

Lipoma del piso de la boca. Revisión literaria y reporte de un caso clínico.

Lipoma of the floor of the mouth: A case report and review of the literature.

Omar Esteban Duran Macías,* Carlos Taitó Takahashi Aguilar,** Laura Elena Franco Garrocho,***
Lizbeth Gallegos Cota,**** Aarón Peralta Mata*****

RESUMEN

La presencia de un lipoma en cavidad oral es poco frecuente, se presenta con más frecuencia en la mucosa de los labios, piso de la boca y la lengua. Se considera que los lipomas son neoplasias benignas con muy bajo potencial de malignización. Los lipomas en la cabeza y el cuello representan el 13% del total y es considerada como la lesión de origen mesenquimatoso más frecuente de los tejidos blandos en adultos masculinos de entre 40 y 60 años. Debido a la poca frecuencia de reportes de esta neoplasia en este sitio anatómico, presentamos el caso de un paciente masculino de 24 años de edad con un lipoma en el piso de la boca diagnosticado y tratado quirúrgicamente en la Clínica del Postgrado en Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Palabras clave: Lipomas, lipomas de la cavidad oral, tumores de la cavidad oral, liposarcoma.

ABSTRACT

Though rare, when a lipoma does appear in the oral cavity it is usually located on the labial mucosa, the tongue or the floor of the mouth. Lipomas are benign neoplasms with a low potential for malignization. They are most frequently found on the head and neck (13% of all lipomas) and are the most common soft-tissue mesenchymal lesion in 40- to 60-year-old males. Due to the fact that few papers have studied this specific localization, we present the case of a 24-year-old male with a lipoma of the floor of the mouth diagnosed and treated at the clinic of the post-graduate degree in Oral and Maxillofacial Surgery at the Autonomous University of Ciudad Juárez.

Key words: Lipomas, oral cavity lipomas, oral cavity tumors, liposarcoma.

INTRODUCCIÓN Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

El lipoma (LO) es un tumor benigno de tejido adiposo, y representa la neoplasia benigna de origen mesen-

quimatoso más común en los tejidos blandos;¹ se presenta con más frecuencia en el tronco y las porciones proximales de las extremidades.² El 13% del total de los lipomas se desarrolla en la cabeza y el cuello, y del 1 al 4% afecta la cavidad oral.³ Estas lesiones son poco frecuentes en la boca, sin embargo, cuando se presentan, los sitios de aparición más comunes son el piso de la boca, lengua y los labios. Los lipomas se manifiestan como nódulos mucosos de forma ovoide, de base sésil, con un tiempo de aparición que es diverso.⁴⁻⁶ El LO se describe como una neoplasia de adipocitos maduros, de carácter benigno y crecimiento lento generalmente. Existe un mayor índice de aparición en sujetos con obesidad y/o dislipidemia, aunque la pérdida importante de peso no reduce el índice o la masa de las lesiones. Esta neoplasia es indistinguible morfológicamente del tejido adiposo normal, sin embargo, los lipomas suelen tener una cápsula de tejido fibroso y como ya se indicó, el tejido graso no está disponible para ser metabolizado.⁷ Por su composición histológica, se

* Residente de cuarto año de Cirugía Oral y Maxilofacial. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Hospital General de Ciudad Juárez. Ciudad Juárez, Chih. México.

** Cirujano Maxilofacial. Profesor adscrito al Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial. Facultad de Odontología y Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Guadalajara. Guadalajara, Jal. México.

*** Cirujano Maxilofacial. Coordinador de la Especialidad en Cirugía Oral y Maxilofacial. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Ciudad Juárez, Chih. México.

**** Cirujano Maxilofacial. Profesor adscrito al Postgrado en Cirugía Oral y Maxilofacial. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Ciudad Juárez, Chih. México.

***** Residente del segundo año de Cirugía Oral y Maxilofacial. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Hospital General de Ciudad Juárez. Ciudad Juárez, Chih. México.

Recibido: Septiembre 2014. Aceptado para publicación: Diciembre 2014.

pueden clasificar de acuerdo con lo propuesto por Gneep como: lipomas simples y sus variantes, fibrolipoma, lipoma de células espinosas, lipoma intramuscular o infiltrativo, angiolipoma, lipoma de glándulas salivales, lipoma mixoide, lipoma pleomórfico, lipoblastoma benigno y lipoma atípico.⁸ Sin embargo, en una reciente clasificación de los tumores lipomatosos se incluyen las siguientes categorías: lipoma clásico y sus variantes, angiolipoma, condrolipoma, miolipoma y el lipoma de células pleomórficas. Todas éstas con características clínicas e histológicas específicas.^{9,10} El potencial de malignización de esta neoplasia es bajo, para el diagnóstico certero es necesario realizar una correlación clínica con los hallazgos histológicos clásicos. La OMS reporta en el 2002 la clasificación de los tumores lipomatosos en: liposarcoma diferenciado, liposarcoma mixoide y celular, liposarcoma pleomórfico y liposarcoma mixto; estos últimos propios de la vida adulta con una incidencia máxima entre la quinta y séptima década de vida (*Cuadro I*).⁸ La predilección en el género masculino es 4:1 con presentación promedio de la tercera a quinta década de vida. Existen pocos casos documentados en la literatura mundial de acuerdo con esta neoplasia, habiendo aproximadamente 150 en la cavidad oral y 24 específicos al piso de la boca en un lapso de más de 25 años.^{6,11}

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 24 años de edad, quien acude a la Clínica del Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, al presentar un aumento de volumen en el piso de la boca, con referencia de 17 años de evolución. No refiere ni presenta datos sintomatológicos (*Figuras 1 y 2*).

No cuenta con antecedentes personales patológicos, ni antecedentes oncológicos de importancia en relación con el padecimiento actual.

Durante la exploración física observamos una dentición permanente completa, mucosas hidratadas, conductos salivales permeables, sin periodontopatías de importancia. Denotamos la presencia de un aumento de volumen solitario en el piso de la boca lado derecho, con dimensiones aproximadas a 3 cm en diámetro, desplazable con los movimientos linguales, e infiltrando al vientre de la lengua superiormente y superficialmente. Se palpa de base sésil, consistencia blanda, móvil a la digitopresión, de coloración rosa pálida-amarillenta, superficie lisa, mucosa sin ulceraciones, indolora a la palpación.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PRESUNTIVAS COMPATIBLES CON UN LIPOMA

Se le solicita biometría hemática completa, tiempos de coagulación y química sanguínea para valoración del estado general de salud, de los cuales todos se encuentran en rangos normales.

Se decide realizar la biopsia excisional de la lesión bajo efectos de anestesia local.

Se infiltra lidocaína con epinefrina 1:100,000 con técnica mandibular tradicional derecha y puntos peritumorales con fines hemostáticos. Se realiza incisión sobre la mucosa del ecuador de la lesión, y se diseña cuidadosamente la cápsula de la lesión respetando la anatomía involucrada. Una vez disecada en su periferia, se extrae del piso de la boca en su totalidad obteniendo una masa de aproximadamente 3 cm de diámetro de coloración amarillenta (*Figura 3*). Se verifica y se da control hemostático para proceder a la síntesis de los tejidos con puntos de sutura simples a base de ácido poliglicólico. Se da por terminado el procedimiento sin complicaciones. La lesión es remitida al departamento de patología bucal de la universidad, donde se reportan cortes histológicos compuestos en su mayor parte por tejido adiposo vascul-

Cuadro I. Clasificación y actualización OMS 2002. Tumores lipomatosos.

Benignos	Malignos	Intermedios
Lipoma	Liposarcoma desdiferenciado	Tumor lipomatoso atípico
Lipoblastoma/lipoblastomatosis	Liposarcoma mixoide y celular	Liposarcoma bien diferenciado
Lipomatosis	Liposarcoma pleomórfico	
Lipomatosis del nervio	Liposarcoma mixto	
Angiolipoma		
Miolipoma		
Lipoma condroide		
Lipoma pleomorfo/fusocelular		

larizado, con septos de tejido conjuntivo fibroso laxo, se observan células con núcleo pleomorfo e hipercromático. Cubierto parcialmente por tejido conjuntivo. Diagnóstico compatible con lipoma simple de la cavidad oral sin datos de malignidad. Siete días posteriores al evento, el paciente, quien se refirió asintomático, no reporta datos de edema u complicaciones postoperatorias inmediatas, con herida limpia y anatomía topográfica restablecida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Nuestro caso, siendo un masculino de 24 años, comparte criterios de inclusión parcialmente, ya que sí se mantiene



Figura 1. Imagen frontal de paciente masculino de 24 años de edad sin deformidad facial.



Figura 2. Lesión en el piso de la boca de aproximadamente 3 cm de diámetro.

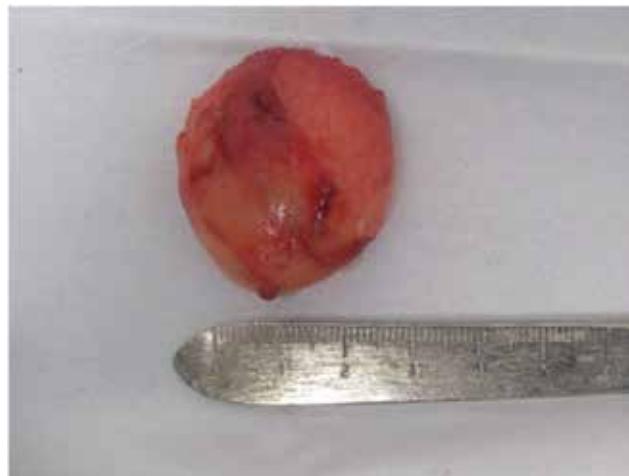


Figura 3. Imagen del espécimen inmediato a la biopsia.

el índice de predilección por género, sin embargo, la estadística dicta una aparición entre la quinta y sexta década de vida. Entendemos que los lipomas en cabeza y cuello representan el 13% de la totalidad de los mismos.¹⁰ Dentro de la búsqueda literaria, la presencia de LO en cavidad oral representa del 1 al 4%, y dentro de esta subclasiﬁcación, la aparición en el piso de la boca representa el 24% del total de los presentados en cavidad oral, siendo con mayor frecuencia el simple labial y el intramuscular lingual. La posibilidad de malignización es poco probable, sin embargo, existen variantes de LO que pueden asemejar a un liposarcoma histológicamente.¹² Consideramos que es de suma importancia una buena anamnesis, y la correlación clínica-histológica para determinar específicamente la variante benigna o maligna de los lipomas. De acuerdo con lo descrito por la OMS en el 2002, las técnicas clásicas de revisión histológica son de mayor relevancia para realizar una diferenciación específica y descartar malignización en liposarcoma.¹³ De acuerdo con lo presentando en nuestro caso y comparando con la revisión bibliográfica realizada, entendemos que por el tiempo de evolución la probabilidad de degeneración maligna era alta, sin embargo, no fue así para nuestro paciente; ya que la revisión histológica detallada determinó un buen pronóstico para el paciente.¹⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. Fregnani ER, Pires FR, Falzoni R, Lopes MA, Vargas PA. Lipomas of the oral cavity: clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 32: 49-53.
2. Enzinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumours. 3rd ed. St. Louis: The C.V. Mosby Company; 1995. p. 384e9.

3. Epivatianos A, Markopoulos AK, Papanayotou P. Benign tumors of adipose tissue of the oral cavity: a clinicopathologic study of 13 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000; 58: 1113-1117.
4. Huczak L, Driban N. Lipoma y lipomatosis. *Rev Argent Dermatol.* 2007; 881: 56-66.
5. Vindenes H. Lipomas of the oral cavity. *Int J Oral Surg.* 1978; 7: 162-166.
6. Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F. Adipocytic tumors. In: Pathology and genetics: tumours of soft tissue and bone. World Health Organization classification of tumours. Lyon, France: IARCPress; 2002. pp. 9-46.
7. Pardo J, Cebrian J, Gómez E. Úlcera crónica lingual inducida por lipoma de la cavidad oral. Caso clínico. *Med Oral.* 2004; 9 (1): 163-167.
8. Agoff SN, Folpe AL, Grieco VS, Garcia RL. Spindle cell lipoma of the oral cavity: report of a rare intramuscular case with fine needle aspiration findings. *Acta Cytol.* 2001; 45: 93-98.
9. Vindenes H. Lipomas of the oral cavity. *Int J Oral Surg.* 1978; 7: 162-166.
10. Manor E, Sion-Vardy N, Zion B, Bodner L. Oral lipoma: analysis of 58 new cases and review of the literature. *Annals of Diagnostic Pathology.* 2011; 15 (4): 257-261.
11. Gnepp DR. Diagnostic surgical pathology of the head and neck. Philadelphia: WB Saunders; 2001: pp. 191-194, 305-306, 543-548.
12. Takahashi C, Enriquez L, Franco L. Lipoma de la cavidad oral. Revisión de la literatura y reporte de un caso clínico. *Revista ADM.* 2012; 69: 184-185.
13. Lekkus C, van Hoof R. Lipoma of the tongue. *Oral Surg.* 1979; 48 (3): 214-216.
14. Austin RM, Dupree WB. Liposarcoma of the breast: a clinicopathologic study of 20 cases. *Hum Pathol.* 1986; 17: 906-913.

Correspondencia:

Dr. Omar Esteban Duran Macías

Zaragoza C Núm. 3897,
Colonia Burócratas, 83450,
San Luis Río Colorado, Sonora,
México.

E-mail: dr.duranmacias@yahoo.com.mx

www.medigraphic.org.mx