

Galindo Torres BP*

Fraile Rodrigo JJ*

García García M**

Llano Espinosa M*

Vives Ricomà E*

Rebolledo Bernad L*

Fernández Liesa R*

*Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. Servicio de Otorrinolaringología.

**Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. Servicio de Anatomía Patológica.

Sialolipoma laríngeo: una localización infrecuente

Laryngeal Sialolipoma: An infrequent location

RESUMEN

El sialolipoma es un tumor que normalmente se encuentra en las glándulas salivales, especialmente en la glándula parótida. Se presenta el caso de un paciente con un sialolipoma en la banda ventricular derecha, con buena respuesta al tratamiento quirúrgico. Es importante hacer un diagnóstico diferencial histopatológico con adenolipoma, adenoma pleomorfo con amplia presencia de grasa o la involución grasa de la glándula salival. El tratamiento de elección para sialolipomas de cualquier ubicación es la escisión quirúrgica.

PALABRAS CLAVE:

Laríngeo, sialolipoma

SUMMARY

The sialolipoma is a tumour that is usually located in salivary glands, especially in the parotid gland. We report a case of a patient with a sialolipoma in the right ventricular band, with good response to surgical treatment. It is important to make a histopathological differential diagnosis with adenolipoma, pleomorphic adenoma with extensive presence of fat and fat involution of a salivary gland. The treatment of choice for sialolipomas from any location is surgical excision.

KEY WORDS:

Laryngeal, sialolipoma.

Introducción

Los lipomas en la región de cabeza y cuello tienen una incidencia menor al 15%¹, y ocupan menos del 1% de los tumores benignos laríngeos^{2,3}. En el año 2001, Nagao⁴ propuso por primera vez el diagnóstico de sialolipoma para describir una variante del lipoma de las glándulas salivales, en una serie de 7 casos. Este tipo de lesiones presentan islotes con epitelio salivar glandular incluidos en un tejido adiposo maduro, todo rodeado por una cápsula fibrosa muy fina que hace que el tumor esté bien delimitado. Estos islotes están compuestos por las unidades típicas de un parénquima glandular salivar normal: células acinares y ductos sin atipia³.

Este tipo de tumores se localizan habitualmente en la glándula parótida, en el paladar¹, en el suelo de boca⁵. Sólo hemos encontrado en nuestra revisión bibliográfica un caso descrito por Vairel⁶ de localización laríngeo.

Caso Clínico

Se presenta el caso de un paciente de 69 años con antecedentes de HTA e intervenido de amigdalectomía, que acudió a nuestro servicio por la aparición de una tumoración submentoniana. En la exploración mediante fibrolaringoscopia se observó un engrosamiento del tercio anterior de la banda derecha, con movilidad conservada. A la palpación no se objetivó patología ganglionar cervical. Se realizó una TAC (Fig. 1), en la que no se observaron alteraciones significativas a nivel faringolaríngeo, pero sí ganglios milimétricos inespecíficos y un posible meningioma de 1 cm junto a la apófisis clinoides anterior derecha, como hallazgo casual.

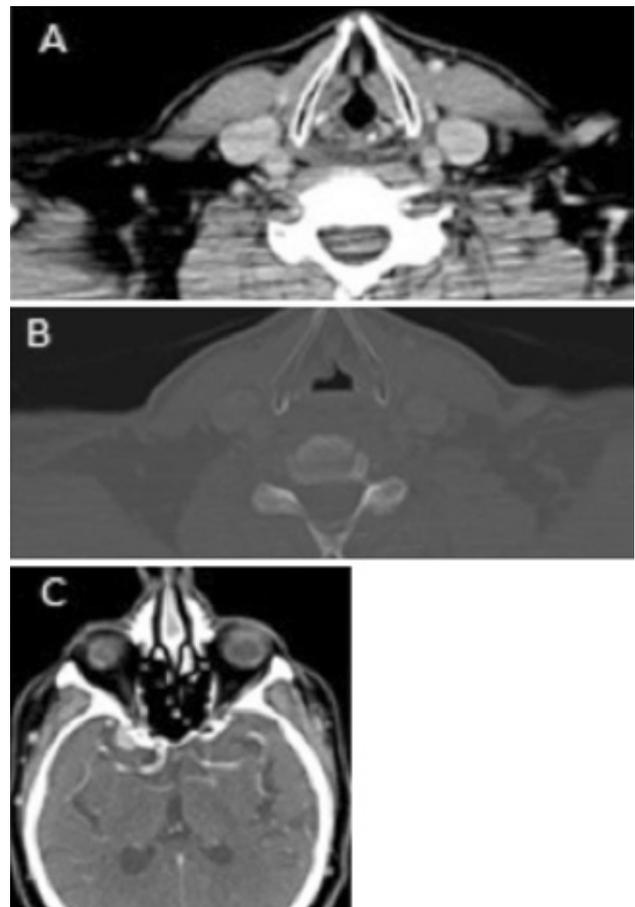


Figura 1: TAC sin alteraciones significativas a nivel de faringolaríngeo (A, B). En la imagen C se observa un posible meningioma de 1 cm en la apófisis clinoides anterior derecha como hallazgo casual.

Dados los hallazgos, se propuso realizar microcirugía endolaríngea para una biopsia – exéresis de la lesión laríngea. Durante la cirugía, tal y como se muestra en la Fig. 2, se realizó la exéresis completa de una lesión de aspecto lipomatoso, considerando la posibilidad de que fuera maligna dada la dificultad para diferenciarla macroscópicamente del liposarcoma. Los hallazgos microscópicos se muestran en la Fig. 3.

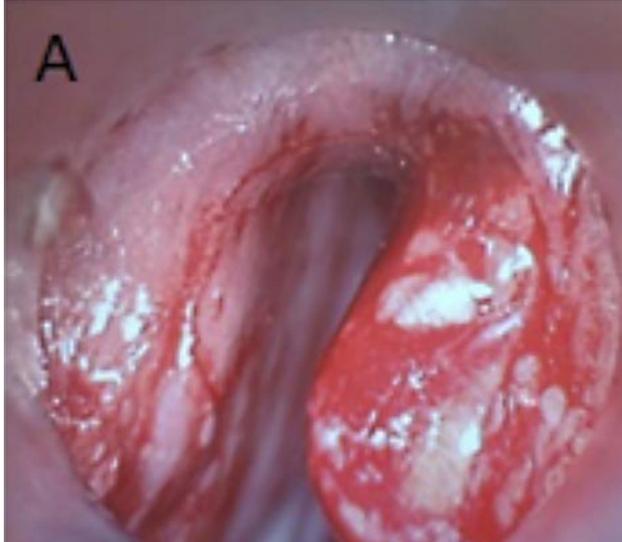


Figura 2: Imagen macroscópica bajo laringoscopia directa: A: Protrusión de banda ventricular derecha.

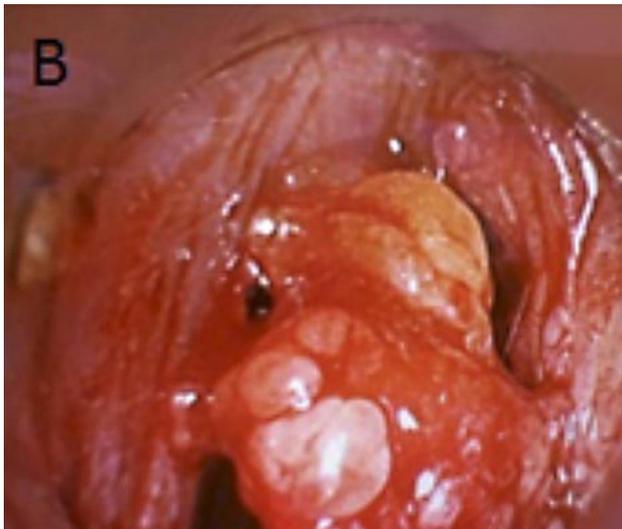


Figura 2: B: Durante la cirugía, se observa una lesión submucosa multilobulada de aspecto lipomatoso.

El paciente permaneció asintomático durante los meses posteriores a la cirugía, con una exploración otorrinolaringológica mediante nasofibrolaringoscopia normal, por lo que fue dado de alta.

Discusión

Desde la tercera edición de la clasificación WHO, en el año 2005, el sialolipoma se describe como una variante del lipoma de glándulas salivares, dentro de los tumores de partes blandas. Sin embargo, el origen no está todavía

claro: según Nagao⁴, los componentes de la glándula salivar localizados en el tumor se originan de las glándulas salivares menores adyacentes durante la proliferación lipomatosa, no considerando los elementos glandulares como neoplásicos. Esta teoría la confirmó Okada⁷, ya que encontró que la reactividad inmunohistoquímica de estos tumores era similar a la de la glándula adyacente normal. Asimismo, Vairel⁶ no encontró criterios de malignidad en el examen microscópico, considerando el sialolipoma como una neoplasia benigna.



Figura 2: C: imagen tras la exéresis completa.

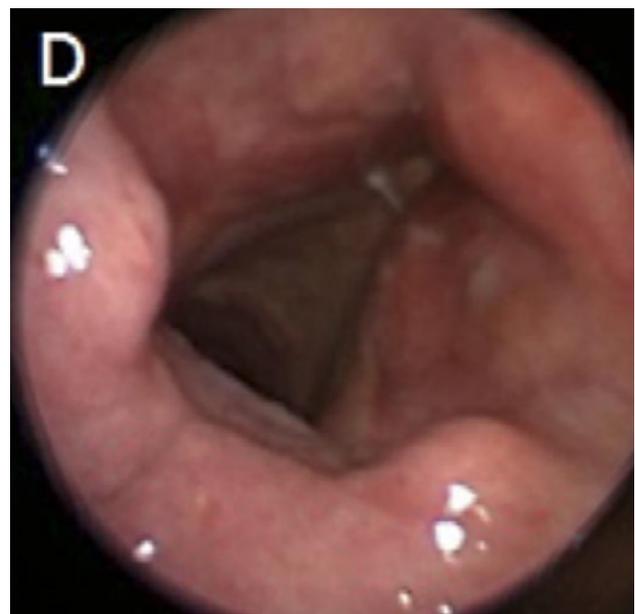


Figura 2: D: imagen con fibrolaringoscopia flexible en la revisión.

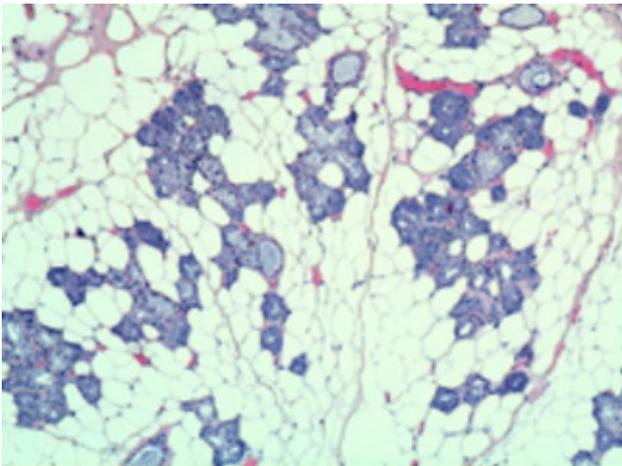


Figura 3: Imagen microscópica: Proliferación de adipocitos maduros con presencia de parénquima glandular salivar. El tejido adiposo ocupa la mayor parte del volumen tumoral, y el componente glandular se presenta en forma de islotes de acinos de tamaño variable.

Los sialolipomas tienen unas características similares a los lipomas de glándulas salivares en cuanto a la edad de aparición, generalmente por encima de los 50 años^{4,8}, y el crecimiento lento y asintomático⁴; sin embargo, la predominancia del sexo no está clara^{4,9}.

El diagnóstico suele ser por la aparición de una masa, generalmente pequeña, que va creciendo lentamente⁷. En nuestro caso, la fibrolaringoscopia nos permitió objetivar una asimetría en las bandas ventriculares de la laringe, por una lesión de aspecto quístico en banda derecha, recubierta por mucosa normal.

El diagnóstico con TAC o RMI se describe como de utilidad para confirmar la presencia de un tumor bien circunscrito, hipodenso en TAC e hiperintenso en RMI⁴. En nuestro caso la TAC estaba ya realizada previamente por la aparición de la tumoración submentoniana. No se solicitaron controles radiológicos en el postoperatorio ya que, dadas las características benignas de la lesión, la exploración con endoscopia permite el control sin necesidad de pruebas complementarias.

Es importante realizar un diagnóstico diferencial histopatológico con el adenolipoma, el adenoma pleomorfo con la presencia de tejido adiposo extenso, así como con la involución grasa de una glándula salivar^{4,10}. La identificación de una cápsula fibrosa que rodea el tumor es uno de los criterios histológicos para el diagnóstico del sialolipoma^{4,11}.

El tratamiento de elección para los sialolipomas de cualquier localización es la exéresis quirúrgica^{4,5,9}. En el caso de la laringe, igual que ocurre con lesiones de otro origen, el diagnóstico definitivo y el tratamiento se realiza con la cirugía, si bien es cierto que en los casos asintomáticos el tratamiento puede ser conservador¹². En nuestro caso, la exéresis de la lesión permitió el diagnóstico histológico, así como la desaparición de la sintomatología.

En la bibliografía revisada no se encontraron casos de recidiva⁸ ni de malignización de los tumores⁶. Nuestro paciente siguió controles mediante fibrolaringoscopia en el postoperatorio, teniendo al alta una exploración compatible con la normalidad, sin observarse tampoco signos de recidiva.

Conclusión

El sialolipoma es una variante del lipoma, tumor común en los adultos. A pesar de que existen casos descritos de sialolipomas en glándulas salivares, la localización laríngea es muy rara, habiendo encontrado descrito sólo un caso previamente.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con otros tumores que presenten componente adiposo y glandular. Una vez diagnosticado, el sialolipoma se considera una lesión benigna, por lo que tras realizar la exéresis completa no parecen necesarios los controles a largo plazo.

Bibliografía

- Som PM, Scherl MP, Rao VM, Biller HF. Rare presentations of ordinary lipomas of the head and neck: a review. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1986;7(4):657-64.
- Jones SR, Myers EN, Barnes L. Benign neoplasms of the larynx. *Otolaryngol Clin North Am.* 1984;17(1):151-78.
- Wenig BM. Lipomas of the larynx and hypopharynx: a review of the literature with the addition of three new cases. *J Laryngol Otol.* 1995;109(4):353-7.
- 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(1):30-6.
- Lin YJ, Lin LM, Chen YK, Shen YH, Hsue SS, Wang WC, Lin CC. Sialolipoma of the floor of the mouth: a case report. *Kaohsiung J Med Sci.* 2004;20(8):410-4.
- Vairel B, Woisard V, De Bonnecaze G, Uro-Coste E, Vergez S. A case of laryngeal sialolipoma: pathology in focus. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord).* 2013;134(3):165-7.
- Okada Hm, Yokoyama M, Hara M, Akimoto Y, Kaneda T, Yamamoto H. Sialolipoma of the palate: A rare case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009;108(4):571-6.
- Jang YW, Kim SG, Pai H, Park JW, Lee YC, Rotaru H. Sialolipoma: case report and review of 27 cases. *Oral Maxillofac Surg.* 2009;13(2):109-13.
- Nonaka CF, Pereira KM, de Andrade Santos PP, de Almeida Freitas R, da Costa Miguel MC. Sialolipoma of minor salivary glands. *Ann Diagn Pathol.* 2011;15(1):6-11.
- Daboin KP, Ochoa-Perez V, Luna MA. Adenolipomas of the head and neck: analysis of 6 cases. *Ann Diagn Pathol.* 2006;10(2):72-6.
- 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.
- Yoskovitch A, Cambroner E, Said S, Whiteman M, Goodwin WJ. Giant lipoma of the larynx: a case report and literature review. *Ear Nose Throat J.* 1999;78(2):122-5; quiz 126-8.