

Lipomas de la cavidad oral: estudio de 23 casos nuevos y revisión de la literatura

Oral lipomas: Report of 23 new cases and a review of the literature

Graciela Fernández Blanco¹, Ignacio Luis Calb², Mirta Lewandowski², Valeria J. Wainstein³

¹ Jefa del Servicio de Dermatología del Hospital Dr. E. Tornú.

² Médico dermato-patólogo, Hospital Dr. E. Tornú.

³ Médica dermatóloga, Hospital Dr. E. Tornú.

Fecha de aceptación: enero 2012

RESUMEN

ANTECEDENTES: los lipomas son los tumores benignos mesenquimáticos más frecuentes del organismo, aunque su hallazgo en la cavidad oral es un hecho inusual. Se componen de lobulaciones de adipocitos maduros, separadas por tabiques conectivos rodeados por una delgada cápsula fibrosa.

OBJETIVO: describir los aspectos clínicos e histopatológicos durante un período de veinte años.

MATERIAL Y MÉTODO: se realizó un estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de lipoma de cavidad oral. Fueron evaluados: sexo, edad, aspectos clínicos, localización, tamaño, tiempo de evolución, y tipo histológico. Los casos fueron tomados de la práctica hospitalaria y privada de los autores, desde enero de 1990 hasta diciembre de 2010.

RESULTADOS: 23 pacientes (12 hombres, 11 mujeres). No hubo una diferencia significativa de sexo. La edad se extendió entre 35 y 86 años, con una media de 60 años. Las localizaciones más frecuentes fueron: mucosa yugal (13), lengua (4), labios (4), paladar blando (1), y piso de boca (1). El tiempo promedio de evolución de los lipomas fue de 24 meses. Estudio histopatológico: 22 casos fueron lipomas simples y uno de ellos fue fibrolipoma. El tamaño varió entre 0.5 y 1.5cm.

CONCLUSIÓN: los lipomas representan tumores benignos, poco frecuentes en la cavidad oral. Su diagnóstico se basa en las características clínicas e histopatológicas de los mismos. La cirugía excisional es el tratamiento de elección.

PALABRAS CLAVE: cavidad oral, lipomas orales, mucosa bucal, adipocitos maduros, fibrolipomas.

ABSTRACT

BACKGROUND: Lipomas are commonly found benign mesenchymal tumors more frequently confined to the extremities and trunk. Lipomas arising in the oral cavity are a rather unusual finding. Histologic features of the tumors reveal lobules of benign mature adipocytes encircled by thin bands of fibrous connective tissue.

OBJECTIVE: To describe clinical and histopathologic findings during a period of 20 years.

MATERIAL AND METHOD: The purpose of this report is to evaluate the retrospective clinical presentation and histopathological features of 23 collected lipomas confined to the oral cavity, and found during the hospital and private practice of the authors during the period of January 1990 through December 2010. All cases were tabulated by gender, age, location and awareness of the presence of the tumor, as well as clinical and histopathologic facts of lipomas arising in this particular location.

RESULTS: 23 cases (12 male, 11 female). The difference between sexes was not statistically significant. Ages ranged between 30 and 86 years old, 60 years old was the average age. The most frequent sites involved were: buccal mucosa (13), tongue (4), lips (4), soft palate (1), floor of the mouth. The average duration of the lipomas was 24 months. 22 cases were simple lipomas and 1 was fibrolipoma. The size range of tumors varied from 0.5 cm to 2 cm.

CONCLUSION: Lipomas represent benign tumors infrequent in the oral cavity, and its diagnosis should include clinical manifestations and histopathology. Surgery is the treatment of choice.

KEYWORDS: Oral cavity, oral lipoma, oral mucosa, adipocytic tumors, fibrolipoma, adipose tissue.

CORRESPONDENCIA

Graciela Fernández Blanco ■ gracefb55@gmail.com

Hospital Dr. E. Tornú, Ex combatientes de Malvinas 3002, Villar Ortuzar, CGPC#15, CP C1427ARN, Capital Federal, República Argentina. Tel. (0054) 11-4521-3600.

Introducción

El lipoma es el tumor mesenquimático más frecuente de los tejidos blandos, representando 1% de todos los tumores benignos del organismo.¹ En la región de la cabeza y el cuello se localiza 20% del total de los mismos. Su número es sensiblemente menor en la cavidad oral, donde representan solo 1-4% de los lipomas.² Suelen aparecer después de los 20 años de edad, y su hallazgo es muy raro en niños. Se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, atribuyéndolo algunos autores a que dicho género consulta por razones estéticas. Se encuentran casos aislados de lipomas que provocan deformidades dento-faciales y de tejidos blandos de cara y boca, debido al gran tamaño que pueden alcanzar, en especial los que se asientan en mucosa yugal y lengua.³

Material y método

Se realizó una revisión de pacientes –atendidos entre 1990 y 2010 en el Servicio de Dermatología del Hospital

Tornú, y en la práctica privada de los autores– que presentaron lipomas bucales con confirmación histopatológica, mismos que fueron analizados retrospectivamente. Se consideraron como variables: sexo, edad, localización, tamaño, tiempo de evolución, y diagnóstico histopatológico (véase la tabla I).

Resultados

De los 23 pacientes estudiados, predominan los de sexo masculino (11 mujeres y 12 varones), y la edad oscila entre 35 y 86 años.

Los lipomas estaban localizados en: mucosa yugal, 13 casos; lengua 4, labios 4, paladar blando 1, y piso de boca 1.

El tamaño varió entre 0.5 y 1.5 cm, y el tiempo de evolución promedio fue de 24 meses.

Con respecto al estudio histopatológico, 22 casos consistían en lóbulos de adipocitos maduros, siendo diagnosticados como lipomas simples, bien diferenciados, y uno de ellos resultó ser un fibrolipoma.

Tabla I. Serie de casos

Nº	SEXO	EDAD	LOCALIZACIÓN	MEDIDA	HISTOPATOLOGÍA
1	♂	35	Mucosa yugal	1.5 × 1.5 cm	Lipoma simple
2	♂	59	Mucosa labio inferior	0.8 × 0.8 cm	Lipoma simple
3	♀	43	1/3 anterior Mucosa yugal	0.6 × 0.6 cm	Lipoma simple
4	♀	78	Retrocomisural	0.5 × 0.5 cm	Lipoma simple
5	♀	86	Mucosa yugal	1.2 × 1.2cm	Lipoma simple
6	♀	53	Mucosa yugal	1.5 × 1.3 cm	Lipoma simple
7	♀	44	Piso de boca	0.7 × 0.3 cm	Lipoma simple
8	♂	62	Mucosa yugal	1.3 × 1 cm	Lipoma simple
9	♂	64	Lengua cara dorsal	0.7 × 0.7 cm	Lipoma simple
10	♂	47	Mucosa yugal	1 × 1cm	Lipoma simple
11	♀	69	Paladar blando	0.8 × 0.8 cm	Lipoma simple
12	♀	71	Mucosa yugal	0.8 × 0.6 cm	Lipoma simple
13	♂	68	Cara ventral de lengua	2 cm	Lipoma simple
14	♀	48	Mucosa yugal retrocomisural	0.15 cm	Lipoma simple
15	♂	30	1/3 post. de lengua	0.9 cm	Lipoma simple
16	♂	56	Mucosa de labio inferior	1.8 cm	Lipoma simple
17	♀	66	Mucosa de labio inferior	0.14 cm	Lipoma simple
18	♀	58	Mucosa yugal	1.6 × 1.4 × 1.2 cm	Lipoma simple
19	♂	63	Mucosa yugal	1.3 cm	Lipoma simple
20	♂	62	Borde de lengua	1.2 × 1.4 cm	Lipoma simple
21	♂	67	Mucosa yugal	1 cm	Fibrolipoma
22	♀	75	Mucosa yugal	0.9 × 0.1 cm	Lipoma simple
23	♂	83	Labio inferior	0.6 × 0.4 cm	Lipoma simple

Si bien los lipomas son los tumores benignos más frecuentes en el organismo, son raros en la boca, donde constituyen entre 0.5-5% de todas las neoplasias benignas en esa ubicación.^{1,4,5}

Aunque su etiología es desconocida, muchos autores hablan del antecedente de un traumatismo previo a la aparición del lipoma.⁶ También pueden tener importancia relativa los siguientes factores: antecedentes infecciosos, factores irritativos crónicos, alteraciones hormonales, causas hereditarias, y nidos de células embrionales lipoblásticas.⁶

El lipoma se presenta como una lesión tumoral asintomática, redondeada u ovoide, de superficie lisa, lobulada, con base sésil o pediculada, de color amarillento, con telangiectasias evidentes en la superficie, y atrofia del epitelio que reviste la mucosa. Son de consistencia blanda, móviles, y de lento crecimiento.² La palpación es indolora y, cuando existe sensación molesta, se debe a compresión de nervios periféricos. Su diámetro promedio varía entre 0.5 y 3 centímetros.^{1,2} Aun cuando son voluminosos, no modifican mayormente las funciones del lenguaje ni la masticación, y tampoco producen cambios dento-alveolares, probablemente por su consistencia blanda.

Suelen ser solitarios, aunque se citan raros casos bilaterales y simétricos.

Los lipomas se localizan en la submucosa, y el color amarillento se debe a la transparencia de la mucosa. También pueden ubicarse profundamente, como los lipomas de lengua, de localización intramuscular.⁷

En la cavidad oral, la localización más frecuente es la mucosa yugal. Le siguen, en orden decreciente, la lengua (generalmente en el borde lateral anterior) y el piso de la boca; otras ubicaciones son: retromolar, vestíbulo bucal, labios, paladar, y raramente en encía.⁸

Cuando varían en su constitución histológica cambian las características clínicas (fibrolipomas, angiolipomas, mixolipomas, etcétera).^{1,5,9} Los fibrolipomas suelen observarse en el área retromolar, con leve preponderancia en las mujeres. Son menos frecuentes que el lipoma simple y tienen abundante tejido conectivo entre los lóbulos adiposos.^{7,10} Son de mayor consistencia y, de acuerdo con el tamaño, pueden interferir en la masticación y la fonación.

Los angiolipomas se observan en hombres jóvenes, son capsulados y de color amarillo-rojizo. Tienen un componente vascular cuya proporción es variable, pudiendo ser muy acentuado.⁸

Los lipomas mixoides de la cavidad oral son raros y representan 2% de todos los lipomas bucales publicados.¹⁰

La lipoblastomatosis o lipoma fetal también se puede localizar en la mucosa bucal, y los nevos lipomatosos son excepcionales.¹¹



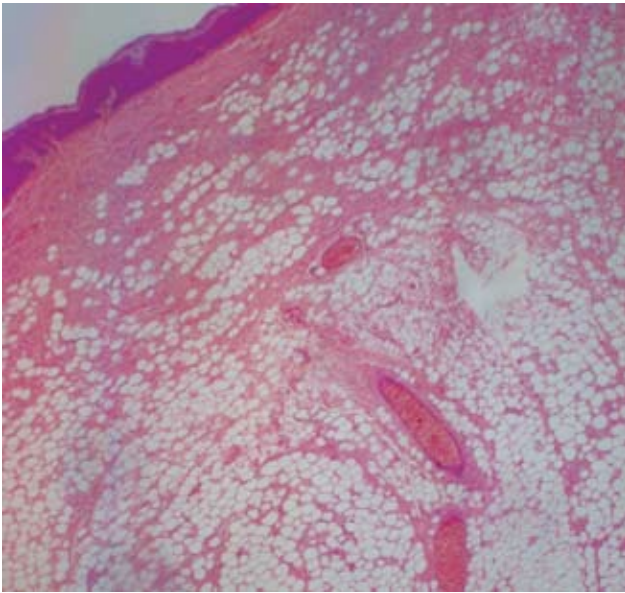
Fotografía 1. Lipoma. Lesión elevada, sésil, de color amarillento, de superficie lisa, con telangiectasias en su superficie, de consistencia blanda e indolora, en cara ventral de lengua.



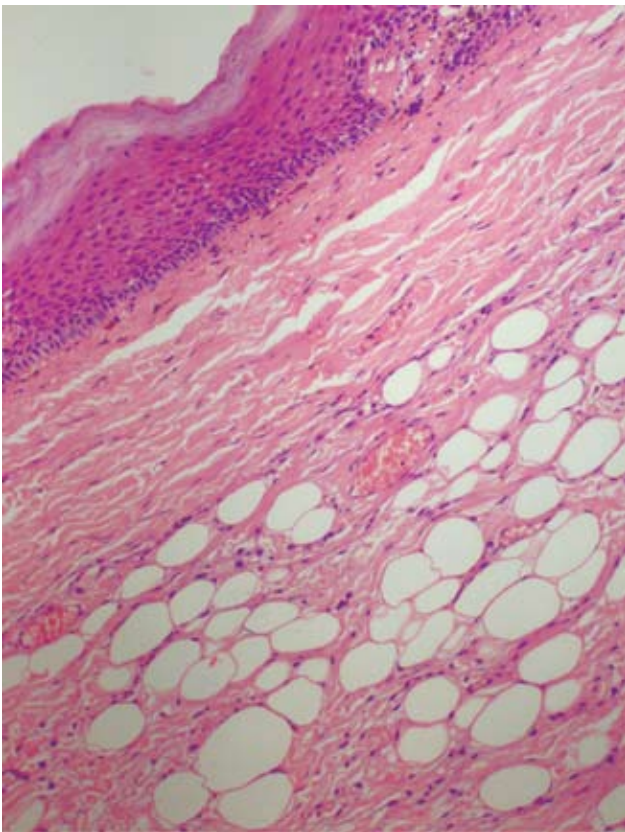
Fotografía 2. Lipoma. Tumoración bien delimitada, del color de la mucosa normal, cubierta por telangiectasias, localizada en mucosa yugal retrocomisural



Fotografía 3. Lipoma. Lesión sobreelevada de 1.5 cm, de superficie lisa, de color rosado, asintomática, de mucosa yugal posterior.



Fotografía 4. Lipoma. Acúmulos de células adiposas en el corion (2x-hematoxilina-eosina).



Fotografía 5. Lipoma. Epitelio escamoso y acúmulos de células adiposas en el corion (20x - hematoxilina-eosina).

A la lipomatosis múltiple se la asoció al síndrome de Mohr, denominado también Síndrome Oro-Facial-Digital tipo II, con la presencia de lipomas en cavidad bucal, deformidades en manos y pies, labio y paladar hendido, y hamartomas en la lengua.¹² Otras entidades que cursan con lipomas múltiples son: neurofibromatosis, lipomatosis encéfalo-cráneo-cutánea, lipomatosis múltiple familiar, síndrome de Gardner, síndrome de Proteus, y la hipertrofia hemifacial unilateral (hemihipertrofia).¹³ La presencia de múltiples lipomas en la cavidad oral puede estar asociada con el síndrome de Cowden.¹⁴

También se pueden hallar lipomas de lengua asociados a una lipomatosis simétrica y casos de asociación malformativa de lipomas, ránulas y quistes dermoides. En estas circunstancias los lipomas no deberían considerarse blastomas verdaderos, sino nevus lipomatosos o, en ocasiones, blastomas con fondo genético.

El estudio macroscópico de una pieza quirúrgica muestra que el lipoma está delimitado por una delgada cápsula fibrosa, es lobulado, amarillo pálido, de superficie lisa y, en la superficie de sección, su aspecto es homogéneo y amarillento.

Es de ubicación generalmente submucosa, aunque puede invadir la musculatura subyacente en el caso de los lipomas linguales.

Histológicamente, los lipomas se subdividen en: lipoma simple, fibrolipoma, angiolipoma, mixolipoma, lipoma pleomórfico, lipoma fusocelular o lipoma atípico, miolipoma, mielolipoma, lipoma condroide, lipoblastomatosis, lipomatosis, e hibernoma o tumor de la grasa parda.¹⁵

Los lipomas simples muestran lóbulos irregulares, constituidos por adipocitos maduros, que son células de citoplasma amplio, claro, vacuolado, que contienen grasas neutras; la membrana celular es bien definida y el núcleo con cromatina prominente es excéntrico, desplazado contra la membrana celular. Delgados tabiques de tejido conectivo vascularizado separan los lóbulos entre sí.¹⁵

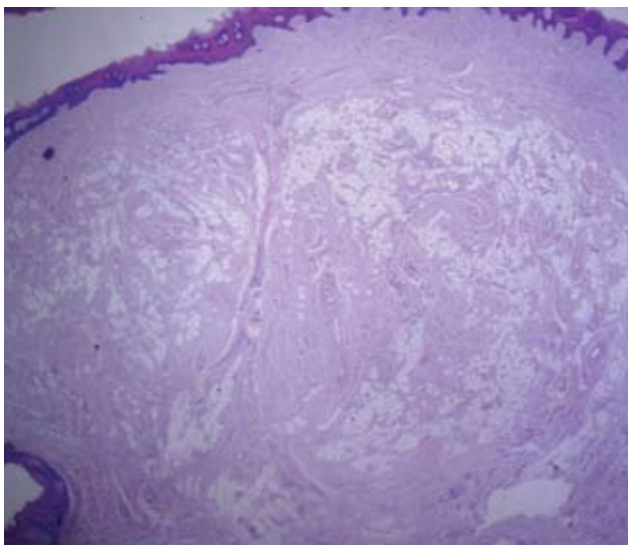
En los fibrolipomas se observa tejido adiposo maduro entremezclado con anchas bandas de tejido conectivo denso.^{15,16}

Los angiolipomas exhiben adipocitos maduros, vasos capilares en diferente proporción, con pequeños trombos de fibrina.^{15,17}

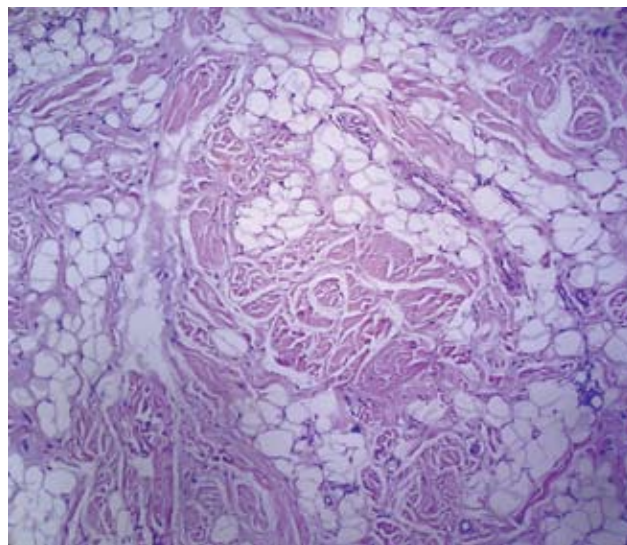
En cuanto a los mixolipomas o lipomas mixoides, muestran adipocitos maduros y áreas mixoides.¹⁸

En ocasiones, los lipomas contienen células multinucleadas, con núcleos dispuestos en roseta. Esta variedad se conoce como lipoma pleomórfico.¹⁹

Rara vez se pueden observar lipomas de células fusiformes,^{16,20} o bien metaplasia condroide u ósea en un lipoma



Fotografía 6. Fibrolipoma. Imagen panorámica de acúmulos de células adiposas separadas por bandas de tejido fibro-colágeno (2x - hematoxilina-eosina).



Fotografía 7. Fibrolipoma. Acúmulos de células adiposas separadas por bandas de tejido fibro-colágeno (20x - hematoxilina-eosina).

(lipoma condroide, osteolipoma).²¹ Cuando la médula ósea está presente, se denominan mielolipomas. Se designan como adenolipomas si aparecen estructuras tubulares.¹⁵

Otros subtipos sumamente raros son los lipoblastomas¹¹ y los hibernomas (tumor de la grasa parda).²²

El diagnóstico clínico de un lipoma oral no siempre es sencillo. Cuando la mucosa suprayacente es delgada y el tumor es amarillento, móvil, de consistencia blanda, con telangiectasias en la superficie, de crecimiento lento y asintomático, se puede realizar el diagnóstico con cierta certeza.^{2,5,8} Sin embargo, en casos de ubicación profunda, el diagnóstico raramente se realiza y el tumor alcanza apreciables dimensiones antes de causar síntomas y resultar aparente. En ese caso, se plantea el diagnóstico diferencial con un quiste, un absceso u otros tumores benignos.

En la tomografía computarizada, los lipomas tienen una imagen característica: presentan una densidad que oscila entre 83 y 143 unidades Hounsfield, con márgenes poco definidos, y desplazan los tejidos blandos adyacentes.²³

En la resonancia magnética, se observan hiperdensos tanto en las imágenes T₁ como en las T₂, y con bordes mal definidos.²³

En la ecografía, se observan masas hipoeoicas; y con el ultrasonido, los lipomas se observan hiporesonantes.

Los diagnósticos diferenciales se plantean con: ránula, quiste epidermoide y dermoide, neuroma, neurofibroma, papiloma diaprénico, quiste del conducto tirogloso, tejido tiroideo ectópico, mucocelo, tumores de glándula salival, quiste linfopitelial, tumor de células granulares, hemangioma, y linfangioma.

El lipoma puede confundirse con una ránula cuando se localiza en el piso de la boca. La transiluminación (basta hacerla con una linterna en un ambiente oscuro), o bien la punción (con aguja gruesa) permiten hacer un rápido diagnóstico diferencial.³

Los quistes epidermoides y dermoides aparecen como nódulos submucosos ubicados en la línea media del piso de la boca.²⁴

A veces un lipoma bucal se puede presentar como un nódulo profundo con superficie mucosa de color normal, debiéndose diferenciar con tumores de glándulas salivares y con otras neoplasias mesenquimáticas benignas.^{5,7,8}

Los quistes linfopiteliales suelen ser nódulos amarillentos submucosos movibles, más pequeños que los lipomas; se localizan en el piso de la boca y en el paladar blando, y aparecen entre la 1ª y 3ª década.²⁵

En niños pequeños, con antecedentes traumáticos, se puede observar un seudolipoma.²⁶ Se trata de un seudotumor, provocado por la procedencia de la mucosa yugal, que incluye en su interior la bola adiposa de Bichat. También lo puede provocar la herniación de una almohadilla adiposa bucal, que se desliza hacia la cavidad oral de manera súbita, por causa traumática.

Cualquiera que sea el tipo histológico, el tratamiento de elección consiste en la exéresis quirúrgica, incluida la glossectomía parcial en casos de lipomatosis de lengua. Se han comunicado casos tratados por lipectomía por succión en lipomas medianos (4 a 10 cm), o grandes (mayores de 10 cm).²⁷

El pronóstico de los lipomas orales es muy bueno. Y, si bien son muy raras las recidivas, éstas se han reportado en

menores de 18 años. Existiría la posibilidad de transformación de un lipoma en liposarcoma luego de múltiples recurrencias.²⁸ Estos tumores malignos del tejido adiposo se caracterizan por sectores de proliferación lipoblástica, áreas mixoides, acentuada vascularización, pleomorfismo celular y nuclear, y mitosis. Se ha comunicado que los lipomas intramusculares constituyen un factor de riesgo por la posibilidad de malignización.¹⁵

Discusión

Los primeros reportes de lipomas orales fueron descritos por Mac Gregor y Dyson, en 1966. Posteriormente, en 1973, Greer y Richardson publicaron nuevos casos.⁸

A lo largo de veinticinco años, Seldin y colaboradores (1967) observaron a 24 pacientes con 26 lipomas intrabucales. Hasta 1976, Connell y colaboradores hallaron alrededor de 220 casos de lipomas bucales en la literatura, aunque seguramente muchos casos no se publican y las cifras de incidencia podrían ser mayores.²⁹

Fregnani y colaboradores,³ en una revisión de piezas quirúrgicas desde 1970 hasta 2001, encontraron 46 lipomas que representan 0.5% de todos los tumores bucales que estudiaron. Las localizaciones en orden de frecuencia fueron: mucosa yugal (45.7%), lengua y labios (13%), y piso de boca (10.9%).

Son tumores benignos, infrecuentes en la cavidad oral,⁷ constituidos por tejido adiposo maduro. Representan entre 2.2% y 4.4% de todos los tumores benignos de la cabeza y el cuello.^{1,8}

Debido a la baja frecuencia de lipomas solitarios en la mucosa bucal,^{1,2} no se consideran de rutina en el diagnóstico diferencial de la mayoría de las lesiones tumorales asintomáticas. Sin embargo, son tumores comunes en el resto de la cabeza y el cuello, y se han asociado a varios síndromes.¹²

Los lipomas orales son de crecimiento lento y, debido a que en general son indoloros, suelen pasar muchos años hasta que el paciente consulta por la tumoración.

El diagnóstico clínico de los lipomas orales no siempre es sencillo. Si la mucosa suprayacente es delgada y se visualiza el color amarillo del tumor, pueden diagnosticarse con facilidad. Si la localización es profunda, el diagnóstico se dificulta, alcanzando el tumor gran tamaño antes de provocar síntomas. El tiempo de evolución varía entre 15 días y 50 años.^{7,8,9,30,31} En general, su tamaño oscila entre 0.5 y 3 cm.^{8,9} Si alcanzan gran tamaño, pueden provocar atrofia de la musculatura lingual, macroglosia, alteraciones dentales, dificultades masticatorias, y trastornos de la locución.^{30,31} En casos aislados, los lipomas pueden ser dolorosos y ulcerarse por acción traumática.^{6,30}

En lo que respecta a la distribución de los lipomas según el sexo, algunos autores sostienen que predominan en mujeres (57.8%), en tanto que otros alegan predilección por el sexo masculino (54.4%). Hay quienes señalan que la distribución es semejante en ambos sexos, como ha quedado evidenciado en nuestro trabajo.^{7,9}

Los pacientes suelen consultar debido al crecimiento del tumor, al aspecto cosmético, o bien o debido a los síntomas causados por la compresión de estructuras locales.³³

Los lipomas simples aparecen con más frecuencia en la mucosa yugal y en la lengua, representando aproximadamente 80% de los casos, seguidos por localizaciones en mucosa labial, piso de boca, y paladar.

De todas las variedades histológicas –lipomas simples, fibrolipomas, angiolipomas, lipomas mixoides, lipoma pleomórfico, lipoma fusocelular y lipoma atípico^{2,15}–, ninguna tiene significado pronóstico.³¹

Histológicamente, 22 casos fueron diagnosticados como lipomas simples, debido a la ausencia de alguna asociación con otro tipo de tejido conjuntivo (fibro, angio o mixolipoma), de lipoblastos, o de atipias celulares que pueden observarse en estas lesiones,¹⁵ y un caso fue diagnosticado como fibrolipoma.

Tanto para realizar el diagnóstico preoperatorio de lipomas linguales de ubicación profunda, como para diferenciar lipomas infiltrantes de lipomas capsulados,⁵ se pueden utilizar técnicas no invasivas, tales como ultrasonido, tomografía computada, y resonancia magnética nuclear. En nuestros casos no hemos utilizado técnicas de imágenes para el diagnóstico de los lipomas.

El tratamiento es quirúrgico en todas sus variedades. El pronóstico es bueno y son muy raras las recidivas.^{5,15,28} En los casos de lipomas infiltrantes, se recomienda la resección con margen de tejido sano para evitar las posibles recurrencias. En nuestra casuística de 23 casos de lipomas orales no hubo recidivas de ninguno de ellos, luego de un seguimiento no menor de tres años.

Conclusión

Los lipomas intrabucales son tumores mesenquimáticos benignos poco frecuentes, constituidos por tejido adiposo maduro, que se localizan preferentemente en la mucosa yugal y en la lengua. El subtipo histológico más común es el lipoma simple. El tratamiento de elección consiste en la exéresis quirúrgica, siendo excelente el pronóstico de estos tumores y muy raras las recidivas.

REFERENCIAS

1. Visscher de JG. "Lipomas and fibrolipomas of the oral cavity". *J Oral Maxillofac Surg* 1982; 10(3): 177-181.
2. Fregnani ER, Pires FR, Falzoni R et al. "Lipomas of the oral cavity: clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases". *Int J Oral Maxillofac Surg* 2003; 32(1): 49-53.
3. Redelinghuys IF, Du Preez LA. "Lipoma of the floor of the mouth: report of an unusually large lesion". *SADJ* 1998; 3: 245-246.
4. Rapis AD. "Lipoma of the oral cavity". *Int J Oral Surg* 1982; 11: 30-35.
5. 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(10): 1113-1117.
6. Del Castillo JL, Cebrián JL, Gómez E. "Chronic lingual ulceration caused by lipoma of the oral cavity. Case report". *Med Oral* 2004; 9: 163-167.
7. Juliasse LE, Nonaka CF, Pinto LP et al. "Lipomas of the oral cavity: clinical and histopathologic study of 41 cases in a Brazilian population". *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2010; 267: 459-465.
8. Furlong MA, Fanburg-Smith JC, Childers EL. "Lipoma of the oral and maxillofacial region: Site and subclassification of 125 cases". *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98: 441-450.
9. Seldin HM, Seldin SD, Rakower W et al. "Lipomas of the oral cavity: report of 26 cases". *J Oral Surg* 1967; 25: 270-274.
10. Greer RO, Richardson JF. "The nature of lipomas and their significance in the oral cavity. A review and report of cases". *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1973; 36: 551-557.
11. Shear. "Lipoblastomosis of the cheek". *Br J Oral Surg* 1967; 5: 173-179.
12. Ghossaini SN, Hadi U, Tawil A. "Oral-facial-digital syndrome type II variant associated with congenital tongue lipoma". *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94: 324-327.
13. Kang N, Ross D, Harrison D. "Unilateral hypertrophy of the face associated with infiltrating lipomatosis". *J Oral Maxillofac Surg* 1998; 56: 885-887.
14. Woodhouse JB, Delahunt B, English SF et al. "Testicular lipomatosis in Cowden's syndrome". *Mod Pathol* 2005; 18: 1151-1156.
15. Weiss SW, Goldblum JR. "Benign Lipomatous Tumors". En: *Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors*, 5ª ed, Philadelphia, Mosby Elsevier, 2008: 429-476.
16. Said-Al-Naief N, Zahurullah FR, Sciubba JJ. "Oral spindle cell lipoma". *Ann Diagn Pathol* 2001; 5: 207-215.
17. Altug HA, Sahin S, Sencimen M et al. "Non infiltrating angiolipoma of the cheek: a case report and review of the literature". *J Oral Sci* 2009; 51: 137-139.
18. Chen SY, Fantasia JE, Miller AS. "Myxoid lipoma of oral soft tissue: a clinical and ultrastructural study". *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984; 57: 300-307.
19. Prado Fo, Ito FA, Di Hipólito O Jr, et al. "Pleomorphic lipoma of the face: case report". *Oral Dis* 2006; 12: 73-76.
20. Said-Al-Naief N, Zahurullah FR, Sciubba JJ, McDaniel RK, Newland JR, Chiles DG. "Oral spindle cell lipoma". *Ann Diagn Pathol* 2001; 5: 207-215.
21. Fujimura N, Enomoto S. "Lipoma of the tongue with cartilaginous change: a case report and review of the literature". *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50: 1015-1017.
22. Rigor VU, Goldstone SE, Jones J, et al. "Hibernoma: a case report and discussion of a rare tumor". *Cancer* 1986; 57: 2207-2211.
23. Chikui T, Yonetsu K, Yoshiura K, et al. "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.
24. Longo F, Maremonti P, Mangone GM, et al. "Midline (dermoid) cysts of the floor of the mouth: report of 16 cases and review of surgical techniques". *Plast Reconstr Surg* 2003; 112: 1560-1565.
25. Flaitz CM. "Oral lymphoepithelial cyst in a young child". *Pediatr Dent* 2000; 22: 422-423.
26. Messenger KL, Cloyd W. "Traumatic herniation of the buccal fat pad". *Oral Surg* 1977; 41: 41-43.
27. Silistreli OK, Durmus EU, Ulusal BG. "What should be the treatment modality in giant cutaneous lipomas? Review of the literature and report of 4 cases". *Br J Plastic Surgery* 2005; 58: 394-398.
28. Adoga AA, Nimkur TL, Manasseh AN, Echejoh GO. "Buccal soft tissue lipoma in an adult Nigerian: a case report and literature review". *J Med Case Reports* 2008; 2: 382.
29. Grinspan, D. "Lipomas en blastomas benignos". *Enfermedades de la boca*, tomo IV, Ed. Mundi, 1982: 2680-2688.
30. Roles DM. "Lipoma of the tongue". *Br J Oral Maxillofac Surg* 1995; 33: 196-197.
31. Dattilo DJ, Ige JT, Nwanna EJC. "Intraoral lipoma of the tongue and submandibular space: Report of a case". *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54: 915-917.
32. Gier RE. "Yellow conditions of the oral cavity". En Wood NK, Goaz PW. *Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions*, 5ª ed. St. Louis, Mosby Year Book Inc, 1997: 225-231.
33. Costa Studart-Soares, E, et al. "Oral lipomas in a Brazilian population: A-10 year study and analysis of 450 cases reported in the literature". *Med Oral Patol Cir Bucal* 2010; 15: 691-696.