

Extenso Lipoma de la Cavidad Oral

Presentación de un caso clínico y revisión de literatura.

[Extensive lipoma of the oral cavity. Presentation of a clinical case in jaw and literature review.]

Autores:

Prof. Dr. Bencini, Adrián Carlos [1]
Prof. Rolandelli, Guillermo [2]
Od. Cordeu, Matías [3]
Od. García, Viviana [4]

Fecha de recepción:

27/03/2015

Fecha de aprobación:

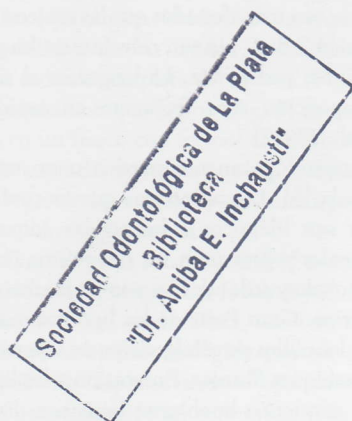
20/05/2015

[1] Jefe del Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos "San Juan de Dios" de La Plata. Prof. Titular de la cátedra Cirugía B Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Prof. Titular de la cátedra Cirugía II Facultad de Odontología de la Universidad Católica de La Plata. Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial (seccional AOA). Director del G.IN.I (Grupo de Investigación Implantológica) y de la Diplomatura Universitaria en Implantología Oral y Maxilofacial SOLP-UCALP.

[2] Miembro del Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos "San Juan de Dios" de La Plata. Prof. Adjunto de la cátedra Cirugía II Facultad de Odontología de la Universidad Católica de La Plata. JTP de la cátedra Cirugía B Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Miembro del G.IN.I (Grupo de Investigación Implantológica) y Co-Director de la Diplomatura Universitaria en Implantología Oral y Maxilofacial SOLP-UCALP.

[3] Miembro del Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos "San Juan de Dios" de La Plata. Ayudante de la cátedra Cirugía B Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

[4] Miembro del Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos "San Juan de Dios" de La Plata. Miembro del G.IN.I (Grupo de Investigación Implantológica) y Ayudante de la Diplomatura Universitaria en Implantología Oral y Maxilofacial SOLP-UCALP.



Dirección de Contacto:

Prof. Dr. Adrián Carlos Bencini
Centro Odontológico Carlos A. Bencini
Diagonal 784 nº 2571 (entre 20 y 21)
Tel.: (0221) 451-1859
E-mail: adrianbencini@speedy.com.ar

RESUMEN

Los lipomas son tumores benignos de origen mesenquimal que se pueden localizar en lugares donde el tejido adiposo está normalmente presente. De hecho, son los tumores mesenquimales más frecuentes en nuestro organismo. Se localizan principalmente en tejidos subcutáneos del cuello, tronco y las extremidades, siendo raros en la cavidad bucal.

Su tamaño, en la cavidad oral, usualmente no excede los 3 cm y se localiza más frecuentemente en carrillos, la lengua y piso de la boca

Se presenta un caso de un lipoma de 4,7 cm de diámetro en fondo de surco vestibular y una revisión de la literatura.

PALABRAS CLAVE

Lipoma; Neoplasia; Tejido adiposo; Cirugía Bucal; Patología Bucal.

SUMMARY

Lipomas are benign tumors of mesenchymal origin that can be found in places where fat is normally present. In fact, are the most common mesenchymal tumors in our body. They are located mainly in subcutaneous tissues of the neck, trunk and limbs, being rare in the oral cavity.

Its size, in the oral cavity, usually does not exceed 3 cm and is most frequently located in cheeks, tongue and floor of mouth

A case of a lipoma 4,7 cm diameter It comes in vestibular sulcus background and literature review.

KEY WORDS

Lipoma; Neoplasms; Adipose tissue; Surgery, Oral; Pathology, Oral.

INTRODUCCIÓN

Los lipomas consisten en tumores benignos de origen mesenquimal que se pueden ubicar en lugares donde el tejido adiposo está normalmente presente. De hecho, según la OMS, son los tumores mesenquimales más frecuentes en nuestro organismo. Se localizan más frecuentemente en tejidos subcutáneos del cuello, tronco y las extremidades, pero sumamente raro en la cavidad bucal. [1-2-3]

Los Lipomas son neoplasias de células adiposas, consideradas por la mayoría de los autores como verdaderas neoplasias y no como defectos del desarrollo [4]. La presentación clínica típica es la de una lesión tumoral asintomática, aislada o lobulada, adherida por la base sésil o pediculada, de color amarillento y los vasos sanguíneos suelen ser evidentes sobre el tumor [1,5]. Se han descrito ejemplo de Lipomas en la mucosa, o subyacente a la misma, en los carrillos, la lengua, piso de la boca, fondo del vestíbulo, labios, paladar y encía. [5]

Se ha asociado al Síndrome de Mohr, con la presencia de Lipomas en cavidad bucal. Este síndrome, llamado también Síndrome Oro-Facial-Digital tipo II, cursa con deformidades en manos y pies, labio y paladar hendido y hamartomas en la lengua. [1-7-8]

Así mismo, los lipomas múltiples de cabeza y cuello se han observado en neurofibromatosis, síndrome de Gardner, lipomatosis encefalo-cranio-cutaneas múltiples, síndro-

me familiar de lipomatosis. [24]

Los lipomas comprenden entre el 2% y el 5% de todos los tumores de cabeza y cuello [2], y el 1 % de todos los tumores orales [6-7-9-10]. Aparecen con más frecuencia entre los 40 y 60 años de edad y los hombres se ven más afectados que las mujeres en relación 2.5: 1. No son comunes en las poblaciones pediátricas. La lengua es el sitio de aparición más frecuente en cavidad bucal. [11-12]

Histopatológicamente pueden o no tener cápsula [5]. Los adipositos que lo conforman son idénticos a las células adiposas normales y presentan un citoplasma claro vacuolado y redondeado, con un núcleo excéntrico. Gran Parte de los lipomas muestran lobulillos de células adiposas separados por tabiques fibrosos. En ocasiones los lipomas contienen lipoblastos benignos. Estas células se caracterizan por ser multinucleadas, con los núcleos dispuestos en roseta. Esta variedad se conoce como lipoma pleomorfo. En algunos lipomas benignos puede existir una cantidad significativa de tejido mixomatoso, además de células adiposas. [13]

Desde el punto de vista histológico, los Lipomas están subdivididos en un número de entidades; el Lipoma clásico o simple, Angiolipoma, Fibrolipoma, Lipoma de células estrelladas o pleomórfico, Miolipoma, Mielolipoma, Lipoma condroide, Lipoma mixoide, Lipoblastomatosis, Lipomatosis, Hibernoma y Lipoma atípico. [14-15]

Dentro de los diagnósticos diferenciales

para esta lesión podemos identificar otras lesiones benignas de tejido conectivo como; el Tumor de Células Granulares, Neurofibroma, Fibroma traumático y lesiones de las glándulas salivales (Mucocele y Tumor mixto). [5]

El diagnóstico por imágenes puede realizarse mediante una tomografía axial computada, resonancia nuclear magnética o un ultrasonido, dependiendo la localización y extensión del tumor. [7]

En la tomografía computada los lipomas poseen un rango que va de 138 a 83 unidades Hounsfield, y en estos estudios puede verse el desplazamiento los tejidos blandos circundantes al tumor. [16]

En la resonancia nuclear magnética se observan hiperdensos tanto en las imágenes T₁ como en las T₂, y con bordes mal definidos. Aunque con algunas variaciones, los Lipomas se observan hiporesonantes en el Ultrasonido. [16]

La eliminación quirúrgica de la lesión es el tratamiento de elección. [3-9-17]

CASO CLÍNICO

Se presenta al Servicio de Cirugía Bucamaxilofacial del Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos "San Juan de Dios" de La Plata, una paciente de sexo femenino, argentina, de 50 años de edad, lúcida, ambulatoria, ubicada en tiempo y espacio, de profesión docente, que refiere padecer, desde hace bastante tiempo, un aumento de volumen en fondo de surco



Fig. 1:
Vista parcial de la
ortopantomografía
prequirúrgica.

vestibular derecho del maxilar inferior, que se extiende desde la región de los molares hasta casi la línea media.

Al interrogatorio la paciente no refiere antecedentes de disestesia, parestesia o anestesia del labio inferior, así como ningún antecedente sintomatológico en la región. La paciente refiere un crecimiento lento, asintomático, pero constante de la lesión, desde que la noto por primera vez.

La paciente posee una ortopantomografía (Fig. 1), la cual no presenta ninguna alteración ósea en el área edéntula proximial con la lesión.

A la evaluación clínica se observa una edentación parcial en la hemiarcada inferior derecha (presenta ausencia del segundo premolar inferior derecho y de los molares homolaterales), un aumento de volumen en la zona referida por la paciente (Fig. 2).

La mucosa que recubre la lesión se desplaza normalmente sobre la misma, sin presentar cambios de color o textura, más allá que permite observar por traslucidez la lesión de aspecto amarillento.

A la palpación se presenta como una lesión de consistencia blanda y gomosa que le otorga un aspecto elástico.

En base a los antecedentes, la evaluación clínica y radiográfica surge el diagnóstico presuntivo de lipoma intraoral y la indicación de su exéresis quirúrgica.

Con el consentimiento de la paciente, se realiza bajo premedicación y anestesia local, una incisión en el vestíbulo bucal que se extiende desde la región del primer molar in-

ferior derecho hasta la línea media mandibular (Fig. 3)

Por divulsión de los tejidos se expone el extenso lipoma intraoral (Fig. 4 y 5), y una vez liberado en forma completa se procede a realizar su exéresis quirúrgica (Fig. 6). El lecho quirúrgico evidencia ausencia de morbilidad de los tejidos circundantes y una exéresis completa del lipoma (Fig. 7).

El espécimen quirúrgico (Fig. 8) es colocado en un frasco con formol al 10% y remitido a estudio anatomopatológico diferido. Se reponen los colgajos y se sutura a puntos separados según arte (Fig. 9).

La Dra. Virginia Strada, Jefa del Servicio de Anatomía Patológica del H.I.E.A y C. "San Juan de Dios" de La Plata, nos remite un informe anatomopatológico con un diagnóstico de "Lipoma maduro" que corrobora nuestro diagnóstico presuntivo (Fig. 10).

DISCUSIÓN

En 1841 Roux realiza el primer reporte de un lipoma oral, en el que se informó de una masa alveolar como "épulis amarillentas" [18-19]. Los lipomas son los tumores mesenquimales más frecuentes en los tejidos blandos. Se localizan más frecuentemente en tejidos subcutáneos del cuello, tronco y las extremidades, pero sumamente raro en la cavidad bucal [1-2-3-20].

Los lipomas comprenden entre el 2% y el 5% de todos los tumores de cabeza y cuello [2], y el 1% de todos los tumores orales [6-7-9-10].

Nelson W et al [11] y Lawoyin JO et al [12] al reportan que los lipomas orales aparecen con más frecuencia entre los 40 y 60 años de edad y los hombres se ven más afectados que las mujeres en relación 2.5: 1. No son comunes en las poblaciones pediátricas. La lengua es el sitio de aparición más frecuente en cavidad bucal.

Wilson G et al [25] refieren que los lipomas orales se presentan principalmente entre la 5ta y 7ma década de vida, con una relación hombre-mujer de 1,5 a 1.

Fregnani et al [10] realizaron un estudio de la presentación clínica de 46 casos de lipomas orales, siendo el mayor porcentaje de los casos percibidos en pacientes adultos, sin preferencia de género, y la localización más frecuente en la mucosa oral (21 casos), la lengua (6 casos) y el piso de la boca (5 casos).

Bissonho et al [3], informan que en un estudio de 125 casos de lipomas orales, la mayoría de los casos se presentaron en los pacientes varones (91 casos), con incidencia en pacientes de entre 30 y 50 años, y 4 casos fueron localizados en los pacientes pediátricos.

En lo que respecta a la ubicación, 30 casos se hallaron en la glándula parótida, 29 en la mucosa oral, en los labios 21, 15 en la región submandibular, 15 en la lengua, en el paladar 6, 5 en el piso de la boca, y 2 en el vestíbulo bucal.

Zhong et al [22] evaluó lipomas en la región maxilofacial mediante ecografía en un estudio realizado con 22 pacientes.

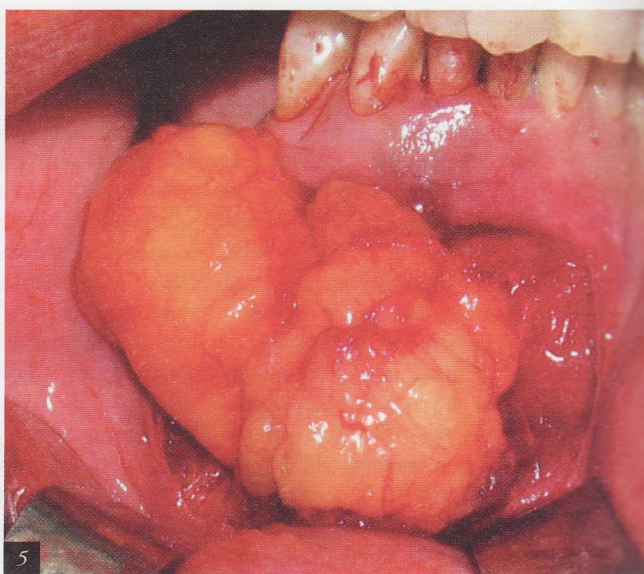
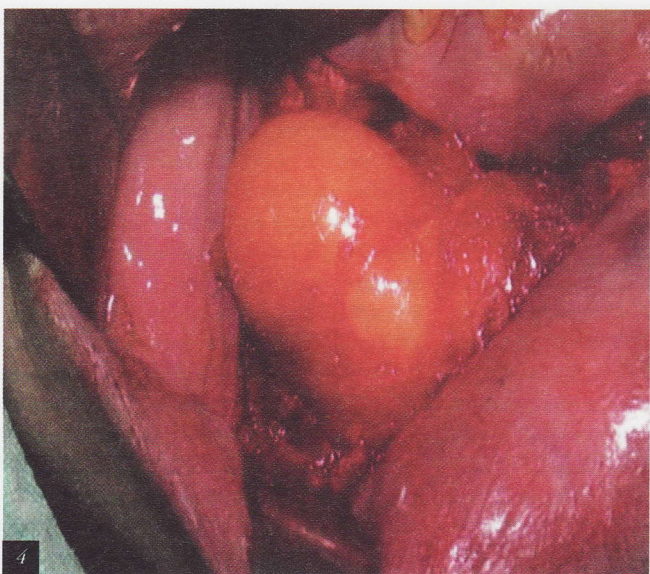


Fig. 2: Clínica intraoral preoperatoria. Nótese la coloración que se transluce a través de la mucosa bucal en fondo de surco vestibular inferior derecho. Fig. 3: Incisión intraoral en vestibulo bucal inferior derecho. Fig. 4: Exposición inicial del lipoma. Fig. 5: Exposición completa del lipoma.

La edad media de los pacientes fue de 47 años, la mayoría de los pacientes eran hombres, y la región submandibular fue la localización más frecuente de estos tumores. Yukio Taira et al [24] han publicado un estudio retrospectivo realizado en Japón de 1987 a 2004, sobre 207 pacientes con lipomas orales; manifestando cuales son las localizaciones más frecuentes de estos lipomas intraorales. El más frecuente resultó ser el de carillo (40,6%), seguido por el de lengua (17,9%), labio (12,6%), encía (8,7%), piso de boca (6,8%), región gingi-

vobucal y paladar (4,8%) y otros (3,9%). Manor et al [14], en un estudio con 58 casos de lipomas orales, no encontraron preferencia de género, con la edad media de los pacientes a los 59 años. En cuanto a la ubicación de estos tumores, el mayor número de los casos se localizaron en la región de la mucosa oral (31 casos), lengua (10 casos), los labios (6 casos), suelo de la boca (6 casos) y el vestibulo bucal (5 casos). Un alto porcentaje de los pacientes manifestaron inflamación asintomática. Fletcher et al [21] refieren que son asintomáticos,

excepto en los casos excepcionales en que su situación está relacionada con la compresión del nervio. Santo et al [26] reportan como un caso atípico un lipoma de carillo de 5 cm de diámetro, en un paciente de 58 años, refiriendo que en la mayoría de los casos estos tumores mesenquimales intraorales no superan los 3 cm. Microscópicamente, no es posible distinguir el tejido normal adiposo de lipomas; sin embargo, las diferencias metabólicas se encuentran debido al hecho de que los lipomas no se utilizan como una forma de energía, como

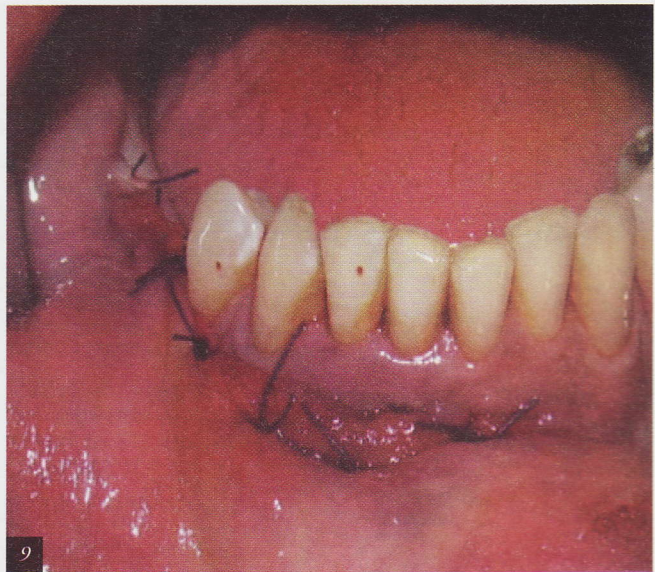
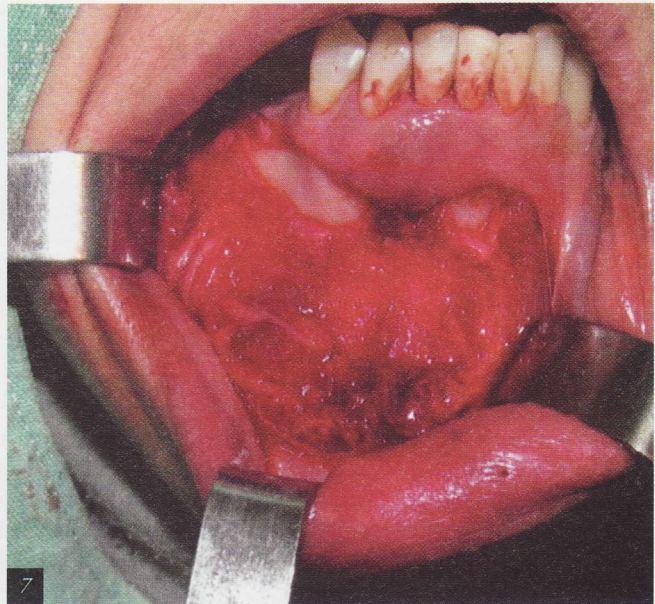
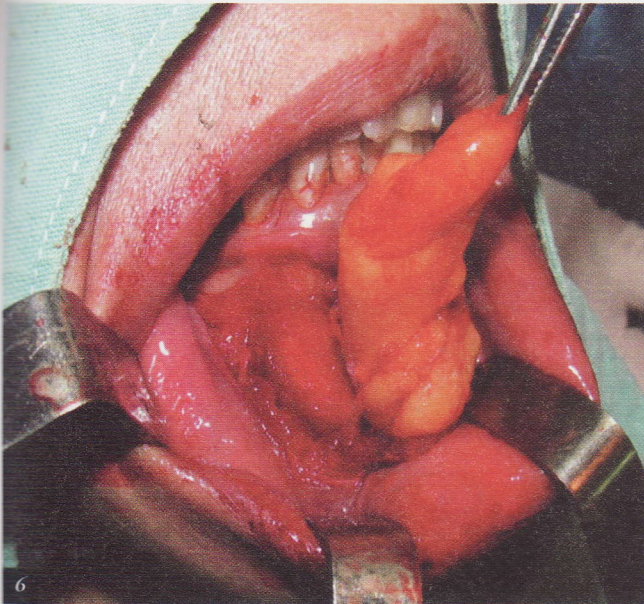


Fig. 6: Exéresis quirúrgica del lipoma. Fig. 7: Lecho quirúrgico. Fig. 8: Espécimen quirúrgico (extenso lipoma intraoral). Fig. 9: Clínica intraoral en postoperatorio inmediato, con sutura a puntos separados según arte.

sucede con los tejidos normales de tejido adiposo. Este hecho está relacionado con la actividad de la lipoproteína lipasa, que es notablemente mayor en lipomas [7-14-17]. Desde el punto de vista histológico, de acuerdo con la cantidad y el tipo de tejido que se posean, los Lipomas están subdivididos en: Lipoma clásico o simple, Angiolipoma, Fibrolipoma, Lipoma de células estrelladas o pleomórfico, Miolipoma, Mielolipoma, Lipoma condroide, Lipoma mixoide, Lipoblastomatosis, Lipomatosis, Hibernoma y Lipoma atípico [14-15].

Fregnani et al [10] analizando 46 lipomas orales reportaron que 21 casos correspondieron a lipomas clásicos, 18 fibrolipomas, 4 lipomas intramusculares, 2 lipomas glándulas salivales menores, y 1 caso de lipoma de células fusiformes. Todos los casos fueron tratados quirúrgicamente, sin signos de recurrencia después de un año de postoperatorio de seguimiento. Bissonho et al [3], informan que en un estudio de 125 casos de lipomas orales donde se hallaron histológicamente 62 casos de lipomas clásicos, 59 lipomas de células fusi-

formes, 2 fibrolipomas y 2 chondrolipomas. Manor et al [14] reportaron el estudio histológico de 58 lipomas orales, con predominio de lipomas (28 casos), seguido de fibrolipomas (19 casos), lipoma intramuscular (4 casos), lipoma de células fusiformes (3 casos), lipoma glándulas salivales menores (2 casos), y angiolipoma (2 casos). Todos los casos fueron tratados mediante escisión quirúrgica y no sufrieron complicaciones o recurrencias durante el postoperatorio de seguimiento.

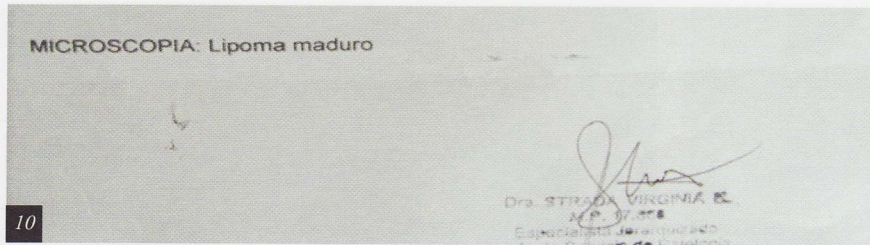


Fig. 10: Visión parcial del informe anatomopatológico.

CONCLUSIONES

Los lipomas son los tumores benignos de origen mesenquimal más frecuentes en nuestro organismo (cuello, tronco y las extremidades), pudiendo localizarse raramente en la cavidad bucal. Debe realizarse el diagnóstico diferencial con el Tumor de Células Granulares, Neurofibroma, Fibroma traumático y lesiones de las glándulas salivales (Mucocele y Tumor mixto). La eliminación quirúrgica de la lesión es el tratamiento de elección.

Bibliografía

1. Shafer W, Hine M, Levy B (1977) *Tratado de Patología Bucal*. 3ª. Ed. México: Editorial Interamericana.
2. Redelinghuys IF, Du Preez LA. (1988) Lipoma of the floor of the mouth: report of an unusually large lesion. *SADJ*; 53 (5): 245-6.
3. Bissonho Carlos Victor Ferrereira, Duarte Bruno Gomes, Carvalho Pedro Henrique Mattos de, Peixoto Leonardo Tavares. (2014) Extensive lipoma in chin region. Case report. *Rev. odontol. UNESP*; 43(2): 143-147.
4. Greer RO, Richardson JF. (1973) The nature of lipomas and their significance in the oral cavity. *Oral Surg*; 36: 551-6.
5. Regezi JA, Sciubba JJ. (2000) *Patología Bucal*. McGraw-Hill Interamericana. México.
6. Ayasaka N, et. al. (1993) Infiltrating lipoma of the mental region: report of case. *Br J Oral Maxillofac Surg*; 31:388-90.
7. Chikui T, et. al. (1997) Imaging findings of lipomas in the orofacial region with CT, US, and MRI. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*; 84:88-95.
8. 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.
9. Kiehl RL. (1980) Oral fibrolipoma beneath complete mandibular denture. *JADA*; 100(4):561-2
10. Fregnani ER, et. al. (2003) Lipomas of oral cavity: clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*; 32:49-53.
11. Nelson W, Chuprevich T, Galbraith D. (1998) Enlarging tongue mass. *J Oral Maxillofac Surg*; 56 : 224-7
12. Lawoyin JO et.al. (2001) Lipoma of the oral cavity: clinicopathological review of seven cases from Ibadan. *Niger J Med*; 10(4):189-91.
13. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. (1988) *Patología Oral y maxilofacial contemporánea*. Madrid: Harcourt.
14. Manor E, Sion-Vardy N, Joshua BZ, Bodner L. (2011) Oral lipoma: analysis of 58 new cases and review of the literature. *Ann Diagn Pathol*; 15: 257-61.
15. Ezinger FM, Weiss SW. (1985) *Soft tissue tumors*. 3rd ed. St Louis: Mosby.
16. Yonetsu K, et. al. (1998) Imaging findings of some buccomasseteric masses. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*; 86: 755-9.
17. Kumaraswamy SV et. al. (2009) Lipomas of oral cavity: case reports with review of literature. *J Maxillofac Oral Surg*; 8(4):394-7.
18. Roux M (1848) On exostosis: their character. *Am J Dent Sc*; 9:133-4.
19. Sekar B; Augustine D; Murali S (2011) Lipoma, a rare intraoral tumor. A case report with review of literature. *Oral Maxillofac Pathol J*; 2:174-7.
20. Furlong MA, Fanburg-Smith JC, Esther LB. (2004) Lipoma of the oral and maxillofacial region: Site and subclassification of 125 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*; 98: 441-50.
21. Fletcher CDM, Uni KK, Mertens F, editors. (2002) *Pathology and genetics of tumors of soft tissue and bone*. Lyon: International Agency for Research on Cancer Press.
22. Zhong L, Zhao S, Chen G, Ping F. (2004) Ultrasonographic appearance of lipoma in the oral and maxillofacial region. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*; 98:738-40.
23. Yukio Tet. Al. (2012) Oral lipoma extending superiorly from mandibular gingivobuccal fold to gingiva: a case report and analysis of 207 patients with oral lipoma in Japan. *Odontology*; 100 (1) 104-108.
24. Kaur R; Kler S; Bhullar A. Intraoral lipoma: report of 3 cases. *Dent Res J 2011*; 8 (1): 48-51.
25. Wilson GW, Braun TW, Smith RL. (1990) Nodular mass in the anterior floor of the mouth. *J Oral Maxillofac Surg*; 48:492-495.
26. Santos, LCO et al. (2011) Intraoral lipoma: an atypical case. *Braz. j. otorhinolaryngo*; 77 (5): 676-676.

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

Conflicto de intereses:

Los autores del presente trabajo declaran que no existe un conflicto de intereses para su realización y publicación.

Agradecimientos:

A la Patóloga Dra. Virginia Strada, por su colaboración.