

Lipoma bucal: relato de dois casos

Alexandre Keith Tateyama

Graduando em Odontologia – UNINOVE.
keithtateyama@ig.com.br, São Paulo [Brasil]

Juliana Martins Rossi

Graduanda em Odontologia – UNINOVE.
julianamrossi@globocom.com, Guarulhos [Brasil]

Marco Antonio Trevizani Martins

Mestre em Odontologia – UNIP;
Professor na graduação – UNINOVE.
kekomartins@yahoo.com.br, São Paulo [Brasil]

Sandra Kalil Bussadori

Doutora em Odontopediatria – USP;
Professora na graduação – UNINOVE.
skb@osite.com.br, São Paulo [Brasil]

Kristianne Porta Santos Fernandes

Doutora em Imunologia – USP;
Professora na graduação – UNINOVE.
kristianneporta@terra.com.br, São Paulo [Brasil]

José Benedito Dias Lemos

Doutor em Clínicas Odontológicas – USP;
Professor na graduação – USP.
jbdlemos@usp.br, São Paulo [Brasil]

Manoela Domingues Martins

Doutora em Patologia Bucal – USP;
Professora na graduação – UNINOVE.
mano@apcd.org.br, São Paulo [Brasil]

Lipoma é um tumor benigno caracterizado pela multiplicação de células adiposas que pode acometer qualquer região do corpo, inclusive sítios bucais. Este trabalho descreve dois casos clínicos de lipoma em cavidade bucal, abordando o processo de diagnóstico e terapêutica empregada nessas lesões.

Palavras-chave: Adipócitos. Lipoma.
Neoplasia benigna. Neoplasia mesenquimal.



1 Introdução

O lipoma é a neoplasia benigna de origem mesenquimal mais comum do corpo humano, com 15 a 20% dos casos situados em região de cabeça e pescoço e apenas 1 a 4% envolvendo a cavidade bucal (LOMBARDI; ODELL, 1994; FREGNANI et al., 2003), representando de 0,1 a 5% dos casos dos tumores benignos que afetam a boca (EPIVATIANOS; MARKOPOULOS; PAPANAYOTOU, 2000; FREGNANI et al., 2003).

Esta lesão se caracteriza pela proliferação de adipócitos, com maior acúmulo de gordura, geralmente de forma encapsulada. A patogênese dos lipomas é incerta, porém parece ser mais comum em pessoas obesas. No entanto, o metabolismo dos lipomas apresenta completa independência da gordura corpórea normal. Assim, se a ingestão calórica for reduzida, embora a gordura corpórea possa ser perdida, os lipomas não diminuirão de tamanho. Alguns casos bucais podem não representar tumores verdadeiros, mas, sim, uma herniação do coxim gorduroso bucal (FREGNANI et al., 2003).

Clinicamente, os lipomas bucais apresentam-se como massa nodular, flutuante, de consistência borrachóide, com superfície plana e lisa, que pode ser séssil ou pedunculada. A coloração varia de levemente amarelada a rósea, dependendo da profundidade da lesão. Possuem crescimento lento e assintomático até o momento que alcançam níveis estáticos, podendo passar despercebidos por meses ou anos, antes do diagnóstico. Seu tamanho é variável, a maioria inferior a 30 milímetros (mm) e, em alguns casos, podem interferir na fala e na deglutição. A mucosa jugal e o vestíbulo bucal são os sítios intrabucalis mais comuns e essa localização representa 50% de todos os casos; língua, soalho

e lábios são sítios menos comuns (ANAVI; GROSS; CALDERON, 1995; EPIVATIANOS; MARKOPOULOS; PAPANAYOTOU, 2000; FREGNANI et al., 2003).

Na maior parte dos casos, os lipomas acometem pacientes acima dos 50 anos e são muito raros em crianças. Embora, noutras partes do corpo, sejam duas vezes mais freqüentes no sexo feminino, os lipomas bucais caracterizam-se por uma distribuição igualitária entre os sexos (EPIVATIANOS; MARKOPOULOS; PAPANAYOTOU, 2000; MIGHELL, 1994).

O diagnóstico dos lipomas está baseado em suas características clínicas, observadas após exame físico intrabucal minucioso associado à história da lesão. O exame visual e a palpação são os principais métodos empregados. O diagnóstico clínico diferencial dos lipomas se faz com o fibroma e a hiperplasia fibrosa inflamatória. Casos de fibromas situados em planos profundos, infiltrados entre músculos ou até mesmo entre glândulas salivares maiores, requerem exames complementares de imagem, tais como ressonância magnética ou tomografia computadorizada. Para se estabelecer o diagnóstico definitivo, é necessário observar os aspectos microscópicos da lesão (MENDITTI; PALOMBA; RULLO, 1990; DATTILO; IGE; NWANA, 1996; CHIKUI et al., 1997; BURIC et al., 2001; DARLING; THOMPSON; SCHNEIDER, 2002).

Histologicamente, os lipomas se caracterizam pela deposição de células gordurosas maduras (adipócitos) que possuem tamanhos variados dependendo do volume dos seus vacúolos citoplasmáticos. As células tumorais benignas se diferem pouco na aparência microscópica da gordura normal circunjacente. Usualmente, os tumores são bem circunscritos e podem mostrar uma densa cápsula de tecido fi-

broso. Frequentemente, é visto um arranjo lobular distinto de células. Em raras ocasiões, pode ocorrer metaplasia cartilaginosa ou óssea central dentro de um lipoma típico (CHIKUI et al., 1997; EPIVATIANOS; MARKOPOULOS; PAPANAYOTOU, 2000; DARLING; THOMPSON; SCHNEIDER, 2002).

Tem sido descrito um número de variantes microscópicas denominadas fibrolipoma, angioliipoma, lipomas mixóides, lipomas de células espinhosas, lipomas pleomórficos e intramusculares. A mais comum destas é o fibrolipoma, caracterizado por um componente fibroso significativo, misturado com os lóbulos de células gordurosas. As outras variantes são raras (FREGNANI et al., 2003; LOMBARDI; ODELL, 1994; DARLING; THOMPSON; SCHNEIDER, 2002).

Os lipomas são tratados pela excisão cirúrgica total e conservadora. Em muitos casos, após o diagnóstico clínico, opta-se pela realização de biópsia excisional, com a finalidade de estabelecer o diagnóstico definitivo, e este procedimento acaba por ser o tratamento da lesão, no qual as recidivas são raras. A maioria das variantes microscópicas não afeta o prognóstico. Os lipomas intramusculares têm um alto índice de recidiva por causa do seu padrão de crescimento infiltrativo, mas a variante é rara na região oral e maxilofacial (FREGNANI et al., 2003; MIGHELL, 1994).

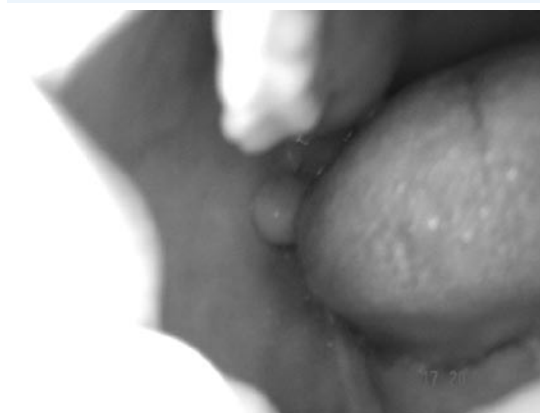
O objetivo deste trabalho é relatar dois casos clínicos de lipoma em boca, diagnosticados com bases clínicas e histopatológicas, bem como descrever a terapêutica empregada.

2 Relato de casos clínicos

A seguir, a descrição dos dois casos focalizados em nosso estudo.

2.1 Caso clínico 1

Paciente N. G. V., 68 anos, sexo feminino, do lar, leucoderma. Procurou atendimento odontológico para substituir as próteses totais. Na anamnese, relatou quadro de hipertensão e diabetes *melitus* insulino dependente, controlados com medicamentos e insulina. Durante o exame físico intrabucal, foi notada, em mucosa jugal próxima ao trígono retromolar do lado direito, lesão nodular, vegetante, única, de base pedunculada, de coloração amarelada, com superfície lisa, não ulcerada e medindo cerca de 1 centímetro quadrado (cm²) (Fotografia 1). À palpação, a lesão se mostrou flutuante e indolor. As hipóteses de diagnóstico foram de fibroma *versus* lipoma.



Fotografia 1: Caso clínico 1 – aspecto clínico do lipoma em mucosa jugal direita próximo ao trígono retromolar

Fonte: Os autores.

Definido o quadro clínico, optou-se pela excisão cirúrgica conservadora. Após a remoção total da lesão, o espécime foi acondicionado em solução de formol a 10% e notou-se que o material flutuou na superfície, o que sugere macroscopicamente a presença de células adiposas (Fotografias 2 e 3). O resultado

histopatológico confirmou a hipótese de lipoma (Fotografia 4). O pós-operatório revelou cicatrização adequada da ferida (Fotografia 5) e a paciente encontra-se em controle clínico e sem sinais de recidiva da lesão.



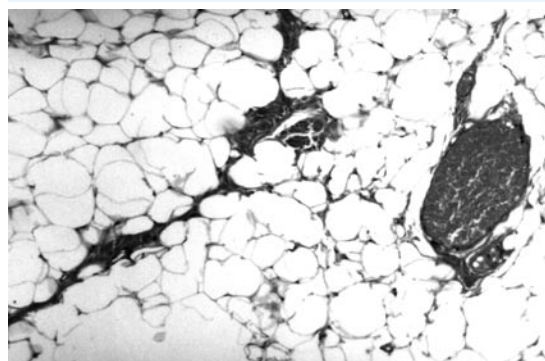
Fotografia 2: Caso clínico 1 – aspecto macroscópico da peça cirúrgica

Fonte: Os autores.



Fotografia 3: Caso clínico 1 – aspecto macroscópico da peça cirúrgica flutuando no formol

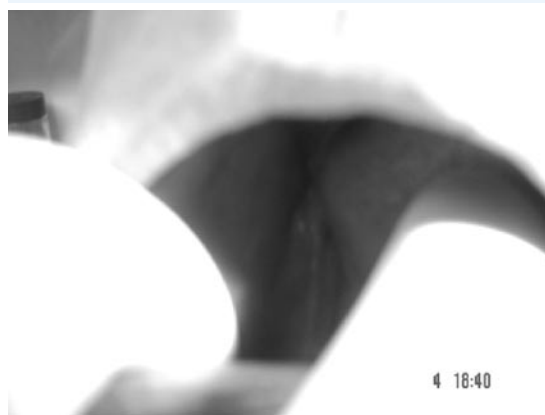
Fonte: Os autores.



Fotografia 4: Caso clínico 1 – aspecto microscópico do lipoma

Nota-se proliferação de células adiposas maduras, de tamanhos variados separadas por finos feixes de tecido conjuntivo denso

Fonte: Os autores.



Fotografia 5: Caso clínico 1 – aspecto clínico pós-operatório. Observe o reparo total

Fonte: Os autores.

2.2 Caso clínico 2

Paciente W. G., 44 anos, sexo masculino, aposentado, leucoderma. Apresentou-se com queixa de aumento de volume em região de fundo de sulco inferior à esquerda, com seis meses de evolução, indolor e sem qualquer alteração funcional. O paciente estava seguindo

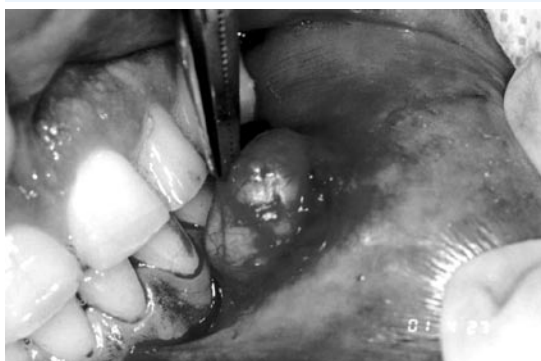
tratamento psiquiátrico, com o uso de tranqüilizantes. Mostrava-se calmo, cooperativo, corado e hidratado. O exame físico extrabucal não revelou assimetrias, áreas de alteração de sensibilidade ou linfonodos regionais. Ao exame físico intrabucal, foi evidenciada em fundo de sulco inferior, lesão nodular, arredondada, de superfície lisa e coberta por mucosa de coloração normal (Fotografia 6). À palpação, a lesão mostrava-se móvel, de consistência borrachóide e indolor, e se estendia pela região de dentes 32 a 34. O aspecto clínico do quadro levou à formulação das hipóteses de lipoma *versus* fibroma.



Fotografia 6: Caso clínico 2 – aspecto clínico do lipoma em mucosa de vestibulo inferior

Fonte: Os autores.

Ante o quadro, optou-se pela execução de biópsia excisional da lesão. As avaliações pré-operatórias (clínica médica e exames hematológicos) apresentaram-se dentro da normalidade. O paciente foi submetido a exérese total da lesão, sob anestesia local (Fotografias 7, 8 e 9), e o material proveniente da cirurgia enviado para exame anatomopatológico (Fotografia 10), cujo resultado revelou tratar-se de um lipoma. O paciente encontra-se em controle clínico e sem sinais de recidiva da lesão.



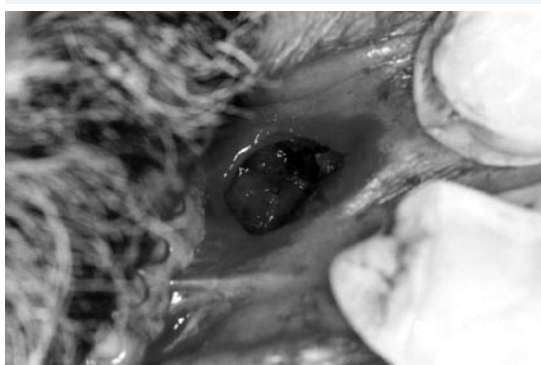
Fotografia 7: Caso clínico 2 – aspecto clínico da incisão epitelial

Fonte: Os autores.



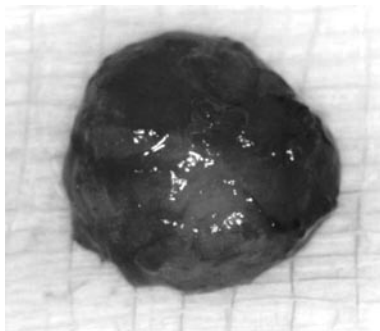
Fotografia 8: Caso clínico 2 – divulsão dos planos profundos da lesão

Fonte: Os autores.



Fotografia 9: Caso clínico 2 – aspecto clínico do leito cirúrgico após a remoção total do lipoma

Fonte: Os autores.



Fotografia 10: Caso clínico 2 – aspecto macroscópico da peça cirúrgica

Fonte: Os autores.

3 Discussão

Lipomas em cavidade bucal são raros e se iniciam subsuperficialmente e ocasionam crescimentos geralmente em tecido mole. Exibem, do ponto de vista clínico, comportamento benigno que se traduz em crescimento lento, expansão tecidual sem infiltração, ausência de dor e de ulceração (MENDITTI; PALOMBA; RULLO, 1990; ANAVI; GROSS; CALDERON, 1995; DATTILO; IGE; NWANA, 1996).

Esses critérios mostram que os casos apresentados neste estudo estão de acordo com literatura específica. Clinicamente, representavam lesões nodulares delimitadas – no primeiro caso é vegetativa e, no segundo, submucosa –, arredondadas, com longo período de evolução, em pacientes com idade acima dos 40 anos e sem sintomatologia dolorosa. No primeiro caso, o lipoma estava situado na mucosa jugal e, no segundo, no vestíbulo, sítios considerados os mais comuns para a manifestação dessa lesão na cavidade bucal.

Conforme a literatura, a distribuição deles quanto ao sexo é quase igual. Neste estudo, relatamos um caso em paciente feminino e outro em indivíduo masculino. Entretanto, no estudo de Epivatianos, Markopoulos e

Papanayotou (2000), foi observada uma discreta predileção pelo sexo feminino.

A causa dos lipomas permanece ainda incerta; no entanto, vários mecanismos patogênicos, tais como origem a partir de células lipoblásticas embrionárias remanescentes no tecido, degeneração gordurosa, trauma, irritação crônica e alterações hormonais, têm sido relatados (MENDITTI; PALOMBA; RULLO, 1990; DATTILO; IGE; NWANA, 1996)

O processo de diagnóstico do lipoma em boca segue a rotina do exame clínico. Deve ser realizada a anamnese seguida de exame físico extra e intrabucal. Neste, se realiza a inspeção – ou exame visual – das estruturas e, em seguida, a palpação que permite examinar estruturas profundas e observar sua compressibilidade, sensibilidade e relações anatômicas (COLEMAN; NELSON, 1996; DATTILO; IGE; NWANA, 1996). Geralmente o diagnóstico diferencial é estabelecido com o fibroma e hiperplasia fibrosa inflamatória, mas clinicamente é difícil distinguir essas lesões e afirmar um diagnóstico definitivo, pois as diferenças entre ambas são mínimas. Nos casos em que a lesão exibe coloração amarelada, a hipótese de diagnóstico de lipoma prevalece, e naqueles em que a lesão é rósea como a mucosa adjacente, as hipóteses de fibroma e hiperplasia fibrosa inflamatória são mais plausíveis. Em casos situados em soa-lho de boca, o diagnóstico diferencial deve ser feito com cisto dermóide, rânula e cisto epidermóide (ANAVI; GROSS; CALDERON, 1995; DATTILO; IGE; NWANA, 1996). Em ambos os casos, foram formuladas as hipóteses de fibroma e lipoma.

Nos casos apresentados, ante as hipóteses de diagnóstico, optou-se pela realização de biópsia excisional, seguida de exame anatomopatológico. Essa conduta foi adotada por ser a biópsia excisional o método ideal para

diagnosticar lesões bucais isoladas, pequenas, de crescimento lento e sem ulcerações (COLEMAN; NELSON, 1996). Em ambos os casos, foi observada a flutuação na solução de formol, dado este indicativo de que as lesões se tratavam de lipomas. Entretanto, o diagnóstico definitivo foi obtido após o exame histopatológico associado aos dados da anamnese e exame físico, anteriormente realizados como preconizado na literatura.

Os lipomas são tratados pela excisão cirúrgica conservadora e suas recidivas são raras. Nos casos deste estudo, a biópsia excisional promove a remoção total da lesão e coincide com o tratamento proposto. Ambos os pacientes não exibiram sinais de recidiva.

Oral lipoma: report of two clinical cases

Lipoma is a benign neoplasm characterized by proliferations of adipose tissue that may occur almost anywhere in the body including many oral sites. The present study describes two clinical cases of oral lipoma and discusses the diagnosis process and therapeutic approach for these lesions.

Key words: Adipose cells. Benign neoplasm. Lipoma. Mesenchymal neoplasms.

Referências

ANAVI, Y.; GROSS, M.; CALDERON, S.; Disturbed lower denture stability due to lipoma in the floor of the mouth. *Journal of Oral Rehabilitation*, London, v. 22, n. 1, p. 83-85, 1995.

BURIC, N. et al. Intraosseous mandibular lipoma: a case report and review of the literature. *Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, Rosemont, v. 59, n. 11, p. 1367-1371, 2001.

CHIKUI, T. et al. Imaging findings of lipomas in the orofacial region with CT, US, and MRI. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology & Endodontics*, Denver, v. 84, n. 1, p. 88-95, 1997.

COLEMAN, G. C.; NELSON, J. F. *Princípios de diagnóstico bucal*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

DARLING, M.; THOMPSON, I.; SCHNEIDER, J. Spindle cell lipoma of the alveolar mucosa: a case report. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology & Endodontics*, Denver, v. 93, n. 2, p. 171-173, 2002.

DATTILO, D. J.; IGE, J. T.; NWANA, E. J. Intraoral lipoma of the tongue and submandibular space: report of a case. *Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, Rosemont, v. 54, n. 7, p. 915-917, 1996.

EPIVATIANOS, A.; MARKOPOULOS A. K.; PAPANAYOTOU, P. Benign tumors of adipose tissue of the oral cavity: a clinicopathologic study of 13 cases. *Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, Rosemont, v. 58, n. 10, p. 1113-1117, 2000.

FREGNANI, E. R. et al. Lipomas of the oral cavity: clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases. *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, London, v. 32, n. 1, p. 49-53, 2003.

LOMBARDI, T.; ODELL, E. W. Spindle cell lipoma of the oral cavity: report of a case. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, Oxford, v. 23, n. 5, p. 237-239, 1994.

MENDITTI, D.; PALOMBA, F.; RULLO, R.; Lipoma orale. *Archivio stomatologico*, Napoli, v. 31, n. 4, p. 715-722, 1990.

MIGHELL, A. J. Lipoma – an unusual alveolar swelling. *The British Dental Journal*, London, v. 176, n. 6, p. 225-226, 1994.

recebido em: 12 maio 2005 / aprovado em: 7 jun. 2005

Para referenciar este texto:

TATEYAMA, A. K. et al. Lipoma bucal: relato de dois casos. *ConScientiae Saúde*, São Paulo, v. 4, p. 115-121, 2005.



