

Lipoma de lengua. Una curiosidad

Lingual Lipoma. A curiosity

Sr. Director

Es un fenómeno bien conocido que la patología lingual está limitada a escasas entidades, con predominio de las lesiones epiteliales, quedando el resto de la semiótica relegada a casos infrecuentes generalmente referidos en la literatura como casos aislados o series cortas. En este último grupo podemos encuadrar a los lipomas lingüales. Si bien se trata de lesiones mesenquimales benignas cuyo tratamiento es la exéresis quirúrgica simple, la escasa especificidad de sus síntomas y presentaciones clínicas puede generar dudas al clínico responsable del caso. Traemos a colación esta reflexión a raíz de recibir una lesión lingual extirpada a un paciente de 79 años, fumador; el juicio diagnóstico era de quiste si bien el clínico nos transmitía su preocupación, pues no podía descartar lesiones de mayor entidad, sobre todo teniendo en cuenta la edad y los antecedentes del paciente. Se recibió una elipse mucosa de 0,8 cm. de dimensión máxima, aparentemente no quística, con abultamiento epitelial en superficie. Al corte, el parénquima subepitelial mostraba una tonalidad blanquecino-amarillenta y consistencia blanda. El estudio histológico demostró una lesión constituida por células adiposas sin atipia con presencia de material acelular hialino delimitando lóbulos grasos. Se observaba una banda de tejido conectivo condensado separando la lesión del epitelio suprayacente (Figs. 1-3). Con tales datos se emitió el diagnóstico de lipoma. Si bien el lipoma es el tumor mesenquimal benigno más frecuente, su presencia en la lengua es infrecuente. Si recordamos la histología de la lengua, llama la atención la aposición de la mucosa sobre gruesos haces de músculo esquelético quedando la lámina propia reducida a una fina capa de tejido conectivo más o menos laxo; es por tanto más lógico pensar en leiomiomas o fibromas como lesiones propias de esta localización. El tejido adiposo es escaso a nivel de la lámina propia y sin embargo puede originar tumores no previstas. La serie más completa de lipomas orales con la que nos hemos encontrado,¹ describe 15 lipomas de localización lingual, cuarta localización oral en frecuencia, coincidiendo con otros trabajos que abordan el tema en que no existe una marcada preferencia de género y la mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada. Si bien la mayor parte de los lipomas de lengua se corresponden con el fenotipo clásico, como el que describimos, le siguen en frecuencia el lipoma de células fusiformes/pleomórfico y de modo excepcional el condroide.^{2,3}

Se trata en la mayoría de las ocasiones de hallazgos sin trascendencia pronóstica si bien hay que ser cuidadoso en su extirpación pues la ausencia de encapsulación puede originar recidivas. El

Mr. Director

It is a well known phenomenon that lingual pathology is limited to scarce entities, predominately among epithelia lesions, leaving the rest of the semiotic delegated to infrequent cases. In the literature these cases are generally referred to as isolated or short series cases. In this last group we can include lingual fatty tumors. Although they deal with benign mesenchymes whose treatment is simple surgical abscission, the limited specificity of its symptoms and clinical presentations can present doubts to the doctor who is handling the case.

We mention this case after receiving a lingual lesion removed from a 79 year-old smoker. It was diagnosed as being a cyst however the doctor communicated his concern about discarding lesions of great concern especially when taking into special account the patient's age and pre-existing conditions. He received a mucous ellipse with a maximum dimension of 0.8 cm which was apparently non cystic, with epithelial inflammation at the surface. At the incision, the sub epithelial parenchyma was whitish-yellow and of a soft consistency. The histological study showed the lesion consisted of fatty cells without atypia and with a presence of a-cellular hyaline that defined fatty lobes. A strip of condensed connective tissue was found separating the lesion from the adjacent epithelium (Fig. 1-3).

With these facts they diagnosed it as lipoma. Even though the lipoma is the most frequent benign mesenchyme it is the least frequent in the tongue. If we remember the histology of the tongue the apposition brings attention to the mucous over thick skeletal muscle which leaves the lamina itself reduced to a fine layer of connective tissue more or less flaccid. Therefore it is more logical to think of leiomyomas and fibroids as lesions characteristically found in this site. The fatty tissue is scarce at the level of lamina however, unforeseen tumors can form. The most complete series of oral lipomas that we found¹ consists of 15 lipomas located on the tongue, the fourth most frequent oral site, coinciding with other projects that discuss the idea that a marked preference in kind does not exist and the most occurrence in elderly patients. Even though the majority of the lingual lipomas correspond to the classic phenotype, like the one we described, they have the same incidence as the lipoma of fusiform/pleomorphic cells and especially the chondroid.^{2,3}

diagnóstico diferencial siempre hay que establecerlo con el liposarcoma bien diferenciado (los subtipos de liposarcoma menos diferenciados no suelen mostrar tantas similitudes con el lipoma simple); para ello será fundamental observar la morfología nuclear: la presencia de atipia nuclear, representada en la mayoría de las ocasiones por irregularidad de los contornos de la carioteca e hipercromatismo, orientará al diagnóstico de liposarcoma. Es importante no confundir la presencia de células pleomórficas del lipoma pleomórfico con la atípia observada en los liposarcomas. La presencia de lipoblastos, si bien orienta al diagnóstico de liposarcoma, no debe ser considerada como un requisito indispensable ni patognomónico sino que debe ser interpretada en el contexto de los cambios histológicos que acompañen al cuadro.

Por último, el tratamiento más adecuado será la exéresis quirúrgica simple en aquellos casos que ofrezcan dudas diagnósticas al clínico o molestias al paciente.

Bibliografía

1. Furlong MA, Fanburg-Smith JC, Chelders EL. Lipoma of the oral and maxillofacial region: site and subclassification of 125 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98:441-50.
2. Epivatianos A, Markopoulos AK, Papanayotou P. *Benign tumors of adipose tissue of the oral cavity: a clinicopathologic study of 13 cases.*
3. Bández MC, de Padua JM, Nadalin MR, Ozorio JE, Silva-Sousa YT, da Cruz Perez DE. Oral Soft tissue lipomas: a case series. *J Can Dent Assoc* 2007; 73(5): 431-34.

Francisco Javier Torres Gómez
Pilar Fernández Machín
Antonia Martínez Moyano
 (TEAP). Unidad de Anatomía Patológica.
Hospital de Alta resolución de Utrera.
Sevilla, España

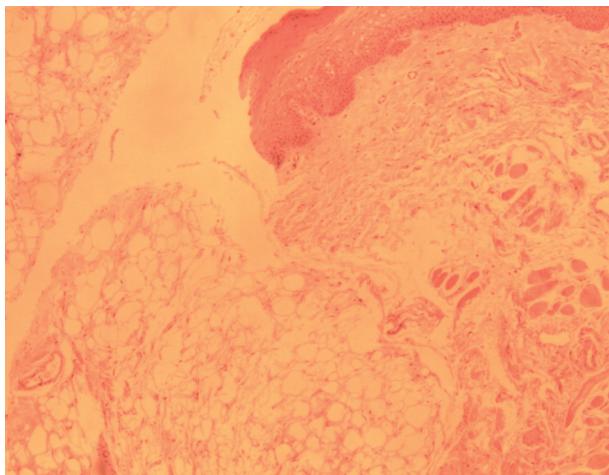


Figura 1. Lipoma de lengua. Epitelio, músculo y tumor adiposo.
Figure 1. Tongue Lipoma. Epithelium, muscle and fatty tumor.

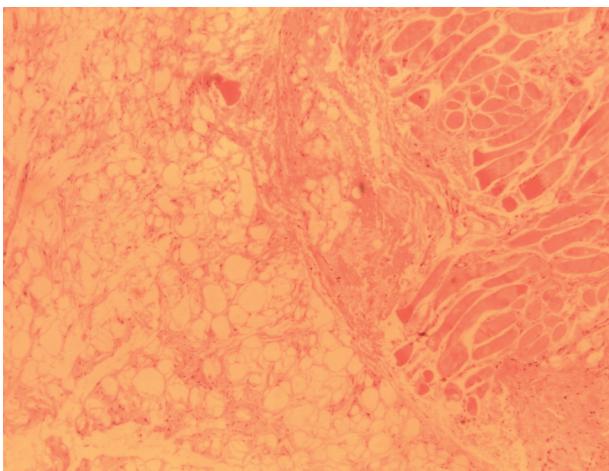


Figura 2. Lipoma de lengua: tumor adiposo en relación a músculo estriado lingual.
Figure 2. Tongue Lipoma: fatty tumor en relation to the ridged lingual muscle.

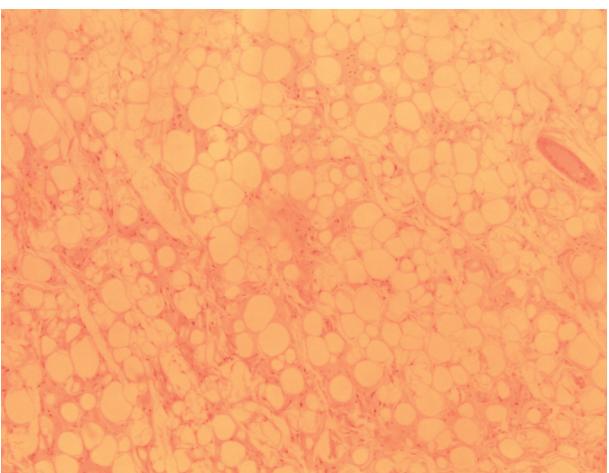


Figura 3. Lipoma de lengua: tumor adiposo. Células adiposas sin atipia con matriz hialinizada.
Figure 3. Tongue Lipoma: fatty tumor. Fatty cells without atypia with hyalined womb.

The majority of the cases deal with discoveries that are not prognostically important. However caution must be used in their removal because the absence of encapsulation can lead to relapses. The diagnostic differential always needs to be established with the liposarcoma well differentiated (the subtypes of less differentiated liposarcoma differentiated are usually as similar to simple lipoma) in order to do this it is fundamental to observe the nuclear morphology: the presence of nuclear atypism which in the majority of cases is represented irregular contours of the karyotheca and hyperchromatism. This will define the diagnosis of liposarcoma. It is important not to confuse the presence of polymorphic cells of the polymorphic lipoma with the atypism seen in the liposarcomas. It shouldn't be considered an essential nor diagnostic requirement but rather it should be considered in the context of the histological changes that accompany the square. Finally, the most adequate treatment in those cases where the doctor has either doubts about diagnosis or bothering the patient is simple surgical abscission.