

LIPOMA EN LENGUA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

LIPOMA IN TONGUE: CASE REPORT WITH LITERATURE REVIEW

Boza-Oreamuno Yadira

FECHA DE INGRESO: 01/12/2017

FECHA DE ACEPTACIÓN: 05/06/2018

RESUMEN

Introducción: el lipoma es la neoplasia mesenquimal benigna más común de los tejidos blandos, está compuesto por células adiposas, es sumamente raro en la cavidad oral. Los lipomas intraorales generalmente se manifiestan como nódulos submucosos, blandos a la palpación, bien circunscritos, móviles, de color amarillento, de crecimiento lento y están cubiertas por mucosa intacta. El curso clínico de los lipomas orales es generalmente asintomático hasta que alcanzan un tamaño apreciable y causan síntomas. La eliminación quirúrgica es el tratamiento de elección. Rara vez se observan recurrencias. **Reporte de caso:** se presenta el caso de un hombre de 34 años que presentó en borde lateral izquierdo de lengua un lipoma de 3 cm de diámetro, con evolución de dos años, que gradualmente progresó hasta producir incomodidad para comer y hablar. Se le realizó remoción quirúrgica y seguimiento durante 6 meses sin evidencia de recidiva, sin pérdida de las funciones sensoriales o motoras de la lengua. **Conclusiones:** a pesar de su baja incidencia dentro de las lesiones benignas de tejido conjuntivo, el lipoma debe ser considerado dentro de los posibles diagnósticos diferenciales cuando existan lesiones nodulares de los tejidos blandos en cavidad oral. Es de suma importancia que los odontólogos se familiaricen con los aspectos clínicos de esta lesión.

PALABRAS CLAVE

Lipoma; tumor benigno; tumor lingual; lipoma lingual

ABSTRACT

Introduction: lipoma is the most common benign mesenchymal neoplasm of the soft tissues, it is composed of fat cells, it is extremely rare in the oral cavity. Intraoral lipomas generally manifest as submucosal nodules, soft on palpation, well circumscribed, motile, yellowish, slow-growing and covered by intact mucosa. The clinical course of oral lipomas is usually asymptomatic until they reach an appreciable size and cause symptoms. Surgical excision is the treatment of choice and recurrence is not expected. **Case report:** 34-year-old man who presented a lipoma 3 cm in diameter on the left lateral margin of the tongue, with evolution of two years, which gradually progressed to produce discomfort for eating and talking. Surgical removal and follow-up were performed for 6 months without evidence of recurrence, without loss of sensory or motor functions of the tongue. **Conclusions:** despite its low incidence within benign connective tissue lesions, the lipoma must be considered within the possible differential diagnoses when there are nodular lesions of the soft tissues in the oral cavity. It is of utmost importance that dentists become familiar with the clinical aspects of this injury.

KEYWORDS

Lipoma; benign tumor; lingual tumor; lingual lipoma

INTRODUCCIÓN

El lipoma es la neoplasia mesenquimal de tejido blando más común (1), está compuesto de adipocitos maduros (2) y representa al menos un tercio de todos los tumores benignos (1). Se observa raramente en la región oral y maxilofacial, representando menos del 5% de todos los tumores bucales benignos (2). Los lipomas pueden presentarse como lesiones solitarias o múltiples asociadas a síndromes o lipomatosis (3).

En la cavidad oral, la mucosa bucal es el sitio más comúnmente afectado (2-4). Los lipomas en la lengua son relativamente raros y por lo general surgen en el tejido conectivo submucoso superficial (5).

Los lipomas intraorales generalmente se manifiestan como nódulos submucosos, blandos a la palpación, bien circunscritos, móviles y de crecimiento lento (2). Aunque el lipoma oral es comúnmente asintomático, los que alcanzan gran tamaño pueden interferir con el habla y la masticación (6).

El diagnóstico clínico del lipoma oral no siempre es fácil, en los casos profundos, el diagnóstico rara vez se realiza clínicamente y los tumores a menudo alcanzan un tamaño apreciable antes de que causen síntomas y se reconozca su presencia (7). Entre los principales diagnósticos diferenciales clínicos para el lipoma se encuentran el mucocele, fibroma, hemangioma, linfangioma, neurofibroma, adenoma pleomorfo o neuroma (7-8).

Histológicamente los adipocitos que lo conforman son idénticos a las células adiposas normales y presentan un citoplasma claro vacuolado y redondeado, con un núcleo

excéntrico (2). Los lipomas se pueden clasificar como lipomas clásicos o sus variantes como fibrolipomas, lipomas fusiformes, lipomas intramusculares, angioliipomas, lipomas de glándulas salivales, lipomas pleomórficos, lipomas mixoides y lipomas atípicos (2-4).

La eliminación quirúrgica de la lesión es el tratamiento de elección y rara vez se observan recurrencias (2-9-10).

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de un lipoma en lengua y evidenciar la importancia de un manejo quirúrgico adecuado para mantener la funcionalidad y confort del paciente.

REPORTE DE CASO

Masculino de 34 de años, vecino de Puntarenas, casado. La historia médica no reporta antecedentes ni contraindicaciones sistémicas, no toma medicamentos actualmente. Refiere beber cerveza (350 ml) máximo 3 por fin de semana y que nunca ha fumado. Acude a consulta con la queja principal de "hinchazón en lengua, tengo una pelota".

Al realizar el examen clínico se observó en borde lateral izquierdo de lengua lesión nodular de 3 cm de diámetro, móvil, asintomática y de consistencia blanda a la palpación, color amarillento y cubierta por mucosa de apariencia normal con presencia de telangiectasias en ventral, el paciente refiere evolución de alrededor dos años, que gradualmente progresó al tamaño actual hasta producir incomodidad para comer y hablar. A nivel de cuello no se encontraron ganglios palpables. No se observaron alteraciones de contorno facial ni en piel.

Figura 1. Lesión nodular, móvil, blanda a la palpación, color amarillento y cubierta por mucosa de apariencia normal con presencia de telangiectasias, vista frontal (A) y lateral (B).



La aspiración de la lesión no produjo ningún aspirado, lo que indicó que la lesión era de naturaleza sólida. Este hallazgo sumado a las características clínicas descritas previamente descarta los posibles diagnósticos de mucocele, hemangioma y fibroma.

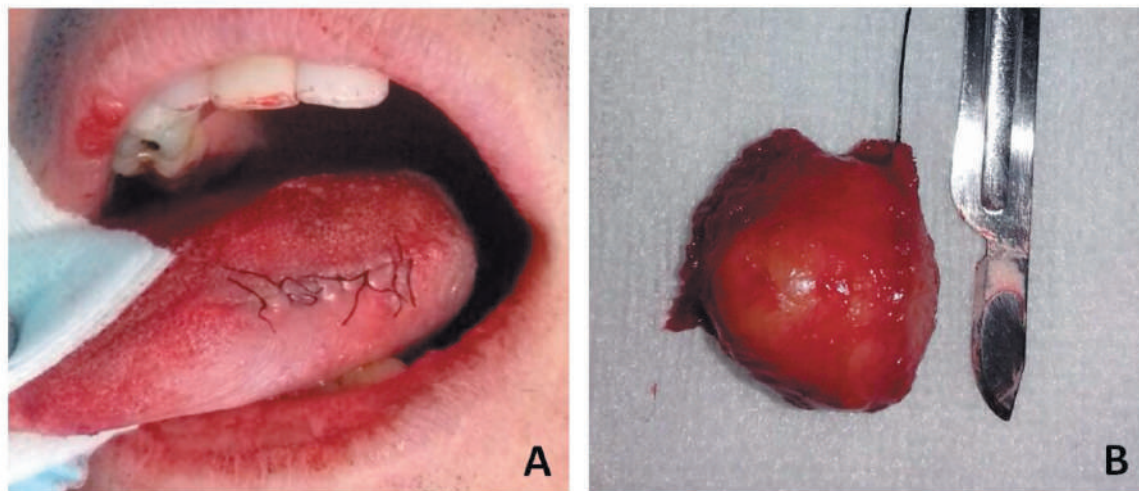
Bajo el diagnóstico clínico de lipoma se procedió a realizar la remoción quirúrgica, se enviaron exámenes preoperatorios que incluyeron hemograma completo,

tiempo de coagulación, tiempo de protrombina y el tiempo de tromboplastina parcial, todos dentro de límites normales. Se aplicó bloqueo mandibular izquierdo con lidocaina al 2%, se realizó una incisión longitudinal sobre la mucosa que cubría el tumor, éste era encapsulado, fácilmente enucleable, de color amarillento y de 3 x 3.5 cm. No hubo afectación de la musculatura de la lengua, se realizó hemostasia y reparación simple del defecto con sutura seda 5/0 (Figura 2). El espécimen marcado con seda

en extremo mesial se envió para estudio histopatológico en formalina al 10%. Se dieron recomendaciones al paciente para efectuar una adecuada higiene oral que incluía gel de

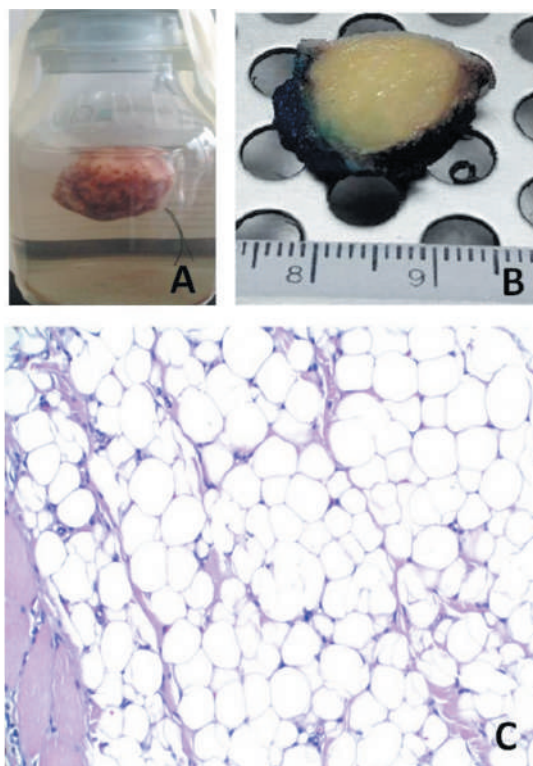
clorhexidina al 0,20 % cada 12 horas por 10 días, además de amoxicilina 500 mg cada 8 horas por 7 días e ibuprofeno en tabletas de 400 mg cada 6 horas por 3 días.

Figura 2. Biopsia excisional, sutura con seda 5/0 (A). Espécimen encapsulado y de color amarillento marcado con seda en mesial (B).

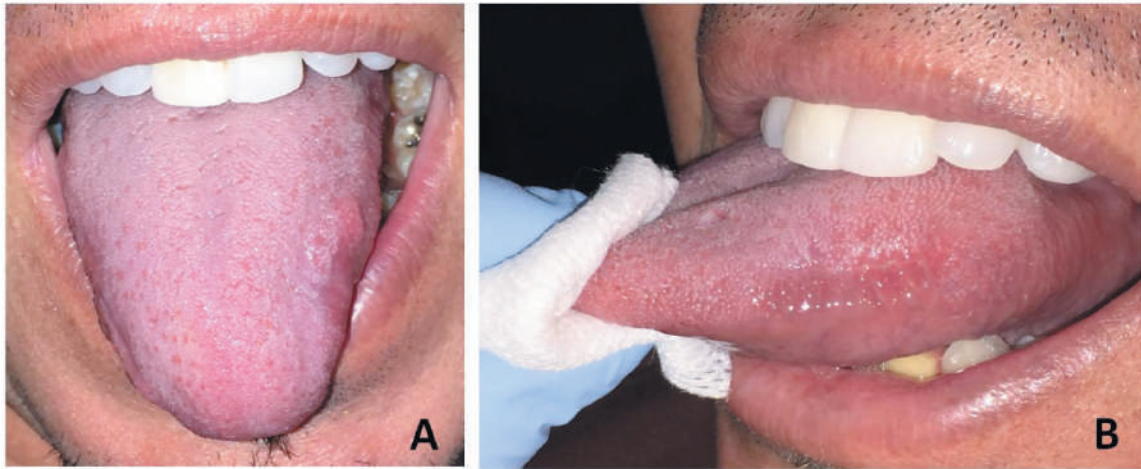


En el frasco de envío se pudo observar que el espécimen flotaba en la formalina, sospechando que se trataba de una lesión con predominio de contenido lipídico, el análisis histopatológico reveló lipoma clásico (Figura 3).

Figura 3. Espécimen flota en formalina (A). Macroscópicamente encapsulado y de color amarillento con tinción en azul en el borde marcado con seda y el opuesto con tinción en negro (B). Microscópicamente constituido por tejido adiposo maduro bien circunscrito con una cápsula fibrosa delgada, 40 X (H & E, hematoxilina y eosina) (C).



Se le ha realizado seguimiento durante 6 meses sin evidencia de recidiva, sin pérdida de las funciones sensoriales o motoras de la lengua, la misma cabe cómodamente en la boca y el paciente refiere excelente funcionalidad lingual y confort. (Figura 4). El paciente brindó por escrito su consentimiento libre e informado para la publicación del caso.

Figura 4. Control clínico al mes vista frontal (A) y lateral (B).

DISCUSIÓN

Los lipomas son tumores comunes en el cuerpo humano, pero raramente se encuentran en la cavidad oral (1).

Los lipomas orales pueden ocurrir en varios sitios anatómicos como glándulas salivales, mucosa bucal, labio, lengua, paladar y piso de la boca (2-4-11-12). De estos, la mucosa bucal y el vestíbulo bucal son los sitios intraorales más comunes y representan aproximadamente el 50% de todos los casos (2). Esta predilección del sitio puede estar relacionada con la disponibilidad de tejido adiposo, que es alto en la mucosa bucal debido a la proximidad de la almohadilla grasa bucal (12). Los lipomas de la lengua son relativamente raros, ya que el tejido adiposo es escaso a nivel de la lámina propia, es más lógico pensar en leiomiomas o fibromas como lesiones en esta localización (13).

Los lipomas son usualmente observados en pacientes adultos entre los 40 y 60 años de edad, son poco frecuentes en los niños (4-9-14). Aunque se ha informado un predominio masculino (4), algunos autores han reportado una distribución de género igual para los lipomas orales (2-11), así como, una preponderancia masculina para los lipomas clásicos (1,5: 1) y femenina para los fibrolipomas (1: 1,3) (15); coincidiendo con el caso reportado un lipoma clásico en un hombre, pero menor a 40 años.

Los lipomas varían en contorno y forma, desde una masa bien definida y contorneada a una lobulada y mal definida (12). La superficie es generalmente lisa y no ulcerada excepto cuando está traumatizado. El color amarillo del tumor facilita el diagnóstico de lipoma, pero éste depende del grosor de la mucosa subyacente, en los casos profundos, el diagnóstico rara vez se realiza clínicamente (7). El caso reportado presentó varias de las características antes mencionadas, de ahí el diagnóstico clínico de lipoma en lengua.

En cuanto al tamaño, estudios han reportado que los lipomas comúnmente poseen un diámetro medio de 2.1 cm, con un rango de 0.5 a 10 cm (10-16-17). El curso clínico de los lipomas orales es generalmente asintomático hasta que alcanzan un tamaño apreciable y causan síntomas (7-9); como en el caso reportado

donde por la localización y el tamaño de la lesión (3 x 3.5 cm de diámetro) el paciente refería incomodidad para comer y hablar. Dattilo et al. reportaron un caso de lipoma gigante en la lengua que midió 10.0 x 9.0 x 6.0 cm, pesaba 200 g y causó un deterioro funcional severo (18). Por su parte Naruse et al. informaron de un lipoma intramuscular en la lengua que midió 3.5 x 3.0 x 2.0 cm y causó dismotilidad y disartria. (12).

El tratamiento del lipoma está indicado cuando el tumor interfiere con el habla, la masticación o es cosméticamente inaceptable (11-12-19). La eliminación quirúrgica de la lesión es el tratamiento de elección, incluyendo glossectomía parcial en casos de lipomatosis de la lengua (3). La duración promedio del lipoma antes de la escisión es de 3.2 años con un rango de 6 semanas a 15 años (4), en el caso acá reportado fue de 24 meses.

La recidiva local es extremadamente rara (2-9-10); una excepción importante son los lipomas intramusculares ya que suelen estar más profundamente situados, no encapsulados y tienen un patrón de crecimiento infiltrante y mayor posibilidad de recurrencia (12-20-21). En el caso reportado el lipoma estaba encapsulado y fue sumamente importante el procedimiento quirúrgico adecuado y cuidadoso que se realizó, ya que se previno una lesión gustativa y sensitiva al paciente, manteniéndose con una excelente funcionalidad lingual y sin recurrencia.

CONCLUSIONES

El diagnóstico del lipoma es clave para instaurar el tratamiento adecuado y oportuno, por ello, a pesar de su baja incidencia dentro de las lesiones benignas de tejido conjuntivo, éste debe ser considerado dentro de los posibles diagnósticos diferenciales cuando existan lesiones nodulares de los tejidos blandos en cavidad oral.

AGRADECIMIENTOS

Se le agradece al Dr. Fernando Brenes Pino por las fotos del macroscópico y corte histológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F: Adipocytic tumors. In: World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics: tumours of soft tissue and bone. Lyon, France: IARC Press; 2002:9-46.
2. Fregnani ER, Pires FR, Falzoni R, Lopes MA, Vargas PA. Lipomas of the oral 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. Huczak L, Driban NE. Lipoma y lipomatosis. *Rev Argent Dermatol* 2007; 88: 56-66.
4. Furlong MA, Fanburg-Smith JC, Childers EL. Lipomas 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.
5. Srinivasan K, Hariharan N, Parthiban P, Shyamala R. Lipoma of tongue - A rare site for a common tumour. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007; 59:83-84.
6. Raj AA, Shetty PM, Yadav SK. Lipoma of the floor of the mouth: report of an unusually large lesion. *J Maxillofac Oral Surg.* 2014; 13:328-31.
7. Magadam D, Sanadi A, Agrawal JM, Agrawal MS. Classic tongue lipoma: a common tumour at a rare site. *BMJ Case Reports.* 2013;2013:bcr2012007987.
8. Egido-Moreno S, Lozano-Porras AB, Mishra S, Allegue-Allegue M, Mari-Roig A, López-López J. Intraoral lipomas: Review of literature and report of two clinical cases. *J Clin Exp Dent.* 2016;8(5): e597-603.
9. Studart-Soares EC, Costa FW, Sousa FB, Alves AP, Osterne RL. Oral lipomas in a Brazilian population: a 10-year study and analysis of 450 cases reported in the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010;15(5): e691-e696.
10. 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;267(3):459-465.
11. Manor E, Sion-Vardy N, Joshua BZ, Bodner L. Oral lipoma: analysis of 58 new cases and review of the literature. *Ann Diagn Pathol.* 2011;15(4):257-261.
12. Naruse T, Yanamoto S, Yamada S, et al. Lipomas of the Oral Cavity: Clinicopathological and Immunohistochemical Study of 24 Cases and Review of the Literature. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery.* 2015;67(Suppl 1):67-73.
13. Torres Gómez Francisco Javier, Fernández Machín Pilar, Martínez Moyano Antonia. Lipoma de lengua: Una curiosidad. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2009; 31(3): 209-210.
14. De Freitas MA, Freitas VS, de Lima AA, Pereira FB Jr, dos Santos JN. Intraoral lipomas; a study of 26 cases in a Brazilian population. *Quintessence Int.* 2009; 40:79-85.
15. de Visscher JG. Lipomas and fibrolipomas of the oral cavity. *J Maxillofac Surg.* 1982;10(3):177-181.
16. Scivetti M, Di Cosola M, Lo Muzio L, Pilolli G P, Maiorano E, Capodiferro S, Vignoletti F, Favia GF. Fibrolipoma gigante de la mejilla: a propósito de un caso. *Av. Odontoestomatol.* 2006; 22(1):33-6.
17. Chandak S, Pandilwar PK, Chandak T and Mundhada R: Huge lipoma of tongue. *Contemp Clin Dent.* 2012; 3: 507-509.
18. Dattilo DJ, Iqe JT, Nwana EJ. Intraoral lipoma of the tongue and submandibular space: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1996;54(7):915-917.
19. Navaneetham A, Rao A, Gandhi A, Jeevan CA. Lipoma involving the masticator space. *Ann Maxillofac Surg.* 2011; 1:93-4.
20. Scherl MP, Som PM, Biller HF, Shah K. Recurrent infiltrating lipoma of the head and neck: case report and literature review. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1986;112:1210-121.
21. Lacey MS, Craig I. Infiltrating lipoma of the face. *Ann Plast Surg.* 1995; 35:307-309.

CALIDADES:

Yadira Boza-Oreamuno

Doctora en Cirugía Dental, Universidad de Costa Rica.
Especialidad en Patología Buco Maxilofacial, Universidad de Chile. Maestría en Patología y Medicina Oral, Universidad de Chile. Profesora Asociada de la Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica. Práctica privada.

Correo electrónico: yadiraboza@hotmail.com