENINO	PAROTIDA
<b>NAGAO T, y cols.</b>	67	MASCULINO	PAROTIDA
<b>PUSIOL T, y cols.</b>	73	MASCULINO	SUBMANDIBULAR
<b>YUM DJ, y cols.</b>	74	MASCULINO	PAROTIDA
<b>PARENTE P, y cols.</b>	77	FEMENINO	SUBMANDIBULAR

**TABLA 2: Características demográficas y topográficas de los Sialolipomas de glándulas salivales mayores.**

<b>AUTOR</b>	<b>EDAD (AÑOS)</b>	<b>GENERO</b>	<b>LOCALIZACION</b>
<b>FREGANANI ER, y cols.<sup>12</sup></b>			LENGUA
<b>FREGANANI ER, y cols.<sup>12</sup></b>			SURCO BUCAL
<b>De FREITAS y cols.</b>	38	MASCULINO	LABIO INFERIOR
<b>RAMER N, y cols.<sup>2</sup></b>	43	FEMENINO	PALADAR BLANDO
<b>CASO PRESENTE</b>	55	MASCULINO	LABIO INFERIOR
<b>CASO PRESENTE</b>	58	FEMENINO	ZONA RETROMOLAR INFERIOR
<b>PONNIA I, y cols.<sup>7</sup></b>	60	MASCULINO	PISO DE BOCA
<b>SAKAI T, y cols.<sup>6</sup></b>	60	FEMENINO	PALADAR DURO
<b>CASO PRESENTE</b>	61	FEMENINO	PISO DE BOCA
<b>CASO PRESENTE</b>	62	MASCULINO	MUCOSA BUCAL
<b>OKADA y cols.</b>	66	FEMENINO	PALADAR DURO
<b>NAGAO T, y cols.<sup>1</sup></b>	66	MASCULINO	PALADAR SUAVE
<b>LIN YJ.<sup>3</sup></b>	67	FEMENINO	PISO DE BOCA
<b>CASO PRESENTE</b>	70	MASCULINO	PROCESO ALVEOLAR INFERIOR
<b>NAGAO T, y cols.<sup>1</sup></b>	75	MASCULINO	PALADAR DURO
<b>RAMER N, y cols.<sup>2</sup></b>	84	FEMENINO	MUCOSA BUCAL

**TABLA 3: Características demográficas y topográficas de los Sialolipomas de glándulas salivales menores.**

## VI. DISCUSIÓN.

Nuestros casos concuerdan con estas observaciones. No tenemos explicación para justificar esta aparente diferencia en la edad de aparición. Para evitar las posibles casualidades, es necesario incrementar el número de Sialolipomas de ambos orígenes (glándulas salivales mayores y menores) para confirmar o rechazar esta propuesta.

El Sialolipoma debe ser considerado dentro de los diagnósticos clínicos diferenciales de los tumores de la mucosa bucal, especialmente si se sospecha de un tumor de glándulas salivales menores. El diagnóstico clínico diferencial de tumores de la mucosa bucal incluye adenoma pleomórfico y carcinoma mucoepidermoide. En el caso del adenoma pleomórfico, la localización más frecuente respecto a las glándulas salivales menores son las glándulas palatinas y labiales.<sup>28,29</sup> Las características clínicas del adenoma pleomórfico incluyen un nódulo bien circunscrito cubierto por mucosa normal con un color azulado o similar a la mucosa bucal. Sin embargo el adenoma pleomórfico es más frecuente en mujeres en la 5ª década de vida, mientras que nuestros resultados sugieren que el Sialolipoma de las glándulas salivales menores no muestran predilección por género y es más frecuente durante la 7ª década de vida. Respecto al carcinoma epidermoide originado en glándulas salivales menores, la edad al momento del diagnóstico es similar a la observada en Sialolipomas de glándulas salivales menores, la 7ª década de vida. Sin embargo, el carcinoma epidermoide se origina más frecuentemente en las glándulas palatinas y se caracteriza clínicamente por una lesión azulosa no muy bien delimitada.

Existen ciertas consideraciones importantes en cuanto al tratamiento. El diagnóstico se realiza tras la biopsia escisional mediante parotidectomía parcial o total, sialosubmaxilectomía y resección de la glándula sublingual. La biopsia incisional no se utiliza por el riesgo de diseminación en el caso de tumores malignos. La biopsia por punción y aspiración con aguja fina no ha demostrado producir diseminación, por lo que es una opción para establecer un diagnóstico, sin embargo requiere de un citólogo experimentado y se realiza cuando se sospechan datos de malignidad.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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;38:30-6.
- 2.- 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;104:809–13.
- 3.- Lin YJ, Lin LM, Chen YK, Shen YH, Hsue SS, Wang WC, et al. Sialolipoma of the floor of the mouth: a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 2004;20:410-4.
- 4.- Hornigold R, Morgan PR, Pearce A, Gleeson MJ. Congenital sialolipoma of the parotid gland first reported case and review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2005;69:429–34.
- 5.- Michaelidis IG, Stefanopoulos PK, Sambaziotis D, Zahos MA, Papadimitriou GA. Sialolipoma of the parotid gland. *J Craniomaxillofac Surg* 2006;34:43-6.
- 6.- Sakai T, Iida S, Kishino M, Okura M, Kogo M. Sialolipoma of the hard palate. *J Oral Pathol Med* 2006;35:376-8.
- 7.- Ponniah I, Lavanya N, Suresh Kumar P. Island of salivary gland in adipose tissue: a report of three cases. *J Oral Pathol Med* 2007;36:558–62.
- 8.- Parente P, Longobardi G, Bigotti G. Hamartomatous sialolipoma of the submandibular gland: case report, *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008;46:599-600.
- 9.- Kadivar M, Shahzadi SZ, Javadi M. Sialolipoma of the parotid gland with diffuse sebaceous differentiation in a female child. *Pediatr Dev Pathol* 2007;10:138–41.
- 10.- Yum DJ, Kang JH, Kym YJ, Kim SW. Sialolipoma of the parotid gland. *Korean J Otorrhinolaryngol-Head neck Surg* 2008;51:371-5.

- 11.- Maiorano E, Capodiferro S, Fanelli B, Calabrese L, Napoli A, Fabia G. Hamartomatous angioliopoma of the parotid gland. (Sialoangioliopoma). Head and Neck Pathol 2008; 2:36-40.
- 12.- Fregnani ER, Pires FR, Falzoni R, Lopes MA, Vargas PA. Lipomas of the oral cavity: clinical findings, Histological classification and proliferative activity of 46 cases. Int J Oral Maxillofac Surg 2003;32:49-53.
- 13.- Walts AE, Perzik SL. Lipomatous lesions of the parotid area: Arch Otolaryngol 1976;102:230-2.
- 14.- Baker SE, Jensen JL, Correll RW. Lipomas of the parotid gland. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1981;52:167-71.
- 15.- Yau KC, Tsang WYW, Chan JKC. Lipoadenoma of the parotid gland with probable striated duct differentiation. Mod Pathol 1997;10:242-6
- 16.- Kato M, Horie Y, Oncocytic lipoadenoma of the parotid gland. Histopatology, 200; 36:285-6.
- 17.- Seifter G, Donath K, Schafer R. Lipomatus pleomorphic adenoma of the parotid gland, classification of the lipomatous tissue in salivary glands. Pathol Res Pract. 1999; 195:247-52.
- 18.-Pons Vicente O, Almedros Marques N, Berini Aytes L, Gay Escoda C. Minor salivary gland tumors; A clinicopathological study of 18 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008; 13: E582-8.
- 19.- Pires FR, Pringle GA, de Alneida OP, Chen SY. Intra.oral minory salivary glands tumors: a clinicopathological study of 546 cases. Oral Oncol. 2007; 43: 463-70.
- 20.- Franz M. Enzinger; Tumores de tejidos blandos, Edit. Medica Panamericana. 1995. pág. 222-61.
- 21.- Geneser, Finn Histología sobre bases biomoleculares. 3ª Ed. 3ª reimpresión; Buenos Aires, Madrid, Edit. Médica Panamericana 2003. pág. 227-8.
- 22.- Junqueira L. C. Histología básica; 5ª ed. Madrid España; Edit. Masson, 2000. pág. 113.

- 23.-** Robbins, Patología humana, 7ª Edic. 2004 Edit. ELSEVIER.
- 24.-** Philip F. McCarthy Enfermedades de la mucosa bucal 2ª Ed. 1985 Edit. Librería “El Ateneo”.
- 25.-** Hamm W, Arthur Tratado de histología,, 7ª Ed. México, Nueva Editorial Interamericana 1975. pág. 210-6.
- 26.-** Ross, Michael H. Histologia: texto y atlas a color con biología celular y molecular. 4ª Edic. Edit. Medica Panamericana. Buenos Aires, Argentina 2005. Pp 2-5.
- 27.-** Stevens, Alan. Histología humana. 2ª Ed. Edit. Harcourt Brace. Madrid España 1998 Pp 5,6

## VIII. OTROS

**Figura 1.** Imagen tomada de Boya Vegue, Jesús; Atlas de histología y organografía. 2ª Ed. Editorial Medica Panamericana. Madrid, España 2004. Pág. 47

**Figura 2.** Imagen tomada de Geneser, Finn Histología sobre bases biomoleculares. 3ª Ed. 3ª reimpresión; Buenos Aires, Madrid, Edit. Médica Panamericana 2003. Pág. 228

**Figura 3.** Imagen tomada de Geneser, Finn Histología sobre bases biomoleculares. 3ª Ed. 3ª reimpresión; Buenos Aires, Madrid, Edit. Médica Panamericana 2003. Pág. 230

**Figura 4.** Imagen tomada de los casos presentes en el laboratorio de patología bucal clínica y experimental de la DEPel de la Facultad de Odontología

**Figura 5.** Imagen tomada de los casos presentes en el laboratorio de patología bucal clínica y experimental de la DEPel de la Facultad de Odontología.

**Figura 6.** Imagen tomada de los casos presentes en el laboratorio de patología bucal clínica y experimental de la DEPel de la Facultad de Odontología

**Figura 7.** Imagen tomada de los casos presentes en el laboratorio de patología bucal clínica y experimental de la DEPel de la Facultad de Odontología

**Figura 8.** Imagen tomada de los casos presentes en el laboratorio de patología bucal clínica y experimental de la DEPel de la Facultad de Odontología.

**Figura 9.** Imagen tomada de los casos presentes en el laboratorio de patología bucal clínica y experimental de la DEPel de la Facultad de Odontología.

**Figura 10.** Imagen tomada de los casos presentes en el laboratorio de patología bucal clínica y experimental de la DEPEI de la Facultad de Odontología