



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 6, Núm. 2 • Mayo-Agosto 2010 • pp. 47-50

Lipoma de la cavidad bucal. Reporte de un caso

Jovita Romero Flores,* Mariana Orozco Solís**

RESUMEN

Los lipomas son neoplasias benignas de células adiposas, raras en cavidad bucal. La presentación típica es de una lesión tumoral asintomática, de color amarillo. Aparecen con más frecuencia entre los 30 y 40 años de edad y los hombres se ven más afectados que las mujeres en relación 2.5:1. Histológicamente, los adipocitos que lo conforman son idénticos a las células adiposas normales y presentan un citoplasma claro, vacuolado y redondeado, con un núcleo rechazado a la periferia. La eliminación quirúrgica es el tratamiento de elección. Rara vez se observa recidiva.

Palabras clave: Lipoma, neoplasia benigna.

SUMMARY

Lipomas are benign tumors of fat cells, rare in oral cavity. The typical presentation is a painless tumor yellow. They occur most often between 30 and 40 years of age and men are more affected than females, in relation 2.5:1. Histologically, the adipose is identical to the normal fat cells and have a vacuolated clear cytoplasm and rounded, with a core to peripheral rejected. Surgical removal is the treatment of choice. Recurrence is rarely seen.

Key words: Lipoma, benign tumor.

INTRODUCCIÓN

Los lipomas son tumores benignos de presentación común en cualquier parte del cuerpo, pero la presentación en cavidad oral es rara.^{1,2}

Los lipomas son neoplasias benignas de células adiposas. La presentación clínica típica es la de una lesión tumoral asintomática, aislada o lobulada, de base sésil o pediculada, de color amarillo, y los vasos sanguíneos suelen ser evidentes sobre el tumor.^{1,4}

Se han descrito ejemplos de lipomas en la mucosa de los carrillos, la lengua, piso de la boca, fondo del vestíbulo, labios, paladar y encía.⁵

Comprende entre el 2 y 4% de todos los tumores de cabeza y cuello;² aparecen con más frecuencia entre los 30 y 40 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.^{6,8}

* Médico adscrito al Servicio de Cirugía Maxilofacial.

** Médico Residente de 3er año, Postgrado de Odontología y Cirugía Maxilofacial.

Hospital de Especialidades CMN SXXI

Correspondencia:

Jovita Romero Flores

E-mail: cmfromero@yahoo.com.mx

Los hallazgos clínicos lo definen como una lesión pediculada, sésil o parcialmente sumergida y usualmente como tumor solitario;¹⁰ el tamaño varía de 3 x 3 mm a 2 a 3 cm con diámetro mayor a 1 cm, de consistencia blanda a firme, dependiendo de la cantidad de tejido fibroso que contenga,¹⁰ fácilmente desplazable, asintomática en la mayoría de los casos. Los más grandes pueden causar molestias durante el habla o la masticación. En varios casos pueden causar deformidad facial.¹⁰

Dentro de los diagnósticos diferenciales para esta lesión podemos encontrar otras lesiones benignas de tejido conectivo como: tumor de células granulares, neurofibroma, fibroma traumático y lesiones de las glándulas salivales (mucocele y tumor mixto).⁴

Histopatológicamente pueden o no tener cápsula. Los adipocitos que lo conforman son idénticos a las células adiposas normales y presentan un citoplasma claro vacuulado y redondeado, con un núcleo rechazado a la periferia. La mayoría de los lipomas muestran células adiposas separadas por tabiques fibrosos.²

Desde el punto de vista histológico, los lipomas están subdivididos en un número de entidades; el lipoma simple, angiolipoma, fibrolipoma, lipoma de células estrelladas o pleomórfico, miolipoma, mielolipoma, lipoma condroide, lipoma mixoide, lipoblastomatosis, lipomatosis, hibernoma y lipoma atípico, dependiendo de la presencia de tejido conjuntivo diferente dentro de la lesión y de la cantidad del mismo, considerando así si se sobrepasa el 35-40% de la totalidad de la lesión.^{3,4,9}

La tomografía computarizada, la resonancia magnética y el ultrasonido se han utilizado con éxito en el diagnóstico de estas lesiones en la zona de cabeza y cuello.^{5,7,8} Se ubican en un rango que va de 138 a 83 unidades Hounsfield en la tomografía computarizada.⁵

En la resonancia magnética se observan hiperdensos, tanto en las imágenes T1 como en las T2, y con bordes mal definidos.⁵

Los lipomas se observan hipoecoicos en el ultrasonido.⁷

La eliminación quirúrgica de la lesión es el tratamiento de elección. Rara vez se observan recurrencias.⁷

REPORTE DE CASO

Se presenta a la consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital de Especialidades del CMN SXXI paciente masculino de 55 años de edad, enviado del Servicio de Neurología por presentar tumoración intraoral (*Figura 1*).

Originario y residente del DF, casado, religión católica, artesano.

Niega enfermedades cronicodegenerativas, acude a neurología por vértigo postural, se le indica carbamazepina, que no toma. Tabaquismo positivo a razón de 5 al día, alcoholismo negativo desde hace 5 años.

Inicia su padecimiento hace 17 años, posterior a un traumatismo en región de mucosa de comisura labial derecha, refiriendo que tiempo después apareció una tumoración asintomática que aumentó progresivamente de tamaño; en los últimos 5 años refiere haber alcanzado el tamaño actual.

A la exploración física, paciente de edad cronológica similar a la aparente, extraoralmente ligero aumento de volumen de región bucal derecha, intraoralmente dentición secundaria incompleta inducida, mala higiene oral, restos radiculares múltiples, mucosas de coloración e hidratación normal, glándulas salivales permeables, tumoración de aproximadamente 7 x 4 x 5 cm de base pediculada ubicada en mucosa de comisura de labio inferior de lado derecho, consistencia blanda, color similar a tejidos adyacentes, superficie lisa con áreas de irritación compatible con fricción con restos radiculares posteroinferiores, peso aproximado de 150 g (*Figura 2*).

Dentro de los exámenes complementarios se solicitaron: ortopantomografía, la cual no revela existencia de imagen radiográfica anormal en zona de lesión; exámenes de laboratorio: BH, QS, TP, TPT, que reportaron valores dentro de niveles normales.

Ultrasonido con resultado de lesión hipoecoica.

En base a los hallazgos clínicos, se planteó DX provisional de *Hiperplasia irritativa fibrosa*, por lo que se decide eliminación quirúrgica de la lesión y posterior estudio histopatológico (*Figuras 3 y 4*).

La eliminación quirúrgica se realiza sin complicaciones, indicándose dicloxacilina y paracetamol como medicamentos, con seguimiento a una semana para control.

El estudio histopatológico reporta lesión tumoral de 7 x 4 x 6 cm con presencia de estroma de tejido fibroso y células adiposas maduras separadas por tabiques de tejido fibroso sin signos de atipia, escasa formación de tejido vascular; se establece DX definitivo: Lipoma maduro (*Figuras 5 y 6*).

Tras haber transcurrido un mes de la eliminación quirúrgica de la lesión, no se aprecian signos de recidiva.

DISCUSIÓN

Los lipomas son tumores benignos por tejido adiposo maduro, y reflejan una composición histológica de ácidos grasos; el comportamiento metabólico de

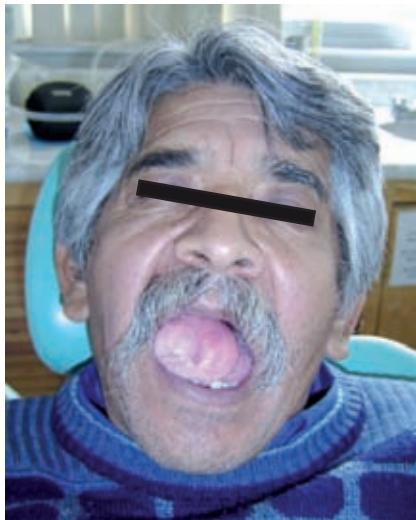


Figura 1.

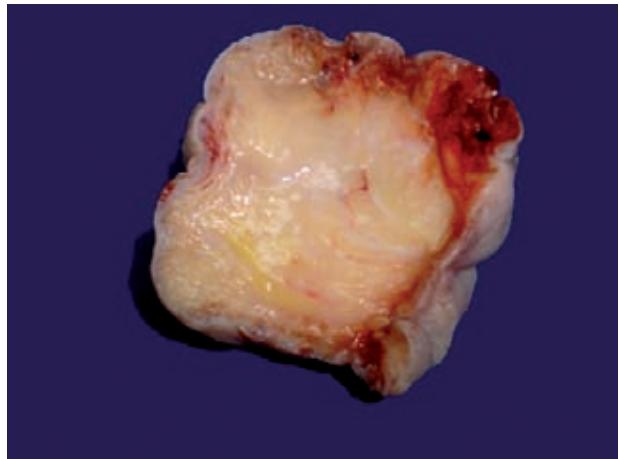


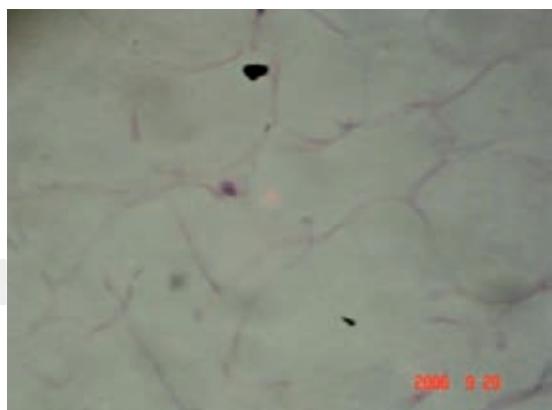
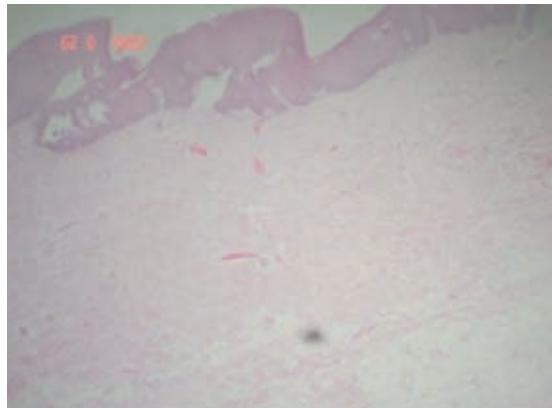
Figura 4. Aspecto macroscópico de la lesión tumoral con características de benignidad. Tamaño 7 x 4 x 5 cm.



Figura 2.
Lesión tumoral
en mucosa de
carrillo.



Figura 3. Espécimen completo posterior a eliminación quirúrgica.



Figuras 5 y 6. Aspecto histopatológico de la lesión donde se observa estroma de tejido conjuntivo fibroso, células adiposas con núcleos pequeños y rechazados a la periferia sin datos de atipia por tabiques fibrosos.

los lipomas difiere del tejido adiposo normal, ya que los ácidos grasos de que se compone se incorporan en una tasa más alta dentro del lipoma, mientras que la actividad de la lipasa se reduce; por lo tanto, al haber reducción del tejido adiposo corporal, los lipomas no se reducen de tamaño.⁹

Debido a la baja frecuencia de aparición de lipomas solitarios en relación directa con la mucosa bucal,² éstos no son considerados de rutina como diagnóstico diferencial en la mayoría de las lesiones tumorales asintomáticas. Sin embargo, es un tumor muy común en el resto de la cabeza y el cuello y que se ha asociado a la existencia de varios síndromes,⁶ en los cuales la mucosa es delgada y muestra coloración amarilla de la tumoración. El diagnóstico puede ser fácil. En el caso de los de presentación profunda, el diagnóstico se vuelve más complejo.¹⁰

En concordancia con los datos epidemiológicos, nuestro caso refleja la predilección masculina que se observa en la aparición de este tipo de lesiones. Sin embargo, la edad del paciente sobrepasa la media de máxima incidencia (30-40 años).^{7,8}

Histológicamente, nuestro caso se puede clasificar como lipoma simple, debido a la ausencia de lipoblastos, atipia o alguna asociación que sobrepase el 35 a 40% de presencias con otro tipo de tejido conjuntivo, lo cual es común observar en este tipo de lesiones.⁹

La presentación de la lesión y las características propias de la misma permitían la utilización de una Rx panorámica como único examen radiológico, sin hacer uso de otros métodos de imagenología que aunque se utilizan con éxito en este tipo de lesiones representarían un gasto innecesario para este caso en particular que pudo ser abordado exitosamente con tratamiento quirúrgico y sin evidencia de recurrencia posterior, como es común en la lesión.

CONCLUSIÓN

El lipoma de la cavidad bucal es una lesión de los tejidos blandos a ser considerada dentro de los posibles diagnósticos diferenciales que se plantean, a pesar de su baja incidencia dentro de las lesiones benignas de tejido conjuntivo. En determinados casos se puede asociar el trauma directo a la lesión como un factor que aumenta la tasa de crecimiento de lesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shafer W, Hine M, Levy B. Tratado de Patología Bucal. Tercera Edición. Editorial Interamericana. México, 1977.
2. Regezi JA, Sciubba JJ. Patología Bucal. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000.
3. Nelson W, Chuprevich T, Galbraith D. Enlarging tongue mass. J Oral Maxillofac Surg 1998; 56: 224-7.
4. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Harcourt. Madrid, 1998.
5. Yonetsu K, Nakayama E, Kanda S, Oseki S, Shinohara M. Imaging findings of some bucomasseteric masses. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998; 86: 755-9.
6. Fregnani ER, Pires FR, Falzoni RM, 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. 2002 International.
7. Lai-Ping Z, Shi-Fang Z, Chen GF, DDS, Fei-Yun P, Hangzhou. Ultrasonographic appearance of lipoma in the oral and maxillofacial region. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004; 98: 738-40.
8. Chikui T, Yonetsu K, Yoshiura K, Miwa K, Oseki S, Shinohara M. Imaging findings of lipomas in the oro-facial region with CT, US, and MRI. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997; 84: 88-95.
9. Greer RO, Richardson JF. The nature of lipomas and their significance in the oral cavity. A review and report of cases. Oral Surgery 1973; 4: 551-556.
10. Hatziotis JC, Greece T. Lipoms of the oral cavity. Oral Surgery 1971; 4: 511-523.