

## Leiomioma bucal en el paladar duro: A propósito de un caso

Miguel Angel González Sánchez<sup>1</sup>, Mar Colorado Bonnin<sup>2</sup>, Leonardo Berini Aytés<sup>3</sup>, Cosme Gay Escoda<sup>4</sup>

(1) Odontólogo. Residente del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona

(2) Odontóloga. Máster de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona

(3) Médico-Estomatólogo. Especialista en Cirugía Maxilofacial. Profesor Titular de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Profesor del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona

(4) Médico-Estomatólogo. Especialista en Cirugía Maxilofacial. Catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Director del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. Jefe del Servicio de Cirugía Bucal, Implantología Bucofacial y Cirugía Maxilofacial del Centro Médico Teknon. Barcelona

### Correspondencia:

Dr. Cosme Gay Escoda  
Centro Médico Teknon  
C/Vilana,12.  
08022. Barcelona  
E-mail:cgay@ub.edu

González-Sánchez MA, Colorado-Bonnin M, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Leiomyoma of the hard palate: A case report. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007;12:176-9.  
© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-4447

Originally cited as: González-Sánchez MA, Colorado-Bonnin M, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Leiomyoma of the hard palate: A case report. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007;12:E221-4.

Full article in ENGLISH - Online ISSN 1698-6946:

URL: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v12i3/medoralv12i3p221.pdf>

Recibido: 5-08-2006

Aceptado: 8-03-2007

Indexed in:  
-Index Medicus / MEDLINE / PubMed  
-EMBASE, Excerpta Medica  
-SCOPUS  
-Índice Médico Español  
-IBECS

### RESUMEN

El leiomioma es un tumor benigno del músculo liso muy poco frecuente a nivel de la cavidad bucal. Se acepta que la fuente de músculo liso originaria de este tumor es la túnica media de los vasos arteriales. Se trata de un tumor que puede aparecer a cualquier edad, sin presentar una clara predilección por el sexo y normalmente lo hace en forma de tumoración asintomática de crecimiento lento. Su diagnóstico está basado en el estudio anatomopatológico, utilizándose tinciones específicas como podrían ser las técnicas de inmunohistoquímica. Su tratamiento consiste en la extirpación completa de la lesión con márgenes de seguridad.

En este artículo se expone el caso de un paciente hombre de 57 años que presentaba una lesión en el paladar duro, adyacente a los premolares superiores del lado izquierdo, de 4 meses de evolución. Tras la exéresis quirúrgica con márgenes de seguridad de dicha lesión, se realizó su estudio anatomopatológico. La tinción con hematoxilina y eosina junto con el estudio inmunohistoquímico de la muestra confirmaron el diagnóstico de leiomioma.

**Palabras clave:** Leiomioma, tumor de músculo liso, tumor de paladar.

### ABSTRACT

Leiomyoma is a benign smooth muscle tumor that is very rarely located in the oral cavity. It is accepted that the smooth muscle giving rise to this tumor corresponds to the tunica media of the arteries. The tumor can develop at any age, with no clear gender predilection, and typically manifests as a slow-growing, asymptomatic lesion. The diagnosis is based on the histopathological study, with the use of specific staining techniques, including immunohistochemical markers. Treatment consists of complete resection of the lesion, with due safety margins.

We present the case of a 57-year-old male with a tumor located for the previous four months in the region of the hard palate, adjacent to the left upper premolars. After surgical resection with safety margins, hematoxylin-eosin staining and immunohistochemical study confirmed the diagnosis of leiomyoma.

**Key words:** Leiomyoma, smooth muscle tumor, palatal tumor.

## INTRODUCCION

El leiomioma es un tumor benigno del músculo liso que puede aparecer en cualquier localización, siendo más frecuente en el útero, el aparato gastrointestinal y la piel. En la cavidad bucal, es un tumor poco frecuente (0,065%) debido a la escasez de músculo liso en este territorio (1).

El leiomioma suele observarse en adultos y no tiene una clara predilección por el sexo. Las localizaciones más frecuentes son los labios, la lengua, el paladar duro y blando, y las mejillas.

Se presenta generalmente como una masa de crecimiento lento, no dolorosa, frecuentemente de color violáceo. El diagnóstico del leiomioma se basa exclusivamente en la histología. Clínicamente debe realizarse el diagnóstico diferencial con lesiones de la mucosa bucal o del tejido conectivo como fibromas, lipomas, tumoraciones de las glándulas salivares, tumoraciones vasculares como el linfangioma o el hemangioma, entre otras lesiones. Debe efectuarse además el diagnóstico diferencial con la forma maligna del leiomioma: el leiomiosarcoma.

El tratamiento de este tipo de lesiones consiste en la extirpación quirúrgica total con márgenes de seguridad seguida de controles periódicos que permitan advertir las recurrencias de manera precoz.

El propósito de este artículo es presentar un nuevo caso de leiomioma, de localización palatina, así como valorar las características clínicas e histológicas para poder incluir este tumor en el diagnóstico diferencial diario de las lesiones de la mucosa bucal.

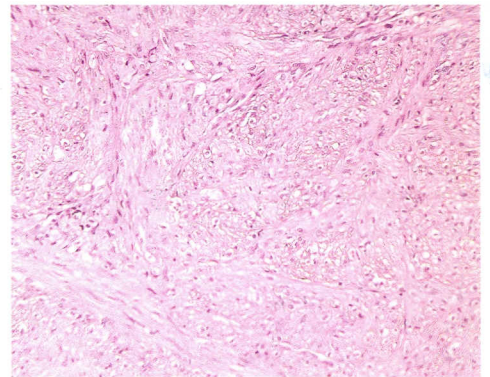
## CASO CLINICO

Se trata de un paciente varón de 57 años de edad con antecedentes médicos de hipertensión arterial controlada con medicación (telmisartán, un comprimido de 80 mg al día por vía oral), no intervenido quirúrgicamente, sin alergias conocidas y ex fumador de 30 cigarrillos y un puro al día desde hacía 16 años. Actualmente es consumidor de una unidad alcohólica al día.

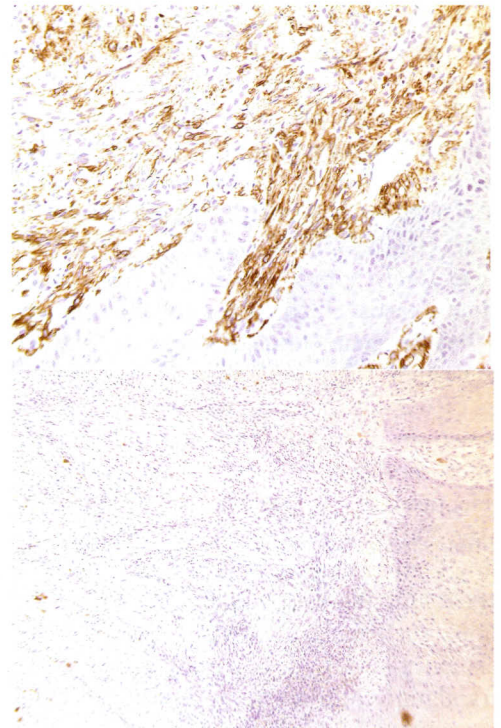
El paciente acudió a nuestro Servicio de Cirugía Bucal remitido por su dentista por presentar una lesión eritematosa en el paladar duro, adyacente a la cara palatina de los premolares superiores izquierdos (figura 1). La lesión, de 4 meses de evolución, había sido tratada por su odontólogo mediante el uso de enjuagues con un antiséptico bucal y con antibioticoterapia (espiramicina y metronidazol). Al no remitir, envió al paciente para valorar dicha tumoración. Realizamos una historia clínica y a la exploración observamos una lesión de unos 5 mm de diámetro, adyacente a la cara palatina de los premolares superiores del segundo cuadrante. Se trataba de una tumoración de coloración rojiza similar a una úlcera, indolora y que no sangraba a la palpación. Solicitamos una ortopantomografía en la que no se apreciaban alteraciones en la región donde estaba la lesión. Tras la exploración clínica y radiográfica se llegó a un diagnóstico de periodontitis crónica moderada, por lo que se sospechó que la patología podría tener una etiología periodontal.



**Fig. 1.** Lesión palatina, adyacente a los premolares superiores del lado izquierdo. Presenta un aspecto eritematoso y no se observa ulceración.



**Fig. 2.** Estudio histológico de la lesión. Tinción con hematoxilina y eosina (x 20). Se aprecian células entrelazadas de músculo liso.



**Fig. 3.** Estudio inmunohistoquímico: A.) Se revela la positividad frente a la actina (x 40). B.) Se revela la negatividad frente a la proteína S-100 (x 10).

El plan de tratamiento se centró en efectuar un tratamiento periodontal y la biopsia excisional de la lesión bajo anestesia local. Mediante bisturí frío, se eliminó toda la tumoración con márgenes de seguridad, incluyendo el periostio. La herida se dejó cicatrizar por segunda intención. No hubo complicaciones ni intraoperatorias ni postoperatorias. El estudio anatomopatológico reveló el diagnóstico de leiomioma oral. La tinción con hematoxilina y eosina (figura 2) reveló unas bandas entrelazadas de células de músculo liso separadas por un tejido conjuntivo fibroso celular. Para acabar de confirmar el diagnóstico, se llevaron a cabo técnicas de inmunohistoquímica. Se utilizaron anticuerpos monoclonales para la actina, la vimentina, la citoqueratina y la proteína S-100 (figura 3), encontrándose positividad frente a la actina y la vimentina y negatividad frente al resto, confirmándose de este modo el diagnóstico de leiomioma. Solicitamos una tomografía computarizada para descartar la posible afectación ósea, la cual permitió asegurar la exclusiva afectación mucosa del leiomioma.

Se siguieron controles periódicos cada 6 meses el primer año y posteriormente cada año, y después de 28 meses de seguimiento, no existe evidencia de recidiva de la lesión.

## DISCUSION

El leiomioma es un tumor poco frecuente en la cavidad bucal debido a la escasez de músculo liso de este territorio (1). Su posible origen ha sido discutido por varios autores (2, 3). Así, Stout (3) propone que en la cavidad bucal la túnica media de los vasos arteriales es probablemente la fuente de músculo liso originaria del tumor. Otros autores opinan que los leiomiomas derivan de los restos de tejido embrionario como el conducto lingual o la papila circunvalada de la lengua (2).

El primer caso de leiomioma de localización bucal fue descrito en 1884, y desde entonces existen varios leiomiomas bucales publicados en la literatura (1). En la revisión publicada por Farman (4) en 1975 sobre 7748 tumores de músculo liso de todo el cuerpo, sólo 5 casos (0,065%) se presentaban en la cavidad bucal, siendo la localización más frecuente el tracto urogenital femenino que representaba el 95% de los casos. Hachisuga y cols. (5) encontraron 15 casos (2,7%) de angioleiomiomas bucales en una serie de 562 casos de angioleiomiomas registrados en un Servicio de Patología General. Brooks y cols. (6) publicaron un estudio retrospectivo de 12 angioleiomiomas, 1 leiomioma sólido y 1 leiomiomasarcoma en un total de 76412 biopsias/lesiones bucales efectuadas en un Servicio de Patología Oral desde 1963 hasta 2001. La incidencia del angioleiomioma fue del 0,016% y representaba el 92,3% de todos los tumores benignos del músculo liso de la cavidad bucal.

El leiomioma suele aparecer en adultos, presentando la mayor incidencia entre los 40 y los 59 años de edad. Respecto al sexo, para algunos autores la proporción entre hombres y mujeres es similar, 1:1 (7, 8), aunque en este aspecto existe gran controversia porque otros encuentran un predominio del sexo femenino frente al masculino con una proporción de 2:1 (6) o contrariamente, una predilección por el sexo

masculino 2:1 (1). El caso descrito corresponde a un paciente varón de 57 años de edad, dato que coincide con lo descrito en la literatura.

Las localizaciones más frecuentes son los labios, la lengua, el paladar duro y blando y las mejillas (9). En los casos descritos por Svane y cols. (9), el 21% de los leiomiomas se localizaban en el paladar. De éstos, el 91% eran angioleiomiomas y el 9% restante correspondía a leiomiomas sólidos. Brooks y cols. (6) observaron dos angioleiomiomas a nivel palatino (16,7%), uno en el paladar duro y otro en el paladar blando.

La World Health Organization (10) clasifica los leiomiomas en 3 tipos histológicos: leiomioma (sólido), angioleiomioma (leiomioma vascular) y leiomioma epitelial (leiomioblastoma). El leiomioma sólido es un tumor bien delimitado que no está asociado a la musculatura lisa vascular y que consiste en un entramado de células fusiformes con una cantidad variable de colágeno. Los angioleiomiomas derivan del músculo liso de los vasos sanguíneos. Las fibras del músculo liso de los vasos sanguíneos se encuentran en disposición circular alrededor del lumen y están asociados con fibras colágenas. Por último, el leiomioblastoma está compuesto por células redondas o poligonales con áreas claras alrededor del núcleo y con un citoplasma acidófilo. Raramente se encuentran fibras de músculo liso. El más frecuente es el angioleiomioma, que representa el 74% de los leiomiomas bucales. El leiomioma sólido representa el 25% y sólo se ha descrito un caso de un leiomioblastoma (9). Para otros autores, los angioleiomiomas representan del 64% al 66,2% de todos los tipos de leiomiomas bucales (6). En una revisión de 142 leiomiomas bucales, el 67,0% fueron leiomiomas vasculares, el 31,7% correspondieron a leiomiomas sólidos y el 1,3% fueron leiomioblastomas (11). Esto es probablemente debido a que la principal fuente de tejido muscular liso en la cavidad bucal es la túnica media arterial (7). Duhig y Ayer (12) sugirieron que el leiomioma vascular representa sólo un estadio de un continuo proceso de maduración del músculo liso. El proceso de maduración sería el siguiente: hemangioma, angioma, leiomioma vascular, leiomioma y leiomioma sólido. Para Damm y Neville (13) el leiomioma sólido es histológicamente muy diferente al angioleiomioma, por lo que se deberían considerar tumoraciones distintas.

El leiomioma suele manifestarse como un nódulo submucoso de superficie lisa. El epitelio que lo recubre rara vez se ulcera, aunque en ocasiones existe evidencia histológica de ulceración. El color de las lesiones depende de la vascularidad y de la profundidad de las mismas, pero a pesar de que su origen esté relacionado con los vasos sanguíneos, sólo el 55,9% de los casos son de color rojo, azul o morado. El resto suele tener aspecto de mucosa normal o en todo caso tonalidad grisácea. (6) A la palpación, los tumores son firmes y generalmente bien delimitados, y en los tejidos laxos del labio y de la mucosa bucal se mueven libremente (14). Suelen ser de crecimiento lento y el tamaño varía desde pocos milímetros a 3 centímetros (7). En los casos descritos por Brooks y cols., todas las lesiones tenían

un tamaño de entre 2 y 10 milímetros (6). Nuestro caso fue de unos 7 mm y de color rosado-violáceo como hemos descrito anteriormente.

La mayoría de los leiomiomas bucales se presentan como tumoraciones asintomáticas, aunque diferentes autores han descrito lesiones que producen clínica, siendo las más frecuentes: el dolor a la palpación, la dificultad a la masticación y la deglución y la movilidad dentaria (1). Debido a que la mayoría de leiomiomas son asintomáticos, pueden transcurrir meses o años hasta que el paciente acuda a la consulta (6).

El diagnóstico del leiomioma es relativamente difícil debido a la semejanza de este tumor con otros tumores de células fusiformes. El diagnóstico diferencial debería incluir otras tumoraciones mesenquimales como (fibroma, neurofibroma, lipoma, etc.), tumoraciones de las glándulas salivares (mucocele, adenoma pleomorfo, etc.), tumoraciones vasculares (linfangioma, hemangioma, granuloma piógeno, etc.) y quistes de los tejidos blandos como el quiste dermoide (6, 7). Cuando esta lesión se localiza en el paladar duro, adyacente a los dientes como en nuestro caso, puede confundirse con una lesión periodontal.

Por tanto, el diagnóstico de certeza del leiomioma está basado en el análisis histológico de la lesión. Los leiomiomas están formados por células musculares lisas fusiformes con núcleos alargados, semejantes a los fibroblastos. Estas células se disponen en haces paralelos y las lesiones están encapsuladas o bien delimitadas dentro del tejido circundante. No se aprecia estroma fibroso; sólo se observan pequeños capilares entre las células tumorales (14). Para poder diferenciar el leiomioma del resto de tumoraciones de células fusiformes, se utilizan unas tinciones específicas para identificar el colágeno y las fibras musculares como las de Van Gieson, Tricrómico de Masson y Mallory PTAH. La tinción de Van Gieson se recomienda para teñir el músculo. Con la tinción de Tricrómico de Masson, podemos distinguir los elementos citoplasmáticos de las células musculares lisas, que adquieren un color rojo, de las estructuras colágenas y fibroblastos, que se tiñen de azul o verde. Sin embargo, tanto la tinción de Van Gieson como la de Tricrómico de Masson pueden dar falsos positivos para el músculo y para las fibras colágenas, por lo que se recomienda verificar la existencia de miofibrillas con la tinción de Mallory PTAH (13). También podemos emplear técnicas inmunohistoquímicas como en nuestro caso, de manera que para confirmar el diagnóstico de leiomioma son útiles los anticuerpos monoclonales específicos para la actina (marcador de músculo liso).

El leiomioma debe ser cuidadosamente diferenciado del leiomiosarcoma, especialmente del leiomiosarcoma de bajo grado de malignidad. Para efectuar esta diferenciación, un factor determinante es la presencia de figuras mitóticas. Si se aprecian más de 10 figuras mitóticas por campo de gran aumento (40 x), se considera que la lesión tiene un comportamiento maligno, y menos de 2 figuras mitóticas por 10 campos de gran aumento indican un buen pronóstico de la lesión (1). También se piensa que la presencia de ulceración es indicativo de malignidad. Estudios de inmunohistoquímica

y marcadores moleculares como PCNA, bcl-2, CDK4, p53 y MDM2 están correlacionados con las lesiones malignas por lo que el avance diagnóstico para diferenciar los tumores musculares sigue esta línea (15).

El tratamiento de elección es la extirpación local incluyendo tejido circundante de aspecto normal. A pesar de su origen vascular, rara vez se observa un sangrado importante tras su exéresis quirúrgica. Asimismo, estos tumores benignos del músculo liso raramente recidivan. No obstante, Brooks y cols. (6) observaron dos recidivas al efectuar la exéresis de dos leiomiomas del paladar duro, que ocurrieron a las dos semanas y a los nueve meses tras la resección quirúrgica.

Podemos concluir que el leiomioma es un tumor benigno de escasa incidencia en la cavidad bucal y de buen pronóstico, pero no por ello debemos olvidarlo en el diagnóstico diferencial de las lesiones mucosas de la cavidad bucal. El tratamiento de elección es siempre la extirpación quirúrgica con márgenes de seguridad debido a la alta incidencia de malignidad de este tumor en la cavidad bucal, si se compara con el resto de localizaciones anatómicas. Debemos tener en cuenta que la posibilidad de recidiva obliga al odontólogo a efectuar controles periódicos al paciente.

## BIBLIOGRAFIA

- Lloria-Benet M, Bagán JV, Lloria de Miguel E, Borja-Morant AB, Alonso S. Leiomioma oral: A propósito de un caso clínico. *Med Oral* 2003;8:215-9.
- Praal FR, Ioannides CA, Jan van Beek G, Van de Molengraft F. Oral leiomyomas. *J Maxillofac Surg* 1982;10:229-35.
- Stout AP. Solitary cutaneous and subcutaneous leiomyoma. *Am J Cancer* 1937;29:435.
- Farman AG. Benign smooth muscle tumours. *S Afr Med J* 1975;49:1333-40.
- Hachisuga T, Hashimoto H, Enjoji M. Angioleiomyoma: A clinicopathologic reappraisal of 562 cases. *Cancer* 1984;54:126-30.
- Brooks JK, Nikitakis NG, Goodman NJ, Levy BA. Clinicopathology characterization of oral angioleiomyomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;94:221-7.
- Leung KW, Wong DY, Li WY. Oral Leiomyoma: Case Report. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;48:735-8.
- Natiella JR, Neiders ME, Greene GW. Oral leiomyoma: Report of six cases and a review of the literature. *J Oral Pathol* 1982;11:353-65.
- Svane TJ, Smith BR, Cosentino BJ, Cundiff EJ, Ceravolo JJ. Oral leiomyomas: Review of the literature and report of a case of palatal angioleiomyoma. *J Periodontol* 1986;7:433-5.
- Enzinger F, Lattes R, Torloni H. Histological typing of soft tissues and tumors. Geneva, World Health Organization 1969:30-1.
- Baden E, Doyle JL, Lederman DA. Leiomyoma of the oral cavity: A light microscopic and immunohistochemical study with review of the literature from 1884-1992. *Oral Oncol Eur J Cancer* 1994;30:1-7.
- Duhig JT, Ayer JP. Vascular leiomyoma: A study of sixty-one cases. *Arch Pathol* 1959;68:424-30.
- Damm DD, Neville BW. Oral leiomyomas. *Oral Surg* 1979;47:343-7.
- Sapp J, Eversole L, Wysocki G. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid: Elsevier; 2005.p.314-5.
- Nikitakis NG, Lopes M, Bailey J, Blanchaert R, Ord R, Sauk J. Oral leiomyosarcoma: Review of the literature and report of two cases with assessment of the prognosis and diagnostic significance of immunohistochemical and molecular markers. *Oral Oncol* 2002;38:201-8.