

# Lipoma en piso de boca. Reporte de un caso.

## *Lipoma of floor of mouth: a case report.*

Ulises Dávila Cordero\*

### RESUMEN

Los lipomas son tumores de tejido conjuntivo compuestos de células adiposas que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. En la cavidad bucal es poco frecuente encontrar estos tumores; cuando llegan a presentarse, los sitios más comunes son la mucosa bucal vestibular, lengua, labios y el piso de la boca, siendo este último el menos frecuente. Presentamos el reporte de un caso de lipoma en piso de boca en un paciente masculino de 34 años de edad, quien en la exploración clínica presentaba aumento de volumen en piso de boca del lado derecho, de corta evolución. Se realizó escisión local conservadora bajo anestesia local, con reporte histopatológico de lipoma.

**Palabras clave:** Lipoma, tumores de tejido conjuntivo, piso de boca.

### ABSTRACT

*Lipomas are connective tissue tumors composed of adipose cells, which can appear anywhere on the body. Though rare in the oral cavity, when they do appear the most common sites are the buccal mucosa, tongue, lips, and, least commonly, the floor of the mouth. We present a case report of a lipoma of floor of mouth in a 34-year-old male patient, who, upon clinical examination, showed an increase in volume of short evolution on the right side of the floor of the mouth. A conservative local excision was performed under local anesthesia, with the histopathological report of lipoma.*

**Key words:** Lipomas, connective tissue tumors, floor of mouth.

### INTRODUCCIÓN

El lipoma es, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un tumor benigno constituido por tejido adiposo maduro sin evidencia de atipias celulares.<sup>1</sup> Es un tumor poco frecuente en la cavidad bucal; representa del 0.1 al 5% de los tumores benignos en la boca.<sup>2</sup> En algunos casos aparece en localizaciones múltiples; cuando es así, se le llama lipoblastosis múltiple.<sup>3</sup> La mucosa bucal del vestíbulo es el sitio más común de aparición, en 50% de los casos, seguido de lengua, labios y el piso de la boca; este último es el menos frecuente.<sup>4</sup>

La presentación clínica es de una masa submucosa asintomática de crecimiento lento de color amarillo. El epitelio que la cubre se encuentra intacto y los vasos sanguíneos superficiales suelen ser evidentes sobre el tumor.<sup>4</sup> Los diagnósticos diferenciales a considerar son tumor de células granulares, quiste dermoide, neurofibroma, fibroma traumático y malformaciones de la glándula

salival.<sup>5</sup> La herniación submucosa del compartimento adiposo de la mejilla (Bichat) secundaria a traumatismo, cuando se presenta en el vestíbulo, debe considerarse. La tomografía computarizada es útil para establecer los límites del tumor.<sup>6</sup> Histopatológicamente, presenta tejido adiposo maduro bien diferenciado con separaciones de tabiques fibrosos. Las variaciones histológicas incluyen fibrolipoma, angiolipoma, lipomas mixoides, lipoma de células fusiformes, lipoma pleomórfico y lipoma infiltrante (intramuscular).<sup>1,2,6</sup> El tratamiento es la escisión local conservadora. La recurrencia es rara y las variaciones histológicas no afectan el pronóstico.<sup>1,2,5,7</sup>

### REPORTE DE CASO

Se presentó a la consulta un paciente masculino de 34 años de edad referido por un odontólogo de práctica general, con diagnóstico de aumento de volumen en el piso de la boca de cuatro meses de evolución. Individuo originario y residente de la ciudad de Papantla, Veracruz, sin antecedentes relevantes en su historia clínica. En la exploración física, extraoralmente no presentó aumentos de volumen, adenomegalias u otras alteraciones relacionadas (Figura 1).

\* Cirujano Oral y Maxilofacial. Hospital Bicentenario ISSSTE Poza Rica. Poza Rica, Ver. México.

Recibido: Octubre 2014. Aceptado para publicación: Marzo 2015.

Intraoralmente se observó un aumento de volumen en el piso de la boca del lado derecho, de 3 cm de diámetro, circunscrito, bien delimitado, que desplazaba la carúncula salival y el frenillo lingual hacia el lado contralateral. Presentaba un color amarillo con múltiples telangiectasias que traslucía la mucosa; conducto salival permeable. Se realizó escisión local conservadora bajo anestesia local, con incisión lineal de 2 cm en el piso de la boca, respetando las estructuras anatómicas de la región (nervio lingual, glándula sublingual, carúnculas salivales, conducto salival y arteria sublingual);<sup>8</sup> de la misma forma, la cápsula del tumor (*Figura 2*).

Encontramos estructuras musculares de la región desplazadas; se llevó a cabo la escisión completa del tumor con integridad de su cápsula (*Figura 3*), corroboramos hemostasia y, posteriormente, realizamos cierre de la herida con puntos simples con vicryl 4/0. Se indicaron antibiótico y AINES. Se envió espécimen a estudio histopatológico.

El control semanal reflejó herida quirúrgica en adecuado proceso de cicatrización, puntos de sutura en posición y función, sin datos de infección o dehiscencia. El resultado histopatológico reportó tumoración benigna de estirpe mesenquimatosa, morfológicamente compuesta de tejido adiposo agrupado por septos fibrosos, con proliferación vascular; adipocitos sin alteraciones ni atipia, de núcleo pequeño, redondo, con cromatina fina, excéntrico, con abundante citoplasma. Toda la lesión se encontraba envuelta en una cápsula de tejido conectivo. Diagnóstico: lipoma.

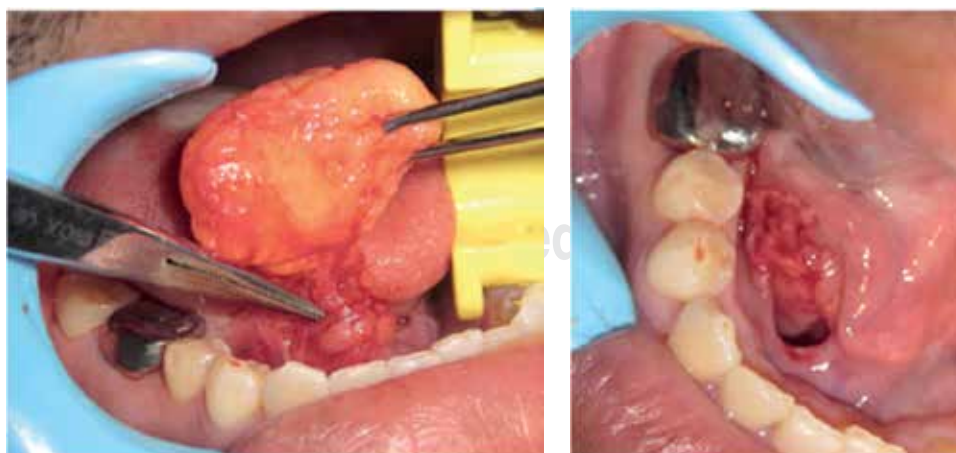
## DISCUSIÓN

El diagnóstico de lipoma debe realizarse clínicamente y apoyarse en estudios imagenológicos cuando éstos exceden dimensiones o comprometen estructuras anatómicas



**Figura 1.**

Ausencia de aumento de volumen extraoral. Piso de boca del lado derecho, tumoración amarilla bien delimitada con presencia de telangiectasias.



**Figura 2.**

Disección roma de tejidos blandos, escisión de la lesión en su totalidad. Lecho quirúrgico.

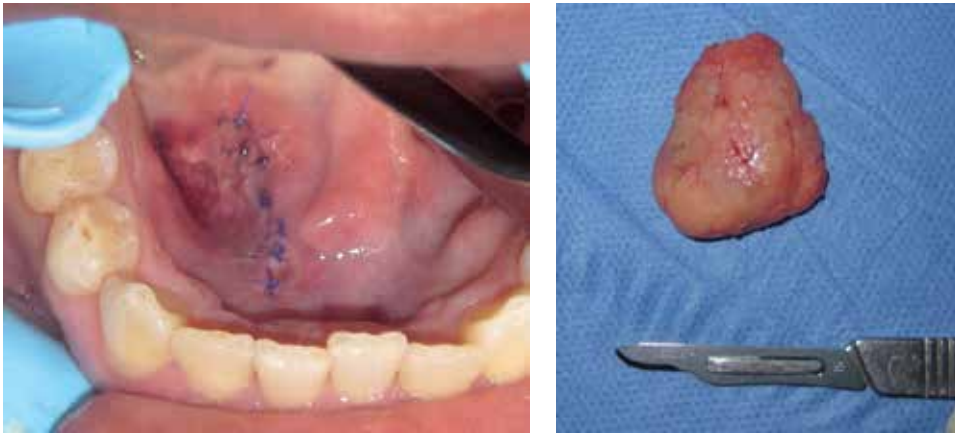


Figura 3.

Herida quirúrgica suturada y espécimen obtenido.

complejas. Neville, Damm y Allen<sup>4</sup> comentan que ello es útil para el diagnóstico, mas no indispensable. Nevado, Arana y Lage<sup>9</sup> indican que la tomografía y la resonancia magnética permiten el diagnóstico y caracterización de la naturaleza lipomatosa, especialmente, la resonancia con supresión de grasa; reservamos este tipo de estudios para casos de mayor complejidad. El tratamiento es la escisión local conservadora. Según Philip Sapp,<sup>3</sup> Neville<sup>4</sup> y Regezi<sup>2</sup> la recurrencia es rara y las variantes histológicas no afectan el pronóstico, con lo cual coincidimos, ya que en la literatura universal son muy pocos los casos recidivantes reportados y cuando ello ocurre, pueden deberse a una escisión incompleta del tumor.

El lipoma es un tumor poco frecuente en cavidad bucal. Fregnani y Pires<sup>10</sup> encontraron en su estudio que el sitio donde más comúnmente se encuentra es en la mucosa del vestíbulo, con lo cual coincidimos ampliamente; la exposición a los traumatismos o la manipulación en procedimientos de cirugía bucal, pueden provocar una herniación submucosa del compartimento adiposo de la mejilla, lo cual es un factor a considerar.

### CONCLUSIÓN

El diagnóstico de lipoma es clínico; el manejo quirúrgico debe realizarse mediante escisión local conservadora, y el estudio histopatológico es obligatorio para corroborar el diagnóstico.

En caso de tumores accesibles y de diámetro pequeño, se puede prescindir de un estudio imagenológico complejo. En los casos contrarios, debe solicitarse ri-

gurosamente para delimitar la extensión del tumor y el compromiso de estructuras anatómicas y determinar su abordaje quirúrgico.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. Pathology & genetics head and neck tumours. Lyon: IARC Press; 2005.
2. Regezi J, Sciubba J. Patología bucal; correlaciones clinicopatológicas. Philadelphia: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
3. Philip SJ, Eversole L, Wysocki G. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid: Mosby-Elsevier; 2005.
4. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Oral & maxillofacial pathology. Philadelphia, W: B Saunders Company; 2002.
5. Furlong M, Fanburg J, Childers E. Lipoma of the oral and maxillofacial region: site and subclassification of 125 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004; 98 (4): 441-450.
6. Lee S, Joong-Yoon H. Bilateral asymmetric tongue classic lipomas. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2012; 114 (1): 15-18.
7. Frenando R, Pollan L. Floor of mouth mass. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013; 116 (3): 270-274.
8. Chiapasco M. Procedimientos de cirugía oral respetando la anatomía. Bogotá: Amolca; 2009.
9. Nevado J, Arana E, Lage E. Lipoma cardiaco: tumor benigno infrecuente. Importancia de la RM. Archivos de Cardiología de México. 2005; 75 (1): 79-81.
10. Fregnani E, Pires F, Falzoni R. Lipomas of the oral cavity: clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases. J Oral and Maxillofacial Surgeons. 2003; 32 (1): 49-53.

Correspondencia:

**Dr. Ulises Dávila Cordero**

Hospital Medica 21.

Calle 4 Núm. 311, Colonia Cazones,  
93230, Poza Rica, Veracruz, México.

E-mail: davilau15@gmail.com