

CASO CLÍNICO

LEIOMIOBLASTOMA LINGUAL

A. SANCHO ÁLVAREZ*, M. PONCELA BLANCO*, D. MORAIS PÉREZ*, G. MARTÍN SIGÜENZA*,
J. I. PERAL MARTÍNEZ**

*SERVICIO ORL. **SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

RESUMEN

Presentamos un caso de leiomioblastoma lingual y, a partir de él, describimos los leiomiomas orales, tumores benignos que se originan en el músculo liso y cuya localización en la cavidad oral es muy rara. El interés de estos tumores no sólo estriba en la rareza de su lugar de asiento, sino también en la dificultad que existe para definir su benignidad y comportamiento biológico. El 25% de los tumores de músculo liso orales son malignos, y han sido descritos "leiomiomas" localmente invasivos.

PALABRAS CLAVE: Músculo liso. Leiomioma. Lengua.

ABSTRACT

LEIOMIOMA SMOOTH MUSCLE

Leiomyoma is a benign tumor of smooth muscle origin that is rarely found in oral cavity. We report a case of leiomyoblastoma of the tongue. The interest of this lesion is supported by its location and by the difficulty to determine its biological behavior. About 25% of the oral smooth muscle tumors are malignant, and have been reported "leiomyoma" locally invasive.

KEY WORDS: Smooth muscle. Leiomyoma. Tongue.

Correspondencia: A. Sancho Álvarez. Servicio ORL. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Avda. Ramón y Cajal, s/n. 47001 Valladolid.

Fecha de recepción: 16-11-1999

INTRODUCCIÓN

El leiomioma es una neoplasia benigna de la musculatura lisa, fundamentalmente localizada en el útero. El tracto gastrointestinal, la piel y el tejido celular subcutáneo son localizaciones menos frecuentes¹⁻⁵.

Los tumores de músculo liso en la cavidad oral son muy poco frecuentes debido a la escasez de musculatura lisa en esta región. Como posible origen se ha sugerido la capa media de los pequeños vasos sanguíneos, el conducto lingual y las papilas circunvaladas^{2,3}.

La OMS diferencia tres tipos de leiomiomas: leiomioma (leiomioma sólido), angiomioma (leiomioma vascular) y leiomioma epiteliode o leiomioblastoma, variante a la cual corresponde el caso clínico que describimos⁶.

Mientras que la mayor parte de los leiomiomas orales son asintomáticos y se descubren en un examen rutinario, los que asientan en la lengua pueden presentarse como masas dolorosas que provocan alteraciones en el habla y en la deglución.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 39 años de edad que es remitido a nuestra consulta para descartar posible ránula o tumor mixto.

El paciente acude refiriendo molestias debajo de la lengua y un bulto que le incomoda al comer y al hablar desde hace dos meses.

La exploración física demuestra la presencia en cara ventral de la lengua, en la línea media, de una tumoración de unos dos centímetros de longitud en su eje mayor, de consistencia dura e indolora al tacto (fig. 1).

Se realiza exéresis de la lesión con anestesia local.

Los hallazgos histológicos muestran una tumoración nodular, bien delimitada, de localización subepitelial, dejando un estrecho margen de tejido conjuntivo laxo entre dicha tumoración y el epitelio lingual (fig. 2).



Figura 1. Tumoración lingual.

El borde inferior de la tumoración, que habitualmente muestra un crecimiento expansivo, presenta sin embargo dos pequeños focos de infiltración al tejido muscular estriado lingual.

La tumoración está constituida por células alargadas o poligonales, dispuestas en haces, que se entrecruzan en todas las direcciones. Las que tienen carácter poligonal muestran un citoplasma amplio y claro, e incluso a veces vacuolado, en cuyo interior se dispone de un núcleo vesiculoso dotado de pequeños nucleolos. Dicha citología muestra cambios moderados en el tamaño nuclear.

El índice mitótico es de 4 mitosis en 10 campos de gran aumento (fig. 3).



Figura 2. Visión panorámica del tumor. Neoformación subepitelial. Debajo está el músculo lingual. (Hematoxilina-eosina) 1,25 x

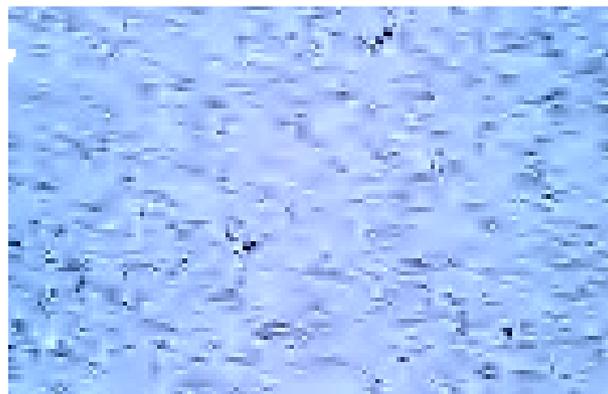


Figura 3. Detalle de la citología tumoral. Obsérvese el carácter fusiforme de sus células, los cambios de tamaño nuclear y la presencia de figuras mitóticas (flechas). (Hematoxilina-eosina) 20 x

El estroma tumoral muestra algunos infiltrados linfocitarios. Los márgenes de resección quirúrgica, tanto laterales como profundos, están libres de tumor.

Desde el punto de vista inmunohistoquímico, las células parenquimatosas tumorales muestran positividad a la vimentina, así como a la alfa-1-actina de músculo liso

(HHF-35). Las tinciones para S-100 y citoqueratinas resultaron negativas (fig. 4).



Figura 4. Las células muestran positividad al marcador "Actina músculo liso" HHF-35.

Tras estos estudios se llegó al diagnóstico de leiomioblastoma lingual.

No existen indicios de recidiva tumoral un año después de la exéresis.

DISCUSIÓN

Blanc describió en 1884 el primer caso de leiomioma en la cavidad oral⁷. Desde entonces se han publicado alrededor de 125 casos. Si nos fijamos en el estudio realizado por Farman en 1975 observamos que los leiomiomas orales son muy poco frecuentes, de 7.748 tumores de músculo liso sólo el 0,064% se localizaban en la cavidad oral⁸. Dentro de ésta los lugares de asiento más frecuentes son los labios, el paladar, la lengua y la mejilla^{1,2}.

Su escasa frecuencia se achaca a la escasez de células musculares lisas en la cavidad oral; su presencia se ve limitada a la pared de los pequeños vasos, a los conductos linguales y a las papilas circunvaladas. Sin embargo, hay autores, como Khist y Bashker, que no creen sea ésta la única razón de su escasa frecuencia, ya que los rabiomiomas son igualmente escasos siendo abundante el tejido muscular estriado⁹.

Generalmente se trata de lesiones asintomáticas que son puestas en evidencia en una exploración rutinaria, sin embargo, pueden manifestarse con una gran variedad de síntomas como son cambios en la voz, disfagia, trismus y dolor en la zona de asiento del tumor.

Los leiomiomas linguales se presentan bien como masas submucosas, bien como lesiones exofíticas no ulceradas. Su tamaño varía de pocos milímetros a 3 cm y están recubiertos por mucosa de aspecto normal. No existe un lugar específico de asiento dentro de la lengua².

En base a los trabajos de Enzinger⁶, la OMS ha descrito tres tipos de tumores benignos de músculo liso: leiomioma, angiomioma y leiomioblastoma. El leiomioma es un tumor compuesto por una mezcla de colágeno y células de músculo liso, no estando asociado a vasos sanguíneos; la mayoría de los leiomiomas linguales son de este tipo. El angiomioma es una lesión a menudo bien circunscrita, compuesta por numerosas paredes de pequeños vasos asociados a grupos de células musculares lisas bien diferenciadas. El leiomioblastoma tiene capacidad para alcanzar grandes dimensiones y, a pesar de sus características microscópicas benignas, puede ocasionalmente metastatizar⁶.

Al diagnóstico de leiomioma oral sólo llegamos tras los estudios histológicos, ya que por la clínica estas lesiones podrían ser leiomiosarcomas, fibromas, neurofibromas o lipomas.

En cuanto a la histogénesis de la lesión, la técnica de la alfa-actina⁵ demuestra de forma fehaciente su origen a partir de células mesenquimales de diferenciación leiomiocitaria. Dado que en la lengua la musculatura se circunscribe preferentemente a la forma estriada, pensamos que el origen de este tumor se ha constituido a expensas de la musculatura lisa de la pared de los pequeños vasos existentes en la submucosa.

Aun cuando la tumoración se ha manifestado bien circunscrita, la presencia de un pequeño foco de infiltración a la musculatura estriada de la lengua, junto a la atipia citológica observada y al índice mitótico manifestado, nos obliga a mantener un criterio abierto en cuanto al pronóstico de la lesión¹⁰.

El interés de este caso, además de la rareza de su presentación clínica, estriba en la dificultad de definir el presumible comportamiento biológico de la lesión. Nuestra opinión es que se trata de una lesión con potencialidad de malignización.

REFERENCIAS

- 1.- Haedicke G, Kaban LB. Smooth-muscle tumours of the oral cavity. *Plast Reconstr Surg* 1988; 81: 264-9.
- 2.- Kotler HS, Gould NS, Gruber B. Leiomyoma of the tongue presented as congenital airway obstruction. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1994; 29: 139-45.
- 3.- Kelly DE, Harrigan WF. Leiomyoma of the tongue: report of case. *J Oral Surg* 1977; 35: 316-8.
- 4.- Natiella JR, Neiders ME, Greene, GW. Oral leiomyoma. *J of Oral Pathol* 1982; 11: 353-65.
- 5.- Baden E, Doyle JL, Lederman DA. Leiomyoma of the Oral Cavity: A Light Microscopic and Immunohistochemical Study with Review of the Literature from 1884 to 1992. *Oral Oncol Eur J Cancer* 1994; 30B: 1-7.
- 6.- Enzinger FM, Lattes R, Torton H. Histologic typing of Soft Tissues

Tumours. World Health Organization, Geneva 1969: 30-31.

7.- Blanc E. Contribution à l'étude des tumeurs fibreuses de la langue. Fibro-myome de la langue. Gaz Hebd Méd Chir 1884; 21: 611.

8.- Farman AG, Kay S. Oral leiomyosarcoma: report of a case and review of the literature pertaining to smooth muscle tumours of the oral cavity. Oral Surg 1977; 43: 402-09.

9.- Hemani DD, Gupta AK, Sharma

KK, Sharma SD. Leiomyoma of the palate. J Laringol and Otol 1983; 97: 471-77.

10.- Reyes RM, Suárez JM, Martín C, Abdulkader I, Forteza J. Tumor de músculo liso de labio inferior.

Reseña de un caso de rápido crecimiento y elevada actividad mitótica. Acta Otorrinolaringol Esp 1998; 49: 495-7.

11.- Enzinger FM, Weiss SW. "Soft Tissue Tumors". Ed. Mosby. 3.ª ed. 1995.