

Lipoma de Tamanho Incomum em Lábio Inferior

Lipoma of Incomun Size in Inferior Lip

Nelson Ribeiro Neto^I| Jorge Antônio Ferreira Marques^{II}| Marcos Antônio Martins Santos^{III}| Gianni Roger Parra^{IV}| Gilberto Cristiano Campos Mota^{IV}| Ana Paula Barreto^{IV}

RESUMO

Embora ocorra com frequência considerável em outras áreas do corpo, particularmente na região dorsal, abdômen e ombros de adultos, o lipoma é considerado uma neoplasia mesenquimal benigna pouco frequente quando presente na cavidade oral, representando cerca de 5% dos tumores bucais. O presente trabalho relata um caso de lipoma em lábio inferior, de tamanho atípico, num paciente de 40 anos de idade, em que o tratamento proposto foi a biópsia excisional sob anestesia local. Os autores realizaram revisão da literatura e discussão sobre o assunto.

Descritores: Lipoma; Lipomatose; Neoplasias de Tecido Adiposo.

ABSTRACT

Although it happens frequently considerable in other areas of the body, particularly in the backs, abdomen and adults' shoulders, the lipoma is considered a benign mesenchymal neoplasia little frequent when present in the oral cavity, acting about 5% of the buccal tumors. The present paper reports a case of lipoma in inferior lip, of atypical size, in a 40 year-old patient, where the proposed treatment was the biopsy excisional under local anesthesia, being the piece put in physiologic serum the 0,9% and observed flotation of the same. The authors done a briefly literature review and discussion about the subject.

Uniterms: Lipoma; Neoplasms, Adipose Tissue; Lipomatosis

INTRODUÇÃO

O lipoma é uma neoplasia benigna de tecido mesenquimal relativamente rara na cavidade oral, correspondendo a cerca de 5% dos tumores benignos da cavidade bucal.¹ É composto de tecido adiposo, não apresenta sintomatologia dolorosa, possui crescimento lento, e sua base pode ser séssil ou pediculada, podendo, ainda, ser ou não circundado por uma cápsula fibrosa.

Apresenta consistência mole à palpação, e sua coloração pode ser desde amarelada até rósea, a depender da profundidade da lesão. Na boca, podem se desenvolver desde glândulas salivares maiores até assoalho bucal.

Apresenta-se mais frequentemente em adultos e raramente afeta crianças.¹ Sua etiologia permanece incerta, apesar de alguns autores o associarem a alterações endócrinas e hereditariedade.

I Doutor em Laser pela (UFBA). Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial (UFCE) Especialista em Implantodontia (ABO BA), Coordenador de Saúde da Polícia Militar da Bahia, Chefe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Instituto Baiano de Ortopedia e Traumatologia (Salvador-Bahia), Coordenador do Curso de Especialização em CTBMF promovido pela FUNORTE – IAPPEM – Salvador - BA.

II Doutorando em Implantodontia (São Leopoldo Mandic-SP). Mestre em CTBMF - PUC-RS. Professor de Cirurgia Bucal e Diagnóstico Oral II UEFS. Chefe do Serviço de CTBMF do HGCA (Hospital Geral Clériston Andrade) – Feira De Santana - BA.

III Especialista em CTBMF pela UEFS. Mestrando em Saúde Pública UTAD – Villa Real - Portugal. Professor do Curso de Especialização em CTBMF promovido pela FUNORTE – IAPPEM – Salvador - BA.

IV Cirurgião-Dentista . Aluno concluinte do curso de especialização em CTBMF, promovido pela FUNORTE – IAPPEM – Salvador - BA.

Histologicamente, caracteriza-se por um tumor adiposo diferenciado envolvido por uma cápsula de tecido conjuntivo.

O diagnóstico definitivo deve ser obtido através de biópsia incisional ou excisional, colocando-se a peça em formol a 10% ou soro fisiológico a 0,9% e observando flutuação desta. A flutuação deve-se ao fato de a gordura ser menos densa que a solução fixadora.

Como o índice de recidiva é considerado bastante baixo, o tratamento de escolha deve ser a excisão cirúrgica.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, melanoderma, 40 anos de idade apresentou-se em consultório particular, tendo como queixa principal a presença de um “caroço” na boca. Durante a anamnese, a paciente relatou o surgimento de uma lesão de crescimento lento no lábio inferior, sem sintomatologia dolorosa, há aproximadamente dois anos. Ao exame físico, foi verificada discreta mudança de coloração da pele e mucosa, assimetria e dificuldade de colabação labial. A lesão possuía aspecto nodular, pouco consistente à palpação e media aproximadamente 2,5 cm no seu maior diâmetro. (Figura 1)



Figura 1. Aspecto clínico da lesão.

Como tratamento, foi proposta uma biópsia excisional. O procedimento foi realizado sob anestesia local,

realizando-se uma incisão elipsoide em cunha, de modo a obter margens e base livres. (Figura 2)

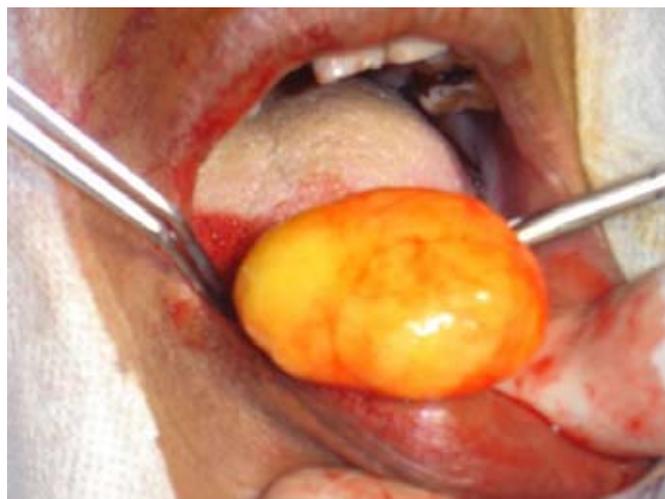


Figura 2. Biópsia excisional.

Após a excisão, a peça foi colocada dentro de um recipiente com soro fisiológico e foi observada flutuação desta, uma característica peculiar dos lipomas. (Figuras 3 e 4)



Figura 3. Tamanho da peça removida.



Figura 4. Peça colocada em SF 0,9%.

Foi realizada sutura em ponto simples com fio mononylon 5-0, sendo este removido após oito dias. Houve preservação do caso durante um ano sem a constatação de recidiva. (Figura 5)



Figura 5. Aspecto final da sutura com mononylon 5-0.

DISCUSSÃO

O lipoma é considerado uma lesão que raramente atinge a cavidade bucal. Representa cerca de 5% das lesões intraorais.^{1,2} A etiologia dos lipomas não está definitivamente estabelecida e inclui alterações endócrinas e hereditárias, traumas locais ou infecções.¹ Histologicamente, não apresenta diferenças do tecido adiposo

normal. Entretanto, os lipídios presentes na lesão não estão disponíveis para o metabolismo.² Apesar de haver controvérsias na literatura quanto à predileção por gênero, Marzola¹ encontrou uma maior prevalência no gênero masculino e sem predileção por raça.

Os lipomas possuem consistência mole à palpação, são indolores e, quando presentes nos tecidos intraorais, atingem principalmente a mucosa jugal e o vestíbulo bucal, seguido das regiões lingual, assoalho da boca, palato e gengiva.^{1,3,4} Foram descritas duas formas de lipomas intraorais: a forma mais comum, denominada encapsulada, localizada superficialmente, e a forma difusa de lipomatose, localizada em tecidos profundos.⁵

O diagnóstico diferencial do lipoma inclui cistos epidermóides, cistos linfoepiteliais, rânulas, adenomas pleomórficos e carcinomas mucoepidermóides.^{1,6} Em casos nos quais haja suspeita de lipomas presentes em tecidos profundos, a tomografia computadorizada (TC) pode auxiliar a descartar lesões vasculares e a identificar estruturas anatômicas nobres adjacentes.^{1,7,8} Em lesões superficiais, o diagnóstico clínico e a exploração cirúrgica fornecem o diagnóstico definitivo.¹

Como característica histopatológica, apresenta lóbulos de células adiposas maduras entremeadas ou não por tecido conjuntivo fibroso, vasos ou músculos. A depender de cada uma dessas características, os lipomas podem ser classificados como fibrolipoma, angioliipoma, mioliipoma, lipoma de células fusiformes, lipoma mixóide, lipoma pleomórfico, lipoma de glândulas salivares e lipomas atípicos.^{9,10,11,16}

Devido à baixa probabilidade de recidiva, a excisão cirúrgica deve ser o tratamento de escolha.^{1,3,4,5,9,10}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O lipoma é uma lesão benigna, que geralmente possui um prognóstico bom, e, para o sucesso do tratamento, são necessários um diagnóstico preciso, uma técnica cirúrgica correta e um acompanhamento pós-operatório adequado.

REFERÊNCIAS

1. Marzola C. Fundamentos de cirurgia buco-maxilo-facial. Bauru: Editora Independente; 2005.
2. Epivatianos A, Markopoulos AK, Papanayotou P. Benign tumors of adipose tissue of the oral cavity: a clinicopathologic study of 13 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000;58:1113-7.
3. Hochuli-Vieira E. Extenso lipoma em mucosa jugal: caso clínico. *Rev bras odontol.* 2002;59(4): 42-5.
4. Martorelli SBF, Gueiros LAM, Albert Júnior A, Albuquerque RS, Martorelli FO. Lipoma intraoral de tamanho incomum. *Odontologia Clín-Cient.* 2005; 4 (1): 57-62.
5. Gray AR, Barker GR. Sublingual lipoma: report of an unusually large lesion. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991; 49:747-50.
6. Hattori H. Atypical lipomatous tumor of the lip with pleomorphic lipoma-like myxoid area, clinically simulating mucocele. *J Oral Pathol Med.* 2002; 31: 561-4.
7. Zhong Lai-Ping, Zhao Shi-Fang, Chen Guan-Fu, Ping Fei-Yun. Ultrasonographic appearance of lipoma in the oral and maxillofacial region. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004; 98: 738-40.
8. Rimmer J, Singh A, Irving C, Archer DJ, Rhys-Evans P. Asymptomatic oropharyngeal lipoma complicating intubation. *J Laryngol Otol.* 2005; 119: 483-5.
9. Aniceto GS, Saez RS, Peñin AG. Angiolipoma of the cheek. *J Oral Maxillofac Surg.* 1990; 48:512-5.
10. Lombard T. Spindle cell lipoma of the oral cavity: report of a case. *J Oral Pathol Med.* 1994; 23:237-9.
11. 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.* 2003; 32: 49-53.
12. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. Soft tissue lesions. In: *Patologia Oral & Maxilofacial.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
13. Vasconcelos BCE, Porto GP, Carneiro CSAS, Xavier RLF. Lipomas da cavidade oral. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2007;73(6):848.
14. Souza FRN, Castro AL, Moraes NP, Soubhia AMP, Jardim Júnior EG, Miyahara GI. Lipoma em mucosa bucal. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2008 jul/set; 8(3): 31-4.
15. Capelari MM, Marzola C, Toledo-Filho JL, Azenha MR, Pereira LC, Alonso de Moura L. Extenso lipoma na cavidade bucal associado ao plexo vasculo-nervoso mental. *Revista de Odontologia da Academia Tiradentes de Odontologia.* 2008 mar; 8(4);155-64.
16. Furlong MA, Fanburg-Smith JC, Childers EL. Lipoma of the oral and maxillofacial region: site and subclassification of 125 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004;98:441-50.
17. Ponniah I, Lavanya N, Sureshkumar P. Island of salivary gland in adipose tissue: a report of three cases. *J Oral Pathol Med.* 2007; 36(9):558-62.
18. Brooks JK, Scheper MA, Schwartz KG, Nikitakis GN. Oral lipoma: report of three cases. *Gen Dent.* 2008; 56: 172-6.
19. Vera JL, Carretero JL, Garcia EG. Chronica lingual ulceration caused by lipoma of the oral cavity: case report. *Med Oral.* 2004; 9:173-7.
20. Tan MS, Singh B. Difficulties in diagnosing lesions in the floor of the mouth – report oh two rare cases. *Ann Acad Med Singapore.* 2004; 33 Suppl 4: 725-65.
21. Bandecá MC, Pádua JM, Nadalin MR, Ozório JE, Silva-Sousa YCT, Perez DEC. Oral soft tissue lipomas: a cases series. *J Can Dent Assoc.* 2007; 73(5): 431-4.
22. Ferreira AGM, Diefenbach RS, Heitz C, Sant'ana Filho M. Fibrolipoma em palato mole: relato de caso. *Rev Fac Odontol.* 2004 jul; 45(1):52-54.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Gianni Roger Parra
 Rua Prof. Ferreirinha, 226 - Jequiezinho - Jequié/BA
 CEP: 45204-570
 E-mail: gr.parra@hotmail.com