

Casos Clínicos:

**LIPOMA EN UNA INUSUAL LOCALIZACION - REPORTE DE UN CASO**

**Recibido para arbitraje: 10/03/2008**

**Aceptado para publicación: 16/04/2008**

- **González de P. Mary Carmen.** Prof. Asociado de la Cátedra de Anatomía humana. y del postgrado de cirugía bucal de la Facultad de Odontología UCV. Coordinadora de la Unidad de Especialidades odontológicas del Hospital ortopédico Infantil
- **Avilés Daymar.** Estudiante de la maestría en Medicina Estomatológica Facultad de Odontología UCV, Pasante de la maestría de medicina bucal en el Hospital Ortopédico Infantil

**RESUMEN**

Se trata de un caso de un lipoma en el aparato bucal, cuyo interés radica en la inusual localización. Ubicado en la zona cercana al agujero ciego en la lengua, se presenta el caso de una joven de 19 años de edad quien no consulta por la presencia del lipoma ya que lo tenía, desde su nacimiento, como una prolongación normal de su lengua, a pesar de haber referido que había sido un trastorno para la deglución en sus primeros años de vida.

**Palabras claves:** Lipoma, Tumor benigno, adiposo.

**ABSTRACT**

One is a case of lipoma in the buccal apparatus, whose interest is in the unusual location. Located in the zone near the blind hole in the language, the case of a young person of 19 years of age appears that the tapeworm does not consult by the presence of lipoma since, from its birth, like a normal prolongation of its language, in spite of to have referred which it had been an upheaval for the swallowing in his first years of life.

**Keys word:** Lipoma, Tongue, Benign tumor, Adipose tissue.

**INTRODUCCIÓN**

El lipoma ha sido estudiado y presentado en diferentes partes del cuerpo, sin embargo dentro de la cavidad bucal siempre ha sido de interés su aparición.

La mucosa bucal tiene características particulares para la función masticatoria, deglución, respiración, fonación y salivación, esto hace que esté conformada por un grupo de capas de tejidos y células especializadas.

El tejido conjuntivo ubicado en la submucosa contiene entre sus elementos el componente graso o tejido adiposo, distribuido en forma difusa en algunas partes y localizado en masas pequeñas en otras, como por ejemplo la almohadilla adiposa masticatoria (bola de Bichat).

No sorprende el hecho de que encontremos tumores provenientes de este tejido en la región bucal, mas bien, forman parte de la casuística de las patologías bucales. Lo que lo hace extraño son los sitios de aparición, no por que no exista el componente graso, sino por la dificultad que puedan ocasionar durante las funciones de la boca, como es el caso que reportamos.

## REVISION DE LA LITERATURA

Los Lipomas de la boca, son tumores de células adiposas maduras que se localizan en el tejido celular subcutáneo, sin etiología conocida, no se conocen antecedentes ni traumáticos, ni familiares que promueva la aparición de esta lesión. Son consideradas lesiones exofíticas cubiertas por mucosa normal que pueden aparecer desde las primeras semanas de vida, hasta los 75 años aproximadamente, sin distinción de género.

Su aparición puede ser en cualquier parte de la mucosa bucal, aunque los sitios mas reportados han sido, en labio, piso de boca y mucosa de los carrillos, se dice que es menos frecuente en lengua, paladar blando o el reborde alveolar (1.3)

La forma clásica de presentación es la de una lesión tumoral asintomática, aislada o lobulada, adherida por una base sésil o pediculada, de color amarillo y los vasos sanguíneos suelen ser evidentes sobre el tumor (2)

Comprende entre el 2% y el 4% de todos los tumores de cabeza y cuello (2), otros autores reflejan mas bien como edad de aparición, entre los 30 y 40 años de edad y en cuanto al sexo, los hombres se ven más afectados que las mujeres en relación: (1,2,.5)

Histopatológicamente se describen como lesiones revestidas de epitelio . Los células adiposas se observan ovals de aspecto normal y presentan un citoplasma claro vacuolado y redondeado, con un núcleo excéntrico. La mayoría de los lipomas muestran lobulillos de células adiposas separados por un entramado conjuntivo fibroso. Esta variedad se conoce como lipoma pleomorfo y en algunos lipomas benignos.(12)

Puede existir una cantidad significativa de tejido mixomatoso, además de células adiposas.(3) por lo que desde el punto de vista histológico, se han encontrado algunas combinaciones con otros tejidos como son, los Angiolipoma, Fibrolipoma, Lipoma de células estrelladas o pleomórfico, Mielipoma, Mielolipoma, Lipoma condroide, Lipoma mixoide, Lipoblastomatosis, Lipomatosis, Hibernoma y Lipoma atípico. Ninguna de estas combinaciones tiene importancia en su pronóstico aunque pueden verse clínicamente diferentes al lipoma simple, de acuerdo a las características histológicas del tejido con el que se combina (1.2)

Los lipomas han sido clasificados como lipomas simples, lipomas de células en huso, fibrolipomas, lipoma pleomórfico, angiolipoma, mielolipoma, angiomiolipoma, lipoma mixoide, lipoblastomatosis, hibernoma, y lipoma atípico. (10) El diagnóstico final depende de las características microscópicas del tumor. Es importante señalar que los lipomas no son afectados por estados de ayunos o dietas.(11)

El diagnóstico clínico diferencial debe hacerse con quistes dermoides, epidermoides y linfoepiteliales.

La eliminación quirúrgica de la lesión es el tratamiento de elección. Rara vez se observan recurrencias. (1, 9,13)

## REPORTE DEL CASO

Paciente femenino de 19 años de edad, natural y procedente de Barquisimeto Edo. Lara, estudiante y estado civil soltera, que asiste al servicio de cirugía bucal de la unidad de especialidades odontológicas del hospital ortopédico infantil, para la extracción de las cordales retenidas.

Al examen clínico de la boca, se observó que además de su motivo de consulta, presentaba una proliferación de tejido que se proyectaba desde la base de la lengua desde el agujero ciego en su cara dorsal, de forma alargada de consistencia flácida y que la paciente movilizaba voluntariamente hasta ponerlo en contacto con los dientes anteriores.



Fig. 1

Durante el interrogatorio sobre la lesión, la paciente refirió que esa masa movable de tejido la tenía desde su nacimiento y asintomática, sin embargo sus familiares reportaron que durante la lactancia, en varias oportunidades, deglutía la lesión lo cual le provocaba náuseas y vómitos, también generó en sus padres, angustia por el riesgo de asfixia de la paciente.

No presentaba antecedentes familiares, en los antecedentes personales se determinó que era respiradora bucal y tenía el hábito de la queilofagia e igualmente el de succionar pero hacia fuera la lesión.

#### **DESCRIPCION DE LA LESION**

De aproximadamente 4 cms. de largo por 1cm. de ancho la lesión tenía forma tubular, recubierta por una mucosa lisa translúcida de color rosado con áreas amarillentas de consistencia blanda. Presentaba un pedículo que la unía a la lengua en su base sin embargo estaba despegada de la misma en toda su extensión, de forma libre y movable. Se podía observar una ligera línea de depresión transversal de la lesión, que daba un aspecto lobulado. Fig. 2

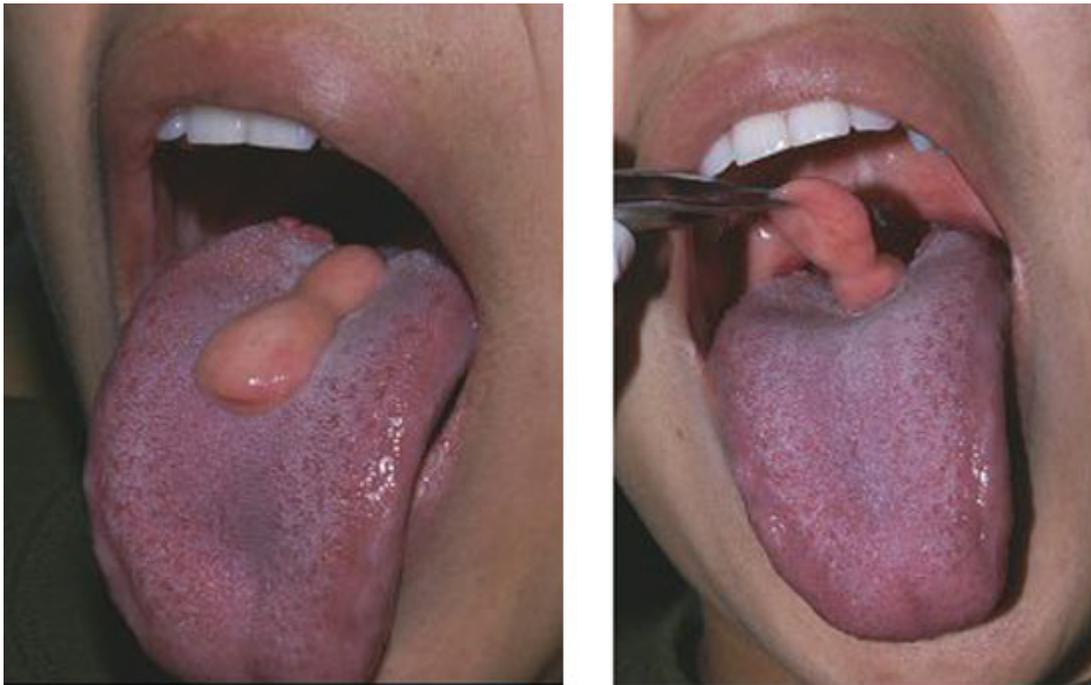


Fig. 2

#### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Debido al aspecto clínico descrito, se hizo el primer diagnóstico de lipoma, sin embargo en vista de la localización de la lesión sobre el agujero ciego de la lengua y de que estaba presente desde el nacimiento, se pensó en un nódulo tiroideo lingual.

Antes de tomar la decisión de su extirpación quirúrgica se indicó a la paciente un estudio gammagráfico para descartar la presencia de tejido tiroideo en la lesión y así conocer, si esto era parte o la única glándula tiroidea que poseía la paciente.

En el resultado del gammagrama tiroideo fue negativo para glándula tiroidea, lo cual nos llevó a planificar su tratamiento quirúrgico.

Dentro de los exámenes complementarios se indicaron Rx. panorámica observándose la presencia de las cordales retenidas motivo de su consulta y los exámenes de laboratorio arrojaron todos los valores normales.

#### **TRATAMIENTO QUIRURGICO**

Bajo anestesia local infiltrativa de la zona circundante a la lesión, se procedió a su estabilización por medio de una pinza colocado en la punta de la misma e igualmente se rodeó con un asa de hilo de sutura, comprimiendo su base pediculada, para facilitar el corte que lo separaría de la lengua y poder observar y eliminar mejor el tejido remanente. Fig. 3

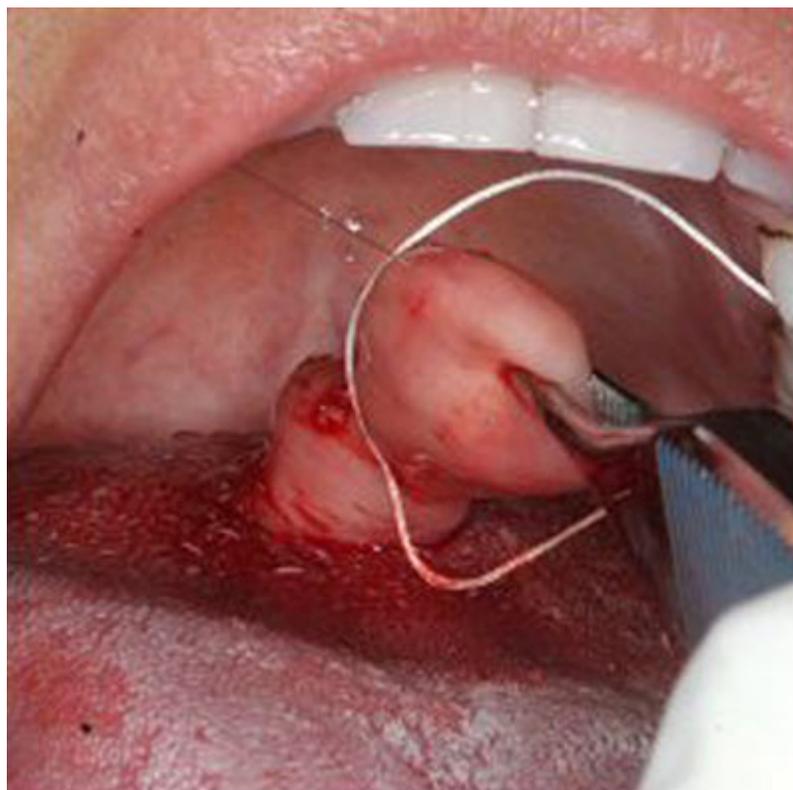


Fig. 3

Se realizó una primera incisión sobre el pedículo de la lesión que lo separó de la lengua y luego se procedió a hacer un corte romboidal en cuña en la base de la lengua que asegurara la eliminación en profundidad de la misma. Fig. 4



Fig. 4

No se presentó hemorragia en el lecho de la lesión por lo cual se realizó la sutura de puntos interrumpidos con catgut 3-0 la recuperación de a paciente fue bastante satisfactoria Fig. 5 y 6



Fig. 5



Fig. 6

El estudio histopatológico fue realizado por la Od. Mariana Villarroel y reveló una lesión revestida por epitelio plano estratificado con paraqueratina. Debajo del epitelio se observó abundantes células ovales vacías y de núcleo desplazado hacia la periferia, dispuestas en lóbulos separados por tejido conjuntivo. En la zona de mayor profundidad de la muestra se observaron fibras musculares y acinos glandulares de aspecto normal.

El resultado fue: Lipoma

## DISCUSIÓN

En este caso, la paciente consideró que la prolongación presente en su lengua era normal, lo que hizo que aprendiera a manejarla dentro de su boca, desapareciendo los episodios de asfixia que había sufrido en su periodo de lactancia.

En vista de su ubicación era necesario recordar la presencia del nódulo tiroideo lingual como tejido embrionario remanente del conducto tirogloso que da origen al desarrollo de la glándula tiroides y cuyo único vestigio que queda, es el agujero ciego.<sup>14</sup> De haber sido éste el diagnóstico de la lesión, que a través del gammagrama se hubiera obtenido, el tratamiento no hubiera sido el mismo ya que si ésta era la única glándula tiroides que la paciente poseía, era necesario evaluar la necesidad de eliminarla o dejarla en su lugar, ya que la paciente se había adaptado a su presencia.

### CONCLUSIÓN

Los lipomas que aparecen en la mucosa bucal deben ser estudiados antes de su remoción debido a que puede establecer confusión con otras lesiones blandas. El Lipoma de la cavidad bucal es una lesión de los tejidos que a pesar de ser benigna y no haberse reportado recidivas, debe considerarse su eliminación quirúrgica por los trastornos de las funciones de la boca que puedan estar alteradas.

### REFERENCIAS BLIOGRÁFICAS:

1. Wood Norman K., Goaz Paul. Diagnostico diferencial de las lesiones orales y máxilofaciales. Quinta Edición, Editorial Harcourt/Brace. España 1998
2. Shafer, W; Hine, M; Levi, B." Tratado de Patología Bucal". Cuarta edición, Editorial Interamericana. México. 1986
3. Regezi JA, Sciubba JJ. Patología Bucal. McGraw-Hill Interamericana. México. 2000.
4. .Ayasaka N, Chino T Jr, Chino T, Antoh M, Kawakami T. Infiltrating lipoma of the mental region: report of case. Br J Oral Maxillofac Surg. 1993; 31 : 388-90.
5. Nelson W, Chuprevich T, Galbraith D. Enlarging tongue mass. J Oral Maxillofac Surg. 1998 ; 56 : 224-7.
6. Lawoyin JO, Alcande OO, Kolude B, Agbaje JO. Lipoma of the oral cavity: clinicopathological review of seven cases from Ibadan. Niger J Med. 2001 Oct-Dec; 10(4): 189-91
7. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología Oral y maxilofacial contemporánea. Harcourt. Madrid. 1998.
8. Ezinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumors. 3rd ed. St Louis: Mosby; 1995.
9. Arreaza A, Lugo M., Lazarde J. Lipoma de la cavidad bucal. Reporte de un caso. Acta Odontológica Venezolana. Volumen 42 N° 3 UCV 2004
10. OLIVEROS-CHAPARRO, Cesar, BOGARIN-RODRIGUEZ, Jorge y SANCHEZ-MENDEZ, Mariela. Fibrolipoma Gigante del Piso de la Boca Presentación de un Caso Clínico. Invest. clín. [online]. abr. 2001, vol.42, no.2 [citado 04 Abril 2008], p.147-152. Disponible en la World Wide Web
11. Yonetsu K, Nakayama E, Kanda S, Oseki S, Shinohara M. Imaging findings of some bucomaseteric masses. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998; 86: 755
12. Chikui T, Yonetsu K, Yoshiura K, Miwa K, Oseki S, Shinohara M. Imaging findings of lipomas in the oro-facial regionwith CT, US, and MRI. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.

1997; 84: 88-95.

13. Calvo-García N, Prieto-prado M, Alonso-orcajo N, Juanquera-gutiérrez L. Symmetric lipomatosis of the tongue. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* . 1999; 87: 610-2.
14. Zubillaga Rodríguez, I., Sanchez Aniceto, G., Garcia Recuero, I. et al. Tiroides lingual: un nuevo abordaje quirúrgico. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* [online]. 2004, vol. 26, no. 5 [citado 2008-04-04], pp. 316-324