

Lipoma intraoral: Reporte de un caso clínico.

[Intraoral Lipoma: A case report.]

Autor:
Dr. Polero, Carlos Sebastián

Fecha de recepción:
16/10/2013
Fecha de aprobación:
15/11/2013

Especialista en cirugía y traumatología buco máxilofacial. Director del C.I.O.Q. (Centro Integral Odontológico Quirúrgico). Área de cirugía y traumatología buco máxilofacial, servicio de Odontología HIGA General San Martín de La Plata. Asignatura Cirugía "A" Facultad de Odontología UNLP.

Dirección de Contacto:
Calle 8 n° 4443, Berisso (CP: 1923)
Tel.: (0221) 461-2063.
E-mail: seba_polero@hotmail.com

Sociedad Odontológica de La Plata
Biblioteca
"Dr. Anibal E. Inchausti"

RESUMEN

El lipoma es el tumor mesenquimático más frecuente de tejidos blandos siendo su ubicación más común en espalda y tronco, este tumor está presente en numerosos síndromes, no obstante es rara su presentación en cabeza y cuello, y más infrecuente aun en cavidad bucal, su presentación clínica no supera generalmente los 3 cm, siendo su ubicación más frecuente el carrillo, histológicamente está compuesto por células adiposas normales pudiendo estar combinado con diferentes tejidos mesenquimáticos. El presente artículo describe la técnica quirúrgica para su remoción "in Toto", como tratamiento de elección y curativo del lipoma intraoral.

PALABRAS CLAVE

Lipoma intraoral, histopatología, tratamiento quirúrgico.

SUMMARY

Lipoma is the most frequently mesenchymal tumor of soft tissues being its currently location at the back and stern. This tumor is present in many syndromes. However it's rare it's emergence into the head and neck, and it's less frequently into the oral cavity. It's clinical presentation into general doesn't exceed the three cms., being its more frequently location in the "cheek". Histologically it's formed by normal adipose cells, and it could be combined with different mesenchymal tissues. The present article describes the technical surgical therapy for its removal "in toto" as a treatment healing choice for the intraoral lipoma.

KEY WORDS

Intraoral lipoma, histopathology, surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

Los lipomas son las neoplasias mesenquimales benignas más comunes de tejidos blandos, con un 15-20% de los casos que involucran a la región de cabeza y cuello, y sólo del 1 al 4% que afecta a la cavidad bucal [16] aunque se puede presentar en

cualquier parte del cuerpo en donde exista tejido graso [1-3-7-9], la patogénesis del lipoma es incierta, pero parecen ser más comunes en las personas obesas. Sin embargo, el metabolismo del lipoma es totalmente independiente de la grasa corporal normal. Si se reduce la ingesta calórica, los lipomas no disminuye de tamaño, aunque se pierda

grasa corporal [16]. Los lipomas crecen independientemente de ahí su denominación de neoplasia benigna [10-13], son más frecuentes en adultos que en niños [8-9]. Según un estudio del Departamento de Patología de la Universidad de Jordania de Patología Neoplásica y No Neoplásica Intraoral, el lipoma ocupa el 4% de 818 casos.

Su aparición es más frecuente entre la 5ta y 7ma década de vida; la relación masculino-femenino es de 1,5 a 1 respectivamente [2-7].

La primera descripción de una lesión oral fue proporcionado en 1848 por Roux en una revisión de las masas alveolares, donde se refirió a él como un "épulis amarillo" [16].

En la cavidad bucal puede presentarse con una base Cecil o pediculada, única o lobulada generalmente circundado por una capsula fibrosa, puede presentarse en dimensiones diferentes no sobrepasando los 3 cm de diámetro.

El lugar más frecuente de aparición en la cavidad bucal es el carrillo (40,6%), seguida de la lengua (17,9%), labio (12,6%), encía (8,7%), piso de la boca (6,8%), región gingivobucal y paladar (4,8%) y otros (3,9%) [14-15].

Los lipomas múltiples de cabeza y cuello se han observado en neurofibromatosis, síndrome de Gardner, lipomatosis encefalocraniocutaneous múltiple, síndrome familiar de lipomatosis [16].

Histológicamente es una proliferación de células grasas y adipositas sostenidos por una malla de fibras reticulares entrelazadas con capilares, los grupos celulares están subdivididas por septum de tejido fibroso.

El tratamiento es 100% quirúrgico y consiste en la enucleación "in Toto" [16] con un excelente pronóstico, la recurrencia es rara y la mayoría de estas se debe a técnica inadecuada.

Se han descrito casos de malignización [2-4-5-6].

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, caucásica, de 24 años de edad, sin antecedentes clínicos ni quirúrgicos de relevancia, se presenta a la consulta por masa blanda, móvil, deprecible intraoral, sin cambio de coloración, asintomático ubicada en carrillo izquierdo, lo que interfería con la masticación y correcta fonación. Con un crecimiento mayor (según la paciente) en los últimos 12 meses. Nuestra impresión diagnóstica fue de lipoma intraoral con lo cual se procedió a su remoción.

Técnica quirúrgica:

Bajo anestesia local infiltrativa intraoral con carticaina 3% con epinefrina 1 en 100000 para bloqueo del nervio bucal, fines hemostáticos y divulsión hidrodinámica, incisión

con bisturí frío sobre el polo mayor del tumor paralelo a la línea Alba, completando dicha incisión con electro bisturí, hasta el plano del tumor adiposo, divulsión roma con pinzas hemostáticas hasta límites laterales del tumor, el límite externo descansaba sobre el músculo buccinador sin observarse emisión de prolongaciones del tumor hacia el músculo, enucleación "in Toto" del tumor el cual medía 3 x 2 cm coincidente con la mayoría de los autores de artículos consultados, evaluación del lecho quirúrgico en el cual se observaba en su base el músculo buccinador lateralmente tejido submucoso con gran cantidad de vasos, la hemostasia se realizó por electro coagulación y ligaduras con lino 100 de vasos nutricios principales, la síntesis por puntos profundos para aproximación de tejido submucoso y superficiales con sutura reabsorbibles Vicril 4/0.

No fue necesaria la colocación de drenajes, se indico fisioterapia con frío postoperatorio, indicación de antibióticos y analgésicos.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, la pieza quirúrgica fue diagnosticada por anatomía patológica como lipoma intraoral.

DISCUSIÓN

El lipoma es una neoplasia benigna de crecimiento lento con ausencia de infiltración dolor y ulceración, relativamente raros en cavidad bucal [14], compuesta de células adiposas normales, aparece con mas frecuencia en cuello y espalda [1-3-4-8].

La histopatología sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico de lipoma.

Los lipomas no son muy diferentes en apariencia microscópica de la grasa circundante.

Como la grasa, están compuestas de células adiposas maduras, pero las células varían ligeramente en tamaño y forma, y son algo más grandes, hasta 200 um de diámetro. Los lipomas subcutáneos generalmente se encapsulan y tienen distintos patrones lobulados. Los lipomas profundamente arraigados poseen una configuración más irregular, en gran medida dependiendo del sitio de origen.

Todos son bien vascularizados bajo condiciones normales, la red vascular es comprimida por las células tumorales y no es claramente discernible.

Los lipomas de vez en cuando se ven alterados por la adición de otros elementos mesenquimales que forman parte intrínseca

del tumor. El elemento más común es el tejido conectivo fibroso, que es a menudo de naturaleza hialina y puede o no estar asociada con la cápsula o los septos fibrosos.

Los lipomas con estas características a menudo se clasifican como fibrolipomas. Muy a menudo, las células de grasa lesional parecen como "infiltrarse" en los tejidos, produciendo extensiones largas y delgadas de tejido graso irradiando desde el tumor central.

Cuando se encuentra dentro del músculo estriado, esta variante con sus prolongaciones se llama lipoma intramuscular (lipoma infiltrante).

Lesiones ocasionadas exhiben excesivo número de canales vasculares pequeños (angioliipoma) [16].

El sitio más frecuente de aparición es la mejilla a ambos lados del músculo buccinador [3-6-9-12-13].

Según Yukyo Taira y col. en un estudio retrospectivo de 207 pacientes con lipomas intraorales en Japón entre 1987 y 2004 estableció los diferentes sitios de aparición, el más frecuente fue el carrillo (40,6%), seguida de la lengua (17,9%), labio (12,6%), encía (8,7%), piso de la boca (6,8%), región gingivobucal y paladar (4,8%) y otros (3,9%) [15].

El tumor representa según esta muestra entre un 2,2% a un 4,4% de todos los tumores intraorales idiopáticos, sin embargo algunos autores apoyan la hipótesis del trauma como responsable de su aparición. Los lipomas se presentan con mas frecuencia entre la 5ta y 7ma década de vida con una relación masculino-femenino de 1,5 a 1 respectivamente.

Pueden presentarse pediculados únicos o múltiples [10].

Se han reportado casos de tamaños atípicos de 5 cm [14], siendo el más frecuente menor a 3 cm [14].

El diagnóstico diferencial se realiza con fibrolipoma, adenoma pleomorfo, quiste epidermoide [14], ranula y fibroma. El tratamiento de lipomas orales, incluyendo todas las variantes histológicas es la exéresis quirúrgica "in Toto".

La recurrencia es rara y sólo se ha observado en casos donde la técnica quirúrgica fue incorrecta quedando lesión sin extirpar [16]. Existe evidencia de transformación maligna a liposarcoma según Enzinger, en una muestra de 524 casos se encontró una lesión que evolucionó en liposarcoma.

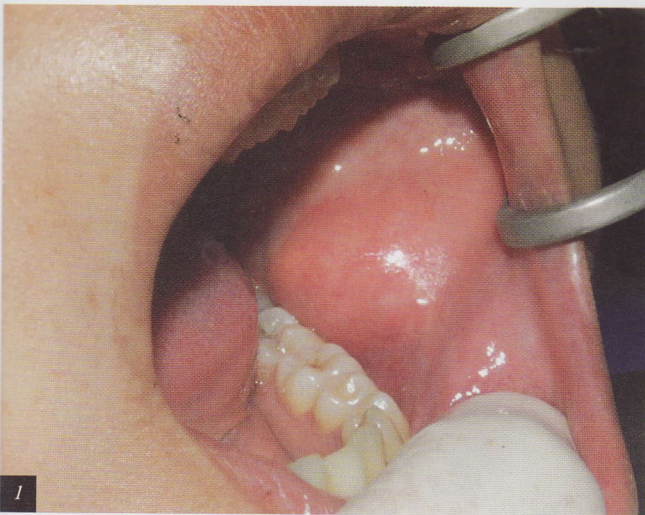


Fig. 1: Imagen clínica.

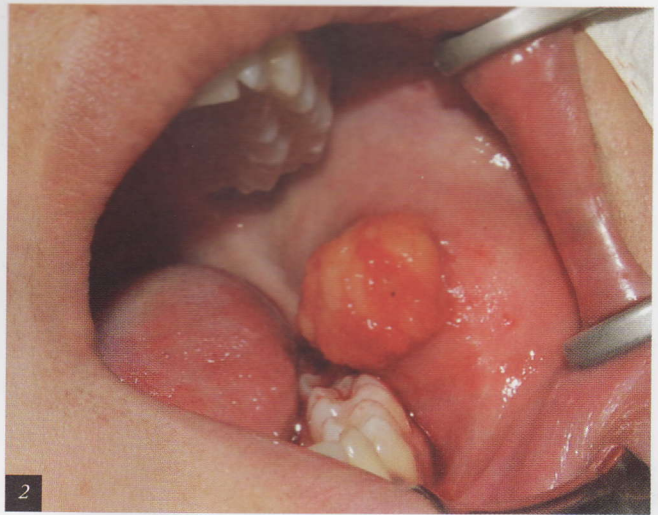


Fig. 2: Exteriorización del tumor.

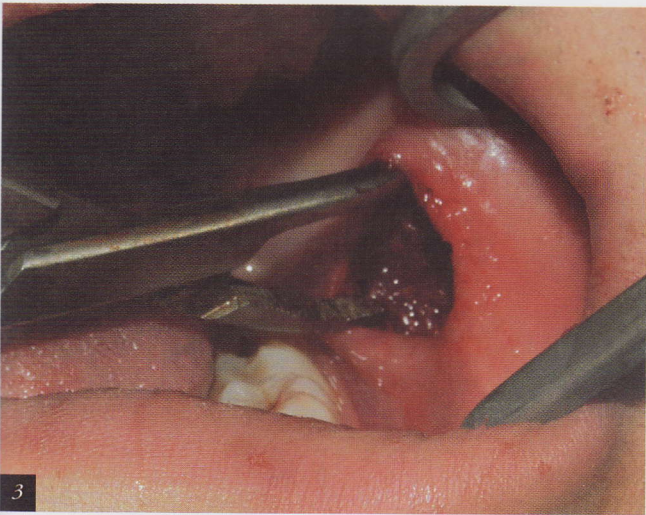


Fig. 3: Lecho quirúrgico donde se aprecia la cara interna del músculo buccinador.

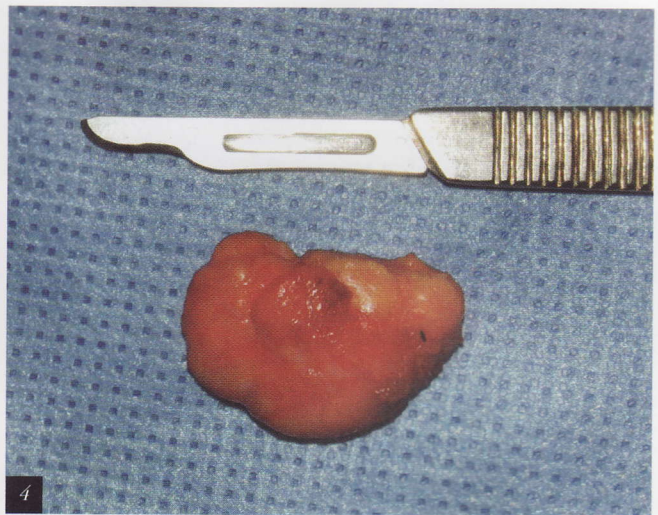


Fig. 4: Pieza quirúrgica, de 3 x 2 cm.

Sociedad Odontológica de La Plata
Biblioteca
"Dr. Anibal E. Inchausti"

Bibliografía

- [1] Graham G. S., Brannon R. B., Houston G. D.: Fibrolipoma of the gingiva (a case report). *J Periodontol* 1988; 59(2): 345-348.
- [2] Wilson G. W., Braun T. W., Smith R. L.: Nodular mass in the anterior floor of the mouth. *J Oral Maxillofac Surg* 1990; 48:492-495.
- [3] Lombardi T., Odell E. W.: Spindle cell lipoma of the oral cavity: report of case. *J Oral Pathol Med* 1994; 23:237-239.
- [4] Visscher J. G.: Lipoma and fibrolipomas of the oral cavity. *J Maxillofac Surg* 1982; 10(3): 177-181.
- [5] Dale M., Gallagher D., Goldman E., Schaffer S.: Fibrolipoma of the cheek in a child. *J Oral Maxillofac Surg* 1982; 40:824-827.
- [6] Beham A., Schmid C., Hold S., Fletcher C. D. M.: Spindle cell and pleomorphic lipoma: an immunohistochemical study and histogenetic analysis. *J Pathol* 1989; 158:219-222.
- [7] Hatziotis J. C.: Lipomas of the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1971; 31(4):511-524.
- [8] Correia P. De Castro: Recurrent lipoma of floor of mouth. *NY J Dent* 1957; 27: 206-210.
- [9] Chen S. Y., Fantasia J. E., Miller A. S.: Myxoid lipoma of oral soft tissue. A clinical and ultrastructural study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984; 57:300-305.
- [10] Enzinger F. M., Harvey D. A.: *Spindle cell lipoma cancer*. 1975; 36:1852-1859.
- [11] Guillou L., Dehon A., Charlin B.: Pleomorphic lipoma of the tongue: a case report and literature review. *J Otolaryngol* 1986; 15: 313-317.
- [12] Kiehl R. L.: Oral fibrolipoma beneath complete mandibular denture. *J Am Dent Assoc* 1984; 100(4): 561-562.
- [13] Redelinghuys I. F., Du Preez L. A.: Lipoma of the floor of the mouth: report of an unusually large lesion. *Department of Maxilo-Facial and Surgery, University of Pretoria. SADJ* 1998; 53(5):245-246.
- [14] Santos, Luiz Carlos Oliveira Dos; Rocha, Stela Maris Wanderley; Carvalho, Camila Nunes; Oliveira, Ericka Porangaba Accioly De; Neves, Davi Felipe Costa. Intraoral lipoma: an atypical case. Lipoma intraoral: um caso atípico. *Braz J Otorhinolaryngol*; 77(5):676-676, Sept.-Oct. 2011.
- [15] Yukio Taira, Kazuo Yasukawa, Iku Yamamori, Mitsuyoshi Iino. Oral lipoma extending superiorly from mandibular gingivobuccal fold to gingiva: a case report and analysis of 207 patients with oral lipoma in Japan *Odontology*. January 2012, Volume 100, Issue 1, pp 104-108.
- [16] Kaur R; Kler S; Bhullar A. Intraoral lipoma: report of 3 cases. *Dent Res J (Isfahan)*; 8(1): 48-51, 2011.