



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

Vol. 8, Núm. 3 • Septiembre-Diciembre 2012 • pp. 110-113

## Liposarcoma lingual: reporte de un caso

Gabriela Wong Romo,\* Gabriela E Jasso Guerrero,\*\* Berenice León Hernández,\*\*\*  
Erick Carrillo Terán\*\*\*\*

### RESUMEN

El liposarcoma es un crecimiento maligno de células grasas que se localiza en los tejidos blandos. Se presenta con una ligera predilección por el sexo masculino. Su aparición es poco frecuente en la región de la cabeza y el cuello y lo es aún más en la cavidad oral. Se manifiesta como una masa de lento crecimiento, bien circunscrita e indolora. El caso que se presenta es el de un liposarcoma bien diferenciado en la lengua de un paciente femenino.

**Palabras clave:** Liposarcoma, lengua, liposarcoma bien diferenciado.

### SUMMARY

*Liposarcoma is a malignant growth of fat cells located in soft tissues with a predilection for males, still rare in the head and neck region and even rarer in the oral cavity, presenting as a slow-growing mass, well circumscribed and painless. We report a case of a well-differentiated liposarcoma of the tongue in a female patient.*

**Key words:** Liposarcoma, tongue, well differentiated liposarcoma.

### INTRODUCCIÓN

El liposarcoma es un crecimiento maligno de células grasas. Fue descrito por primera vez en 1857 por Virchow. Comúnmente se presenta en la profundidad de los tejidos suaves del retroperitoneo, de la extremidad inferior y del hombro; es poco común en la región de la cabeza y el cuello y se presenta intraoralmente en menos del 1% de los casos. Se localiza más frecuentemente en la mucosa bucal, pero puede aparecer también en otros

sitios como el piso de la boca, la lengua y la mucosa gingival maxilar, que se presenta como una masa expandida con o sin compresión e invasión de estructuras vecinas.<sup>1</sup>

La mayoría de los liposarcomas se presentan entre los 40 y 60 años con una ligera predilección por el sexo masculino.<sup>2</sup> El pronóstico del liposarcoma depende del tipo histológico, localización y de la adecuación del tratamiento quirúrgico. Los tipos bien diferenciados tienen un buen pronóstico y un potencial mínimo de metástasis.

\* Médico adscrito al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Regional de Alta Especialidad «Bicentenario de la Independencia» (HRAEBI), ISSSTE.

\*\* Jefe de Patología del Hospital Regional de Alta Especialidad «Bicentenario de la Independencia» (HRAEBI), ISSSTE.

\*\*\* Cirujano Dentista de Práctica Privada.

\*\*\*\* Médico adscrito al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Regional «1º de Octubre», ISSSTE.

Correspondencia:

Dra. Gabriela Wong Romo

Correo electrónico: maxilowong@yahoo.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/cirugiabucal>

## CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 48 años de edad, sin antecedentes sistémicos ni alérgicos. Fue remitida al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Regional de Alta Especialidad «Bicentenario de la Independencia» del ISSSTE, por presentar aumento de volumen a nivel del borde lateral de la lengua del lado izquierdo.

La paciente refirió la presencia de un aumento de volumen asintomático, de crecimiento progresivo con un año de evolución, sin cambios en la coloración de la superficie de la lesión (*Figura 1*). En la exploración se encontró un aumento de volumen de aproximadamente 2 cm de diámetro localizado en el borde lateral izquierdo de la lengua en el tercio posterior; indurado, fijo a planos profundos de superficie lisa y coloración similar a la mucosa adyacente, por lo que se decidió realizar una biopsia excisional de la lesión, mediante una incisión en el huso y disección roma, obteniéndose la tumoración incluida en su totalidad en su cápsula (*Figura 2*).

Ésta fue enviada para realizar estudio anatómopatológico, el cual reportó una lesión lingual de 1.7 x 1.5 x 0.6 cm de color blanco-amarillo de consistencia blanda, incluida en su totalidad en una cápsula (*Figura 3*); la descripción microscópica refirió tejido adiposo bien diferenciado de aspecto sarcomatoso compuesto por una gran cantidad de lipoblastos con núcleos orientados hacia la periferia y células estromales de aspecto atípico con presencia de nucléolos y mitosis (*Figura 4*).

En el postoperatorio a corto y largo plazos (un año), la paciente se encontró asintomática, sin recidiva del aumento de volumen y, además, con adecuada preservación de los movimientos de la lengua (*Figura 5*).

## DISCUSIÓN

El liposarcoma fue descrito por Virchow en 1857 como una neoplasia maligna mesenquimatosa del tejido adiposo, definido como un tumor de malignidad intermedia compuesto totalmente o en parte por adipocitos maduros que presentan variaciones significativas en su tamaño, atipia nuclear focal, tanto en células estromales como en lipoblastos.<sup>3,4</sup> Se presenta comúnmente en la profundidad de los tejidos suaves del retroperitoneo, área paratesticular, mediastino, extremidad inferior, glúteos y hombros.<sup>5,6</sup> En los adultos se considera el sarcoma más común de tejidos blandos, con una incidencia del 10% de todos los sarcomas de tejidos blandos.<sup>7,8</sup>

La edad promedio de presentación es entre los 40 a 60 años de vida, con una ligera predilección por el sexo masculino.<sup>9</sup>

La documentación de liposarcomas en la cabeza y el cuello es limitada. Los sitios comunes en los que se presenta el liposarcoma en la región de la cabeza y el cuello incluyen la laringe, hipofaringe, cavidad oral, órbita, cuero cabelludo y tejidos blandos del cuello.

El liposarcoma de cavidad oral tiene una predilección por el área de la mejilla, pero se puede presentar en otros sitios como el piso de la boca, el paladar, la gingiva, la mandíbula y la lengua.<sup>10</sup>

Aunque la etiología específica del liposarcoma es desconocida, en la región oral se asocia con el traumatismo y el subsiguiente hematoma, presentándose en un año aproximadamente al desarrollo del tumor.<sup>11,12</sup>

Una de las series más largas de reportes de liposarcoma en la región oral o salival incluye únicamente a 18 pacientes.<sup>12</sup> Larson, por su parte, reportó, en 1976, el primer caso de liposarcoma en la lengua, desde entonces pocos casos que involucren la lengua han sido reportados en la literatura médica.<sup>13</sup>

La clasificación histológica de los liposarcomas, utilizada por la OMS, se basa en la propuesta por Enzinger y Winslow en 1962,<sup>14</sup> la cual, los dividía en tres grupos: 1) bien diferenciados (incluyendo adipocítico, esclerosante, inflamatorio, células fusiformes y variantes no diferenciadas); 2) mixoide y células redondas (mixoide pobremente diferenciado) y 3) pleomórfico.<sup>15,16</sup> La variante mixoide es la más frecuente, seguido del bien diferenciado.<sup>17</sup> El liposarcoma bien diferenciado y el mixoide tienden a recidivar localmente y rara vez producen metástasis,<sup>18</sup> mientras que los tipos pleomórfico y células redondas presentan tasas elevadas de recurrencia local agresiva y metástasis.<sup>19</sup>

Al liposarcoma bien diferenciado también se le puede llamar lipoma atípico o tumor lipomatoso atípico, además de que tiene una subclasificación: *lipoma-like* (se presenta en la región de la cabeza y el cuello), inflamatorio (se observa casi exclusivamente en el retroperitoneo) y esclerosante (se observa en el retroperitoneo y la región paratesticular).<sup>20</sup>

La variante de *lipoma-like* está compuesta de una dispersión de lipoblastos en las zonas de células grasa adultas asociados con las bandas fibrosas del tejido conectivo. Los lipoblastos poseen un núcleo que presenta una hipercromacidad y variaciones considerables en el tipo y forma. El diagnóstico diferencial incluye el mixoma intramuscular, mixoma de células fusiformes, lipoma pleomórfico, lipogranuloma y glioblastoma; el diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio histológico.<sup>1</sup>



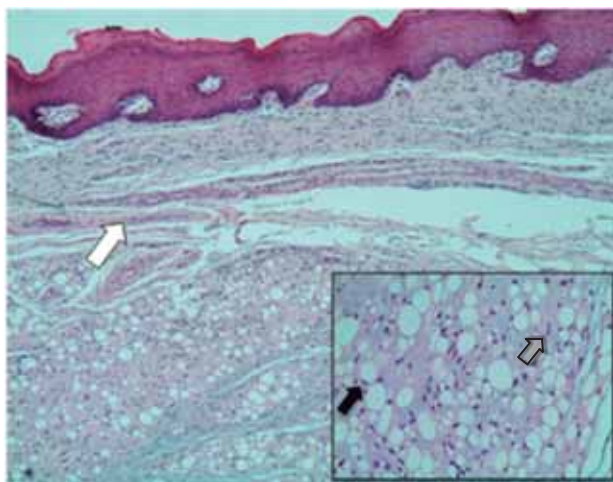
**Figura 1.** Se observa tumoración en el borde lateral de la lengua del lado izquierdo de aproximadamente 2 cm de diámetro.



**Figura 2.** Escisión quirúrgica de la tumoración.



**Figura 3.** Tumoración incluida en su totalidad en su cápsula.



**Figura 4.** Corte histológico donde se identifica tumor no invasivo que respeta el plano muscular (flecha blanca), compuesto de lipoblastos con núcleos orientados hacia la periferia (flecha negra) y células estromales de aspecto atípico (flecha gris).



**Figura 5.** Se muestra adecuada cicatrización de la lesión sin datos de reincidencia de la lesión.

El curso clínico del liposarcoma es variable, comúnmente es confundido con una lesión benigna, ya que por lo general son de crecimiento lento y sus síntomas dependen del tamaño y de la localización.<sup>17</sup> Macroscópicamente se presentan como lesiones voluminosas, bien circunscritas, de color amarillo-blancuzco, indoloras (únicamente se vuelven sintomáticas cuando inciden sobre estructuras circundantes), con escasa tendencia a la invasión de otros órganos y también a producir metástasis, ya que están escasamente vascularizadas.<sup>20</sup>

Independientemente del tipo de liposarcoma, el pronóstico para pacientes con un tumor en la cavidad oral o en las glándulas salivares mayores es mejor que el pronóstico para pacientes con liposarcoma en otra localización de la cabeza y el cuello, especialmente cuando la longitud de los tumores es menor a los 5 cm.<sup>13,21,22</sup> De acuerdo con Enzinger y Winslow, la tasa de recurrencia del tipo bien diferenciado es del 53%, del tipo mixoide del 53%, de células redondas del 85% y del tipo pleomórfico del 73%.<sup>17</sup>

## CONCLUSIONES

El liposarcoma bien diferenciado es un tumor de partes blandas poco frecuente en la región de la cabeza y el cuello, y es aún más raro en la región oral. Es un tumor de malignidad intermedia, aunque el pronóstico depende del grado de la variante histológica, la relación con los planos aponeuróticos, el tamaño del tumor y la adecuación de la escisión quirúrgica, la cual se recomienda con márgenes libres para disminuir la posibilidad de recidiva; sin embargo, la preservación de la función fisiológica debe ser considerada.

El reporte histopatológico resulta determinante para establecer el diagnóstico definitivo de liposarcoma, ya que clínicamente puede asemejarse a otros tumores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chan WY, McHenry IDS, Carter LM, Reall G, Wales CJ. Gingival liposarcoma: An unusual polyp. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008; 46: 150-151.
2. Nichols ME, Mirmiran A, Garofalo CM, Sun JCC, Hatten K, Wolf RJ. Recurrent myxoid liposarcoma of the buccal mucosa in a young boy: A case report and review of the literature. *Ear Nose Throat J* 2011; 90 (12): E27-31.
3. Segura SJ, Pareja MMJ, García EA, Vargas de los Monteros MT, González-Cámpora R. Liposarcomas. Aspectos clínico-patológicos y moleculares. *Rev Esp Patol* 2006; 39 (3): 135-148.
4. Sanz GJJ, Martínez MP, Ribalta FMT, Sabater Mata de la Barata F. Liposarcoma de hipofaringe. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2002; 53: 60-63.
5. Goertz R, Lenfer B, Goertz G. Huge liposarcoma of the left retroperitoneum. *Am J Surg* 2009; 197: e59-e60.
6. Sandenbrg AA. Updates on the cytogenetics and molecular genetics of bone and soft tissue tumors: liposarcoma. *Cancer Genet Cytogenet* 2004; 155: 1-24.
7. Gagari E, Kabani S, Gallagher G. Intraoral liposarcoma: Case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 89: 66-72.
8. Nikitakis GN, Lopes AM, Pazoki EA, Ord AR, Sauk JJ. MDM2+/CDK4+/p53+ oral liposarcoma: Case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 92: 194-201.
9. Pérez LH, Quezada LH, Martínez HMN, Mora FJR, Leal CER, Zaldívar CJA. Liposarcoma abdominal gigante. *Rev Mex Cir Pediatr* 2006; 13 (4): 193-198.
10. Dubin RM, Chang WE. Liposarcoma of the tongue: case report and review of the literature. *Head Face Medicine* 2006; 2: 21.
11. Ordóñez V, González A, Giner J, Maniegas L, Martín-Granizo R. Liposarcoma lingual. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* 2004; 26.
12. Davis CE, BalloTM, Luna AM, Patel RS, Roberts BD, Nong X et al. Liposarcoma of the head and neck: the University of Texas M.D. Anderson Cancer Center Experience. *Head & Neck*-2009; doi10.1002/hed.
13. Adelson RT, DeFatta RJ, Verret DJ, Shen Y. Liposarcoma of the tongue: case report and review of the literature. *Ear Nose Throat J* 2006; 85 (11): 749-751.
14. Song K H, Lee J, Yoon YS, Jung JH, Choi Y, Hwan AG et al: Liposarcoma: exploration of clinical prognostic factors for risk based stratification of therapy. *BMC Cancer* 2009; 9:205.
15. Navazo EA, Huelga RMA, Terán SJ, Ruíz de la Parte A. Liposarcoma retrofaríngeo: a propósito de un caso de apneas-hipopneas durante el sueño. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2009; 60 (4): 295-297.
16. Benchetrit M, Hofman V, Vénissac N, Brennetotd C, Italianoe A, Aurias A, Padovani B et al. Dedifferentiated liposarcoma of the pleura mimicking a malignant solitary fibrous tumor and associated with dedifferentiated liposarcoma of the mediastinum: Usefulness of cytogenetic and molecular genetic analyses. *Cancer Genet Cytogenet* 2007; 179: 150-155.
17. Kamikaidou N, Kirita T, Misbim K, Sugimura M. Liposarcoma of the cheek: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1998; 56: 662-665.
18. Avilés-Salas A, González-Conde E. Metástasis de pared torácica de liposarcoma. *Gac Med Mex* 2006; 142 (2).
19. Piles GAM, Puig GP, Serrano BE, Pérez GTE. Liposarcoma cervical. A propósito de un caso y revisión de la literatura. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2002; 53: 617-620.
20. Pila PR, Rosales TP, Holguín PV. Liposarcoma retroperitoneal recidivante. *Archivo Médico de Camagüey* 2010; 14.
21. Pineiro AZ, León VX, García LJ, Sancho FJ, López P, Quer AM. Sarcomas de cabeza y cuello. Nuestra experiencia. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2011; 62 (6): 436-442.
22. Calleja SMC, Hernández GFJ, López EC, Revestido GR. Subtipos histológicos de liposarcoma: presentación de cuatro casos. *An Med Interna (Madrid)* 2007; 24: 179-184.