

Caso Clínico

Lipoma nasofaríngeo

Nasopharyngeal lipoma

RESUMEN

Los lipomas son los tumores benignos más frecuentes de origen mesenquimal y aunque son extremadamente raros en nasofaringe, deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de masas en esta localización. Los síntomas que ocasiona se deben a la compresión de estructuras vecinas cuando éste alcanza gran tamaño. La técnica de elección para su diagnóstico es la RMN, donde puede apreciarse su tamaño, composición grasa y su relación con las estructuras vecinas. El tratamiento de elección ante la aparición de síntomas, es la extirpación quirúrgica. Presentamos un caso en el que un gran lipoma nasofaríngeo es causa de un SAOS severo.

PALABRAS CLAVE:

Lipoma nasofaríngeo.

SUMMARY

Lipomas are the most common mesenchymal benign tumors and, although they are extremely rare in nasopharynx, we must think of them when we're studying a mass in this location. Symptoms appear when it grows and compresses near structures. The RMN is the best technique for the diagnosis, because it gives us information about tumor's size, composition and relation with other structures. The treatment of choice is surgical extirpation when it gives symptoms. We present the case of a big nasopharyngeal lipoma causing severe SAOS.

KEY WORDS:

Nasopharyngeal lipoma.

Caso Clínico

Paciente de 73 años diagnosticada de cardiopatía isquémica, que acude a consultas de Neumología aquejando deficiente ventilación nasal, hipersomnia diurna severa, apneas y roncopatía, todo ello de años de evolución.

En el estudio polisomnográfico se observa una PO2 de 62 mmHg, una PCO2 de 58 mmHg, una saturación de O2 del 90,7% y un índice apnea/hipopnea de 59. Se diagnostica de Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño de grado severo y se instaura tratamiento con NCPAP nocturno. En la Rx lateral de cuello se observa un quiste voluminoso en cavum, motivo por el cual es derivada a nuestra consulta.

En la exploración observamos la existencia de una facies adenoidea, una insuficiencia ventilatoria nasal y una rinolalia cerrada. Al realizar la orofaringoscopia, la hipertrofia de lengua y paladar blando no nos permite ver la pared posterior de la faringe. En la fibroendoscopia de cavum se observa una ocupación total de ambas coanas. En la TC con contraste intravenoso se aprecia una ocupación casi total de senos etmoidales y maxilar derecho, así como una lesión redondeada a nivel de la nasofaringe, de atenuación baja, de 4 cm. de diámetro en sentido antero-posterior, que separa los músculos largos del cuello progresando caudalmente hasta el nivel de la úvula. No existen adenomegalias en los espacios parafaríngeos ni

obliteración de los planos grasos perivasculares. En la RMN se aprecia dicha tumoración bien delimitada, ofreciendo una densidad grasa, que desplaza hacia delante y hacia abajo el paladar blando, obstruyendo ambas coanas, con diagnóstico sugestivo de lipoma.

Ante los resultados de las exploraciones realizadas, se propone a la paciente la realización de una biopsia de la lesión para obtener la confirmación anatomopatológica, pero la paciente se niega a cualquier procedimiento invasivo debido a la larga evolución de los síntomas.

Discusión

Los lipomas son los tumores benignos más frecuentes de origen mesenquimal (1,2). Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero sólo el 13% de ellos se localiza en la región de cabeza y cuello (3,4,5) y de estos, los nasofaríngeos son todavía más infrecuentes. La mayoría de los localizados en cabeza y cuello son subcutáneos o submucosos y se encuentran en la parte posterior del cuello. Es muy raro que asienten en la pared cervical anterior, cavidad oral, parótidas, hipofaringe, laringe, nasofaringe o en la cavidad intracraneal (3,5). También se ha descrito algún caso en el polo inferior de la amígdala, el área aritenopiglótica y los espacios retro y parafaríngeo (6). Una variante menos frecuente es el lipoma intramuscular, que



Foto 1: Rx lateral de cuello donde se observa una gran masa que obstruye nasofaríngeo.

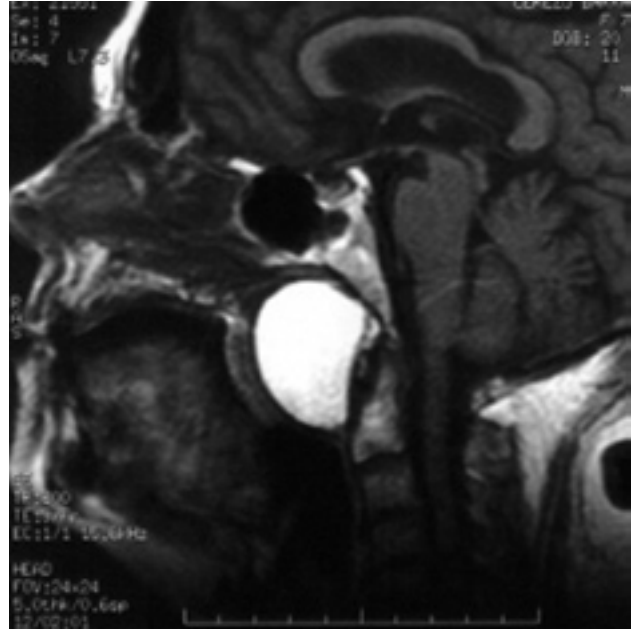


Foto 2: RMN cervical en T2 donde se aprecia hiperseñal de la masa nasofaríngeo, lo que nos indica su composición grasa.

infiltra el músculo esquelético y no tiene cápsula, por ello la extirpación completa es más difícil y la tasa de recidivas es mayor (4). Presentamos el caso de un lipoma localizado en el espacio retrofaríngeo, un espacio virtual ocupado por tejido celular laxo, vasos y ganglios linfáticos, que se extiende desde la base del cráneo hasta la primera vértebra torácica, en el mediastino posterior (7).

Su aparición es rara en las 2 primeras décadas de vida. La mayor incidencia ocurre en la 5 y 6ª décadas de la vida, pudiendo aumentar de tamaño en periodos de aumento rápido de peso. En la región de cabeza y cuello, las más afectadas por lipomas son mujeres de 60 a 70 años de edad. También debemos tener en cuenta que el desarrollo de lipomas en pacientes en tratamiento con corticoides ó con enfermedad de Cushing o DMID sugiere una relación endocrina que es normalmente reversible (1).

Los lipomas son masas indoloras que crecen paulatinamente sin dar mucha sintomatología, por tanto suelen tener gran tamaño en el momento del diagnóstico (8).

En su localización nasofaríngeo puede producir diversos síntomas, como obstrucción nasal, apneas del sueño (3), sinusitis crónica (4), disfagia (3), compresión de estructuras vecinas (3), roncopatía (6), rinolalia cerrada (6), cefalea, seguramente relacionada con el SAOS, anosmia (8), halitosis, rinorrea, otalgia y epistaxis. Otros síntomas podrían ser secundarios a un déficit de nervios craneales, una meningitis, o una obstrucción de la trompa de Eustaquio (1), causando otitis media serosa e hipoacusia de transmisión (5). La aparición de dolor, trismus o alteración neurológica, sugiere malignidad (2).

En cuanto a la exploración, en nuestro caso podíamos ver una masa que hace protrusión en la orofaríngeo, despla-

zando su pared y la úvula (2). También se ha descrito el caso de un gran lipoma pedunculado que llegaba a luz esofágica y había rotado la laringe causando obstrucción aérea (8).

Para hacer el diagnóstico son necesarias pruebas de imagen que nos determinen la extensión del tumor, su relación con estructuras importantes como la carótida y la base del cráneo o su crecimiento intracraneal, si existe (2). En la Rx observamos áreas homogéneas bien delimitadas de baja densidad que no producen erosión ósea (3,6). La TC, cuya precisión es 75-90% para estos tumores (2,5), evidencia áreas homogéneas de baja densidad, de -60 a -120 HU que no captan contraste (gadolinio) (6). El hecho de que una masa de estas características tuviera densidad heterogénea y captara contraste sugeriría la variante maligna (9): el liposarcoma. Debemos diferenciarlo a su vez de otros tumores de nasofaríngeo que se ven con densidad intermedia y también captan contraste. Cuando estos tumores son malignos, sus límites aparecen mal definidos, producen erosión ósea y encontraremos normalmente adenopatías cervicales (6).

La técnica de elección para el diagnóstico por imagen es la RMN (9), ya que delimita el tumor con una precisión del 95% (2). En ella observamos una hiperseñal en T1, mientras que en T2 usando técnicas de saturación de grasa, esta señal se suprime (3,6,9).

Hay autores que recomiendan la realización de angiografía (2) cuando por la localización del tumor se sospecha afectación de la arteria carótida o se quiera valorar la vascularización del tumor. A veces, en tumores muy vascularizados, se puede realizar una angiografía preoperatoria con embolización, lo que es útil para minimizar la hemorragia durante la intervención y disminuir el posible daño a nervios adyacentes (2).

El diagnóstico de confirmación lo obtendremos con el estudio anatomopatológico de la lesión. En él, veremos células adiposas maduras separadas por septos fibrosos, circunscritas por una cápsula fina de tejido conectivo. Puede contener áreas de tejido fibroso, mixomatoso ó angiomaso (1). La metaplasia cartilaginosa es rara, pero se encuentra sobre todo en lipomas de gran tamaño y mucho tiempo de evolución (10). En el caso de los liposarcoma, en la histología se ven abundantes redes vasculares, celularidad aumentada, atipia celular, lipoblastos, y estroma metacromático (4). Al realizar una aspiración con aguja fina de la lesión, aunque los signos sean de benignidad, debemos tener en cuenta que no se puede excluir que exista un pequeño foco de células malignas liposarcomatosas en otro punto de la lesión. Esta posibilidad sólo se descarta si se realiza excisión completa del tumor (4), por ello la PAAF no sirve para diferenciar el lipoma del liposarcoma y hay autores que no la consideran necesaria (3,6). Las lipomatosis son depósitos de células grasas no tan bien delimitados y sin septos internos (9).

Los liposarcomas normalmente aparecen "de novo", pero también se ha descrito un pequeño porcentaje de lipomas que se ha malignizado. Lo sospecharemos ante cambios en tamaño o empeoramiento de la clínica del paciente.

En el diagnóstico diferencial de las neoformaciones nasofaríngeas debemos incluir (10): adenoides, pólipos antrocoanales, quiste mucoso de retención, encefalocele, papiloma invertido, cordoma, plasmocitoma, carcinoma escamoso, carcinoma de glándula salivar y enfermedades granulomatosas.

El tratamiento de elección es la excisión del tumor (3), tras la cual se ha comprobado que disminuyen la roncopatía, mejora la respiración y desaparece la somnolencia diurna (8).

La vía de resección para los tumores de cabeza y cuello depende de la localización, tamaño, vascularización y potencial maligno del tumor: transcervical, submaxilar, transmandibular, transparotídea, transoral o infratemporal. En el caso de los nasofaríngeos, como nuestra paciente, la vía de elección es la transoral (10). Si se necesita, se puede hacer una incisión en paladar blando, ampliando así el acceso al tumor y obteniendo una mejor exposición al mismo (10).

La recurrencia tras cirugía es del 5% (2,5), algo más elevada en el caso de lipomas intramusculares.

Aunque la situación ideal sería obtener la confirmación histológica y proceder a su extirpación quirúrgica, esto no siempre es posible, bien porque el paciente se niega a darnos su autorización para realizar cualquier técnica invasiva, como en nuestro caso y en otros (7), o bien porque la situación clínica del paciente imposibilita la intervención quirúrgica. Algunos autores opinan que, dada la benignidad del proceso y gracias a que la TC y RMN dan imágenes patog-

nomónicas (9), no sería necesaria su extirpación quirúrgica. Otros autores defienden que ante la ausencia de signos que sugieran malignidad y cuando existe contraindicación de intervención quirúrgica, el seguimiento con RMN es una alternativa segura (4). La posibilidad de radioterapia postcirugía está descartada, puesto que son tumores que normalmente no recidivan si su excisión ha sido completa y si lo hacen, lo mejor es la reintervención quirúrgica (6).

Como conclusión destacamos que los lipomas deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de las masas nasofaríngeas, a pesar de ser extremadamente raros en esta localización.

Bibliografía

1. Kalan A, Ahmed-Shuaib A, Tariq M. Lipoma in fossa of Rosenmuller. *J Laryngol Otol*. 2000 Jun;114(6):465-6.
2. Catagay Han Ulku, Yavuz Uyar. Parapharyngeal Lipoma Extending to Skull Base: A case report and review of the literature. *Skull Base*. 2004 May; 14(2): 121-125.
3. Erkan AN, Yavuz H, Yilmazer C, Ozluoglu L, Bolat FA. Radiology quiz case 2. Diagnosis: parapharyngeal lipoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004 Aug; 130(8): 997-999.
4. Hockstein NG, Anderson TA, Moonis G, Gustafson KS, Mirza N. Retropharyngeal lipoma causing obstructive sleep apnea: case report including five-year follow-up. *Laryngoscope*. 2002 Sep;112(9):1603-5.
5. Deepti Singhal, Ramanuj Bansal, A.K. Agarwal, Nimit Singhal. Lipoma of the parapharyngeal space. *The Internet Journal of Otorrhinolaryngology*. 2005;3(2).
6. Geurts TW, Lohuis PJ, Pameijer FA, Van den Brekel M. Radiology quiz case 2. Diagnosis: Nasopharyngeal lipoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002; 128: 1331-1333.
7. Rosell A, Llaverro MT, García-Arranz G, Martínez-San Millán J. Lipoma of the retropharyngeal space. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1998;107:726-728.
8. Aland JW. Retropharyngeal lipoma causing symptoms of obstructive sleep apnea. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996;114:628-630.
9. Abdullah BJJ, Liam CK, Kaur H, Mathew KM. Parapharyngeal space lipoma causing sleep apnoea. *Br J Radiol*. 1997;70:1063-1065.
10. Hong KH, Seo SY, Lee DG. Chondrolipoma of the nasopharynx. *J Laryngol Otol*. 1998 Jan;112(1):75-6.

Correspondencia

Beatriz Ágreda Moreno
Urbanización Parque Roma, bloque D-4, 7º D
50010 Zaragoza
e-mail: beagreda@hotmail.com