

# Fibrolipoma de la cavidad oral y fibroma lingual. Presentación de un caso

Dra. Beatriz Cortez Carmona,\* Dra. Deisi Magaly del Carmen Cruz Pérez\*\*

## RESUMEN

Los fibrolipomas intraorales son poco frecuentes, representan el 4% de los tumores benignos. El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica. Después de la extirpación completa las recidivas son raras.

**Palabras clave:** Fibrolipomas, cavidad oral, tratamiento quirúrgico.

## ABSTRACT

*Fibrolipomas are rarely located in the oral cavity. Lipomas account for 4% of all benign oral tumors. Treatment consists of surgical excision, and the tumor does not tend to recur if they are adequately removed.*

**Key words:** *Fibrolipomas, oral cavity, surgical treatment.*

## CASO CLÍNICO

Mujer de 52 años de edad, consulta por dos tumoraciones en cavidad oral de 10 y 22 años de evolución, de comienzo insidioso y que recientemente dificultaban la masticación. La primera afectaba a surco vestibular inferior y mucosa labial del lado izquierdo, unilateral, de crecimiento lento y progresivo que apareció sin causa aparente; la segunda afectaba la cara lateral y superior derecha de la lengua, que apareció después de haber sufrido un traumatismo con sus propios dientes. No había recibido tratamiento previo.

Antecedentes patológicos previos: apendicectomía, cesárea, reducción quirúrgica de tobillo izquierdo, miomectomía, histerectomía y ooforectomía.

## EXPLORACIÓN DERMATOLÓGICA

Se observa en el surco vestibular inferior y mucosa labial una neoformación pediculada de base ancha, que medía 8 mm en la base, 15 mm de diámetro longitudinal y 10 mm transversal, de color rosa amarillento, de consistencia blanda, móvil, no dolorosa (*Figura 1*), la segunda dermatosis se localizaba en la lengua; constituida por

una neoformación hemiesférica, pediculada de base ancha, la cual medía aproximadamente 5 mm, bien delimitada, de color rosa pálido, de consistencia blanda, de evolución crónica, asintomática (*Figura 2*).

No se palpaban adenopatías cervicales.

Los diagnósticos clínicos presuntivos fueron el de papiloma diapnéusico y fibroma oral.

## TRATAMIENTO

Se realizó extirpación quirúrgica y se enviaron las piezas para estudio histopatológico.

## HISTOLOGÍA

El estudio histopatológico mostró en el primer caso epitelio poliestratificado no queratinizante. En dermis superficial algunos vasos dilatados y congestionados. En el resto de la dermis células adiposas maduras con algunas fibras colágenas (*Figuras 3 y 4*). En el segundo caso, epitelio poliestratificado no queratinizante. En toda la dermis se observan fibras colágenas engrosadas (*Figuras 5 y 6*).

## EVOLUCIÓN

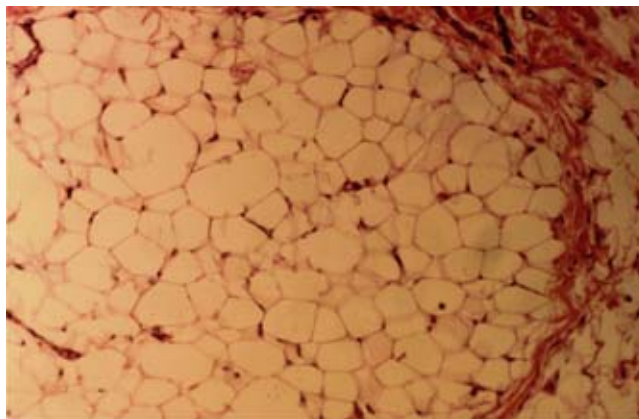
Se retiró el material de sutura de la herida del labio 5 días después. Actualmente la paciente se encuentra asintomática (*Figuras 7 y 8*).

\* Dermatóloga del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

\*\* Residente de 2do año Dermatología, CDP.



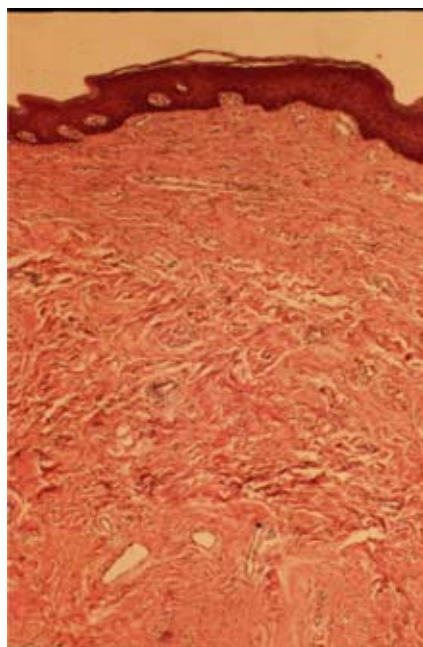
**Figura 1.** Fibrolipoma.



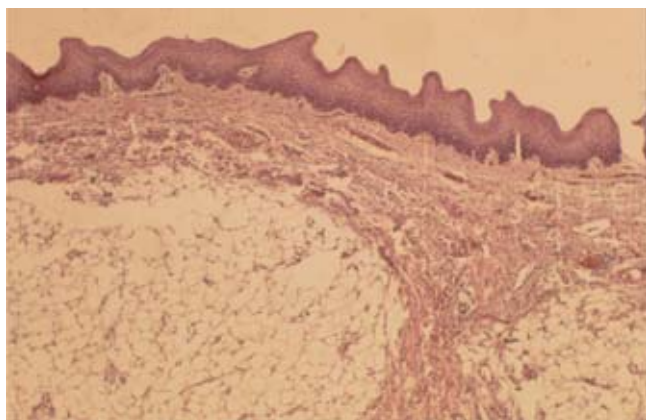
**Figura 4.** Fibrolipoma (40 X).



**Figura 2.** Fibroma lingual.



**Figura 5.** Fibroma lingual (H-E 10X).



**Figura 3.** Fibrolipoma H-E 10 X.

## DISCUSIÓN

Dentro de la cavidad oral, la mayoría de los denominados tumores no son neoplasias verdaderas, sino reacciones hiperplásicas del tejido conjuntivo ante una lesión o irritación crónica. Las lesiones hiperplásicas se denominan proliferaciones reactivas, ya que representan una proliferación autolimitada del tejido fibroblástico resultante de irritaciones crónicas como el mordisqueo de los carrillos, prótesis dentales mal ajustadas o presión negativa ejercida por prótesis o succión (hábito).

Las verdaderas neoplasias observadas en la cavidad oral derivan de fibroblastos, endotelios, músculo, adipocitos, envolturas neurales y células osteoprogenitoras; y son el fibroma desmoplásico, histiocitoma fibroso benigno, neurilemoma, tumor de células granulares, leiomioma, rabdomioma, lipoma, hemangioma, linfangioma, fibrosarcoma, leiomiosarcoma, rabdomiosarcoma, liposarcoma y linfangiosarcoma.

Los lipomas intraorales son poco frecuentes, constituyen aproximadamente el 4% de todos los tumores benignos de la cavidad oral. Se presentan más comúnmente en pacientes varones mayores de 40 años.

Son tumores de crecimiento lento, no dolorosos, tienden a ser pediculados, el epitelio que los cubre es elástico y bastante delgado, haciendo visible la coloración amarillenta a través de la delgada mucosa que lo cubre. Con menos frecuencia el tumor se localiza profundamente extendiéndose a los tejidos de la submucosa y alcanza un gran tamaño, ocasionando distorsión o asimetría de la cara.

El fibrolipoma difiere del lipoma en que contiene una gran cantidad de colágeno. El tejido fibroso divide el tejido graso en lóbulos, el epitelio que lo cubre generalmente es atrófico, por lo tanto la tumoración tiene como característica especial su color amarillento. La superficie es lisa, está cubierta por pequeños capilares, son tumores de consistencia suave, móviles y asintomáticos.

Otras variantes histológicas son el angiolipoma si el tumor tiene abundante cantidad de vasos sanguíneos y lipofibroma cuando el tejido fibroso es más abundante que en el fibrolipoma.

El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica y la recurrencia es rara si fue extirpado adecuadamente.

El tratamiento de lesiones profundas es más difícil debido a que están en cercanía con nervios y vasos. Requiere manejo especializado por cirugía maxilofacial.

La diferenciación de un lipoma a liposarcoma es muy poco frecuente. Sin embargo se han reportado casos aislados. La recurrencia de los lipomas debe ser considerado como presagio de transformación maligna, a pesar de haber reportado un patrón histológico benigno en las lesiones iniciales y recurrentes. Por lo tanto el seguimiento de los pacientes debe ser obligatorio por lo menos un año después de la extirpación.

Dentro de las lesiones hiperplásicas o proliferaciones reactivas tenemos que cuando la proliferación de tejido conjuntivo afecta sólo a la encía, se denomina clínicamente como *épulis*. Las lesiones consideradas entre los *épulis* son el fibroma periférico, fibroma osificante periférico, granuloma piógeno y el granuloma periférico de células gigantes. En caso de que la hiperplasia fibrosa se

localice en el resto de la mucosa bucal se denomina fibroma por irritación.

Fibroma por irritación: Esta lesión es considerada un tipo de proliferación reactiva resultante de irritación crónica por mordisqueo de carrillos, labios e irritación por prótesis. Este tipo de lesiones son más frecuentes en adultos y se localiza en encías, labios y bordes de la lengua. El aspecto clínico del fibroma es una masa cupuliforme o pediculada de superficie lisa del mismo color de la mucosa bucal. El tratamiento es la escisión quirúrgica y por lo general no recurren. Cuando la hiperplasia fibrosa se localiza en la encía, surco gingival o en la papila interdental, suele denominarse fibroma periférico.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Seudolipoma (papiloma diaprénico): Se presenta en mucosa yugal o labial, a nivel de la línea de oclusión o cercano a la misma. Se observa en pacientes que tienen por hábito aspirar o succionar la mucosa a través del espacio interdentario, sitios en donde se puede producir una presión negativa que da lugar a la lesión. Se manifiestan como tumoraciones bien delimitadas de superficie lisa y tamaño variable. También se ha asociado al uso de prótesis. Histológicamente está constituido por hiperplasia del tejido conjuntivo, cubierto por epitelio estratificado.

Fibroma osificante periférico: Se observa en la encía, y se presenta como una neoformación que nace de las papilas interdentes. La mucosa que la cubre puede ser lisa y de coloración normal o presentar focos de ulceración superficial. Es una proliferación celular fibrosa con formación de material calcificado compuesto por osteoide y trabéculas óseas, calcificaciones cementoides redondeadas o calcificaciones distróficas.

Granuloma piógeno: es una lesión frecuente caracterizada por la proliferación de tejido de granulación infiltrado por neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas. Se manifiesta como una masa ulcerada que afecta con mayor frecuencia la encía. Es más común en niños y adultos jóvenes.

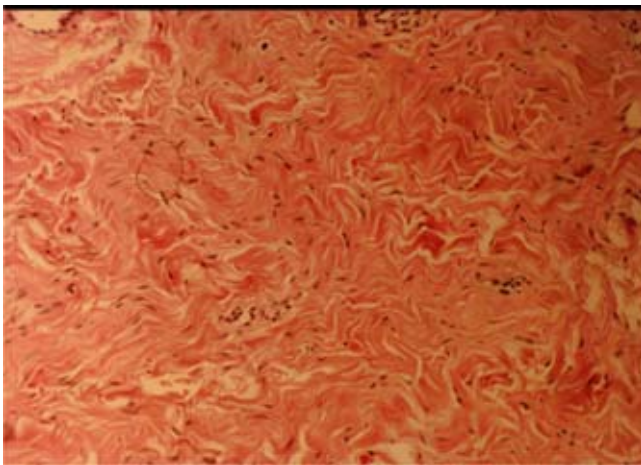
Granuloma periférico de células gigantes. Afecta con exclusividad la encía o el reborde de un alvéolo desprovisto de diente y se caracteriza por una tumefacción cuculiforme, rojiza o amoratada debido a ulceraciones provocadas por la masticación; estas lesiones provocan desplazamiento de los dientes. Compuestos por células gigantes multinucleadas, eritrocitos extravasados, hemosiderina y células inflamatorias acompañadas de osteoide y formación de tejido óseo.



Fibroma de células gigantes: puede afectar cualquier sitio de la mucosa oral, se presenta como tejido conectivo fibroso muy vascularizado cubierto por epitelio escamoso estratificado. En el tejido conectivo superficial se observan numerosos fibroblastos voluminosos multinucleados con forma de estrella. Puede ser sésil o pediculado, y la superficie puede ser nodular; esta lesión es asintomática y su causa se desconoce.

Otras lesiones que afectan la mucosa bucal son:

Lesiones neurogénicas. Neuroma traumático, neurofibroma, neurilemoma, tumor de células granulares. Éstas son infrecuentes en la cavidad oral, su diagnóstico requiere biopsia y el tratamiento es quirúrgico.



**Figura 6.** Fibroma lingual (H-E 20X).

Nódulos múltiples: Los neuromas múltiples de la mucosa forman parte integral de la neoplasia endocrina múltiple tipo III.

Enfermedades benignas de las glándulas salivales. Los trastornos que afectan con mayor frecuencia las glándulas salivales son secundarios a la obstrucción de las secreciones salivales producidas por las células acinares o ductales secretoras. La lesión más frecuente es el mucocoele, que afecta el labio inferior o el piso de la boca. Es una lesión exofítica de superficie lisa que contiene líquido, secundaria a la ruptura traumática de un conducto de una glándula salival menor.

Neoplasias de las glándulas salivales. Las neoplasias de las glándulas salivales representan menos del 10% de todos los tumores malignos orales, pero pueden afectar a todas las glándulas salivales mayores y menores localizadas en las mucosas palatina, labial y bucal; la lesión a menudo es una tumefacción, dolorosa o indolora, con una superficie regular o ulcerada. Los adenomas pleomorfos, los carcinomas quísticos adenoides y los adenocarcinomas de bajo grado polimorfos afectan las glándulas salivales menores y mayores, mientras que los carcinomas de células acinares y los mucoepidermoides sólo comprometen las glándulas salivares mayores.

### COMENTARIO

Es importante la comunicación de estos casos que desde el punto de vista clínico, pueden confundirse con otras patologías. Así como la adecuada extirpación y el estudio histopatológico.



**Figuras 6 y 7.** Evolución 2 meses después del tratamiento.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Pisanty S. Bilateral lipomas of the tongue. *Oral Surg* 1976; 42: 451-53.
2. Scully C, Porter S. Swellings an red, white, and pigmented lesions
3. Greer R, Richardson J. The nature of lipomas and their significance in the oral cavity. *Oral Surg* 1973; 36: 551-57.
4. Hatziotis J, Greece T. Lipoma of the oral cavity. *Oral Surg* 1971; 31: 511-524.
5. Correll R, Wescott W, Potter D. Nonulcerated, sessile nodule of the lower lip. *J Amer Dent Ass* 1982; 104: 206-208.
6. Kiehl R. Oral fibrolipoma beneath complete mandibular denture. *J Amer Dent Ass* 1980; 100: 560-561.
7. Miles A. Sebaceous glands in the lip and cheek mucosa of man. *Br Dent J* 1958; 105: 235-248.
8. Fitzpatrick, T. *Dermatology in general medicine*. 6<sup>th</sup> ed. Panamericana, 2003: 1217-1222.