



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 7, Núm. 1 • Enero-Abril 2011 • pp. 20-25

Lipoma en región parotídea. Revisión de 10 años en el Hospital de Especialidades CMN «La Raza», IMSS, enero de 2000 a diciembre de 2009

José Luis Cadena Anguiano,* Subomy Quintana Guadarrama,** Gerardo Muñoz Luna,***
Diana Tapia Pancardo,**** Guillermo Gómez*****

RESUMEN

Introducción: Los lipomas son neoplasias benignas de tejido adiposo maduro y se pueden desarrollar en cualquier parte del cuerpo; sin embargo, es muy raro que puedan localizarse en la cavidad oral, faringe, laringe y en la glándula parótida. **Objetivo:** Realizar una revisión de casos de lipoma en la región parotídea en el Centro Médico Nacional «La Raza», en el periodo del 2000 al 2009, comparar con la literatura y presentación de un caso clínico. **Material y métodos:** Se realizó en conjunto con el Servicio de Cirugía Maxilofacial y Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional «La Raza», del Instituto Mexicano del Seguro Social una revisión de los reportes anatomopatológicos de los pacientes con diagnóstico de lipoma en la región parotídea durante el periodo comprendido entre enero del año 2000 a diciembre de 2009. **Resultados:** Se registró un total de

SUMMARY

Introduction: Lipomas are benign neoplasms mature adipose tissue and can develop at any part of the body, but it is rare to located in the oral cavity, pharynx, larynx and the parotid gland. **Objective:** To conduct a review and cases of lipoma in the region parotid at the National Medical Center La Raza, In the period from 2000 to 2009, compared with the literature and presentation of clinic case. **Material and methods:** All is it done in conjunction with Service of Maxillofacial Surgery and Pathology Service of Specialty Hospital of National Medical Center La Raza, of Social Security Mexican Institute. **Review:** with histopathology reports of patients with diagnostic of lipoma in the region parotid during the period from January 2000 to December 2009. **Results:** A total of 9 cases. The age of predilection was the 5th decade of life, with three cases. Affected more often than males females with 8 cases

* Cirujano Maxilofacial adscrito del HE CMN «La Raza» y Prof. Asociado FES Iztacala UNAM.

** Cirujano Dentista, FES Iztacala UNAM.

*** Cirujano Maxilofacial.

**** Maestra, FES Iztacala, UNAM.

***** Jefe Departamento Anatomía Patológica. UMAE CM «La Raza» IMSS.

Correspondencia:

Dr. José Luis Cadena Anguiano,

Tel: 04455-32-22-66-02

E-mail: jl.cadena@yahoo.com.mx

9 casos. La edad de predilección fue la 5ª década de la vida, con tres casos. Afectó con mayor frecuencia al sexo femenino con 8 casos (85%) y el sitio de mayor predilección fue el lado derecho con 6 casos (75%). Al 100% se les realizó escisión de la lesión. No se reportó recidiva en ninguno de los casos. **Conclusiones:** El lipoma en glándula parótida es una entidad poco frecuente; sin embargo, hay que tenerla presente al realizar el diagnóstico clínico. La resección quirúrgica es el principal tratamiento y su pronóstico es favorable.

Palabras clave: Lipoma de parótida.

(85%) and the site of greatest predilection was the right side with 6 cases (75%). At 100% underwent excision of the lesion. No recurrence was reported none of the cases. **Conclusions:** The lipoma in parotid gland is a rare entity, but must keep this in mind when making the diagnosis. Surgical resection is the mainstay of treatment and prognosis is favorable.

Key words: Parotid lipoma.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la patología que afecta cabeza y cuello, las glándulas salivales presentan una mayor variedad de neoplasias que cualquier otro órgano.¹ En su clasificación más reciente, la Organización Mundial de la Salud reconoce 12 tumores benignos y 22 neoplasias malignas primarias de origen epitelial, junto con desórdenes linfoproliferativos y tumores metastáticos en estos tejidos.²

Las neoplasias de glándulas salivales representan el 5% de los tumores de cabeza y cuello y el 1 al 2% de todos los tumores. De esta cifra, el 80% son en la glándula parótida.

Las neoplasias de glándulas parótidas representan el 3% de los tumores de cabeza y cuello,³ donde podemos encontrar entidades poco frecuentes; tal es el caso del lipoma con 0.6 a 4.4% de todos los tumores de esta glándula,⁴ siendo aún más raros aquéllos originados en su lóbulo profundo; por lo tanto, es de vital importancia un diagnóstico anatomopatológico correcto.

Los lipomas son neoplasias benignas del tejido conectivo constituidas por la proliferación de tejido celular subcutáneo,⁵ compuesto de células adiposas maduras encapsuladas.⁶

Se observan con frecuencia en adultos, pero son raros en los niños. Pueden ser únicos o múltiples (lipomatosis), y su localización predominante es en sitios como la espalda, el hombro, el abdomen, en las extremidades, en las zonas frontales del cuerpo y en la zona occipital.

Autores como Kennedy y Blanshard mencionan que los lipomas son las neoplasias más frecuentes que existen a partir de tejido conectivo, presentándose en el área de cabeza y cuello sólo en un 13%. Sin embargo, otras posibles localizaciones son: la glándula parótida, mucosa bucal, el labio, la lengua, el paladar, el vestíbulo y el piso de la boca,⁷ la región faríngea y la laringe.

Los lipomas que se localizan en la glándula parótida representan un 2 a 3% de los tumores benignos de esta zona, lo que los convierte en lesiones muy raras.⁸

Los lipomas aparecen principalmente entre la tercera a sexta décadas de la vida (promedio 40 años),⁹ generalmente en población caucásica; tienen predominio en hombres sobre mujeres en relación 5 a 2, con mayor frecuencia en lado izquierdo (60%).⁵

Dentro del estudio realizado por Gould se encontró que de 125 lipomas en región de cabeza revisados, 30 se localizaron en la glándula parótida.

Las neoplasias de la glándula parótida pueden presentarse tanto en el lóbulo profundo como en el superficial, siendo más común en este último.²¹

Cuando se localizan en el lóbulo superficial, fundamentalmente en el polo inferior, se observa la presencia de una masa palpable prominente y anterior al lóbulo de la oreja.¹⁰

Los lipomas de la glándula parótida son tumores encapsulados de consistencia blanda caracterizados por adipocitos maduros en lóbulos que sustituyen el parénquima glandular normal.¹¹ Suelen presentarse clínicamente como lesiones nodulares subcutáneas, desplazables, lobulados o multilobulados, blandos, homogéneos, encapsulados, no adheridos a planos profundos, a veces prominentes y recubiertos por piel de aspecto normal.

Presentan un crecimiento lento hasta alcanzar entre 2 a 10 cm de diámetro y luego permanecen estables. Aunque en ocasiones pueden producir molestias locales, suelen ser asintomáticos.¹²

Es característico el tiempo habitualmente largo que transcurre entre el inicio de los signos clínicos y la primera consulta.³

Como se ha mencionado, la mayor parte de ellos se localizan en el lóbulo superficial a nivel de la cauda de la glándula, y también se presentan como una masa nodular palpable elástica preauricular.

Los localizados en el lóbulo profundo suelen aparecer como un crecimiento difuso y provocan una sensación de plenitud retromandibular a nivel de la glándula. A medida que crecen, los lipomas del lóbulo profundo parotídeo tienden a extenderse a los tejidos adyacentes laxos del cuello, pudiéndose introducir posteromedial entre los músculos esternocleidomastoideos y vientre posterior del digástrico, formando una masa suave asintomática lateral y superior en el cuello. Además, también pueden extenderse en el espacio parafaríngeo, causando el desplazamiento medial de la pared lateral de la faringe y/o la amígdala.¹³

Histológicamente se caracterizan por tener cápsula de tejido conectivo fibroso y estar bien delimitados. Los adipocitos que lo conforman son idénticos a las células adiposas normales y presentan un citoplasma claro vacuolado y redondeado, con un núcleo excéntrico. La mayoría de los lipomas muestran lobulillos de células adiposas separados por tabiques fibrosos. En ocasiones, los lipomas contienen lipoblastos benignos. Estas células se caracterizan por ser multinucleadas, con los núcleos dispuestos en roseta. Esta variedad se conoce como lipoma pleomorfo.

En algunos lipomas benignos puede existir una cantidad significativa de tejido mixomatoso, además de células adiposas.¹⁴

La citología por punción-aspiración con aguja fina (PAAF) ha surgido como una técnica confiable, mínimamente invasiva y efectiva en el diagnóstico de las lesiones de glándulas salivales.¹⁵ Actualmente, la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) suele ser satisfactoria para garantizar la obtención de material que ofrezca un diagnóstico preciso. Éste es exacto en más del 90-95% de los casos. Sin embargo, esta técnica no es estrictamente necesaria en la mayoría de los pacientes con un cuadro clínico compatible con un tumor parotídeo, antes de la exploración quirúrgica.

Las secciones histológicas muestran lóbulos de tejido adiposo separados por una delgada capa de estroma de tejido conectivo fibroso.

La valoración únicamente clínica del lipoma en parótida es generalmente compleja; sin embargo, se puede hacer uso de complementos diagnósticos que ayuden a dar un diagnóstico preoperativo correcto.

En la exploración con resonancia magnética (RM), los tumores benignos como el lipoma se muestran como lesiones bien delimitadas e hiperdensas respecto al parénquima circundante y de aspecto homogéneo, pero no es posible saber la naturaleza exacta del tumor mediante este examen. El margen

de un lipoma es claramente definido por la RM como un «reborde negro», que le permite distinguirse del tejido adiposo, una distinción que no se puede hacer en la tomografía computarizada.¹⁶

La inyección de contraste puede ayudar a discriminar entre benignidad y malignidad con una especificidad variable, según la literatura.¹⁷

El tejido parotídeo normal muestra la densidad positiva y es similar o menor que los músculos.

En la tomografía computarizada (TAC) el lipoma tiene una atenuación negativa con coeficiente de valores de -50 a -150 unidades Hounsfield; por lo tanto, los lipomas son hipodensos con bordes bien delimitados y regulares y densidad homogénea.¹⁸

En el ultrasonido, los lipomas muestran una ecogenicidad variable en función de la relación agua-grasa que los constituye; pueden ser hipoecogénicos, homogéneos y otras veces, hiperecogénicos.

Dentro del diagnóstico diferencial para el lipoma podemos encontrar otras lesiones benignas de tejido conectivo como: neurofibroma, fibroma traumático y lesiones de las glándulas salivales (adenoma pleomorfo, tumor de Warthin y oncocitoma).¹⁹

Generalmente, como los lipomas en la región de la glándula parótida son lesiones asintomáticas, bien delimitadas, redondeadas, blandas, suelen resolverse con la extirpación simple si se localizan paraglandularmente, mientras que de ser intra-glandulares habrá que realizar una parotidectomía conservadora. Son relativamente fáciles de escindir y por lo general no provocan dolor.

Siendo neoplasias benignas, tras la resección de los lipomas en la glándula parótida, el pronóstico es favorable ya que esta neoplasia no tiene recidiva.

OBJETIVOS

- Realizar una revisión de casos de lipoma en la región parotídea en el CMN «La Raza» en el periodo del 2000 al 2009.
- Evaluar la frecuencia del lipoma en región parotídea en un periodo de 10 años con lo reportado en la literatura.
- Determinar la frecuencia, zona de predilección anatómica y predilección de género del lipoma en región parotídea en el HE CMNR durante el periodo de 10 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal observacional retrospectivo abierto en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) en conjunto con el

Servicio de Cirugía Maxilofacial y Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional «La Raza» del Instituto Mexicano del Seguro Social tomándose en cuenta aquellos reportes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de lipoma en la región parotídea de ambos sexos y sin ningún límite de edad, durante el periodo comprendido entre enero de 2000 a diciembre de 2009.

El análisis de datos se llevó a cabo mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS

Tras la revisión a 10 años de los archivos histopatológicos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional «La Raza», se encontraron 9 casos con diagnóstico de lipoma en glándula parótida, teniendo una frecuencia de 8 casos del sexo femenino (85%) y 1 del masculino (15%).

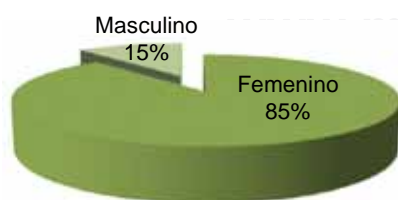
El sitio de mayor predilección fue el lado derecho con 6 casos (75%) y 3 casos en el lado izquierdo (25%).

La etapa de presentación más frecuente fue la 5ª década de la vida, con tres casos, seguida de la 4ª y 6ª décadas.



Fuente: Archivo de Servicio de Anatomía Patológica del CMN La Raza. 2000-2009.

Figura 1. Frecuencia de lipoma parotídeo por localización.



Fuente: Archivo de Servicio de Anatomía Patológica del CMN La Raza. 2000-2009.

Figura 2. Frecuencia de lipoma parotídeo por género.

En el 100% de los casos se realizó escisión de la lesión y no se reportó recidiva en ninguno (*Figuras 1 a 3*).

DISCUSIÓN

El lipoma es un tumor benigno de tejido mesenquimatoso e histológicamente similar al tejido adiposo, pero se diferencia por la presencia de una cápsula fibrosa. Dentro de la región maxilofacial es poco común.

Se realizó una revisión de lipomas en región parotídea en el Centro Médico Nacional «La Raza», IMSS, donde comparando los datos con los descritos en la literatura encontramos que, aunque en el estudio fue pequeña la población, predominó en sexo femenino en relación al masculino, contrario a lo descrito en la bibliografía. Se menciona también que aparece entre la cuarta y sexta décadas de la vida. En el estudio se reporta una media de edad de 50 años.

Similar a los lipomas en otras partes del cuerpo, tienen un crecimiento lento que puede ser de meses hasta años y son asintomáticos. A la palpación se muestra como una masa suave, asintomática y desplazable.

Recientemente, varios autores han reportado que en los estudios de imagen, los lipomas tienen una gran ecogenicidad y es mayor a la de los músculos que los rodean.

El tratamiento para el lipoma en la región parotídea es la resección quirúrgica, siendo de elección una parotidectomía superficial, disecando perfectamente los ramos del nervio facial que pudieran involucrarse con la lesión.

El pronóstico para el lipoma es favorable, siendo la recidiva muy rara después de la resección quirúrgica completa.

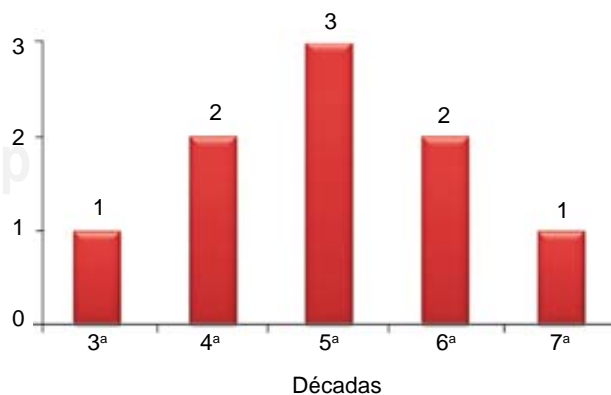


Figura 3. Frecuencia de lipoma parotídeo por edad.

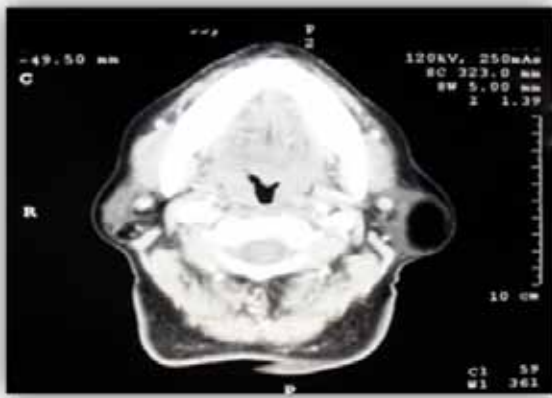


Figura 4. Tomografía axial computarizada.



Figura 7. Disección y exposición de lipoma.



Figura 5. Aspecto clínico.

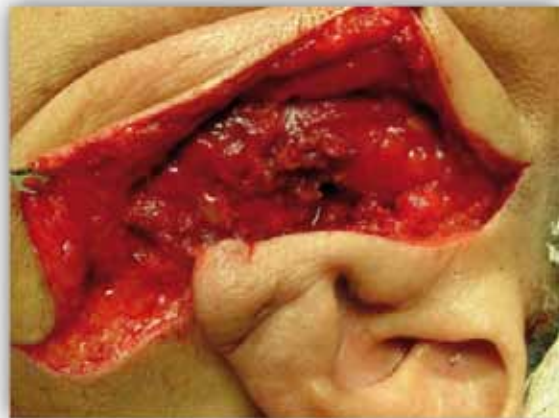


Figura 8. Lecho quirúrgico, afrontamiento de planos profundos.



Figura 6. Diseño del abordaje.



Figura 9. Sutura final.



Figura 10. Valoración de función de nervio facial (VII).



Figura 11. Aspecto postoperatorio.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se realizó una revisión sobre el lipoma parotídeo donde se señala que aunque dicha neoplasia es muy común y tiene presentación en múltiples partes del cuerpo se observa muy raramente en la región de la glándula parotídea; sin embargo, hay que tenerla presente al realizar el diagnóstico clínico.

Debido a que es una neoplasia benigna, se resuelve por medio de la excisión quirúrgica con la parotidectomía conservadora. Si se hace la conservación del lóbulo parotídeo superficial se pueden tener las siguientes ventajas:

- Se contribuye a una mejor estética y un resultado postoperatorio funcional.
- Se disminuye la incidencia del síndrome de Frey en el postoperatorio.

El pronóstico es favorable y los pacientes no presentan complicaciones tales como síndrome de Frey, parálisis facial o fístula salival (*Figuras 4 a 11*).

BIBLIOGRAFÍA

1. Westra W. The surgical pathology of salivary gland neoplasms. *Otolaryngology Clinics of North America* 1999; 32: 919-943.
2. Vander WJ et al. Histological reclassification of 101 intraoral salivary gland tumors (new WHO classification). *J Clin Pathol* 1992; 45: 834-835.
3. Lahoz ZM, Galve RA, Galve RF. Afección tumoral de las glándulas salivales. Nuestra experiencia. *Act Otorrinolaringol Esp* 2009; 60: 121-125.
4. Dispenza F, De Stefano A, Romano G, Mazzoni A. Post-traumatic lipoma of the parotid gland: Case report. *Acta Otorhinolaryngologica* 2008; 28: 87-88.
5. Fonseca JR. *Oral and Maxillofacial Surgery, Surgical Pathology*. Ed Saunders, USA 2000: 5.
6. Enzinger FM, Weiss SW. *Soft tissue tumors*. St Louis, MD, Mosby, 1995.
7. Gould A. Lipoma of the oral and maxillofacial region: site and subclassification of 125 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Rad and Endodontology* 2004; 98 (4): 441-450.
8. Chidananda KV, Sivamani S. Intraglandular lipoma of the parotid gland. *Indian J Surgery* 2007; 69 (2): 68-70.
9. Michaelidis IG, Stefanopoulos PK. Case Report: Sialolipoma of the parotid gland. *Journal of Cranio Maxillofacial Surgery* 2006; 34: 43-46.
10. Malave DA, Ziccardi VB, Greco R, Patterson GT. Lipoma of the parotid gland: report of a case. *University of Pittsburgh, PA. J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52: 408-411.
11. Seifert G, Donath K, Schafer R. Lipomatous pleomorphic adenoma of the parotid gland: Classification of lipomatous tissue in salivary glands. *Pathol Res Pract* 1999; 195: 247-252.
12. Moreno A, Marcoval J. Lipoma. *Dermatología: Correlación clínico-patológica*. 2000: 323-325.
13. Pensak ML, Gluckman JL, Shumrick KA. Parapharyngeal space tumors: an algorithm for evaluation and management. *Laryngoscope* 1994; 104: 1170-1173.
14. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Harcourt. Madrid. 1998.
15. Raab SS, Sigman JD, Hoffman HT. The utility of parotid gland and level I and II neck FNA. *Arch Pathol Lab Med* 1998; 122: 823-827.
16. Debnath SC, Saikia A. Lipoma of the parotid gland extending from the superficial to the deep lobe: a rarity. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2009; 48: 203-204.
17. Geirnaerdt MJ, Hogendoorn PC, Taminiau AH, Van Coevorden F, Zwinderman AH et al. Soft-tissue tumors: value of static and dynamic gadopentetate dimeglumine-enhanced MR imaging in prediction of malignancy. *Radiology* 2004; 233: 493-502.
18. Cengiz O, Murat U, Derya T, Kemal G. Deep lobe parotid gland lipoma. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 449-450.
19. Regezi JA, Sciubba JJ. *Patología Bucal*. McGraw-Hill Interamericana. México. 2000.