

Lipoma en labio superior.

Tovar Bernal Cuauhtémoc,* Tovar Bernal Diana Alejandra,** Ruiz Ortega Susana.***

Resumen

Los lipomas son los tumores mesenquimales más comunes en los tejidos blandos, compuestos de adipocitos maduros, son frecuentes en el tronco y las extremidades, en cavidad oral los sitios más frecuentes son la glándula parótida y la mucosa bucal. Clínicamente se presentan como masas blandas móviles e indoloras, sésiles a ovoides, con crecimiento gradual, cubiertos por mucosa normal y con un curso de más de 3 años en el 73% de las lesiones. Se presenta el caso de un paciente femenino de 56 años de edad, con un lipoma en labio superior. Se obtiene el tumor a través de una incisión pequeña realizando compresión de la lesión.

Palabras clave: Lipoma, tumor mesenquimales, adipocitos.

Abstract

Lipomas are the most common mesenchymal tumors in soft tissues, composed of mature adipocytes, are common in the trunk and extremities, in the oral cavity the most frequent sites are the parotid gland and buccal mucosa. Clinically they appear as soft, mobile and painless masses, sessile to ovoid, with gradual growth, covered by normal mucosa and with a course of more than 3 years in 73% of the lesions. We present the case of a 56-year-old female patient with a lipoma on the upper lip. The tumor is obtained through a small incision making compression of the lesion.

Key words: Lipoma, mesenchymal tumor, adipocytes .

* Especialidad en Cirugía Maxilofacial. Práctica privada.

** Licenciatura en Odontología. Docente de la UAP#6 de la Universidad Autónoma de Nayarit.

*** Especialidad en Cirugía Maxilofacial, Adscrita al hospital General de Zona #1 Tepic, Nayarit.

Correspondencia: Cuauhtémoc Tovar Bernal e-mail: od980033@hotmail.com

Introducción

Los lipomas son los tumores mesenquimales más comunes en los tejidos blandos, compuestos de adipocitos maduros, son frecuentes en el tronco y las extremidades y con prevalencia de 15-20% en cabeza y cuello, siendo raros en la zona oral y maxilofacial con prevalencia de 1-4. Pueden desarrollarse subcutáneos o en tejidos profundos.^{1,2,3}

Para algunos autores, su presentación oral es más frecuente en la glándula parótida,¹ para otros, la mucosa bucal es el sitio más afectado,³ un sitio que normalmente es rico en tejido adiposo,¹ además de ello puede localizarse en encía, labio, lengua, piso de boca y paladar. Las lesiones múltiples son raras.^{1,4} Existen algunos estudios relativos a lipomatosis simétrica, se han reportado pocos casos de lipomas de células fusiformes bilaterales.⁴

La etiología de los lipomas orales es desconocida, aunque se ha sugerido el trauma y la metaplasia del tejido conectivo perivascular,¹ se ha considerado también la herencia, obesidad, diabetes, radiación, desordenes endócrinos, inyección de insulina y terapia de corticosteroides.⁵ La lipomatosis casi siempre se asocia con diversas

alteraciones hormonales o nerviosos y es una consecuencia de desórdenes metabólicos.⁶

Rehal, reporta un caso con presencia de fractura condilar con presencia de un lipoma a nivel parotídeo en el mismo lado de la cara, una posible teoría es que la lesión de los tejidos blandos cause un hematoma, con efusión linfática subsecuente y necrosis de la grasa que lleva a la formación del lipoma.⁵

Los lipomas orales no tienen preferencia de género, pero si predilección por la 5ta y 6ta década de la vida,³ aunque podrían presentarse entre los 40-60 años.¹ Aunque los lipomas son morfológicamente indistinguibles de la grasa normal, su diferencia es que los lípidos son metabólicamente inactivos, probablemente debido a la mayor actividad de lipoproteína lipasa.⁴

Clínicamente se presentan como masas blandas móviles e indoloras, sésiles a ovoides, con crecimiento gradual, cubiertos por mucosa normal y con un curso de más de 3 años en el 73% de las lesiones.³ Poseen una delimitación fibrosa (pseudocápsula). Son firmes, pero no adheridos y de coloración ligeramente amarillenta, especialmente los más superficiales. Rara vez dan síntomas

salvo molestias locales y con la masticación en aquellos casos que alcanzan un mayor tamaño, aunque es raro que sobrepasen los 2 cm.⁷ La sintomatología dolorosa podría asociarse a la compresión directa o indirecta de fibras nerviosas.⁸

Los lipomas predominantemente se componen de adipocitos maduros mezclados con líneas de colágeno, casi siempre son bien delimitados por tejidos conectivos. Una cápsula fibrosa delgada puede observarse y se pueden observar distintos patrones lobulados.⁹

Histológicamente se clasifican como lipoma clásico, fibrolipoma, lipoma intramuscular, angiolipoma y lipoma de células fusiformes. En su estructura, los lipomas pueden contener fibras, vasos, o moco en los espacios intercelulares. Los reportes histopatológicos indican la presencia de tejido adiposo maduro sin atipias, en el caso de los lipomas intramusculares presentan además fibras musculares estriadas intercaladas.^{1,6}

Los lipomas clásicos en la lengua son los subtipos más frecuentes, seguido de los fibrolipomas. Manor y cols. Reportaron incidencias similares en los lipomas clásicos, fibrolipomas y lipomas intramusculares.⁴ Ocasionalmente el lipoma no puede distinguirse de las bolsas de grasa bucal herniada excepto por la historia de crecimiento repentino después de un trauma.⁹

Existen otras variantes de lipomas poco frecuentes. Lipomas mixoides los cuales consisten en un fondo mucoso que puede confundirse con liposarcomas mixoides; los lipomas de células fusiformes exhiben variables cantidades de células uniformes aparentemente fusiformes en conjunto con un componente lipomatoso más típico. Los lipomas pleomórficos muestran células fusiformes además de células hiper cromáticas gigantes anormales, lo que puede ser difícil de distinguir de un liposarcoma pleomórfico.⁴

En una resonancia magnética se observan altas intensidades homogéneas similares a la grasa subcutánea normal en las imágenes T1 y T2.^{4,5} Las lesiones fueron hipointensas en las imágenes T1 con supresión de la grasa. Además del lipoma

clásico, la lipomatosis tienen un margen bien definido debido a la infiltración de los músculos.⁴ En el análisis por ultrasonido, se describen en general como lesiones de morfología ovoidea, bien circunscritas pero no encapsuladas, heteroecoicas e iso o hipoeoicas con respecto a las estructuras adyacentes con una nula o muy débil señal Doppler. En ocasiones pueden tener un ligero refuerzo posterior y, comparados con los lipomas en otras localizaciones, es menos frecuente ver la imagen de bandas cortas paralelas hiperecoicas.⁷

Ruiz-Rivero en 2018, publica un caso en el que se realizó ecografía dermatológica con sonda de 18 MHz, donde se visualizaba en la parte más superficial del tejido celular subcutáneo una tumoración ovalada ligeramente hipoeoica con respecto a las estructuras adyacentes, bien delimitada pero no encapsulada sin flujo Doppler ni en el centro ni en la periferia de la lesión. Determinando tumoración de partes blandas de características benignas y avascular.⁷

Las pruebas de imagen tradicionales (radiografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética) tienen la dificultad añadida de que muy frecuentemente se ven alteradas por artefactos procedentes de implantes y/o empastes. Por todo ello, las lesiones linguales muchas veces son extirpadas única y exclusivamente en función de los hallazgos de la exploración física.⁷

El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras lesiones que pueden asentar en la lengua, como mucocelos, fibromas, quistes dermoides, tumores de glándulas salivares, linfangiomas, hemangiomas, neuromas, neurofibromas, schwannomas, adenocarcinomas, adenomas pleomórficos, tejido tiroideo ectópico o restos del conducto tirogloso y abscesos con actinomicosis.^{4,7} La lipomatosis simétrica benigna o enfermedad de Madelung, es caracterizada por crecimiento simétrico difuso o grasa no encapsulada que inicialmente aparece en la zona posterior del cuello y se disemina secuencialmente en dirección caudal con una rara implicación de la lengua. Predominantemente ocurre en personas de etnias mediterráneas y se asocia con condiciones médicas como el alcohol y la

Figura 1. Fotografía extraoral



Figura 2. Fotografía intraoral



Figura 3. Procedimiento quirúrgico



Figura 4. Compresión de la lesión



Figura 5. Fotografía del lipoma



condiciones médicas como el alcohol y la obesidad.⁴ Usualmente no se asocia con anomalías o signos clínicos, por lo que la intervención quirúrgica casi siempre se evita en paciente con este tipo de lesiones en el área cervical y craneal. Si el tratamiento quirúrgico se realiza, incluyendo razones cosméticas, la remoción completa es esencial.⁸

El tratamiento no quirúrgico, por ejemplo terapia local de esteroides, tratamiento con láser de CO₂, ultrasonido y liposucción, pueden ser utilizada cuando los lipomas se localizan en cavidad oral, sin embargo estos métodos no permiten la verificación histopatológica del tejido destruido, y su importancia radica en que los lipomas grandes y de crecimiento prolongado, pueden transformarse en tumores malignos (sarcomas).⁶

En algunas ocasiones, cuando el tumor es grande y de tipo intramuscular y puede generar dolor, la cirugía está indicada.⁸ Los tumores gigantes (mayores a 10cm) en las extremidades, pueden generar insuficiencia venosa crónica por compresión de los vasos.⁶ El tratamiento de los lipomas es la escisión local, la mayoría de las variantes no afectan en pronóstico y la recurrencia es rara, a excepción del subtipo intramuscular, debido a su patrón infiltrativo.⁴

Aunque es infrecuente en la región oral y maxilofacial, es importante el diagnóstico y tratamiento de este tipo de lesión tan pronto sea posible, para evitar que tome grandes proporciones que pueden resultar en secuelas estéticas y funcionales al paciente.²

Los tumores por lo general, están bien definidos y se separan fácilmente de la superficie, sin embargo, en algunas ocasiones las fibras musculares se encuentran firmemente adheridas a algunas porciones del tumor, por lo que es recomendable remover las capas musculares adyacentes y un seguimiento por imagen como la resonancia magnética.⁸

Descripción del caso

Se trata de paciente femenino de 56 años de edad, la cual acude para valoración por aumento de volumen de aproximadamente 1 año de evolución, con crecimiento ligero y constante desde hace 4 meses, asintomática. Niega crónico degenerativos. Refiere aumento de tamaño predominantemente por la mañana, disminuyendo en el transcurso del día. Clínicamente presenta aumento de volumen en lado derecho del labio superior, sin cambios de coloración, consistencia blanda, desplazable en los planos profundos,

compresible hacia los extremos, aproximadamente 3x3cm de dimensión (Fotografía 1). Intraoralmente observa coloración amarillenta de la mucosa, ausencia de fístulas, al comprimir la lesión no presenta dolor (Fotografía 2). Se solicita ultrasonido, el cual reporta lesión sólida a nivel de los tejidos blandos del labio superior derecho, con aumento del grosor del tejido subcutáneo, sin vascularidad agregada. Se diagnostica Lipoma, no se considera realizar otros estudios de imagen. Se programa su eliminación bajo anestesia local, obteniendo la lesión a través de una herida de aproximadamente 2cm realizada en la zona de mayor traslucidez al comprimir la lesión (Fotografía 3).

Se realiza compresión de la lesión para provocar su salida por la herida (Fotografía 4) y se obtiene tejido de aproximadamente 3cm de longitud, de color amarillo brillante, blando y con escaso sangrado (Fotografía 5). Se recibe resultado de análisis histopatológico con diagnóstico de producto resección de lipoma maduro, negativo para malignidad. Se realizan controles a la semana, 15 días y 2 meses de posoperatorio sin datos de complicaciones o recidivas.

Discusión

Lee menciona en su reporte que se encuentra una masa amarillenta con cápsula delgada la cual se diseca con máxima preservación de la mucosa,⁴ en nuestro caso a través de una pequeña incisión se logra obtener el lipoma por compresión de los tejidos blandos periféricos, debido a que, si bien se encuentra encapsulada, su adherencia a estos tejidos no era firme, lo fue clínicamente observable al momento de poder desplazar la lesión hacia un extremo u otro de su localización realizando compresión.

Kogure y cols. reportan un caso de un lipoma en cuello, que fue removido intacto casi en su totalidad, excepto en una porción, que se encontraba adherida al músculo.⁸ Tsumuraya y cols. reportaron un caso de un lipoma en el músculo masetero que requirió remover parte de este músculo por su adhesión a las fibras musculares.⁸ En el caso que se presenta, no fue necesario realizar resecciones musculares,

debido a que no presento adherencia firme a ninguna estructura periférica a la lesión.

En algunos casos, como el reportado por Ruiz-Rivero, se realiza el diagnóstico por medio de biopsia, pudiendo quedar lesiones residuales. En nuestro caso el tratamiento consistió en retirar toda la lesión, sin realizar biopsia previa.⁷ El reporte de este caso, es un ejemplo de un lipoma en el que se realizó una incisión pequeña aproximadamente de 2cm de longitud, donde no se extrajo parte del músculo debido a que el lipoma no se encontraba adherido a las fibras musculares.

Debido a las particularidades clínicas del lipoma intraoral como su crecimiento lento, que asociadas con el tejido adiposo y de diámetro variable, pueden coadyuvar a la posibilidad eventual de un diagnóstico errado, por ello se considera al estudio histopatológico para establecer un diagnóstico definitivo.

Referencias

1. Ben-zion J, Bodner L, Shaco-levy R. Case Report Intramuscular (Infiltrating) Lipoma of the Floor of the Mouth. *Case Rep Med.* 2018;1-3.
2. Gai Aita T. Lipoma on the Lower Lip. *J Craniofac Surg.* 2017; 28 (8): c750-751.
3. Pinto Coelho RC. Intraoral Excision of a Huge. *J Craniofac Surg.* 2018; 29 (1): e96-e97.
4. Lee S, Yoon H. Bilateral asymmetric tongue classic lipomas. *OOOO.* 2012; 114 (1): e15-e18.
5. Rehal SS, Alibhai M, Perera E. Lipoma of the parotid gland after trauma : a case report. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2017;55(1):e5-e6.
6. Bortnik P, Borys J, Załęski P, Stankevich A, Tryniszewska E, Wieczorek P. Giant lipoma of the face and neck – a case report. *Prog Heal Sci.* 2017;7(1):199-204.
7. Ruiz-Rivero J et al. Características ecográficas de los lipomas linguales. *Actas Dermosifiliogr.* 2018. doi:10.1016/j.ad.2018.02.028
8. Kogure K, Yamazaki M, Tamaki T, Node Y, Morita A. Neck and Occipital Pain Caused by Deep Cervical Intramuscular Lipoma. *J Nippon Med Sch.* 2017;84(2):96-99.
9. Sinha A, Jain NK, Jain M, Gupta V. Lipoma of Buccal Mucosa : Report of Two Cases and Literature Review 1 : Check swelling. 2016;6(3).