

Lipoma oral: Revisión de literatura y reporte de caso

Oral lipoma: Review of literature and case report

*Tessie Harfuch Capdevila, Universidad Anáhuac, México, tessie.harfuch@gmail.com
Ilan Vinitzky Brener, Universidad del Anáhuac Norte, México, ilanvinitzky@hotmail.com
Carlos J. Liceaga Escalera, Hospital Juárez de México, México, cliceagamaxilo@hotmail.com
Beatriz C. Aldape Barrios, Universidad Autónoma de México, México, patobu1@hotmail.com
Alfonso Rivero, Universidad Autónoma de México, México, arivero_2404@hotmail.com*

RESUMEN

Los lipomas son considerados los tumores de origen mesenquimatoso más comunes del tejido blando; de ellos el 13% del total se ubican en cabeza y cuello, pero es difícil encontrarlos en la región oral y maxilofacial. La localización más común de lipomas dentro de la región oral y maxilofacial ha sido reportada en la mucosa bucal, lengua y piso de boca. Los lipomas son neoplasias que se presentan típicamente como una masa suave, de superficie lisa, nodular, amarillenta y asintomática. Histopatológicamente, el lipoma clásico asemeja un tejido normal adiposo y tiene múltiples variantes. Este artículo presenta el reporte de caso de un lipoma oral extenso en un paciente femenino de 46 años de edad en la mucosa yugal, tratado quirúrgicamente con adecuada evolución. Asimismo se realiza la revisión de literatura con sus variantes histopatológicas.

PALABRAS CLAVE

Cavidad oral, lipoma oral, mucosa oral, diagnóstico oral, tumores adipocíticos, tejido adiposo, tumores orales benignos, neoplasias, patología oral.

ABSTRACT

Lipomas are considered the most frequent mesenchymal tumors of soft tissue, 13% are located in head and neck but it's difficult to find them in the oral and maxillofacial region. The most common location of lipomas within the oral and maxillofacial region has been reported in the buccal mucosa, tongue and floor of the mouth. Lipomas are neoplasias that typically present as a soft, smooth-surfaced, nodular, yellowish, and asymptomatic mass. Histopathologically, the classical lipoma resembles normal adipose tissue and it has multiple variants. This article presents a case report of a relatively large oral classical lipoma in a 46 year-old woman on mandibular buccal vestibule, along with a review of the literature and its histopathological variants.

KEYWORDS

Oral cavity, oral lipoma, oral mucosa, oral diagnosis, adipocytic tumors, adipose tissue, benign oral tumors, neoplasms, oral pathology

Recibido: 13 mayo, 2019

Aceptado para publicar: 20 agosto, 2019

INTRODUCCIÓN

Los lipomas son las neoplasias benignas mesenquimáticas más comunes del cuerpo humano; formadas por adipocitos maduros, frecuentemente envueltas en una cápsula fibrosa.¹ Es llamado tumor universal, ya que podemos encontrarlos en cualquier parte del cuerpo; sin embargo, se localizan comúnmente en los espacios subcutáneos o retroperitoneales², ya que estos contienen tejido graso.³

Los lipomas comprenden la mayor tasa de incidencia entre la cuarta y quinta década de vida con un pico de incidencia a los 40 años; respecto a la predilección por sexo, algunos autores la encuentran en mujeres⁴, otros autores documentan lo contrario, especificándola en hombres⁵, y también podemos encontrar otros autores que establecen una distribución igual en ambos sexos.⁶

Existe un mayor índice de aparición en sujetos con obesidad o dislipidemia; sin embargo, el metabolismo del lipoma es completamente independiente de la grasa regular del cuerpo. Si el consumo calórico es reducido, los lipomas no disminuyen de tamaño, aunque la grasa en general del cuerpo se pierda.⁷

Dentro de sus características histológicas encontramos que el lipoma oral se describe como una neoplasia de adipocitos maduros, de carácter benigno y crecimiento lento generalmente. Esta neoplasia es indistinguible morfológicamente del tejido adiposo normal, sin embargo, los lipomas suelen tener una cápsula de tejido fibroso y se ha demostrado que el tejido adiposo del lipoma no se utiliza para producción de energía durante periodos de inanición, como sucede con el tejido adiposo normal. El tejido adiposo se presenta en dos formas básicas, como grasa blanca y grasa café.^{7,8}

Corresponden al 4-5% de los tumores benignos del cuerpo. Estos varían en tamaño y se localizan más comúnmente en el tejido subcutáneo, como crecimientos nodulares asintomáticos de tejido blando.^{9,10} La mayoría de los lipomas se observan en el tronco y en las porciones proximales de las extremidades, el 15-20% de los casos aparecen en la región de cabeza y cuello; sin embargo, los lipomas orales son más inusuales y comprenden tan solo el 2,25% de todos los lipomas y únicamente el 2,4% de los tumores benignos de la cavidad oral.^{9,10}

El sitio más común de aparición de los lipomas orales, es la mucosa bucal, que comprende el 38,6% de todos los casos, ya que es una región abundante en tejido adiposo, seguidos de la lengua, labio, piso de boca, glándulas salivales mayores, área retromolar, encía y paladar duro, ya que tiene muy poca cantidad de tejido adiposo por lo que su incidencia en esta región es baja. Este patrón es consistente a la cantidad de depósitos de grasa en la cavidad bucal.^{11, 10, 12, 13}

El 6-7% de los pacientes con lipomas presentan lesiones múltiples.¹⁴ Algunos muestran más de un lipoma oral mientras que otros presentan un solo lipoma en la cavidad bucal y en otras partes del cuerpo.¹⁵

Los lipomas se clasifican clínicamente como solitarios, múltiples y congénitos (lipomatosis difusa congénita). Pueden ser encapsulados o difusos. Los lipomas difusos son raros y aparecen en tejido subcutáneo del cuello y pueden extenderse a áreas mayores. La forma encapsulada se encuentra dentro las neoplasias benignas más comunes.^{16,17}

De acuerdo con la clasificación la Organización Mundial de la Salud modificada en el 2013; entre los tumores lipomatosos benignos,

se incluyen los lipomas clásicos y sus variantes: angioliipoma, lipoma condroide, mioliipoma, lipoma de células fusiformes/pleomorfo, lipoma difuso proliferativo e hibernoma.¹⁸ Todas estas con características clínicas e histológicas específicas. Estos subtipos microscópicos no tienen importancia clínica en relación con el comportamiento de los tumores.

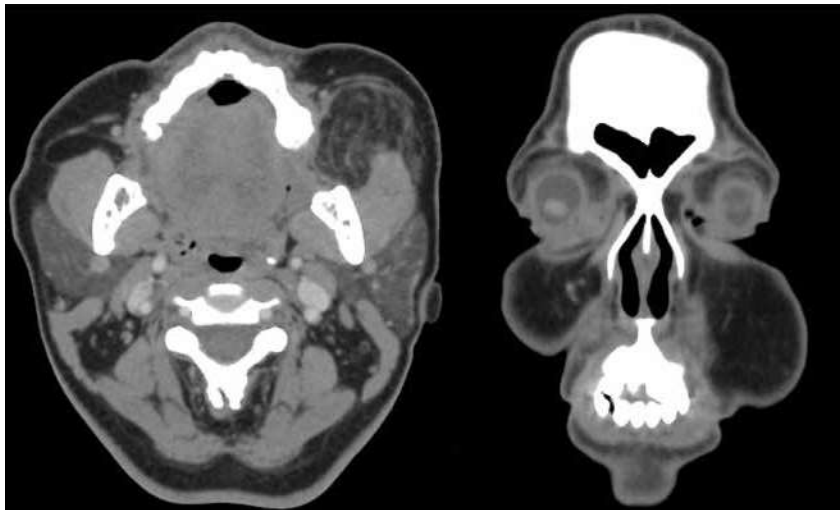
Los lipomas orales generalmente se presentan como nódulos submucosos móviles, indoloros, con una ligera coloración amarillenta y suelen ser asintomáticos. Los casos sintomáticos o con signos clínicos evidentes son aquellos que alcanzan un gran tamaño, de tal manera que modifiquen la deglución, la fonación, la relación maxilomandibular o desplacen tejidos adyacentes, causando asimetrías de cara o cavidad oral. En algunos casos, el tejido blando puede presentarse como un nódulo fluctuante. Es por estas características clínicas, que otras lesiones, tales como los quistes dermoides y epidermoides y los quistes orales linfopiteliales se pueden considerar en el diagnóstico diferencial de los lipomas orales.^{19,20}

La tomografía computarizada y la resonancia magnética nos permiten realizar un diagnóstico rápidamente; sin embargo, la histopatología sigue siendo el estándar de excelencia para determinar qué tipo de lesión es.²¹

Posee un bajo potencial de malignización, para el diagnóstico certero es necesario realizar una correlación clínica con los hallazgos histológicos clásicos. La degeneración de los lipomas orales a la forma de liposarcoma, es extremadamente rara y su diagnóstico diferencial se debe realizar de los fibromas por irritación y de las manifestaciones clínicas de la enfermedad de Recklinghausen, la cual



Figuras 1 y 2. Aumento de volumen en región geniana izquierda.



Figuras 3. Vista axial y coronal de tomografía computarizada. Se observa zona hipodensa del lado izquierdo

se reconoce por la aparición de múltiples nódulos fibrosos. También se debe diferenciar de las masas lobuladas provocadas por lipomatosis difusa.^{22, 23}

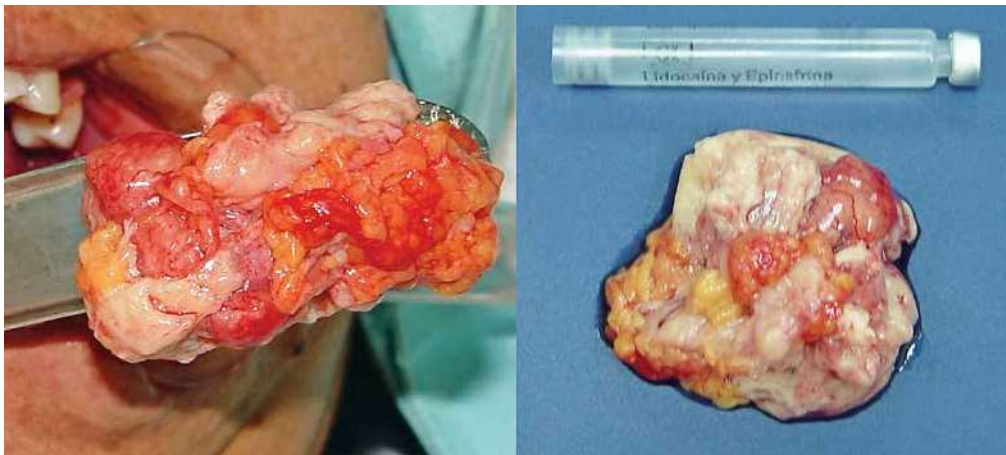
Aunque el crecimiento de los lipomas es normalmente limitado, pueden llegar a alcanzar grandes dimensiones, interfiriendo con el habla y la masticación, por lo que el tratamiento de los lipomas orales de cualquier variante es mediante escisión quirúrgica local simple. Los lipomas infiltrantes son difíciles de extirpar, por lo que tienen probabilidad de recurrir; sin embargo, menos del 5% recurren localmente. La recurrencia es reducida si se realiza una extensa escisión quirúrgica. En literatura se han informado muy pocos casos de malignidad.

PRESENTACIÓN DE CASO

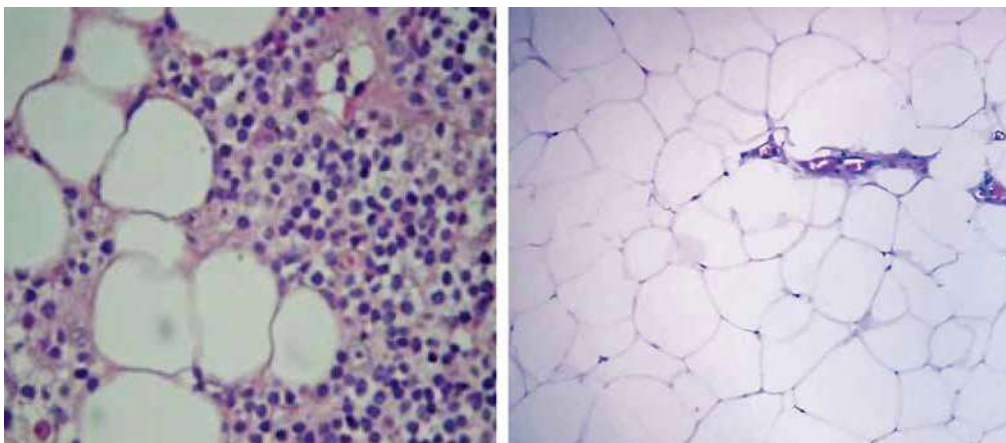
Se trata de paciente femenina de 46 años de edad, con antecedentes médicos de relevancia para hipertensión arterial controlada la cual refiere haber iniciado hace aproximadamente 6 meses con aumento de volumen asintomático en región geniana izquierda, por lo que acude a servicio de cirugía maxilofacial para valoración y manejo. Niega tabaquismo, pérdida de peso u otra sintomatología relevante. A la exploración física se observa aumento de volumen en región geniana izquierda de consistencia blanda, difuso, piel y mucosas similar al tejido adyacente, indoloro a la palpación (Fig. 1 y 2). Sin adenomegalias palpables en cuello. Se solicitan radiografías simples (PA y lateral de cráneo y ortopantomografía) en las cuales no se observan datos relevantes por lo que se solicita tomografía computarizada con cortes axiales y coronales pues se observa lesión hipodensa en región geniana izquierda, bien delimitada. (Fig. 3)



Figuras 4. Prueba de flotación positiva



Figuras 5 y 6. Aspecto macroscópico de la lesión: masa sólida, de superficie irregular, de consistencia firme y blanda, friable de color amarillo.



Figuras 7 y 8. Histopatología. Corte teñido con hematoxilina-eosina donde se encuentra formado por lóbulos de tejido adiposo maduro con estroma de tejido conectivo fibroso denso bien vascularizado con infiltrado inflamatorio crónico difuso.

Se procede a realizar biopsia incisional bajo anestesia local, con resultado histopatológico de lipoma. Por la extensión y la localización de la lesión se decide realizar excisión completa de este bajo anestesia general balanceada. Previa intubación nasotraqueal, se realiza incisión lineal en mucosa de carrillo izquierdo de aproximadamente 1.5 cm por debajo de la salida del conducto parotídeo, se realiza disección roma por planos hasta reseca por completo la lesión, encontrando un tejido blando, friable de color amarillento (fig. 4 y 5), el cual resulta positivo a la prueba de flotación (Fig. 6). Se verifica hemostasia y se sutura por planos con ac. poliglicólico 4 -0, finaliza el procedimiento sin complicaciones. Se envía la muestra completa a estudio histopatológico.

HISTOPATOLOGÍA

El espécimen examinado se encuentra formado por lóbulos de tejido adiposo maduro con estroma de tejido conectivo fibroso denso bien vascularizado con infiltrado inflamatorio crónico difuso severo, áreas mixoides, compatible con lipoma clásico. La paciente evoluciona favorablemente al tratamiento y 1 año después del procedimiento se encuentra asintomática, con simetría facial y sin datos de lesión. (Fig. 7 y 8)

DISCUSIÓN

Los lipomas se definen como neoplasias benignas derivadas de adipocitos maduros, usualmente envueltos en una cápsula fibrosa. El primer caso de una lesión oral fue descrito por Roux en 1848, la cual corresponde a un lipoma que identificó como un 'épulis amarillo'.²⁵ Su etiología sigue siendo incierta pero se han propuesto diferentes teorías para explicar su origen.

Existe la "teoría de la hipertrofia" que determina que la obesidad y

el crecimiento inadvertente de tejido adiposo puede contribuir a la formación de este tipo de lesiones orales²⁶; aunque no es tan convincente debido a que este tipo de tejido adiposo no tiene capacidad de metabolizarse. También se encuentra "Teoría metaplásica" en la que sugiere que el desarrollo lipomatoso ocurre secundario a una aberrante diferenciación *in situ* de células mesenquimales a lipoblastos.²⁷ J.J. Lin y F. Lin sugirieron que esas entidades benignas son lesiones congénitas provenientes de células embriogénicas pluripotenciales que permanecen en periodo latente hasta que son diferenciadas en la adolescencia a adipocitos.²⁸ Sin embargo, el trauma y la irritación crónica también podrían desencadenar la proliferación de tejido adiposo en un tumor benigno.¹¹

Estas neoplasias benignas varían en sus características, pero usualmente son de lento crecimiento, y se presentan en estos pacientes como un nódulo bien circunscrito y delimitado por muchos años. La queja más frecuente corresponde a la presencia de una masa palpable, rara vez se reporta disfunción muscular del tejido comprometido. El tumor es suave y plano cuando el músculo se encuentra relajado, y se torna firme y esférico cuando se contrae.²⁹

Los lipomas se observan clínicamente como una lesiones solitarias o múltiples; comúnmente son asintomáticas, móviles, suaves, compresibles y contienen una masa de color amarillento con una consistencia pastosa, de base sésil o pediculada.^{29,30,31} El tamaño del tumor varía dependiendo de la localización pero diferentes autores establecen que difícilmente exceden los 25 mm de diámetro.

Los estudios de imagen son muy importantes para realizar un diagnóstico presuntivo. Sin embargo, las radiografías son inútiles para diagnosticar este tipo de lesiones, ya que no se va a poder observar ninguna alteración en estas debido a su naturaleza histológica. Es por esto que se envía una tomografía computarizada o una resonancia magnética para su pronto diagnóstico, y posteriormente un estudio histopatológico es el estándar de excelencia para un diagnóstico certero.

Las variedades histológicas están determinadas por el tejido adicional que contienen (Tabla 1) y existe controversia en cuanto a cuál es el subtipo más común en cavidad oral. Venkateswarlu *et ál.* 20 en el 2011 reportó que los más frecuentes son los lipomas simples, mientras que Studart-Soares *et ál.*

Tejido adicional	Denominación
Tejido fibroso	Fibrolipoma
Tejido mixoide	Mixolipoma
Cartilago	Lipomacondroide
Vasos sanguíneos	Angiolipoma
Vasos y musculo liso	Angiomiolipoma
Elementos hemapoyéticos	Mielolipoma
Células fusiformes	Lipoma de células fusiformes
Células fusiformes y células gigantes multinucleadas	Lipomapleomorfo
Grasa parda	Hibernoma

Tabla 1. Variedades histológicas de los lipomas

reportaron que los más frecuentes son los fibrolipomas.^{1, 32, 33}

Debido a que el lipoma oral puede presentarse ocasionalmente como un nódulo con una superficie de color normal, el lipoma simple, el neurofibroma, la hiperplasia fibrosa y el adenoma pleomorfo de glándulas salivales y otras neoplasias benignas mesenquimales, también pueden ser incluidas en el diagnóstico diferencial.³⁴

Se realiza bajo anestesia general debido al gran tamaño que presentaba la lesión y debido al riesgo a daño a estructuras anatómicas de la región geniana, como es el conducto de Stenon y como la gran cantidad de vasos y nervios que se extienden por el tejido celular subcutáneo y por el espesor de la capa muscular superficial de dicha región, entre los cuales podemos encontrar el nervio facial, la arteria facial entre otros vasos de gran relevancia.

CONCLUSIONES

Las características de un lipoma son típicas y muy clásicas. Sin embargo, los lipomas de la mu-cosa bucal son inusuales; se desarrollan y crecen lentamente hasta que alteran la función y estética del paciente. Tienen muy buen pronóstico, y es poco probable que recurran, por lo que un correcto diagnóstico histopatológico sumado a los detalles clínicos e imagenológicos son muy importantes y esenciales para su diagnóstico y correcto tratamiento. ■■■

Autores

Tessie Harfuch Capdevila* Ilan Vinitzky Brener** Carlos J. Liceaga Escalera***
Beatriz C. Aldape Barrios**** & Alfonso Rivero *****
*Tessie Harfuch Capdevila
Cirujano dentista
Universidad Anáhuac
**Ilan Vinitzky Brener
Cirujano dentista
Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial.
Maestría en Educación.
Facultad de Odontología en Universidad del Anáhuac Norte
***Carlos J. Liceaga Escalera.
Jefe de Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.
Hospital Juárez de México.
****Beatriz C. Aldape Barrios
Patóloga Oral.
Profesora de Patología Bucal
Facultad de Odontología.
Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, CU
*****Alfonso Rivero Chávez
Cirujano dentista UNAM
Hospital Juárez de México. México
tessie.harfuch@gmail.com

MÉXICO

BIBLIOGRAFÍA

1. Studart-Soares, EC., Costa, FW., Sousa, FB., Alves, AP., Osterne RL. (2010). Oral lipomas in a Brazilian population: a 10-year study and analysis of 450 cases reported in the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* ;15:e691-6.
2. Adoga, AA., Nimkur TL., Manasseh, AN., Echejoh, GO. (2008). Buccal soft tissue lipoma in an adult Nigerian: a case report and literature review. *J Med Case Rep* ;2:382.
3. Basheer, S., Abraham, J., Shameena, P., Balan, A. (2013). Intraosseous lipoma of mandible presenting as a swelling. *Oral Maxillofac Pathol* ;17:126-8.
4. J. G. A. M. de Visscher, (1982). Lipomas and fibrolipomas of the oral cavity, *Journal of Maxillofacial Surgery*, vol. 10, no. 3, pp. 177-181.
5. Furlong, MA., Fanburg-Smith, JC., & Childers, ELB., (2004). Lipoma of the oral and maxillofacial region: Site and subclassification of 125 cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 98(4), 441-450.
6. Dimitrakopoulos, I., Zouloumis, L., Trigonidis, G., (1990). Congenital lipoma of the tongue. Report of a case, *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 19, no. 4, article 208,
7. Del Castillo Pardo de Vera, JL., Cebrián Carretero, JL., Gómez García, E. (2004). Úlcera crónica lingual inducida por lipoma de la cavidad oral. Caso clínico. *Med Oral*. 9 (1): 163-167.
8. Sakai, T., Iida, S., Kishino, M. et al. (2006). Sialolipoma of the hard palate. *J. Oral Pathol Med* 35(6): 376-378.
9. Rapidi, s AD., (1982). Lipoma of the oral cavity. *Int J Oral Surg*. 11: 30-35.
10. De Visscher, JG., (1982). Lipomas and fibrolipomas of the oral cavity. *J. Maxillofac Surg*. 10: 177-181.
11. Fregnani, ER., Pires, FR., Falzoni, R., Lopes, MA., Vargas, PA. (2003). Lipomas of the oral cavity: clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 32(1): 49-53.
12. MacGregor, AJ., Dyson, DP. (1966). Oral lipoma: A review of the literature and report of a 12 new cases. *Oral Surg. Med. Pathol* ; 21: 770-777.
13. Sakai, T., Iida, S., Kishino, M., Okura, M., Kogo, M., (2006). Sialolipoma of the hard palate. *J Oral Pathol Med* 35(6) : 376-378.
14. Bennhoff, DE, Wood, JW. (1978). Infiltrating lipoma of the head and neck. *Laryngoscope* ; 88: 839-848.
15. Rosapepe, M., Faraone, V. Fibrolipoma of the oral cavity. *D. Abst.* (1960); 5: 92 (abstract from the *Ann Stomatol Roma* 1958; 7: 881).
16. Carlier, G. (1948). Lipoma de la langue. *Rev. Stomal. (Paris)* : 49.
17. Domonkos, AN. (1971). *Andrew's diseases of the skin*, 6th Ed. W. B. Saunders Co., Philadelphia, pp. 731-732.
18. Nielsen, GP, Mandahl, N. (2002). Adipocytic tumors. In: Fletcher CDM, Unni K, Mertens F (eds). *World Health Organization Histological Classification of Tumors. Pathology and Genetics Tumours of Soft Tissue and Bone*. IARC Press: Lyon. : 19-46.
19. Mehendiratta, M., Jain, K., Kumura, M., Manjunatha, BS., (2016). Lipoma of mandibular buccal vestibule: a case with histopathological literature review *BMJ. Case Rep* .

20. Anavi, Y., Gross, M., Calderon, S. (1995). *Disturbed lower denture stability due to lipoma in the floor of the mouth. J Oral Rehabil ; 22(1): 83-5.*
21. Epivatianos, A., Markopoulos, AK., Papanayotou, P. (2000). *Benign tumors of adipose tissue of the oral cavity: a clinicopathologic study of 13 cases. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 58(10):1113-1117.*
22. Killey, HC., Seward, GR., Kay, LW. (1971). *An outline of oral surgery, part II. John Wright & Sons Ltd., Bristol p. 67.*
23. Ackerman, LV, Spjut, HJ. (1961). *Tumors of bone and cartilage. Sect. II, fase . IV, Washington D.C., Armed Forces Institute of Pathology , p. 163.*
24. Goldblum, JR., Folpe, AL., Weiss, SW., Folpe, AL. (2014). *Enzinger and Weiss's Soft tissue tumors 6th ed. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier; 443-66.*
25. Roux, M. (1848) *on exostosis: their character. Am J Dent Sc 9: 133-134*
26. Gupta, TKD. (1970). *Tumors and tumor-like conditions of the adipose tissue, in Current Problems in Surgery, M. M. Ravitch, Ed., pp. 1-60, Year Book Medical, Chicago, Ill, USA,*
27. Ashley, DJB. (1978). *Evans histological appearances of turnouts, Livingstone, Edinburgh, Scotland, 3th edition.*
28. Lin, JJ., Lin, F, (1974). *Two entities in angiolipoma. A study of 459 cases of lipoma with review of literature on infiltrating angiolipoma, Cancer, vol. 34, no. 3, pp. 720-727.*
29. Huczak, L., Driban, N.. (2007). *Lipoma y lipomatosis. Rev Argent Dermatol. 881: 56-66.*
30. Vindenes, H., (1978). *Lipomas of the oral cavity. Int J Oral Surg ; 7:162-166.*
31. Fletcher, CDM., Unni, KK., Merten, s F (2002). *Adipocytic tumors. In: Pathology and genetics: tumours of soft tissue and bone. World Health Org. classification of tumours. Lyon, France: IARCPress; pp. 9-46.*
32. Venkateswarlu, M., Geetha, P, & Srikanth, M.. (2011). *A rare case of intraoral lipoma in a six year-old child: a case report, Int. J. Oral Sci. 3(1): 6-43.*
33. Rodríguez Carreón, A., Álvarez Paque, L., Cuevas González, J., Reyes Sánchez, R., Rodríguez Lobato, E., Mosqueda Taylor, A., et ál. (2013). *Fibrolipomas de cavidad oral. Tumores comunes en sitios poco frecuentes. Reporte de 2 casos y revisión de la literatura. Int J Morphol. 31(1) 356-360.*
34. Tan, MS., Singh, B., (2004). *Difficulties in diagnosing lesions in the floor of the mouth-report of two rare cases. Ann Acad Med Singapore ;33(Suppl 4):72-6.*