

Tratamiento quirúrgico de un fibrolipoma en piso de boca derecho. Informe de un caso clínico

Diana Araceli Dávila-Hernández*

Cirujana bucal y maxilofacial, Centro de Cirugía Ambulatoria, Hospital Regional 1.º de Octubre, ISSSTE. Ciudad de México, México

Resumen

El fibrolipoma, conocido también como lipoma solitario, es una neoplasia benigna de origen mesenquimatoso, integrada por adipocitos y tejido conjuntivo. Es una variante histológica del lipoma simple, un tumor común en el cuerpo humano, pero poco frecuente en la cavidad bucal. Se describe el caso clínico de un paciente masculino de 61 años de edad, diagnosticado con un fibrolipoma de cinco años de evolución localizado en el piso derecho de la boca. Se realizó la enucleación quirúrgica y se obtuvo una lesión de 8 x 5 x 3 cm, que histológicamente mostró tejido mesenquimatoso con lóbulos de tejido adiposo maduro y tejido conectivo fibrocelular. Actualmente el paciente se encuentra en fase de recuperación y a dos años de la enucleación del fibrolipoma no existe recidiva.

Palabras clave: Lipoma. Fibrolipoma. Adipocitos. Tejido conjuntivo. Piso de boca.

Surgical treatment of a fibrolipoma in the right-side floor of the mouth. Case report

Abstract

The fibroma, also known as lonely lipoma, is a benign neoplasm of mesenchymal origin composed by adipocytes and connective tissue. This is a histologic variant of simple lipoma, a common tumor in the human body but rare in the oral cavity. In this paper we describe the clinical case of a 61-year-old man, who was diagnosed with a fibrolipoma 5 years ago, which was localized on the right sided floor of the mouth. A surgical enucleation was carried out, and we got a lesion with a dimension of about 8 x 5 x 3 cm. In histologic terms, that showed mesenchymal tissue with lobules of mature adipose tissue and fibrocellular connective tissue. Currently, the patient is recovered, and after two years the lesion is not present.

Key words: Lipoma. Fibrolipoma. Adipocytes. Connective tissue. Floor of mouth.

Correspondencia:

*Diana Araceli Dávila Hernández

E-mail: dadavila@issste.gob.mx,
dianadavila2002@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 11-11-2015

Fecha de aceptación: 15-07-2016

Disponible en internet: 25-09-2018

Rev Esp Méd Quir. 2018;23:104-10

www.remq-issste.com

1665-7330/© 2018 Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Publicado por Permanyer México SA de CV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El fibrolipoma es considerado una variante del lipoma, un tumor de origen mesenquimatoso, benigno, integrado por adipocitos maduros; representa el 50% de los tumores de tejidos blandos que con mayor frecuencia se ubican en el tejido celular subcutáneo de la nuca, espalda, hombros, abdomen, glúteos y extremidades¹. Solo el 20% se presentan en cabeza y cuello, mientras que del 1 al 5% ocurren en la cavidad bucal. Suelen aparecer entre la tercera y quinta décadas de la vida, en una relación entre sexo masculino y femenino de 2:1. Sin embargo, existe literatura que descarta la predilección por el sexo y hay quien apoya que el sexo femenino es el más afectado.

Un estudio realizado sobre los lipomas por Juliasse² en la población brasileña mostró que no era más frecuente en el sexo femenino y que su incidencia máxima estaba entre la sexta y la séptima décadas de la vida. La mucosa bucal era el sitio más afectado (53,7%), seguido por el surco bucal (14,6%) y la lengua (9,8%). El tamaño del tumor varió de 0,5 a 10 cm y el tiempo promedio de evolución de las lesiones fue de 48 meses. Histológicamente, se identificaron las siguientes variantes: lipoma (41,5%), fibrolipoma (34,1%), lipoma de células fusiformes (9,8%), sialolipoma (9,8%), osteolipoma (2,4%) y condrolipoma (2,4%). La mayoría de los tumores estaban bien delimitados³. Una revisión realizada por Manjunatha⁴ describió 33 casos de fibrolipoma en la mucosa de la cavidad bucal como el sitio de mayor frecuencia, seguido de la lengua, con un periodo de evolución de 8 meses a 10 años y sin presentar datos de recidiva en los siguientes cinco años del control postoperatorio.

El primer lipoma diagnosticado en cavidad bucal fue reportado en 1848 por Roux y fue descrito como un aumento de volumen ubicado en el proceso alveolar de un paciente, lo llamó «epulis amarillo»⁴. Se trata de tumores benignos de tejido adiposo, de crecimiento lento en la región facial, pero su presencia en la cavidad bucal y en la región orofaríngea es relativamente poco común; con una prevalencia de 1 por cada 5,000 adultos.

A pesar de que una importante cantidad de lipomas no se registran, porque las dimensiones de la lesión no son suficientes para causar un problema estético o funcional, su incidencia supera en número a otros tumores de tejidos blandos.

Se ha asociado el síndrome de Mohr con la presencia de lipomas en cavidad bucal. Este síndrome,

llamado también síndrome oro-facial-digital tipo II, cursa con deformidades en manos y pies, labio y paladar hendido, así como hamartomas en la lengua y malformaciones viscerales⁵.

El término de fibrolipoma se atribuye a una neoplasia benigna, mesenquimatosa, limitada y sólida; integrada por adipocitos, tejido conectivo y evidentes vasos sanguíneos⁶.

Existen diversas teorías acerca de la etiología del fibrolipoma, entre las que destacan el trauma repetitivo, factores idiopáticos, endocrinos, degeneración fibromatosa o la maduración de una lipoblastomatosis. Algunos autores sugieren que existe una metaplasia de las células mesenquimatosas en lipoblastos, ya que el tejido graso puede derivar de células de tejido conjuntivo mutables en casi cualquier parte del cuerpo. Lin y Lin afirman que estas entidades benignas son lesiones congénitas⁷, derivadas de células embrionarias multipotenciales que permanecen latentes de forma subclínica hasta que se diferencian en adipocitos bajo la influencia hormonal⁸.

Otro factor etiológico de los lipomas en la cavidad bucal son las aberraciones cromosómicas asociadas a las traslocaciones de los cromosomas 12q13-15 y a las deleciones intersticiales en el cromosoma 13q. Las anomalías específicas para el lipoma de células fusiformes se restringen a las alteraciones presentadas en los cromosomas 8q11-13.

De acuerdo a la clasificación de la OMS, los lipomas son clasificados dependiendo del origen histológico en fibrolipoma, mixolipoma, lipoma condroide, angiolipoma, angiomiolipoma, mielolipoma, lipoma de células fusiformes, lipoma pleomórfico e hibernoma⁹.

Clínicamente, los fibrolipomas se presentan como una lesión elevada, que puede superar 1 cm de diámetro, de color amarillo o rosa pálido, cubierto por una mucosa adelgazada, en ocasiones ulcerada¹⁰, y de superficie lisa con base sésil o pedunculada, de crecimiento lento y la mayoría de ellos asintomático. En cavidad bucal se localizan en orden de frecuencia en lengua, carrillo, piso de boca, labios, paladar y encía¹¹. El tratamiento es quirúrgico, con buen pronóstico la mayoría de los casos y de baja recidiva¹²; sin embargo, se ha descrito un caso de malignización.

Caso clínico

Acude a la consulta externa del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Centro de Cirugía Ambulatoria del

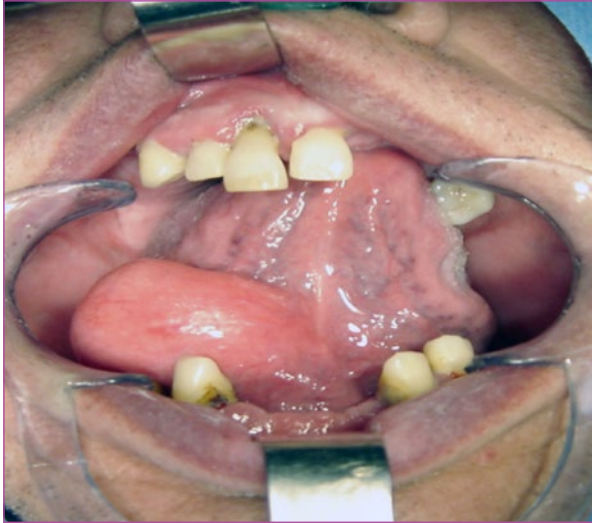


Figura 1. Neoformación de 7 x 5 cm en el piso de la boca derecho.

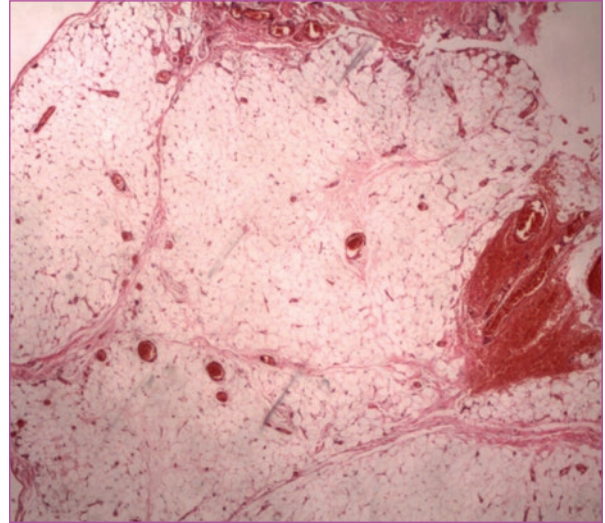


Figura 2. Tejido mesenquimatoso, lóbulos de tejido adiposo maduro y septos de tejidos conectivo fibrocelular laxo.

Primero de Octubre del ISSSTE un paciente masculino de 61 años de edad, originario del Estado de México, con antecedente de hipertensión arterial sistémica de ocho años de evolución, controlado con losartán, amilodipino y bezafibrato, sin antecedentes de alergia a medicamentos.

El paciente refirió un aumento de volumen debajo de la lengua del lado derecho; asintomático, de cinco años de evolución, sin datos de sangrado, que le dificultaba la deglución de los alimentos y el movimiento de la lengua.

A la exploración física se observó un paciente activo, reactivo, ubicado en sus tres esferas biológicas; de cráneo normocéfalo con pupilas isocóricas, normorrefléxicas y narinas permeables.

Durante la exploración extraoral no se detectaron ganglios submandibulares palpables que fueran compatibles con una adenopatía.

A la exploración intraoral se observaron labios íntegros, mucosas y encías hidratadas con adecuada coloración; inserción adecuada de frenillos labiales y la presencia de órganos dentarios 13, 12, 11, 21, 26, 33, 34, 35, 43 y 45.

En el piso derecho de la boca se observó una neoformación pediculada de 7 x 5 cm aproximadamente, limitada, sin rebasar la línea media de la superficie ventral de la lengua, cubierta por una capa de epitelio vascularizado y homogéneo de color amarillo, ubicada en los tres tercios del piso de la boca derecho. A la palpación bimanual la consistencia fue blanda, móvil

y fluctuante. Los movimientos de la lengua eran limitados en dirección anterior y lateral derecha, observando los conductos de Wharton y Bartholin íntegros y permeables, sin evidencia de datos sugerentes de una disgeusia, parestesia o disestesia de la lengua derecha (Fig. 1).

Como auxiliar de diagnóstico se realizó una biopsia incisional y se envió al Servicio de patología un fragmento de tejido blando fijado en formol al 10% de forma esférica, color amarillo parduzco, superficie lisa y consistencia firme, que midió 1 x 1 cm aproximadamente. El resultado del estudio histopatológico fue compatible con un fibrolipoma, describiendo una lesión de estirpe mesenquimatoso formada por amplios lóbulos de tejido adiposo maduro, separado por delgados septos de tejido conectivo fibrocelular y laxo muy vascularizado. La lesión se encontró delimitada por una delgada cápsula de tejido fibroso maduro (Fig. 2).

El piso de la boca es una superficie mucosa en forma de media luna ubicada entre la lengua y la cara lingual del proceso alveolar mandibular. En la región anterior y a ambos lados del frenillo lingual se encuentran las carúnculas de los conductos de Wharton y Bartholin. Se distingue un plano submucoso que ubica estructuras como la glándula sublingual, nervio lingual y glossofaríngeo, la arteria ranina y sublingual; y un plano muscular en el que se encuentra el músculo geniogloso en dirección medial y el milohioideo lateralmente, situando a las glándulas submandibulares por debajo de estos.



Figura 3. Disección del fibrolipoma y exéresis del pedículo de implantación.



Figura 4. Hemostasia del nicho quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico fue realizado bajo anestesia local de los nervios dentario inferior y lingual derecho. Se realizó una incisión vertical de la mucosa que cubría la lesión de aproximadamente 3 cm de longitud, paralela al frenillo lingual. Considerando como límite quirúrgico medial el conducto de Wharton y Bartholin, al ser estructuras anatómicas que incrementaron el riesgo quirúrgico durante la técnica de enucleación del fibrolipoma por la alta probabilidad del daño a las glándulas sublingual y submandibular respectivamente, con la consecuente obstrucción de su sistema excretor y una posterior sialoadenitis.

Para evitar lesiones a las estructuras anatómicas del piso de la boca es conveniente, como regla general, realizar incisiones con una hoja de bisturí n.º 15 que incidan únicamente la mucosa y posteriormente realizar una disección roma.

Posteriormente se realizó una disección roma hacia los planos más profundos, iniciando en dirección medial hasta el conducto de Wharton y Bartholin, para evitar que los consecuentes movimientos de disección pudieran causar la rotura de los conductos o un desgarramiento del frenillo lingual.

La disección continuó en dirección superior separando el músculo longitudinal inferior de la lengua, a un costado de la arteria ranina; el nervio lingual no se observó. Pero considerando que sobre la cara ventral de la lengua la mucosa de revestimiento es delgada y a menudo se aprecia por debajo el plexo venoso de las raninas, fue inevitable su sangrado y se controló mediante compresión.

La disección lateral del fibrolipoma tuvo mayor dificultad por el riesgo de lesión al nervio lingual. Debido a que durante su trayecto a partir del tronco nervioso terminal posterior, a nivel del primero y segundo molar inferior, se dirige en sentido medial atravesando el conducto de Bartholin hasta llegar a la lengua; pero dichos órganos dentarios estaban ausentes en el paciente, lo que dificultó la ubicación de dicho nervio.

La disección en dirección inferior implicó la separación del músculo milohioideo de la lesión, hasta realizar la exéresis a nivel del folículo de implantación (Fig. 3).

Posteriormente se realizó la hemostasia para confirmar que las arterias ranina y sublingual se encontraran ilesas. Los bordes del tejido remanente fueron regularizados y la herida quirúrgica se suturó por planos (Fig. 4).

Los medicamentos prescritos fueron: clindamicina de 300 mg (v.o. en cápsulas, una cada 8 h durante 7 días), metamizol de 500 mg (v.o. en tabletas, una cada 6 h durante 4 días y posteriormente en caso de dolor) y diclofenaco de 100 mg (v.o. en tabletas, una cada 12 h durante 4 días).

Se obtuvo una lesión lobulada de aproximadamente 8 x 5 x 3 cm de color amarillo, contenida en una delgada capa de tejido homogéneo de superficie lisa y consistencia firme. Fue fijada en formol al 10% y enviada al Servicio de patología, quienes posteriormente entregaron el resultado compatible de la lesión con un fibrolipoma de piso derecho de boca (Fig. 5).

Durante la revisión del postoperatorio realizada a las tres semanas del procedimiento quirúrgico, la herida



Figura 5. Fibrolipoma del piso de la boca derecho de 8 x 5 x 3 cm.

quirúrgica se observó con bordes afrontados, sin datos de dehiscencia o infección, en buen estado y en vías de cicatrización. Los conductos salivales, así como las carúnculas de las glándulas sublingual y submandibular, se encontraron íntegros y permeables. Los movimientos de la lengua fueron libres incluso en dirección anterior y medial. El paciente no refirió datos de sangrado activo durante ese tiempo o sintomatología relacionada a parestesia, disestesia o disgeusia; actualmente se encuentra en fase de recuperación, sin presentar datos de recidiva a dos años transcurridos de la enucleación del fibrolipoma (Fig. 6).

Se continuará con el control de seguimiento del paciente al menos los siguientes cinco años como parte del tratamiento.

Discusión

Las células que integran los lipomas son química e histológicamente similares a las células adiposas del tejido celular subcutáneo, pero metabólicamente distintas¹³, ya que contienen lipasas de lipoproteínas de baja actividad, capaces de incorporar ácidos grasos de forma más eficiente¹⁴. Y a pesar de que los lipomas se han asociado con la obesidad, aún no se ha confirmado dicha teoría, ya que al ingerir el individuo una dieta baja en grasas, el tamaño del lipoma se mantiene sin cambio alguno¹⁵.

Las células adiposas se encuentran en el tejido celular subcutáneo de un embrión, a partir del 5.º mes de vida intrauterina¹⁶, al mismo tiempo que los fibroblastos, entre las células mesenquimales indiferenciadas. Por ello una célula preadiposa es morfológicamente indistinguible de un fibroblasto¹⁷, pero las evidencias



Figura 6. Conductos de Wharton y Bartholin íntegros y permeables.

directas sugieren que estas dos células son diferentes una vez desarrolladas, ya que los fibroblastos proliferan por todo el cuerpo, mientras que las células adiposas muestran un desarrollo específico en ciertas áreas, como el tejido celular subcutáneo, el epiplón y el espacio retroperitoneal.

Existen diagnósticos diferenciales clínicos, entre los que se encuentran el lipoma simple, el neurofibroma, la hiperplasia fibrosa, el mucocelo y el adenoma pleomorfo de glándulas salivales¹⁸, ya que la mayoría de ellos suelen ser asintomáticos, nodulares, de crecimiento lento y de base sésil o pedunculada.

Se distinguen como diagnósticos diferenciales histológicos el liposarcoma, el lipoma fusiforme y pleomórfico, el condrolipoma y el lipoblastoma.

Aunque los lipomas estadísticamente corresponden al 50% de los tumores benignos de tejidos blandos y presentan una prevalencia en la cavidad bucal y en la región orofaríngea de 1 por cada 5,000 adultos, un número importante de casos clínicos no son registrados, por ser una lesión que puede seguir un curso asintomático, lo que repercute en las cifras de incidencia.

Cuando los fibrolipomas son sintomáticos y clínicamente evidentes pueden desencadenar disfagia, disfonía¹⁹, alteraciones en la relación maxilomandibular o desplazamiento de tejidos adyacentes; originando asimetrías faciales. Son lesiones que miden más de 1 cm de diámetro, color amarillo o rosa pálido, cubiertas por una mucosa delgada. En orden de

frecuencia se ubican en la lengua, carrillo, piso de boca, labios, paladar y encía. Se han establecido factores etiológicos como trauma, idiopáticos, endocrinos y mutaciones cromosómicas (12q, 13q 8q). Presentan baja recidiva y únicamente se ha descrito un caso de malignización.

En el presente caso clínico se realizó una biopsia incisional antes de la enucleación completa de la lesión, de aproximadamente 1 x 1 cm aproximadamente, que reveló el diagnóstico de un fibrolipoma en el piso de la boca derecho. Histológicamente fue descrita como una lesión de estirpe mesenquimatosa formada por lóbulos de tejido adiposo maduro, con presencia de septos de tejido conectivo fibrocelular y laxo, muy vascularizado y delimitado por una cápsula de tejido fibroso maduro. Se efectuó la enucleación completa de la lesión, con unas dimensiones de 8 x 5 x 3 cm.

El piso de la boca representa desde el punto de vista quirúrgico una de las regiones más delicadas de la cavidad bucal²⁰ cuando se realizan procedimientos quirúrgicos de enucleación poco frecuentes como en el caso de los fibrolipomas. Se encuentra muy vascularizada, es poco accesible y las intervenciones quirúrgicas pueden causar hemorragias difusas, difíciles de controlar a nivel ambulatorio y bajo anestesia local por la dificultad en la identificación de los tejidos blandos y la carencia de los planos de referencia óseos²¹.

Durante la técnica quirúrgica de enucleación del fibrolipoma, los conductos de Wharton y Bartholin fueron identificados como estructuras anatómicas con un alto riesgo de ser lesionadas durante la disección de la lesión en dirección medial por su cercanía con la neoplasia y con el frenillo lingual. El conducto submandibular o de Wharton emerge de la porción profunda de la glándula submandibular, mide 5 cm de longitud y se distribuye por encima del borde posterior del músculo milohioideo²², atraviesa el piso de la boca a lo largo de la glándula sublingual y el nervio lingual cruza dos veces al conducto²³. El conducto de Bartholin nace de la parte posterior de la glándula sublingual a un costado del conducto de Wharton y es innervado por el nervio lingual²⁴.

La disección superior del fibrolipoma presentó como complicación el sangrado de las venas raninas durante la separación del músculo longitudinal superior de la lengua, situación que fue controlada por medio de la compresión manual.

La mayor dificultad durante la disección del fibrolipoma fue la ubicación del nervio lingual en su cercanía con la mandíbula, debido a que a partir del primero y segundo molar inferior derecho el nervio se dirige hacia la línea media para distribuirse en la lengua, pero el paciente no presentaba dichos órganos dentarios.

La evolución del paciente fue satisfactoria en el periodo postoperatorio transcurrido en las siguientes tres semanas. Los bordes quirúrgicos de la herida se observaron afrontados sin datos de dehiscencia o infección, las carúnculas de los conductos de Wharton y Bartholin estaban íntegras y permeables. La movilidad de la lengua fue recuperada y el paciente no refirió datos relacionados a una disgeusia, parestesia o disestesia lingual derecha. Actualmente el paciente continua en fase de recuperación, no ha presentado signos o síntomas relacionados con la recidiva del fibrolipoma en los dos años transcurridos posteriores al procedimiento quirúrgico, pero se contempla un control del seguimiento de los siguientes cinco años.

Conclusiones

El fibrolipoma ubicado en el piso de la boca es una entidad poco frecuente, por lo que la determinación de su diagnóstico definitivo requiere de un método auxiliar certero, una alternativa es la biopsia incisional, que además permite orientar el tratamiento correcto.

El piso de la cavidad bucal es una región poco accesible y riesgosa, por las múltiples estructuras anatómicas que pueden ser dañadas durante el procedimiento quirúrgico de enucleación de un fibrolipoma, lo que dificulta la técnica quirúrgica.

El paciente evolucionó de manera satisfactoria y a dos años transcurridos desde la enucleación del fibrolipoma en el piso derecho de la boca no ha presentado recidiva.

Bibliografía

1. Furlong MA, Fanburg-Smith JC, Childers EL. Lipoma of the oral and maxillofacial region: site and sub - classification of 125 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Radiol Endod.* 2004;98:441-50.
2. Juliasse LE, Nonaka CF, Pinto LP, Freitas Rde A, Miguel MC. Lipomas of the oral cavity: clinical and histopathologic study of 41 cases in a Brazilian population. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2010 Mar;267(3):459-65.
3. De Visscher JG. Lipomas and fibrolipomas of the oral cavity. *J Maxillofac Surg.* 2008;10:177-81.
4. Manjunatha BS, Pateel GSD, Shah V. Oral Fibroma - a rare histological entity: report of 3 cases and review of literature. *J Dent.* 2010;7(4):226-31.
5. 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.* 2009;32:49-53.

6. Aust MC, Spies M, Kall S, Gohritz A, Boorboor P, Kolokythas P, et al. Lipomas after blunt soft tissue trauma: Are they real? Analysis of 31 cases. *Br J Dermatol*. 2012;157:92-9.
7. Perez B, Campos ME, Rivero J, Lopez-Aguado D. Giant esophageal fibrolipoma. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;120:445-46.
8. Nicoli F, Balli C, Pezza V. A case of giant fibrolipoma of the esophagus. Diagnosis using computerized tomography and double-contrast esophagography. [Article in Italian]. *Radiol Med*. 1990;80:99-102.
9. Greer RO, Richardson JF. The nature of lipomas and their significance in the oral cavity: A review and case report of cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 2000;36:551-57.
10. Gupta S, Pathak S. Fibrolipoma of buccal mucosa – a case report. *J Ind Dent Assoc*. 2011;5:737-38.
11. Rehani S, Bishen KA. Intraoral fibrolipoma – a case report with review of literature. *Ind J Dent Advanc*. 2010;2:215-6.
12. Correll R, Wescott W, Potter D. Nonulcerated, sessile nodule of the lower lip. *J Amer Dent Ass*. 1982;104:206-8.
13. Kiehl R. Oral fibrolipoma beneath complete mandibular denture. *J Amer Dent Ass*. 2014;100:560-1.
14. Miles A. Sebaceous glands in the lip and cheek mucosa of man. *Br Dent J*. 1958;105:235-48.
15. Kiehl RL. Oral fibrolipoma beneath complete mandibular denture. *JADA*. 1980;100(4):561-2.
16. Ghandour K, Issa M. Lipoma of the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1992;73(1):59-60.
17. Fregnani ER, Pires FR, Falzoni R, Lopes MA, Vargas PA. Lipomas of oral cavity: clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2003;32:49-53.
18. Graham GS, Brannon RB, Houston GD. Fibrolipoma of the gingiva. A case report. *J Periodontol*. 1988;59(2):118-20.
19. Oliveros-chaparro C, Borgarin-Rodríguez J, Sanchez-Mendez M. Giant fibrolipoma of the floor of the mouth. Presentation of a clinical case. *Invest Clin Jun*. 2001;42(2):147-52.
20. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. *Pathological basis of disease*. 5th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2015. p.1416.
21. Imai T, Michizawa M, Shimizu H, Imai T, Yamamoto N, Yura Y. Bilateral multiple spindle cell lipomas of the tongue. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008;106(2):264-9.
22. Pardo J, Cebrian J, Gomez E. Ulcera crónica lingual inducida por lipoma de la cavidad oral. Caso clínico. *Med Oral*. 2004;9(1):163-7.
23. Lekkus C, Van Hoof R. Lipoma of the tongue. *Oral Surg*. 1979;48(3):214-216.
24. Colella G, Lanza A, Rossiello L, Rossiello R. Infiltrating lipoma of the tongue. *Oral Oncology*. 2004;40(1):33-5.