

Lipoma intraoral. Reporte de un caso clínico.

[Intraoral lipoma. A case report.]

Autores:

Od. Hernández, Nicolás Matías [1]
Od. Mariano, María Micaela [2]
Od. Paradisi, Estefanía [3]
Od. Cabrero, María del Carmen [4]

Fecha de recepción:

27/10/2016

Fecha de aprobación:

23/02/2017

[1] Jefe de Residentes.

[2] Residente de 2do año.

[3] Residente de 1er año.

[4] Jefa del Servicio.

Dirección de Contacto:

Residencia del Servicio de Odontología del
Hospital Interzonal General de Agudos
General San Martín de La Plata.
Calle 1 y 70 (CP: 1900) La Plata,
H.I.G.A. Gral. San Martín, Pabellón central,
1º Piso, Servicio de Odontología.
Tel.: (0221) 4835429 interno 261
Tel.: (0221) 154085916
E-mail: odontologiahigasanmartin@gmail.com

RESUMEN

Dentro de las neoplasias más frecuente de tejidos blandos mesenquimáticos, el Lipoma es el de mayor frecuencia. A nivel de cabeza y cuello su incidencia es inferior, siendo de 2 a 4 %. En la cavidad oral la ubicación más usual es en la lengua.

Histológicamente se observan adipocitos separados por tabiques fibrosos. El diagnóstico diferencial se realiza con tumor células granulares, neurofibroma, fibroma traumático y malformaciones de las glándulas salivales.

En el siguiente artículo se describirá un caso clínico con su técnica quirúrgica.

PALABRAS CLAVE

Lipoma/terapia; Lipoma/cirugía.

SUMMARY

Despite being one of the most common benign mesenchymal tumors of the body, the occurrence of lipoma in the mouth is very rare, only from 2 to 4 % of all benign neoplasms that appear in the oral cavity. It affects predominantly the tongue.

Histological studies show numerous mature adipocytes that are separated by fibrous septa. The differential diagnosis is usually made with the granular cell tumor, neurofibroma, traumatic fibroma and other salivary glands' tumors.

The aim of this article is to report a case of intraoral lipoma and the surgical technique that was performed to remove it.

KEY WORDS

Lipoma/therapy; Lipoma/surgery.

INTRODUCCIÓN

Los Lipomas son neoplasias benignas de células adiposas, que puede localizarse en cualquier parte del cuerpo, aunque su presentación en la cavidad bucal es poco frecuente. El lipoma de la cavidad bucal comprende entre el 2% y el 4% de todos los tumores de cabeza y cuello (1), aparece con más frecuencia entre los 30 y 40 años de edad y los hombres se ven más afectados que las mujeres en relación 2,5:1 (2). Es poco común en poblaciones pediátricas. La lengua es el sitio de aparición más frecuente en cavidad bucal aunque también se han descrito en mucosa de los carrillos, piso de la boca, paladar, encía y fondo de vestíbulo. La presentación clínica típica es la de una lesión tumoral asintomática, aislada o lobulada, adherida por la base sésil o pediculada, de color amarillo y los vasos sanguíneos suelen ser evidentes sobre el tumor (2) (Fig. 1)

Histopatológicamente pueden o no tener cápsula. Los adipocitos que lo conforman son idénticos a las células adiposas normales y presentan un citoplasma claro vacuolado y redondeado, con un núcleo excéntrico. La mayoría de los lipomas muestran lobulillos de células adiposas separados por tabiques fibrosos (2).

Desde el punto de vista histológico, los Lipomas están subdivididos en un número de entidades; el Lipoma Simple, Angiolipoma, Fibrolipoma, Lipoma de células estrelladas o pleomórfico, Miolipoma, Mielolipoma, Lipoma condroide, Lipoma mixoide, Lipoblastomatosis, Lipomatosis, Hibernoma y Lipoma atípico (3).

En el diagnóstico diferencial pueden incluirse otras lesiones benignas de tejido conectivo, por ejemplo el tumor de células granulares, neurofibroma, fibroma traumático y malformaciones de las glándulas salivales (mucocelos y tumor mixto) (4).

La eliminación quirúrgica de la lesión es el tratamiento de elección, rara vez se observan recurrencias y si estas existen se asocian a una extirpación incompleta de la neoplasia (5).

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 62 años de edad, con antecedentes de diabetes insulina no dependiente e hipotiroidismo. Se presenta a la consulta con una lesión tumoral en reborde alveolar inferior del lado izquierdo, de base pediculada, consistencia blanda, móvil, sin cambio de coloración, con más de dos años de evolución. Como

estudios previos la paciente concurrió con una radiografía panorámica en la cual no se evidenciaba ninguna lesión ósea.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se realizó bajo anestesia local infiltrativa intraoral utilizando carticaína 4% con epinefrina 1 en 100000, para bloquear el nervio bucal. Se efectuó el pinzamiento del tumor sobre su polo superior, se tomó el pedículo con pinza hasteld y se realizó el corte con bisturí frío (Fig. 2). La enucleación del tumor fue total (Fig. 3), obteniendo una medida de aproximadamente 3 x 4cm (Fig. 4). Se realizó la síntesis del lecho quirúrgico con sutura de seda 3/0. (Fig.5)

Se indicó fisioterapia con frío postoperatorio, antibiótico y analgésico.

El resultado del examen anatomo-patológico de la lesión confirmó como lipoma intraoral. (Fig.6)

CONCLUSIÓN

Estadísticamente el lipoma intraoral no es una neoplasia frecuente, sin embargo debe tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial con otras lesiones ya mencionadas.

El tratamiento quirúrgico no implica una técnica compleja, siendo la enucleación total la maniobra elegida.

Los casos de recidiva se observan cuando la técnica fue realizada incorrectamente dejando tejido sin extirpar. ■

Bibliografía

1. Kaur R; Kler S; Bhullar A. (2011) Intraoral lipoma: report of 3 cases. *Dent Res (Isfahan)*, 8: (1):48-51.
2. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. (1998). *Patología Oral y maxilofacial contemporánea*, 2ª Ed. Barcelona: Elsevier. 316-317.
3. Ezinger FM, Weiss SW. (1995) *Soft tissue tumors*. 3ª ed. St Louis: Elsevier cap. 14.
4. Regezi JA, Sciubba JJ. (2000) *Patología Bucal*. 3ª Ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 216-218.
5. Mighell AJ. (1994) Lipoma - An unusual alveolar swelling. *Br Dent J*; 176: 225-6.
6. Ghossaini SN, Hadi U, Tawil A. (2002) Oral-facial-digital syndrome type II variant associated with congenital tongue lipoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*; 94: 324-7.
7. Shafer W, Hine M, Levy B. (1997) *Tratado de Patología Bucal*. 3ª Ed. México: Interamericana.
8. Nelson W, Chuprevich T, Galbraith D. (1998) Enlarging tongue mass. *J Oral Maxillofac Surg*; 56: 224-7.



Fig. 1: Presentación clínica.



Fig. 2: Pinzamiento del tumor con pinza Hasteld.



Fig. 3: Lecho quirúrgico luego de la enucleación total.



Fig. 4: Lipoma de 3x4 cm.



Fig. 5: Síntesis del lecho quirúrgico con sutura de seda 3/0.



Fig. 6: Resultado del examen anatomopatológico.