

CASOS CLÍNICOS

ANGIOLIPOMA DE REGIÓN MAXILOFACIAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CON REVISIÓN DE LA LITERATURA

ANGIOLIPOMA OF THE MAXILLOFACIAL REGION IN A PEDIATRIC PATIENT: A CASE REPORT WITH LITERATURE REVIEW

Quelca-Choque Heber G.¹, Cruz-Villca Marcia B.²

1. Especialista en Cirugía Maxilofacial,
2. Cirujano Maxilofacial

Autor para correspondencia: Dr. Heber Gonzalo Quelca Choque, Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría", c/Mayor Zubieta N° 100, Miraflores, La Paz – Bolivia, hebergonzaloq@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.53287/yoqs2266cm36x>

RESUMEN

El angioliipoma es una neoplasia del tejido adiposo maduro, acompañado de vasos sanguíneos y clasificándose en dos categorías, infiltrantes y no infiltrantes. La localización de esta lesión en la región maxilofacial es poco frecuente en la edad adulta y más aún en los niños. La tomografía computarizada y la resonancia magnética permiten establecer su diagnóstico. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica. Presentamos un caso de angioliipoma de región maxilofacial en una paciente de 4 años de edad, con afectación de la estética facial que, tras su valoración clínica e imagenológica, fue tratada mediante escisión quirúrgica intraoral en el Servicio de Cirugía Máxilofacial del Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría".

Palabras Claves: angioliipoma, maxilofacial, infiltrante, densidad heterogénea.

ABSTRACT

Angioliipoma is a neoplasia composed of mature adipose tissue accompanied by blood vessels. It is classified into two categories: infiltrating and non-infiltrating. The occurrence of this lesion in the maxillofacial region is uncommon in adults and even rarer in children. Diagnostic tools such as computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) aid to establish the diagnosis. Surgical excision is the treatment to be choice. We present a case of angioliipoma in the maxillofacial region of a 4-year-old patient, with facial aesthetic involvement. After clinical evaluation and imaging assessment, the lesion was successfully treated via intraoral surgical excision at the Pediatric Maxillofacial Surgery Service of the "Dr. Ovidio Aliaga Uría" Children's Hospital.

KEYWORDS: Angioliipoma, maxillofacial, infiltrating, heterogeneous density.

INTRODUCCIÓN

El Angioliipoma es una neoplasia benigna del tejido adiposo maduro y una variante histológica del Lipoma^{1,2}. Su localización más frecuente es a nivel subcutáneo de las regiones torácicas y de las extremidades; siendo su presentación menor a nivel de la cabeza y el cuello o de la región maxilofacial^{3, 4}. Estas neoplasias benignas

se clasifican en angioliipomas infiltrantes y no infiltrantes, las primeras se caracterizan por carecer de una cápsula, en contraste de las no infiltrantes que cuentan con una envoltura capsular que las separa de los tejidos vecinos⁵. En menor medida, su aparición se asocia a traumatismos masticatorios a nivel de la mucosa yugal de pacientes adultos; sin embargo, la mayoría de

los casos reportados no han determinado una principal etiología para este tumor benigno en la región maxilofacial^{6,7}. Histopatológicamente está constituido por tejido adiposo maduro, acompañado de numerosos capilares sanguíneos con trombos de fibrina, envueltos por una capa de tejido fibroconectivo^{6,8}. La ultrasonografía, la punción y la aspiración con aguja fina, la tomografía computarizada contrastada y la resonancia magnética son medios utilizados para establecer el diagnóstico^{7,8}. El tratamiento de los angiolipomas localizados en la región maxilofacial consiste en la escisión quirúrgica intraoral, siendo la vía extraoral poco practicada por el defecto estético que deja en el rostro. Otras alternativas terapéuticas son la ablación por microondas, la liposucción y el láser con CO₂ o KTP^{9,10,14}.

Debido a que esta patología es poco frecuente en la región maxilofacial en la población pediátrica y asociada al cuerpo adiposo de Bichat, se presenta el caso clínico y se hace una revisión de la literatura.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 4 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia. Acude acompañada de su madre a la consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” de la Ciudad de La Paz, por presentar cuadro clínico de 6 meses de evolución, caracterizado por la presencia de aumento de volumen en región geniana izquierda, que altera la estética facial.

Al examen físico, la paciente se encuentra en regular estado general, a nivel de la región geniana izquierda se evidencia un aumento de volumen, cuyos bordes son poco definidos y sin cambios de color y textura de la piel suprayacente, de consistencia blanda y no dolorosa a la palpación (Figura 1). A nivel de la mucosa yugal izquierda se observa un aumento de volumen con las mismas características extraorales, y el orificio de desembocadura del conducto parotídeo permeable (Figura 2).

Figura N° 1. Aumento de volumen en región geniana izquierda



Figura N° 2. Aumento de volumen en mucosa yugal izquierda



En la tomografía computarizada con contraste se evidenció en la región geniana izquierda, además de las regiones maseterina y pterigomaxilar, una lesión de densidad heterogénea, de predominio hipodenso, sugiriendo componente adiposo, de bordes definidos y delimitados por la fascia de los tejidos blandos vecinos, mide aproximadamente

en su porción externa 32 x 17 x 29 mm (región geniano-maseterino) y su porción interna 18 x 13 x 28 mm (región pterigomaxilar), con un elemento vascular central importante, procedente principalmente de la arteria maxilar interna (Figura 3, 4 y 5).

Figura N° 3. Vista axial de TAC que muestra masa heterogénea en las regiones geniana y maseterina izquierdas, anterior y lateral al músculo buccinador (A), lateral al músculo masetero (B) y que llega hacia abajo hasta el nivel del arco dentario mandibular (C).

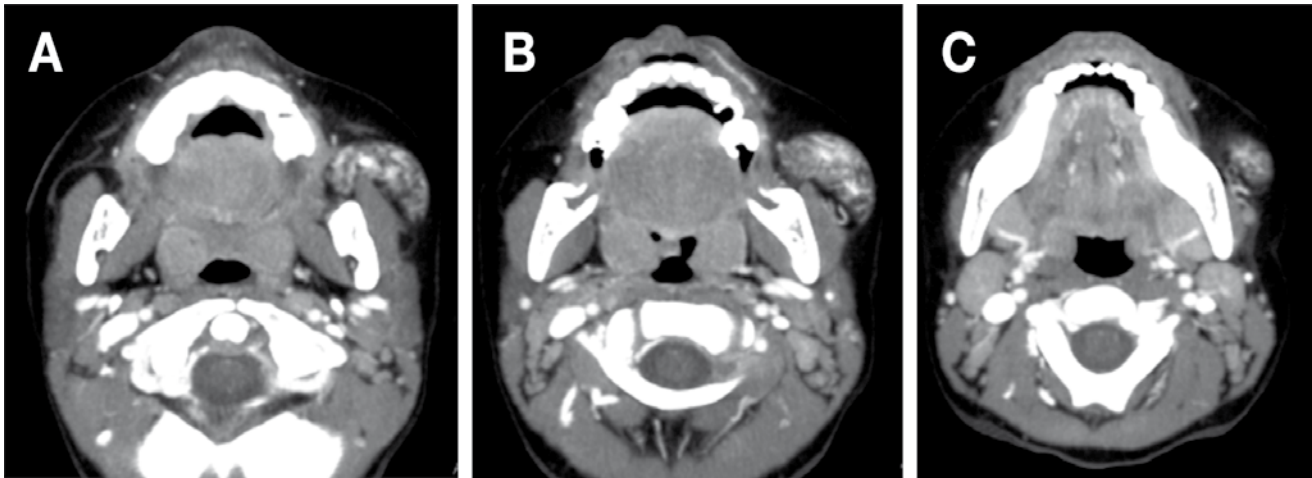


Figura N° 4. Vista coronal de TAC que muestra masa heterogénea en las regiones geniana y maseterina izquierdas, lateral al músculo buccinador que se extiende a la región pterigomaxilar (flecha).

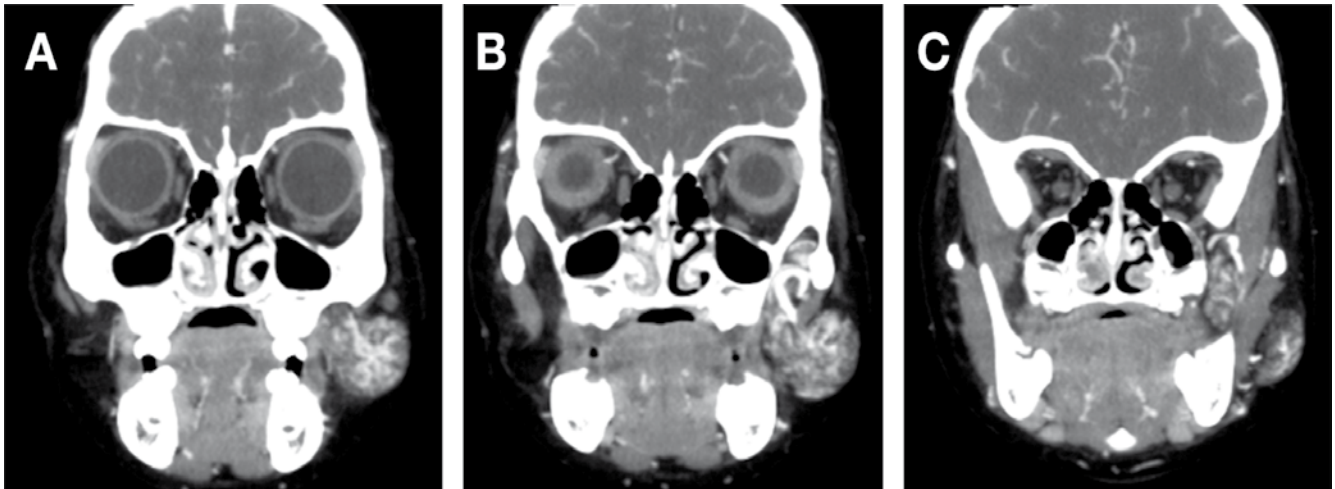
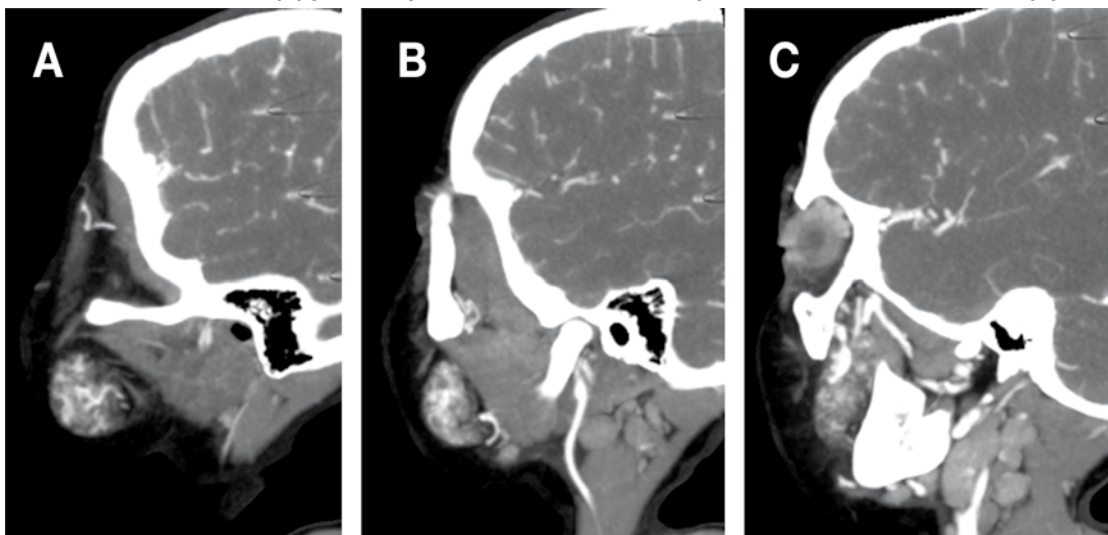


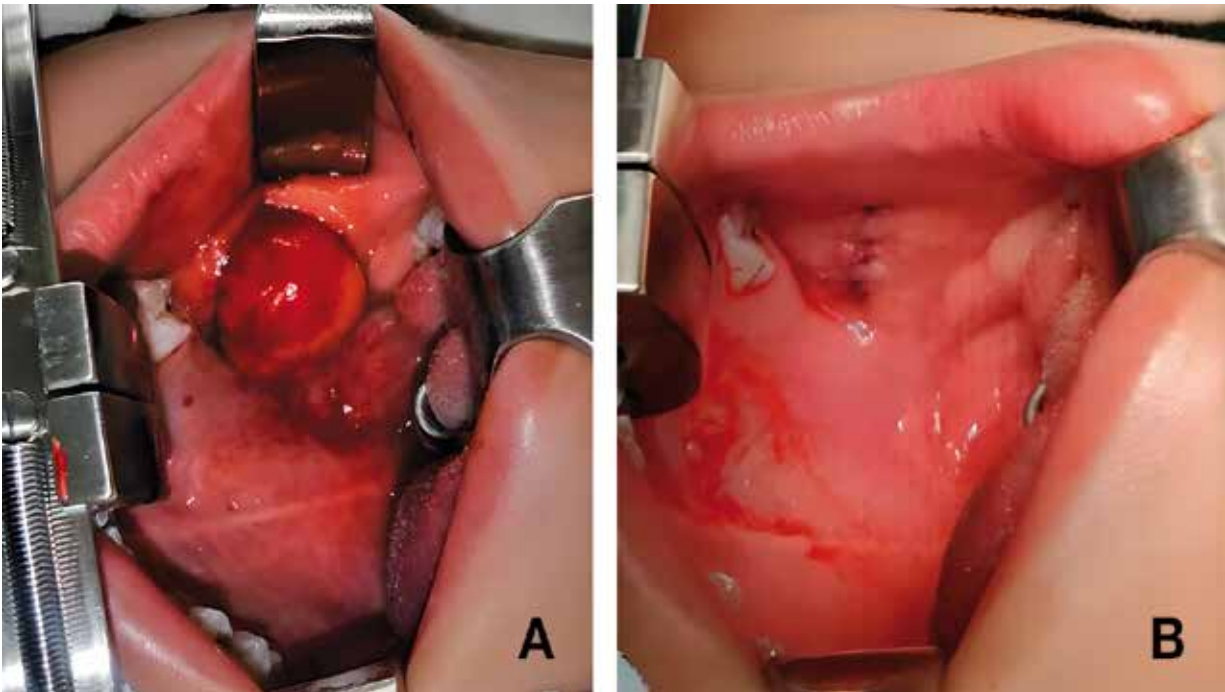
Figura N° 5. Vista sagital de TAC que muestra masa heterogénea localizada por debajo de la órbita (A), anterior al músculo masetero (B) y con importante vascularización por la arteria maxilar interna (C).



Posterior a la valoración de los datos clínicos e imagenológicos se decide su tratamiento mediante escisión quirúrgica bajo anestesia general, abordando la lesión mediante una incisión horizontal de 2.5 cm de longitud a nivel de la mucosa yugal izquierda, casi paralela a la línea de oclusión dentomaxilar y a 1 centímetro por debajo del orificio de desembocadura del conducto de Stenon. Seguidamente, se identificó al músculo buccinador para su

posterior disección en el mismo sentido de la incisión mucosa, llegando a exponer la masa tumoral para su correspondiente exéresis, previa identificación del pedículo vascular procedente de la zona posterior (región pterigomaxilar), mismo que se liga. Luego del control de la hemostasia se concluye el procedimiento con puntos simples de sutura del plano muscular y mucoso (figura 6).

Figura N° 6. Escisión quirúrgica intraoral de región geniana izquierda (A y B)

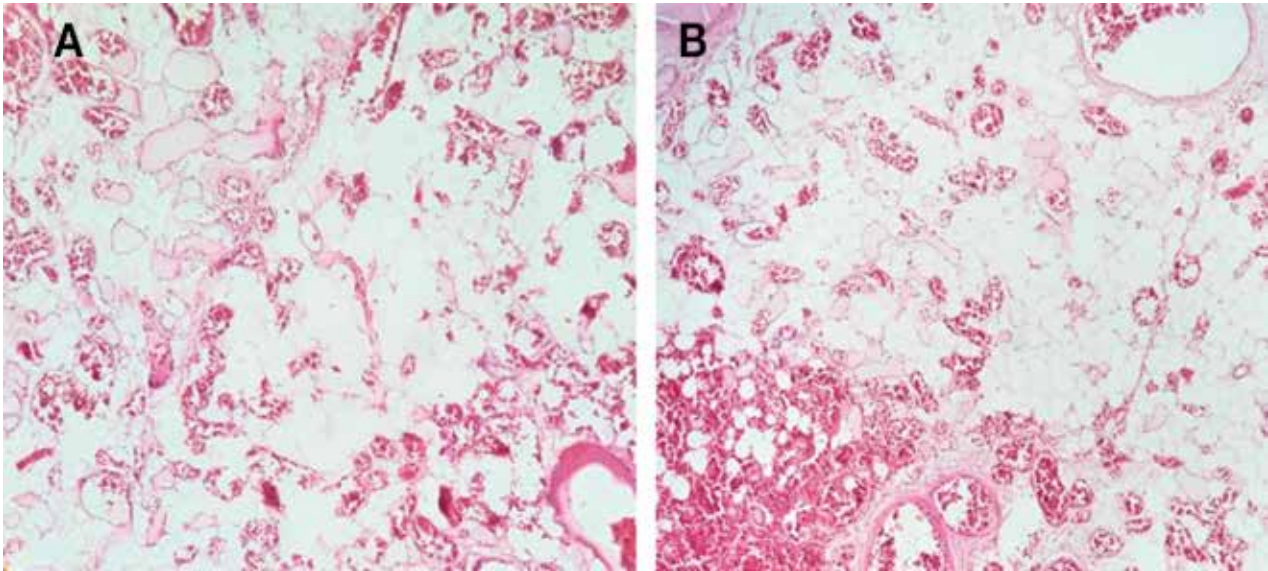


La recuperación postoperatoria de la paciente transcurrió sin incidentes y no se presentaron complicaciones como el sangrado postoperatorio, lesión de ramas del nervio facial, ni del conducto parotídeo.

Histopatológicamente, la lesión estaba constituida por tejido adiposo maduro sin alteraciones de maduración ni diferenciación, sus células formaban grupos que eran

interrumpidos por la presencia de bandas pequeñas de colágeno, onduladas, en grupos dispersos en toda la muestra. Los capilares también se encontraban dispersos junto a las células adiposas. No observaron criterios de malignidad. Por lo tanto, los hallazgos histopatológicos fueron compatibles con **ANGIOLIPOMA** (Figura 7).

Figura N° 7. (H y E, 10 y 40x) Fotomicrografía panorámica (A) y acercamiento (B) observándose tejido adiposo maduro vascularizado.



Se realizó seguimiento de la paciente mediante la valoración clínica de la región intervenida, evidenciándose la ausencia de signos clínicos de recurrencia hasta la fecha (Figura N° 8).

Figura N° 8. Control postoperatorio a los tres meses, se observa simetría facial



DISCUSIÓN

El Angiolipoma es una variante histológica del Lipoma. Su frecuencia es en las regiones del tronco y las extremidades en edades juveniles, siendo poco frecuente a nivel de la cabeza y el cuello^{10,11}.

No se ha reportado que los angiolipomas presenten una transformación maligna. Según estudios realizados, los angiolipomas se clasifican en encapsuladas (no infiltrantes) y no encapsuladas (infiltrantes), estos últimos se localizan en diferentes sitios anatómicos con tejido adiposo (79%) y con mayor frecuencia en niños y adolescentes, en tanto que los angiolipomas de tipo no infiltrante se presentan más comúnmente en pacientes mayores de 30 años de edad. Ambos tipos están caracterizados histopatológicamente por la presencia de adipocitos maduros y tejido angiomatoso con numerosos trombos, además de una cápsula que está presente en el tipo no infiltrante¹², mismas características que encontramos en nuestra operatoria.

La causa de un angiolipoma se desconoce en la actualidad; sin embargo, el traumatismo es uno de los factores asociados, ya sea por el prolapso que sufre el tejido adiposo a través de la fascia adyacente luego del trauma o por la presencia de un hematoma, secundario a un golpe en el tejido blando con la diferenciación y proliferación de preadipositos mediadas por citoquinas^{6,7,12}. En nuestro caso no se logró identificar una etiología traumatológica.

La ultrasonografía y/o aspiración con aguja fina permite el diagnóstico de esta patología según algunos autores; sin embargo, la tomografía

computarizada contrastada o la resonancia magnética presentan mejores resultados diagnósticos; logrando evidenciar una lesión de densidad heterogénea con predominio hipodenso característico del tejido adiposo y una zona hiperdensa que representa al componente vascular del angioliopoma^{10,13}, con datos similares encontrados en el estudio tomográfico de la paciente.

El tratamiento es la escisión quirúrgica para ambos tipos de angioliopomas maxilofaciales (infiltrante y no infiltrante). Los abordajes intraorales son la mejor alternativa para lesiones localizadas en la región maxilofacial, asociada al cuerpo adiposo de Bichat. Existen otras alternativas terapéuticas como la liposucción y el

láser con CO₂ para lesiones múltiples y con láser KPT para procedimientos a través de la mucosa oral^{10,14}. Se ha reportado abordajes extraorales en angioliopomas intramaseterinas y en región parotídea¹⁵.

CONCLUSIÓN

La presentación del angioliopoma en la población infantil es poco frecuente y existe un número reducido de casos clínicos reportados a nivel maxilofacial. Además, se destaca la importancia de los estudios de imagen en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones, permitiendo identificar las relaciones de proximidad con las estructuras vasculares importantes con el fin de evitar posibles complicaciones transoperatorias.

REFERENCIAS

1. Santana A, Esparza S, Ávila P, Santana O, Serrano J. Angioliopoma juvenil en región subtemporal, fosa cigomática y pterigomaxilar tratado mediante ablación por microondas – Estudio de caso y revisión de la literatura. *Surgical Neurology International*. 2022; 13: 409. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9610127/pdf/SNI-13-409.pdf>
2. Pattipati S, Kumar MN, Ramadevi B, Kumari P. Lipoma palatino: reporte de un caso. *Revista de Investigación Clínica y Diagnóstica*. 2013; 7 (12): 3105-3106. <https://doi.org/10.7860/JCDRI/2013/7886.3682>
3. Bua A, Luáces R, Franco F, García-Rozado Á, Escudero J, Capdevila E. Angioliopoma en cabeza y cuello: Reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2010; 39: 610–5. [https://www.ijoms.com/article/S0901-5027\(10\)00019-6/fulltext](https://www.ijoms.com/article/S0901-5027(10)00019-6/fulltext)
4. Choi JY, Goo JM, Chung Mj, Kin HC, Im JG. Angioliopoma de mediastino posterior con expansión al conducto raquídeo: reporte de un caso. *Korean J Radiol*. 2000; 1: 212-214. <https://doi.org/10.3348/kjr.2000.1.4.212>
5. Sheybani E, Eutsler EP, Navarro OM. Masas de tejido blando que contiene grasa en niños. *Pediatría Radiol*. 2016; 46: 1760-1773. <https://doi.org/10.1007/s00247-016-3690-z>
6. Ida-Yonemochi H, Swelam W, Saito C, Saku T. Angioliopoma de la mucosa bucal: un posible papel del VEGF derivado de mastocitos en su mayor vascularización. *J Oral Pathol Med*. 2005; 34: 59-61. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2004.00230>
7. Aust M, Espías M, Kall S. Lipoma postraumático: ¿realidad o ficción? *Skinmed*. 2007; 6: 266-70. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17975353/>
8. Lin JJ, Lin F. Dos entidades de angioliopoma. Un estudio de 459 casos de lipoma con una revisión de la literatura sobre angioliopoma infiltrante. *Cáncer*. 1974; 34: 720-727. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(197409\)34:3<720::aid-cnrc2820340331>3.0.co;2-k](https://doi.org/10.1002/1097-0142(197409)34:3<720::aid-cnrc2820340331>3.0.co;2-k)
9. Weistzner S, Moynijan PC, Miss J. Angioliopoma de la mejilla en un niño. *Cirugía Oral Med Patol*. 1978; 45 (1): 95-105. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(78\)90229-3](https://doi.org/10.1016/0030-4220(78)90229-3)
10. Ali M, Zuebi F. Angioliopoma de la mejilla: Reporte de un caso. *J Oral Maxillofac Surg*. 1996; 54 :213–5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8604073/>
11. Hamakawa H, Hino H, Sumida T, Tanioka H. Angioliopoma infiltrante de mejilla: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Jornal Cirugía Maxilofacial*. 2000;58(6):674-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10847292/>

12. Chandrasekaran D, Chinnaswami R, Narasimhan M. Angiolipoma de paladar no infiltrante en paciente geriátrico: a propósito de un caso e informe con revisión de la literatura. *Revista de Investigación Clínica y Diagnóstica*. 2016; 10 (1): 1-2. <https://DOI:10.7860/JCDR/2016/16634.7032>
13. Dalambiras S, Tilaveridis I, Iordanidis S, Zaraboukas T, Epivatianos A. Angiolipoma infiltrante en la cavidad oral: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Cirugía oral maxilofacial J*. 2010; 69 (3): 681-683. <https://doi:10.1016/j.joms.2009.04.131>
14. Palaia G, Gaimari G, Giudice RL, Galanakis A, Tenore G, Romeo U. Escisión de un angiolipoma oral por láser KTP: reporte de un caso. *Ann Stomatol*. 2011; 2 (1): 28-31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3254385/>
15. Reilly J, Kelly DR, Royal SA, Birmingham AL. Angiolipoma en la parótida. *Laringoscopio*. 1988; 98 (1): 818-821. <https://doi:10.1288/00005537-198808000-00005>