

Lipoma intraoral: relato de caso

Intraoral lipoma: a case report

Lucas Alexandre de Moraes Santos^I | Jimmy Charles Melo Barbalho^I | Davi Felipe Neves Costa^{II} | Caio César Gonçalves Silva^{III} | Vinícius Balan Santos Pereira^{III} | Belmiro do Egito Cavalcanti Vasconcelos^{IV}

RESUMO

Os lipomas são as neoplasias mesenquimais mais frequentes do corpo humano, sendo raros na cavidade oral. No aspecto histopatológico, são constituídos basicamente de adipócitos maduros. Clinicamente, apresentam-se como massas nodulares, sésseis ou pedunculadas, de consistência amolecida, aspecto gelatinoso e de superfície lisa; frequentemente são assintomáticos e sem ulcerações. O presente artigo tem por objetivo relatar um caso de um lipoma na região do ventre da língua, que impedia a correta adaptação da prótese total inferior, além de trazer transtornos fonéticos à paciente, tendo sido proposto um tratamento cirúrgico através de uma biópsia excisional da lesão.

Descritores: Lipoma; Neoplasias bucais; Cirurgia.

ABSTRACT

Lipomas are the most common mesenchymal neoplasms of the human body, being rare in the oral cavity. In histopathologic aspect, consist primarily of mature adipocytes. Clinically, it presents as nodular masses, sessile or pedunculated, of soft consistency, gelatinous appearance and smooth surface; are often asymptomatic and without ulceration. This paper aims to report a case of a lipoma in the belly region of the tongue, which prevented accurate adaptation of the lower denture, and bring the patient phonetic disorders, surgical treatment was proposed through an excisional biopsy of the lesion.

Descriptors: Lipoma; neoplasm bucal; Surgery.

INTRODUÇÃO

O lipoma é uma neoplasia mesenquimal que representa 5% dos tumores benignos da cavidade oral¹. Esse tumor quando presente intraoral, exibe um aumento de volume de consistência amolecida à palpação, de coloração amarelada, assintomático, de crescimento lento e com uma base que pode ser sésil ou pedunculada².

O lipoma é um tumor de dimensões variáveis, pouco comum na cavidade bucal, sendo sua maior incidência no tórax, no abdômen, nos ombros e nas costas³. Os principais sítios acometidos na cavidade bucal são língua, assoalho bucal, vestibulo, palato e mucosa jugal onde são encontradas, geralmente, as lesões com maiores dimensões. Os indivíduos acima da quarta década de vida são os mais aco-

I. Aluno do Programa de Pós-Graduação em CTBMF FOP/UPE.

II. Cirurgião Bucamaxilofacial – Residência pelo Hospital da Restauração, Recife/PE.

III. Aluno de graduação do curso de Odontologia da FOP/UPE.

IV. Livre Docente, Professor Associado, Coordenador do Programa de Mestrado e Doutorado em CTBMF da FOP/UPE.

metidos e essa patologia tem distribuição similar entre os sexos^{3,4}.

A etiologia desse tumor é incerta, mas acredita-se que alterações endócrinas, infecções, traumatismos, alcoolismo e também causas hereditárias possam atuar como fatores predisponentes nos lipomas da cavidade oral⁵. Devido ao seu crescimento lento e assintomático, o lipoma pode passar despercebido por meses ou anos, antes do diagnóstico que é dado através de uma avaliação clínica e confirmação através de um exame microscópico da lesão^{5,6}.

No momento da avaliação clínica, deve ser realizada a anamnese seguida de exame físico extra e intrabucal de forma minuciosa⁷. Na maioria dos casos, o diagnóstico diferencial é estabelecido com o fibroma e a hiperplasia fibrosa inflamatória, mas clinicamente é impossível estabelecer o diagnóstico da lesão⁸.

40

O lipoma oral, geralmente, é composto por tecido adiposo maduro com variável quantidade de feixes colágenos e vasos sanguíneos. Os lipomas podem apresentar variantes microscópicas, a exemplo do fibrolipoma, angioliipoma, lipoma de células fusiformes, lipoma pleomórfico e lipoma intramuscular^{8,9}. O tratamento do lipoma é fundamentado na excisão cirúrgica total e conservadora, diminuindo assim a possibilidade de recidiva. O paciente deve permanecer em acompanhamento, embora o prognóstico seja favorável^{8,9,10}.

RELATO DO CASO

Paciente do gênero feminino, 70 anos de idade, procurou o Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital da Face – PAM de Areais, queixando-se de um aumento de volume na região na região abaixo da língua, com 6 anos de evolução, comprometendo a estabilidade de sua prótese total inferior no rebordo alveolar. Ao exame físico foi possível de se observar uma tumefação assintomática de consistência amolecida à palpação na região do ventre da língua, com coloração amarelada, de

base sésil, com mucosa de revestimento íntegra, não sangrante espontaneamente ou ao toque (fig. 01). Paciente referia ser portadora de hipertensão arterial sistêmica, fazendo uso regular de drogas anti-hipertensivas, e da doença de Parkinson, apresentando intensas contrações musculares involuntárias, fato este que determinou a realização do procedimento cirúrgico sob anestesia geral para melhor conforto e colaboração da paciente.



Fig. 01- Aspecto Clínico da lesão no ventre da língua. Observar a extensão sobre o rebordo alveolar.

Após indução da anestesia geral e intubação nasotraqueal, estabilizou-se a língua através de pontos de reparo com fios de sutura (no ápice da língua e nas bordas laterais), para melhor controle cirúrgico da lesão (fig. 02). Uma punção aspirativa com agulha de grosso calibre foi realizada previamente a incisão da mucosa, para identificação do conteúdo presente no interior da lesão (fig.03), já que as lesões por extravazamento de muco – mucocelos e rânulas – podem apresentar características clínicas semelhantes, assim como os cistos linfoepiteliais.



Fig. 02 - Estabilização da língua através de reparos com fios de sutura (3 pontos de ancoragem).



Fig. 03 - Punção aspirativa com agulha grossa. Observar o resultado negativo de conteúdo líquido intra lesional.

Uma incisão na linha média do ventre lingual foi realizada apenas na mucosa de revestimento para exposição da lesão. A divulsão com pinça hemostática Halsted promoveu a total separação entre a neoplasia e o tecido adjacente sadio. Após a exérese do tumor, seguiu-se a síntese por planos anatômicos para minimizar os risco da manutenção do espaço morto, e sutura da mucosa de revestimento com fio de sutura absorvível do tipo Vicryl 4-0 (fig.04).



Fig. 04 - Incisão apenas na mucosa do ventre da língua; Divulsão por planos anatômicos; Loja cirúrgica sem a neoplasia; Sutura.

Paciente retornou após o 8º dia de cirurgia para acompanhamento pós operatório onde se observa uma cicatrização. Laudo histopatológico com o diagnóstico de lipoma (fig.05).

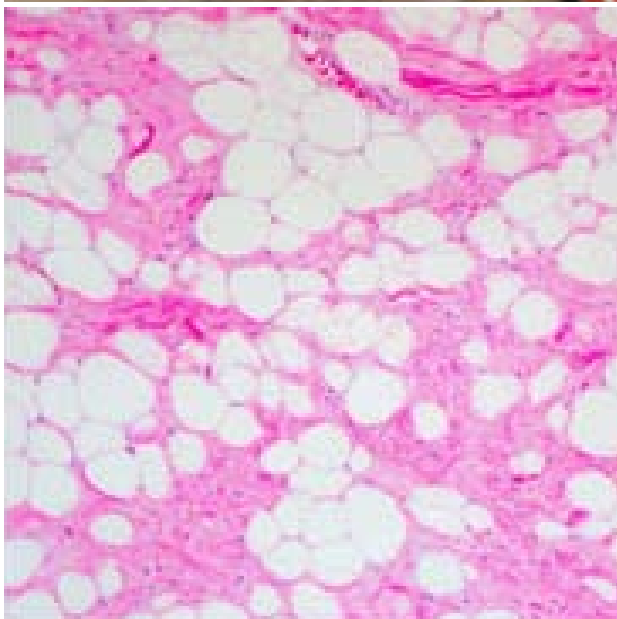
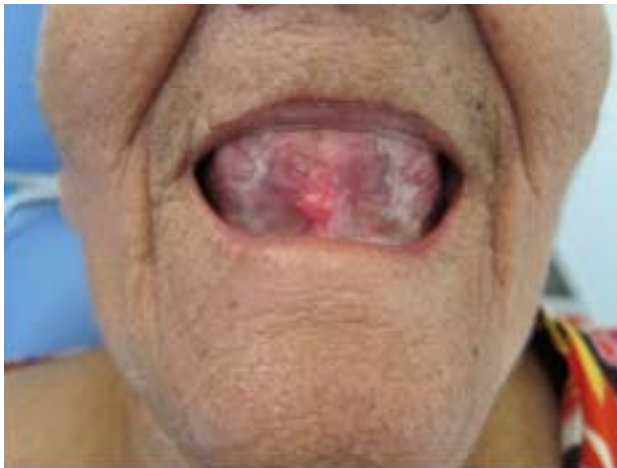


Fig. 05 - 8º dia de pós operatório. Diagnóstico histológico de lipoma.

DISCUSSÃO

Lipomas são neoplasias mesenquimais adiposas que raramente ocorrem no interior da cavidade oral. Geralmente, a sua prevalência não difere com o sexo, embora uma predileção por homens tenha sido relatada, e ocorrem mais frequentemente em pacientes com mais de 40 anos¹.

Lipomas orais são massas de crescimento lento, e os pacientes geralmente apresentam com um nódulo bem circunscrito com longo tempo de evolução¹.

Clinicamente, lipomas orais geralmente apresentam-se móveis, nódulos submucosos indolores, com coloração amarelada. Em alguns casos, os lipomas orais podem se apresentar como um

nódulo flutuante. Devido a estas características clínicas, outras lesões, como cistos epidermóides e cistos linfoepiteliais orais devem ser considerados no diagnóstico diferencial de lipomas orais². Embora, os cistos linfoepiteliais orais se apresentem como nódulos móveis submucosos indolor com uma coloração amarela ou amarelo-branco, eles diferem dos lipomas orais por ter menos dimensão e ocorrerem na primeira década de vida^{3,4}. Além disso, a maioria dos cistos linfoepiteliais orais são encontrados no assoalho da boca, palato mole e mucosa da tonsila faríngea, que são locais incomuns de lipomas orais⁴.

A histopatologia continua sendo o padrão ouro no diagnóstico de lipoma. Lipomas não são muito diferentes em aspecto microscópico da gordura envolvente⁵. Os lipomas ocasionalmente são alterados através da mistura de outros elementos mesenquimais que compreendem uma parte intrínseca do tumor⁶. O elemento mais comum é o tecido conjuntivo fibroso, o qual é muitas vezes pode ou não ser associada com a cápsula ou o septos fibrosos. Os lipomas com estas características são frequentemente classificados como fibrolipomas^{5,6}. Muitas vezes, no entanto, as células de gordura lesionais são vistos como "infiltrado" dentro dos tecidos circundantes, produzindo extensões longas e finas de tecido adiposo que irradiam da massa tumoral central⁷. Quando localizado dentro do músculo estriado, esta variante infiltração é chamado lipoma intramuscular (infiltrando lipoma), mas grande participação de uma ampla área de tecidos fibrovasculares ou estroma é melhor denominado como lipomatose⁸. Lesões ocasionais apresentam números excessivos de pequenos canais vasculares (angiolipoma), um estroma mixóide fundo (lipoma mixóide, myxolipoma), ou áreas com células fusiformes uniformes intercaladas entre adipócitos normais⁹. Quando as células fusiformes aparecer ligeiramente displásico ou

misturados com células gigantes pleomorfas com ou sem núcleos aumentados hiper cromáticas, o termo “lipoma pleomórfica” é aplicado. Quando as células são de origem do eixo do músculo liso, o termo miolipoma pode ser usado, é Angiomiolipoma quando o músculo liso parece ser derivada a partir das paredes das arteríolas. Raramente, metaplasia condróides ou ósseo pode ser visto em um lipoma que é descrita como lipoma condróides, osteolipoma ou ossificante lipoma^{8,9}. Em ocasiões, lipomas da mucosa bucal não pode ser distinguida de uma almofada de gordura bucal hérnia, excepto pela ausência de uma história de ataques súbitos após o trauma. Caso contrário, lipomas da região oral e da faringe não são difíceis de diferenciar de outras lesões, embora células fusiformes e pleomórficos tipos de lipoma deve ser diferenciado de lipossarcoma. A maioria destas variações microscópicas não afecta o prognóstico, o qual é normalmente boa¹⁰.

O tratamento de lipomas orais, incluindo todas as variantes histológicas é a excisão cirúrgica simples. Sem recorrência foi observada. Embora o crescimento de lipomas orais é geralmente limitada, eles podem atingir grandes dimensões, o que interfere com a fala ea mastigação e reforçando a necessidade de excisão. Na série atual, todos os tumores foram extirpados cirurgicamente, e nenhuma recorrência foi observada até agora^{1,3,5}.

CONCLUSÃO

Lipomas solitários têm entusiasmado pouco interesse no passado e têm sido largamente ignorado na literatura. A razão é que a maioria dos lipomas insidiosamente crescer e causar alguns outros que não os de uma massa localizada problemas. Aproximadamente 15-20% de lipoma ocorre na região da cabeça e pescoço. Entre os lipomas intrabuciais relatados, 50% ocorrem na região da mucosa bucal. A excisão cirúrgica é o tratamento ideal,

com excelentes resultados, no entanto ressecção completa deve ser enfatizado, pois isso é o fator chave para evitar a recorrência.

REFERÊNCIAS

1. BATISTA, Alessandra Jacó. Revisão de Literatura dos lipomas orais e maxilofaciais. 2011. 30f. Monografia (Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial)-Faculdades Unidas do Norte de Minas, Salvador, 2011.
2. CAPELARI, Marcos Maurício et al. Lipoma extenso no assoalho bucal: revista da literatura e relato de caso clínico cirúrgico. *Academia Tiradentes de Odontologia*, São Paulo, p.483-498, ago. 2010.
3. NEVILLE, B.W. et al. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. 972p.
4. SANTOS, Luiz Carlos Oliveira et al. Lipoma intra-oral: um caso atípico. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*. v.77 n.5, São Paulo, set/out. 2011.
5. SOUZA, Cristina Gomes et al. Lipoma em mucosa bucal. *Rev. Cien. Med. Biol.*, Salvador v.9, n.1, p.104-107, jan-abr. 2010
6. SOUZA, Fátima Regina Nunes et al. Lipoma em mucosa bucal. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.*, Camaragibe v.8, n.3, p.31-34, jul/set. 2008
7. TATEYAMA, Alexandre Keith et al. Lipoma bucal: relato de dois casos. *ConScientiae Saúde*, São Paulo, v. 4, p. 115-121, 2005.
8. VASCONCELOS, Belmiro Cavalcanti Do Egito et al. Lipomas da cavidade oral. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* v.73, n.6, p. 848-848, 2007.
9. ADEBIYI KE et al. Osteolipoma of the palate:

reporto f a case. Nigerian Journal of Clinical Practice. 2011; 14(2):242-4.

10. TRANDAFIR D et al. Lipomas of the oral cavity – a retrospective study. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2007; 111: 754-758.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Lucas Alexandre de Moraes Santos

Universidade de Pernambuco - UPE

Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP

Av. Gal. Newton Cavalcanti, 1.650 - Tabatinga - Camaragibe - Pernambuco/Brasil - CEP 54753-220

Telefone: 55 81 9745-9482

E-mail: lucasctbmf@yahoo.com.br