

Fibrolipoma gigante del piso de la boca. Presentación de un caso clínico.

Cesar Oliveros-Chaparro¹, Jorge Bogarin-Rodríguez²
y Mariela Sánchez-Méndez³.

¹Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Central, Maracaibo,

²Servicio de Odontología, Hospital Universitario de Maracaibo y

³Hospital I La Concepción. Estado Zulia, Venezuela.

Palabras clave: Lipoma, fibroma, fibrolipoma, piso de la boca.

Resumen. El fibrolipoma es un tumor benigno, variante del lipoma, caracterizado por la presencia de tejido adiposo y fibroso. Su aparición en el piso de la boca es raro. Se describe el caso de una paciente de 72 años de edad, que presentó un fibrolipoma oral de gran magnitud localizado en el piso de la boca. Se procedió a su extirpación quirúrgica, obteniéndose un tumor de 13 x 8 x 6 cm, con una base de implantación de 1 cm. Microscópicamente se observó la presencia de células poligonales dispuestas en nidos con citoplasma ópticamente vacío, separadas por bandas de tejido fibroconectivo. En la revisión de la literatura, no se encontró un fibrolipoma en piso de la boca con las características descritas en el presente trabajo.

Giant fibrolipoma of the floor of the mouth. A case report.

Invest Clín 2001; 42(2): 147-152

Keys works: Lipoma, fibroma, fibrolipoma, floor of the mouth.

Abstract. The fibrolipoma is a benign tumor variant of the lipoma, characterized by the presence of adipose and fibrous tissues. The authors report a case of a big oral fibrolipoma in a 72 year old woman. After surgery, a mass of 13 x 8 x 6 cm was obtained. The tumor had an implantation pedicle of 1 cm, on the floor of the mouth. The microscopic evaluation showed the presence of polygonal cells grouped into nests and separated by fibrous connective tissue septa. We have not found any report in the literature related to a fibrolipoma located on the floor of the mouth with the characteristics presented in this work.

Recibido: 17-10-2000. Aceptado: 27-04-2001.

INTRODUCCIÓN

El lipoma puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo en donde exista tejido graso y es una proliferación de células grasas y adipocitos sostenidas por una estructura de fibras reticulares entrelazadas con capilares. Estas células están subdivididas en lóbulos por septos de tejido fibroconectivo. Los lipomas crecen independientemente y son muy comunes en los adultos, pero son poco frecuentes en niños (1-3).

El fibrolipoma es una variante del lipoma; éste es un tumor raro en la cavidad bucal, y cuya localización más frecuente es en la mucosa oral de la mejilla (4). Su patogénesis no se conoce claramente (5).

En el presente trabajo se describe un caso raro de fibrolipoma del piso de la boca, de gran magnitud, que impedía el habla del paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Clínica: Se trata de paciente femenino de 72 años de edad, de raza blanca, procedente de la periferia de la Ciudad de Maracaibo, Edo. Zulia, quien vino referida al Servicio de Odontología del Hospital Universitario de Maracaibo, por un Servicio Odontológico. El interrogatorio clínico no se pudo realizar, debido a que la paciente no podía articular palabra. El examen físico reveló una paciente en aparente buenas condiciones generales, con una gran tumoración en hemicara derecha de planos profundos, que evidenciaba su origen en cavidad bucal. Al abrir

la boca, protruyó un tumor de 13 cm de diámetro, color rosado con áreas blanquecinas, multilobulado, de superficie lisa y bordes irregulares, buena vascularización y consistencia blanda, con una base de implantación de aproximadamente 1 cm el piso de la boca (Fig. 1). Se practicaron los exámenes de rutina preoperatorios, y se procedió a la intervención quirúrgica. Bajo anestesia general se realizó la extirpación del tumor, mediante excéresis a nivel del pedículo de implantación. Se procedió a suturar la mucosa oral con crómico 4-0 a puntos separados. La evolución postoperatoria de la paciente fue satisfactoria, sin complicaciones y con total extirpación del tumor (Fig. 2).



Fig. 1. Gran tumor oral de 13 x 8 cm, con base de implantación en piso de la boca, superficie lisa y bordes irregulares.



Fig. 2. Postoperatorio evidenciando ausencia de tumor.

Anatomía Patológica: Macroscópicamente se evidenció una masa que medía 13 x 8 x 6 cm, con una base de implantación pediculada de 1 cm de ancho, superficie lisa, bordes irregulares, de color rosado y áreas blanquecinas, con peso de 128 g. Aplicando la técnica de coloración de hematoxilina y eosina, microscópicamente se apreció una lesión benigna de origen mesenquimal, constituida por un patrón de células poligonales con núcleos rechazados hacia la periferia y citoplasma ópticamente vacío. Dichas células se disponían en nidos, separados por gruesas bandas de tejido fibroconectivo denso, a través de los cuales discurrían vasos sanguíneos de paredes engrosadas. No se observó atipicidad. La observación macroscópica y microscópica permitió emitir un diagnóstico correspondiente a un fibrolipoma de origen mesenquimal (Fig. 3).

DISCUSIÓN

Las células adiposas aparecen en el tejido subcutáneo de un embrión en el 5to mes de vida intrauterina. Al mismo tiempo, los fibroblastos se presentan entre las células mesenquimales indiferenciales. Una célula preadiposa es morfológicamente indistinguible de un fibroblasto; evidencias directas sugieren que estas dos células son entidades diferentes; los fibroblastos proliferan a través del cuerpo, mientras que las células adiposas muestran desarrollo específico en ciertas áreas como el tejido celular subcutáneo, el epiplón y el espacio retroperitoneal (6). Los depósitos específicos de grasa facial se presentan en la órbita y en la región bucal. Se desconoce si las células adiposas son diferenciadas de los depósitos de grasas o si representan fibroblastos en los cuales se ha acumulado en gran canti-

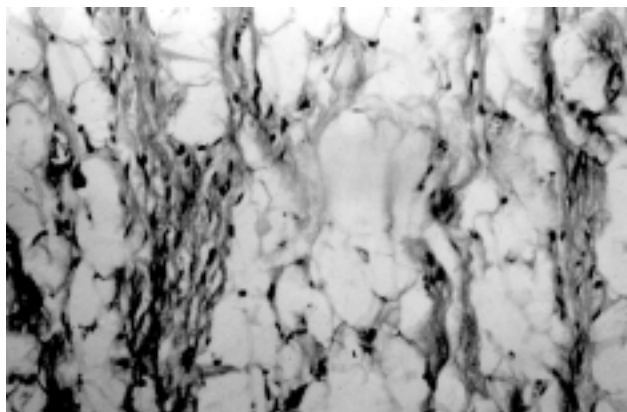


Fig. 3. Muestra histológica apreciando células poligonales dispuestas en nidos con citoplasma ópticamente vacío, separadas por gruesas bandas de tejido fibroconectivo denso, confirmando el diagnostico de fibrolipoma. (H y E x 10).

dad de grasa. El depósito selectivo de grasa es probablemente el resultado de acumulación regional de células específicas en lugar de fibroblastos ordinarios, los cuales pueden depositarse en cualquier parte del cuerpo. Por ejemplo, si el tejido blando indiferenciado que está destinado a ser tejido adiposo es removido de un animal joven y es auto-transplantado en un área donde la grasa no se encuentra, se desarrollará tejido adiposo en esa zona. La especificidad de las células grasas puede ser demostrada por la presencia de tumores grasos benignos bien circunscritos independientemente de otro tejido blando, incluyendo el tejido adiposo (5).

El lipoma es una neoplasia benigna de crecimiento lento compuesta de células adiposas maduras. Aparece con más frecuencia en el tejido celular subcutáneo del cuello y espalda. Hatziotis (7) y Visscher (4) han realizado una extensa revisión

de la literatura y han reportando que, en la cara, el sitio de aparición más frecuente es el tejido celular subcutáneo de la mejilla, y que, intrabucalmente pueden aparecer en cualquier sitio, pero en el piso de la boca son raros. Los lipomas orales representan entre el 2,2 al 4,4% de todos los tumores intrabucales benignos idiopáticos (4); sin embargo, algunos autores proponen la hipótesis de trauma repetitivo, el cual puede conducir a la formación del lipoma (5). Los lipomas se presentan con más frecuencia entre la 5° y 7° década de la vida, con una relación masculino-femenino de 1,5 a 1. En muchos casos aparece como una lesión no dolorosa, palpable, que puede crecer con el tiempo. Clínicamente se pueden presentar pedunculados, sésiles o como una masa usualmente solitaria, pero también pueden ser múltiples. La mucosa situada encima del lipoma puede ser normal en apariencia o puede presen-

tarse adelgazada por el crecimiento del tumor. Puede existir ulceración de la superficie debido a trauma funcional. El tratamiento es quirúrgico con un excelente pronóstico, pero pueden ocurrir recurrencias y se ha descrito un caso de malignización (8).

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 (9, 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 fibroma es la neoplasia benigna más frecuente de la cavidad bucal. Está íntimamente relacionado con la hiperplasia fibrosa, y en muchas ocasiones, no se distinguen histológicamente. Aparece como una lesión elevada de color normal, con superficie lisa, base sésil y ocasionalmente pedunculada (1, 5). Este tumor es de crecimiento lento y es más común en la 3°, 4° y 5° década de la vida, siendo su localización más frecuente la mucosa bucal de la mejilla, lengua, labios, paladar y encía (4).

El fibrolipoma es una neoplasia benigna, variante del lipoma, cuyo nombre está relacionado con la presencia de células adiposas y tejido fibroso. Histológicamente, el tumor presenta bandas de tejido conectivo denso, y células adiposas maduras. En la cavidad bucal se presenta

como una lesión palpable, indolora que aparece con más frecuencia entre la 5° a 7° década de la vida, con una relación masculino-femenino de 1:3. El tiempo entre el descubrimiento del tumor y la excisión quirúrgica varía de 9 meses a 4 años. Este tipo de tumor aparece con más frecuencia en la mejilla, y es menos frecuente en la región retromolar y la encía (12, 13). Su aparición en niños es rara. Su patogénesis no ha sido determinada claramente. Se ha propuesto que su origen pudiera ser congénito, ser causado por trastornos endocrinos, o ser el producto de degeneración fibromatosa (2). Vellios (14) y Shear (15) sugieren la posibilidad de que provenga de la maduración de una lipoblastomatosis, otro tipo de tumoración usualmente encontrado en infantes y niños. Se ha publicado una posible relación entre el fibrolipoma y el lipoma de células en huso; sin embargo el sitio de aparición y las características histopatológicas son diferentes (6).

En el presente caso, el tumor estaba localizado en el piso de la boca, sitio poco frecuente de aparición según la literatura revisada (1-5). La evolución de dicha lesión desde su inicio hasta su extirpación fue muy larga (11 años), ya que la literatura reporta un promedio de 9 meses a 4 años (4). La gran dimensión de dicha tumoración en el piso de la boca, no concuerda con el tamaño reportado por otros autores (1, 3, 4, 12, 13, 16). El fibrolipoma de mayor tamaño reportado en el piso de la boca, ha sido con unas dimensiones de 8 x 5 x 4 cm (12),

siendo lo usual tumores de alrededor de 2 cm en la cavidad bucal.

El análisis detallado de la literatura existente, junto con los resultados arrojados por el presente estudio permite asegurar que el fibrolipoma diagnosticado en el piso de la boca de esta paciente tiene características no reportadas en estudios previos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GRAHAM G. S., BRANNON R. B., HOUSTON G.D.: Fibrolipoma of the gingiva (a case report). *J Periodontol* 1988; 59(2): 345-348.
2. WILSON G. W., BRAUN T.W., SMITH R.L.: Nodular mass in the anterior floor of the mouth. *J Oral Maxillofac Surg* 1990; 48:492-495.
3. LOMBARDI T., ODELL E.W.: Spindle cell lipoma of the oral cavity: report of case. *J Oral Pathol Med*. 1994; 23:237-239.
4. VISSCHER J.G.: Lipoma and fibrolipomas of the oral cavity. *J Maxillofac Surg* 1982; 10(3): 177-181.
5. DALE M., GALLAGHER D., GOLDMAN E., SCHAFFER S.: Fibrolipoma of the cheek in a child. *J Oral Maxillofac Surg* 1982; 40:824-827.
6. BEHAM A., SCHMID C., HOLD S., FLETCHER C.D.M.: Spindle cell and pleomorphoric lipoma: an immunohistochemical study and histogenetic analysis. *J Pathol* 1989; 158:219-222.
7. HATZOTIS J.C.: Lipomas of the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1971; 31(4):511-524.
8. CORREIA P. DE CASTRO: Recurrent lipoma of floor of mouth. *NY J Dent*. 1957; 27: 206-210.
9. CHEN S.Y., FANTASIA J.E., MILLER A.S.: Myxoid lipoma of oral soft tissue. A clinical and ultrastructural study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984; 57:300-305.
10. ENZINGER F.M., HARVEY D.A.: Spindle cell lipoma cancer. 1975; 36:1852-1859.
11. GUILLOU L., DEHON A., CHARLIN B.: Pleomorphic lipoma of the tongue: a case report and literature review. *J Otolaryngol* 1986; 15:313-317.
12. KIEHL R.L.: Oral fibrolipoma beneath complete mandibular denture. *J Am Dent Assoc* 1984; 100(4): 561-562.
13. REDELINGHUIS I.F., DU PREEZ L.A.: Lipoma of the floor of the mouth: report of an unusually large lesion. *Department of Maxillo-Facial and Surgery, University of Pretoria. SADIJ* 1998; 53(5):245-246.
14. VELLIOS F.: Lipoblastomosis: A tumor of fetal fat different from hibernoma. *Am J Pathol* 1958; 34:1149-1151.
15. SHEAR M.: Lipoblastomosis of the cheek. *Br J Oral Surg* 1967; 5:173-179.
16. GREER R.O., RICHARDSON J. F.: The nature of lipoma and their significance in the oral cavity: a review and report of case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1973; 36: 551-556.