

HOSPITAL UNIVERSITARIO
PLACETAS, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

LIPOSARCOMA DE CUELLO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Por:

MSc. Dra. Carmen Julia Cabello Valladares¹, Dr. Karel García Orozco² y Lic. Yudeyni Borroto Pentón³

1. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Máster en Urgencias Médicas. Hospital General Docente de Placetas, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Clínica Dental Sur. Placetas, Villa Clara.
3. Licenciada en Citohistopatología. Hospital General Docente de Placetas, Villa Clara. Instructora. UCM-VC.

Descriptor DeCS:

LIPOSARCOMA
LIPOMA
NEOPLASIAS DE CABEZA Y CUELLO

Subject headings:

LIPOSARCOMA
LIPOMA
HEAD AND NECK NEOPLASMS

El liposarcoma es un tumor de origen mesenquimatoso, y solo del 3 al 8 % se localiza en la cabeza y el cuello; la laringe es un sitio raro de aparición. Se sabe que una variedad de neoplasia mesenquimatoso benigna y de proliferaciones reactivas pueden simular sarcomas; sin embargo, ocurre mucho menos que algunos tipos de liposarcomas de laringe sean mal interpretados como benignos. Un estudio realizado por científicos de Gran Bretaña considera cinco variedades de sarcomas de tejido blando, mal interpretados como benignos^{1,2}:

- I- Sarcoma fibromixioide de bajo grado
- II- Mixofibrosarcoma de bajo grado
- III - Liposarcoma bien diferenciado (lipoma atípico)
- IIII- Sarcoma epitelioido
- V- Fibrosarcoma inflamatorio

Las razones principales para su diagnóstico como maligno son el estudio citológico, la hipocelularidad relativa y el curso clínico asintomático.

Estudios del Departamento de Otorrinolaringología y Endocrinología de Washington plantean que la variedad histológica del liposarcoma bien diferenciado (de tipo lipoma) y del liposarcoma mixoide tienen una evolución favorable y que los síntomas fundamentales son: disfagia, obstrucción de las vías aéreas y sensación de cuerpo extraño en la garganta; se considera que la intervención quirúrgica es el tratamiento de elección, la cual puede consistir en procedimientos conservadores de la laringe; sin embargo, para erradicar el tumor completamente y evitar recurrencias, se utilizan enfoques quirúrgicos abiertos^{3,4}, es decir, la laringotomía lateral en lugar de técnicas endoscópicas que aumentarían las posibilidades de recidivas.

Se decide realizar este informe de caso por la poca frecuencia con que se observa este tumor, por la poca diseminación linfática que lo caracteriza –que en gran parte de los casos se resuelve con una cirugía amplia–, y por ser el primer paciente diagnosticado en el servicio de

Otorrinolaringología del Hospital General de Placetas.
Presentación del paciente

Se trata de un paciente masculino de 77 años de edad, de piel blanca, con antecedentes de salud anterior; refiere que hace dos meses se dio un golpe con una rama en la región lateral derecha del cuello, por debajo del ángulo de la mandíbula, y percibió un aumento de volumen no doloroso que fue creciendo lentamente, por lo que decide visitar al facultativo.

Al llegar a la consulta de Otorrinolaringología, se observa un tumor en la región lateral derecha del cuello de 4 cm aproximadamente, bien delimitado, con bordes lisos, no doloroso a la palpación ni a la percusión, de consistencia blanda; la piel del tumor tenía características normales.

Se le realiza orofarigoscopia, donde se evidencia un aumento del volumen de la pared posterior faríngea derecha, renitente al tacto.

Al practicar laringoscopia indirecta, se comprueba cómo el proceso tumoral va decolando toda la pared posterior faríngea y llega hasta el vestíbulo laríngeo e impide visualizar las cuerdas vocales.

Se le indican exámenes complementarios que revelaron los siguientes resultados:

Hemograma completo: Normal

Urea y creatinina: Normal

TGP: Normal

Rayos X (vista anteroposterior): Sin alteraciones

Ultrasonido de cuello: Se observa imagen ecogénica que toma la proyección del lóbulo derecho de la glándula tiroidea, que mide 5 x 5 cm, desplaza las estructuras vasculares y recuerda un tumor sólido de tejido tiroideo.

Biopsia aspirativa por aguja fina (BAAF): No es posible aspirar para obtener muestra citológica.

Como los estudios anteriores no concluyeron el diagnóstico, se decide acceder al tumor por vía externa para realizar biopsia.

En el preoperatorio, el paciente sufre un cuadro disneico, por lo que se decide realizar traqueostomía; se toma la biopsia del proceso tumoral que se encuentra bien encapsulado por debajo del músculo esternocleidomastoideo; la muestra está compuesta por un material de aspecto graso. En el histodiagnóstico se informa como resultado un lipoma, pero refieren que la muestra es escasa; por ello se decide repetir la biopsia, que es enviada al centro de referencia de La Habana y que concluye con el diagnóstico de lipoma atípico. En la figura 1 se observa cómo la traqueostomía quedó lateralizada por la compresión intrínseca del tumor sobre la tráquea.



Fig. 1 Traqueostomía lateralizada por la compresión interna del tumor.

Se realiza radiografía de tórax donde no se observa infiltración metastásica.

En el ultrasonido abdominal se comprueba que el hígado, páncreas, bazo y riñones son normales.

Se plantea a los familiares realizar el procedimiento quirúrgico, pero ellos se niegan a que se le practique cualquier tipo de tratamiento, tanto diagnóstico como terapéutico, incluida la radioterapia.

La evolución del paciente es seguida por consulta, donde se atiende la progresión de los síntomas compresivos, y se hace necesario realizar gastrostomía. Se repite la radiografía, en la que se

observa cómo el proceso tumoral se ha extendido al mediastino (Fig. 2), y que no existe presencia de metástasis pulmonar. El paciente fallece a los seis meses del diagnóstico.



Fig. 2 Radiografía de tórax (AP) donde se observa cómo el proceso tumoral ocupa el mediastino.

Comentario

Dei Tos⁵, en su estudio de 20 años sobre liposarcoma de cabeza y cuello, diagnosticó a cuatro pacientes a los que examinó de forma regular. La variedad histológica en tres de ellos fue liposarcoma mixoide y en uno liposarcoma bien diferenciado sin diseminación metastásica; sugiere, además, como tratamiento de elección, la cirugía amplia y la radioterapia en los casos no operables. Downes⁶, en su estudio de liposarcoma, coincide con Dei Tos en que la intervención quirúrgica es el tratamiento de elección.

El planteamiento diagnóstico inicial fue de lipoma del cuello por las características clínicas del tumor, la no diseminación metastásica y por el crecimiento endofaríngeo, que llegó a ocasionar síntomas compresivos e hizo pensar en esta variedad de sarcoma, que, como se aprecia en la bibliografía, en muchos casos son mal interpretados como benignos, y resulta necesario tomar biopsia del proceso tumoral, en varias ocasiones, para llegar al diagnóstico⁷⁻¹⁰.

Este paciente falleció, sin metástasis, a los seis meses de realizarse el diagnóstico; la causa de la muerte fue la compresión del tumor hacia la tráquea primero, al esófago después y, por último, al mediastino.

Referencias bibliográficas

1. Ahmed Z, Shah HU, Yaqoob N. Pleomorphic liposarcoma in ten year old child. J Pak Med Assoc. 2006;54:533-4.
2. Bouche-Pillon MA, Behar C, Munzer M. Liposarcoma in children. Apropos of 3 cases and a review of the literature. Chir Pediatr. 2005;30:181-4.
3. Castleberry RP, Kelly DR, Wilson ER. Childhood liposarcoma. Report of a case and review of the literature. Cancer. 2005;54:579-84.
4. De Cecco L, Gariboldi M, Reid JF. Gene expression profile identifies a rare epithelioid variant case of pleomorphic liposarcoma carrying FUS CHOP transcript. Histopathology. 2005;46:334-41.
5. Dei Tos AP, Mentzel T, Newman PL. Spindle cell liposarcoma, a hitherto unrecognized variant of liposarcoma. Analysis of six cases (see comments). Am J Surg Pathol. 2005;18:913-21.
6. Downes KA, Goldblum JR, Montgomery EA. Pleomorphic liposarcoma: a clinicopathologic analysis of 19 cases. Mod Pathol. 2006;14:179-84.
7. Gebhard S, Coindre JM, Michels JJ. Pleomorphic liposarcoma: clinicopathologic,

- immunohistochemical, and follow-up analysis of 63 cases: a study from the French Federation of Cancer Sarcoma Group. *Am J Surg Pathol.* 2007;26:601-16.
8. Hahn HP, Fletcher CD. Primary mediastinal liposarcoma: clinico- pathologic analysis of 24 cases. *Am J Surg Pathol.* 2007;31:1868-74.
 9. Ali SZ, Teichberg S, Kahn E. Intrathoracic pleomorphic liposarcoma in a child: study of an unusual case. *Pediatr Pathol Labed.* 2005;16:99-105.
 10. Chiyo M, Fujisawa T, Yasukawa T. Successful resection of a primary liposarcoma in the anterior mediastinum in a child: report of a case. *Surg Today.* 2006;31:230-2.

Recibido: 14 de enero de 2011
Aprobado: 27 de octubre de 2011