

14
2 ej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LIPOMAS, REVISION DE ARCHIVOS
DE PATOLOGIA BUCAL DE LA
DEPeI; DE 1986 A 1995

TESINA

QUE PRESENTA:

NORMA ALLENDE CURIEL

PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

Directora de Tesis

C.D.M.O. BEATRIZ ALDAPE BARRIOS

Verbo



México, D.F. 1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi mamá

Millicenia Cuat por su gran apoyo y confianza
para poder alcanzar este gran logro por mí.

A mis hermanas

Edith, Millicenia, Carolina y Jessica por su
confianza y porque cada una apostó algo especial
para mí.

A toda mi familia en general por su apoyo
comprensión y cariño para poder alcanzar
este gran logro y a lo absoluto Carlos Cuat
de una manera muy especial gracias.

A ti Luis José

Por brindarme tu incondicional apoyo
dedicación y confianza para poder alcanzar
este meta.

INDICE

Introducción	1
Antecedentes Históricos	4
Etiología	5
Localización	6
Características Clínicas	7
Hallazgos Macroscopicos	8
Características Radiográficas	8
Hallazgos Microscópicos	9
Clasificación	9
1.- Lipomas múltiples	10
2.- Angiolipoma	10
3.- Lipoma de células fusiformes	11
4.- Lipoma pleomórfico	12
5.- Lipoblastoma y lipoblastomatosis benigna	13
6.- Angiomiolipoma	14
7.- Mielolipoma	15
8.- Lipoma intramuscular e intermuscular	15
9.- Lipoma de Vaina tendinosa	17
10.-Lipoma lumbosacro	17
11.-Fibrolipoma intraneural y perineural "Hamartoma lipofibromatoso de nervios"	18
12.- Lipomatosis difusa	20
13.- Lipoma cervical (simétrica)	21
14.- Lipomatosis pelviana	22
15.- Hibernoma	23
Caso Reportado	24
Tratamiento	27
Resultados	28

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia de Lipomas por año	29
Tabla 2. Distribución por edad	30
Tabla 3. Distribución por sexo	31
Tabla 4. Porcentaje por localización	32
Tabla 5. Diagnostico histopatológico	33

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Frecuencia de lipomas por año	34
Gráfica 2. Frecuencia por edad	34
Gráfica 3. Distribución por sexo	35
Gráfica 4. Porcentaje de incidencia por zona	35
Gráfica 5. Porcentaje por clasificación	36
Discusión	37
Conclusión	38
Glosario	39
Bibliografía	40

INTRODUCCION

Los Lipomas son los tumores benignos de células maduras adiposas más frecuentes de los tejidos blandos, aunque no todas son verdaderas neoplasias. Quizá por su familiaridad se tiende a clasificar con desprecio el Lipoma de tejido blando a pesar de que es el más común, se ha despertado el interés solo cuando el Lipoma ocurre en localizaciones ectópicas fuera del tejido blando tal como el cerebro o tracto gastrointestinal.

Se localizan de preferencia en el tejido subcutáneo de la espalda, hombro y cuello, aunque ninguna zona está libre de presentarla.

Los tumores subcutáneos varían en el tamaño 1-10 cm, incluso más cuando se dejan sin tratamiento durante años; tienen una delicada cápsula que los delimita incompletamente del tejido adiposo adyacente.

En boca, se han observado en todas las estructuras bucales, pero de modo predominante en lengua, mejillas y piso de boca; se observan unas masas amarillas de crecimientos nodulares únicos o múltiples subcutáneos blandos, móviles, y generalmente sintomáticos, casi siempre crecen superficialmente en el tejido subcutáneo, sin embargo en el tejido intermuscular e intramuscular

profundo, a veces puede haber evidencia de necrosis grasa como resultado de un trauma.

Pero aproximadamente el 5% de los pacientes tienen tumores múltiples, y en algunos casos existe una historia familiar bien definida de tumores similares, no hay predilección por edad y sexo. Aunque en algunos casos reportados de pacientes femeninos con Lipomas solitarios ocurren en 60% a 70% de los casos, en pacientes masculinos son más frecuentes de 1.2:1 a 1.8:1, ocurren en pacientes en la quinta y sexta década de la vida el promedio de edad de estos pacientes entre 40 y 50 años, son menos comunes en las primeras décadas de la vida y raramente ocurre en los niños.

Cuando se presentan en la cavidad bucal y su tamaño es muy grande podrían causar problemas nutricionales, de fonación, en algunos casos para la respiración, y hasta pueden causar deformaciones faciales, con pérdida dental cuando existe mucha presión. Muchos pacientes buscan tratamiento médico cuando la lesión ha comenzado a crecer creando deformaciones estéticas y/o alcanzado un tamaño tal que este incidiendo sobre estructuras vitales.

Los Lipomas tienden a presentarse en pacientes obesos o que han ganado peso recientemente, la grasa dentro de un Lipoma no está disponible metabólicamente para el cuerpo. entonces en un estado de inanición los Lipomas no desaparecen y pueden incrementar su tamaño

La conducta metabólica de un Lipoma difiere de la grasa normal en que los ácidos grasos precursores son incorporados más rápidamente. mientras que la actividad lipoprotéica es reducida.

Al microscopio electrónico se ha demostrado que las células de Lipoma son morfológicamente idénticas que las células normales del tejido adiposo blanco maduro. Recientemente un análisis citogenético de los lipomas indica una translocación recíproca cromosómica no rándomizada involucrando el cromosoma 3 y 12. Aunque el análisis bioquímico de los Lipomas no ha demostrado diferencia significativa entre su contenido lipídico y la grasa madura. algunos estudios han demostrado un incremento pronunciado en la actividad de la lipoproteína, lipasa en los Lipomas en hombres.

Profundamente localizados los tumores grasos en retroperitoneo, localizaciones atípicas pueden ser asiduamente buscadas y muchas secciones tomadas antes de aceptar un Lipoma porque algunos resultan ser Liposarcomas bien definidos, ésto es debido a las degeneraciones de los Lipomas benignos.

La tumoración homónima maligna, el Liposarcoma, se observa con mucha menor frecuencia.

ANTECEDENTES HISTORICOS

A través de diez años de estudio de tumores benignos en la cavidad bucal, Dockerty encontró que los lipomas constituyen el 4.4% del total, mientras que otros constituyen el 2.2% estas frecuencias coinciden con las estadísticas de Adrián, y las de Water y Somerville quienes reportan del 4 al 5% del total de los tumores en el cuerpo.

Así aunque los Lipomas de la cavidad bucal son poco comunes, ocurren en la misma proporción, que el total de los tumores benignos y Lipomas en otras partes. Es probable que haya una mayor frecuencia porque hay lesiones menores que no son reportadas. Samuells y Oatis reportan que el Lipoma es un tumor benigno de menor incidencia en la cavidad bucal, como dato complementario la clínica Mayo (1973) menciona que el neurofibroma, mioma, mixoma ocurre considerablemente con menor frecuencia.

Desde entonces se conoce al Lipoma como un tumor benigno, malformación y proliferaciones idiopáticas localizadas del tejido conjuntivo adiposo que se encuentran y diagnostican con tanta frecuencia en las diversas partes del organismo, que atraen relativamente poco la atención en la literatura médica.

ETIOLOGIA

Poco se sabe acerca de la patogenia de estos tumores. Ciertamente, son más comunes en obesos que en personas delgadas y se encuentran más frecuentes en mujeres que en hombres y pacientes mayores de 45 años, también se habla de una mayor incidencia de lipomas de pacientes diabéticos y pacientes con un aumento del colesterol sérico. Ocasionalmente se implican traumatismos o radiaciones como posible factor etiológico; se ha informado del desarrollo de Lipomas en el sitio de inyecciones de insulina y durante el tratamiento con corticoides; en ocasiones se sospecha de factores hereditarios o disfunciones endócrinas.

LOCALIZACION

Pueden distinguirse dos tipos de Lipomas:

Solitarios

Los Lipomas cutáneos o superficiales son más comunes en las regiones de la espalda, hombro y cuello seguidas principalmente por brazos, gluteos y muslos, rara vez se encuentran en la cara, cuero cabelludo, piernas y pies. El tamaño varía de unos pocos milímetros a 10 centímetros o más.

Los lipomas profundos son raros

A menudo se detectan en un estadio relativamente avanzado del desarrollo y en consecuencia el tamaño promedio tiende a ser mayor que el de los lipomas cutáneos. Puede involucrar numerosos sitios; en el tronco se localizan principalmente en el mediastino anterior, retroperitoneo, pared torácica y región paratesticular, en las extremidades pueden originarse en los tejidos subperiósticos o regiones yuxtarticulares en tejidos profundos de manos y pies.

Los Lipomas profundos tienden a estar menos circunscritos que los superficiales y sus contornos están determinados por los espacios que ocupan.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Clinicamente un Lipoma es una masa asintomática, de crecimiento lento y forma redonda o discoide con una consistencia pastosa o quística. Generalmente hay movilidad y se forman hoyuelos con el movimiento. El dolor es raro en los Lipomas comunes y cuando ocurre, es un síntoma tardío, en general limitado al Lipomas de gran tamaño que comprimen nervios periféricos.

Rara vez lleva a alteraciones sensitivas y motoras. Los Lipomas profundos rara vez se diagnostican clínicamente y a menudo llegan a un tamaño apreciable antes de causar síntomas y reconocerse su presencia.

Como regla, el tumor es más común en personas obesas y a menudo aumenta de tamaño durante un período de rápido aumento de peso. En contraste, la severa pérdida de peso en pacientes caquéticos o durante periodos de ayuno prolongado rara vez afecta el tamaño de un Lipoma, sugiriendo que el tejido adiposo de los Lipomas no está disponible para el metabolismo general.

HALLAZGOS MACROSCOPICOS

El Lipoma subcutáneo se manifiesta como una masa blanda bien circunscrita, cubierta por una delgada cápsula y redondeada cuyo tamaño varía de unos pocos milímetros a 20 cm. o más. Es de color amarillo pálido a anaranjado y tiene una superficie grasosa uniforme y patrón lobular irregular.

Los Lipomas de estructuras más profundas varían mucho más, tienden a estar delineados por una delgada cápsula, hay cambio de coloración focal causada por hemorragia o necrosis grasa, pero es mucho menos común que en el Liposarcoma.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El examen radiológico es útil para el diagnóstico; los Lipomas se presentan como masas globulares radiolúcidas claramente delineadas por la mayor densidad del tejido circundante.

HALLAZGOS MICROSCOPICOS

Los Lipomas difieren poco en el aspecto microscópico de la grasa circundante. Como la grasa, están compuestos por células adiposas maduras, pero la forma y tamaño de las células y son un poco más grandes, midiendo hasta 120 μm . de diámetro. Habitualmente están provistos de una delgada cápsula y presentan claros patrones lobulillares.

Los Lipomas profundos tienen una configuración más irregular, que depende ampliamente del sitio de origen. Todos están bien vascularizados.

Ocasionalmente los Lipomas se alteran por la mezcla de otros elementos mesenquimatosos que constituyen un componente intrínseco del tumor.

CLASIFICACION

A través del tiempo se han encontrado diferentes Lipomas a los cuales se les ha dado una clasificación y casi nunca alguna dificultad en el diagnóstico. Esto puede ser muy cierto para el Lipoma subcutáneo común, pueden agruparse en cinco categorías, cada una de las cuales puede aceptar varias subdivisiones:

1.- LIPOMAS MULTIPLES

Aproximadamente del 5 al 6% de todos los pacientes con Lipomas presentan tumores múltiples que son macroscópicamente y microscópicamente indistinguibles de Lipomas solitarios. Su número varía de pocas a varios cientos de lesiones y ocurren predominantemente en la mitad superior del cuerpo con predilección por la espalda, hombros y brazos. Con frecuencia están distribuidos simétricamente; afectan a hombres y mujeres. Comienzan durante la quinta y sexta década; sin embargo, algunas lesiones aparecen en la pubertad.

Hay un rasgo hereditario definido en un bajo porcentaje de pacientes con esta condición. También hay informes de Lipomas múltiples en pacientes diabéticos en el sitio de inyección de insulina, en pacientes con psoriasis y durante el embarazo.

2.- ANGIOLIPOMA

Ocurre principalmente como una nódulo subcutáneo en adultos jóvenes, apareciendo a menudo por primera vez a fines de la segunda o comienzos de la tercera década; es raro en niños. El antebrazo es por mucho la localización única más común. Rara vez ocurre en la cara, cuero cabelludo, manos y pies.

Característicamente son sensibles o dolorosos, sólo cuando se tocan o palpan, particularmente durante el período de crecimiento inicial con frecuencia el dolor se hace menos severo o desaparece.

Los traumatismos han sido implicados como un posible factor causal. totalmente cuando llega a su tamaño final, que rara vez es de más de 2 cm.

Los angiolipomas siempre se ubican en el celular subcutáneo, donde se presentan como nódulos amarillos encapsulados con un tinte rojizo más o menos marcado.

Los angiolipomas son benignos, y no hay evidencias de que estas lesiones se malignisen.

3.- LIPOMA DE CELULAS FUSIFORMES

El Lipoma de células fusiformes tiene un cuadro clínico típico; ocurre principalmente en hombres entre los 45 o 65 años de edad y se encuentra principalmente en la región posterior del cuello y hombros.

Macroscópicamente, el nódulo se parece a un Lipoma, excepto por focos gelatinosos blanco grisáceos que representan área de proliferación de células fusiformes.

Microscópicamente varía, el tejido lipomatoso está reemplazado por una mezcla de células adiposas maduras y células fusiformes uniformes que están estrechamente asociadas con una matriz mucoide y un número variable de fibras de colágeno.

El Lipoma de células fusiformes, como su nombre lo indica, es una lesión benigna y habitualmente la excisión local proporciona un alivio prolongado.

4.- LIPOMA PLEOMORFICO

Es un termino que se ha aplicado a una neoplasia que simula estrechamente un Liposarcoma esclerosante o pleomórfico, pero más probablemente representa una variante benigna y excesivamente preomórfica del lipoma de células fusiformes. De hecho, su cuadro clínico y aspecto macroscópico son iguales, pero sus aspectos microscópicos son bastante diferentes; además de la mezcla de adipositos y células fusiformes, hay células gigantes grotescas diseminadas, frecuentemente con una disposición concéntrica de múltiples núcleos hipercromáticos alrededor del citoplasma intensamente eosinófilo.

Ocurre en el hombro o cuello de un paciente de sexo masculino mayor de 45 años, así como antecedentes clínicos de que la lesión ha estado presente durante varios años. A pesar del aspecto grotesco de este tumor, el pronóstico es excelente y la excisión local es adecuada para su curación.

5.- LIPOBLASTOMA Y LIPOBLASTOMATOSIS BENIGNOS

Esta lesión difiere por su inmadurez celular y su gran semejanza con la formación mixoide de Liposarcoma.

El lipoblastoma es un tumor de la primera infancia y suele observarse durante los tres primeros años de vida y ocasionalmente al nacimiento.

Fue dos veces más frecuente en varones que en niñas y afectó principalmente las extremidades superiores como un nódulo o masa sintomático. Las lesiones circunscritas están limitadas al celular subcutáneo; las formas difusas (lipoblastomatosis difusa) tienden a infiltrar no sólo el celular subcutáneo, sino también el músculo subyacente.

Al el microscopio, están compuestas por pequeños lobulillos de células adiposas inmaduras separadas por tabiques de tejido conectivo de diverso espesor y áreas mesenquimáticas con un aspecto mixoide laxo.

El pronóstico es excelente. Las residivas son raras, por ende se aconseja la excisión local amplia en el tipo difuso o infiltrativo del lipoblastomatosis.

6.- ANGIOMIOLIPOMA

Es un crecimiento específico y probablemente hamartomatoso que ocurre en el parénquima renal o, rara vez, como una neoplasia pedunculada o un tumor próximo al riñón. Prevalece en mujeres, puede causar síntomas como hematuria, dolor o fiebre o puede ser asintomática; suele descubrirse como un hallazgo incidental. Puede ser solitario o múltiple su diámetro mayor tiene un promedio de 6 a 15 cm, es amarillo a gris con hemorragia focal.

Característicamente, está compuesto por tres elementos histicos diferentes:

- 1) Tejido adiposo maduro que muestra leves variaciones en el tamaño celular y aspecto nuclear.
- 2) Vasos espiralados de paredes gruesas con poca o ninguna capa elástica.
- 3) Capas y haces irregularmente dispuestas en el tejido muscular liso.

Algunas veces se confunde con un Liposarcoma debido a su gran tamaño, celularidad focal, pleomorfismo celular y el ocasional crecimiento de tejido idéntico en ganglios linfáticos regionales.

7.- MIELOLIPOMA

Crecimiento pseudotumoral de elementos adiposos y médula ósea maduros, también puede encontrarse como una masa aislada de tejido blando en la región pelviana. Los mielolipomas se encuentran en personas entre los 35 y 65 años, no causan síntomas. La naturaleza puede ser secundaria a tensión prolongada y estimulación excesiva con hormonas adrenocorticotropas.

Microscópicamente el tumor toma un aspecto más grisáceo o rojo grisáceo. Por lo general, la lesión es bastante pequeña y rara vez mide más de 5 cm. de diámetro. Los mielolipomas pueden asociarse con trastornos endócrinos

8.- LIPOMA INTRAMUSCULAR E INTERMUSCULAR

Los Lipoma intramusculares son más numerosos que los Lipomas intermusculares, pero muchos involucran tejidos muscular e intermuscular,

también ha sido descrito como Lipoma infiltrante. el tumor ocurre entre los 30 y 60 años.

Ocasionalmente se encuentra en niños. Afecta más a hombres que a mujeres y los sitios mas importantes son los grandes músculos de las extremidades, especialmente de los muslos, hombros y brazos. Son de crecimiento lento e indoloros y a menudo se hacen evidentes sólo durante la contracción muscular. Algunas veces el movimiento causa dolor. Su tamaño varía considerablemente de lesiones diminutas a tumores de 20 cm. o más de diámetro.

En el examen radiológico los Lipomas intramusculares son radiolúcidos.

El examen microscópico revela adipositos maduros que infiltran el músculo en forma difusa.

Debe tenerse cuidado en el diagnóstico diferencial, porque áreas importantes de un Liposarcoma bien diferenciado puede ser indistinguible de las de un Lipoma intramuscular, en la lipoblastomatosis difusa y lipomatosis.

La perspectiva de curación es excelente si el tumor se extirpa totalmente.

9.- LIPOMA DE VAINA TENDINOSA Y ARTICULACIONES

Entre estos muy raros tumores hay dos tipos: masas lipomatosas sólidas que se extienden a lo largo de tendones y lesiones lipomatoideas que consisten principalmente en vellosidades sinoviales hipertróficas distendidas por grasa.

El Lipoma de vaina tendinosa ocurre en ambos sexos principalmente en jóvenes entre los 15 y 35 años, y afecta la muñeca mano y menos comúnmente, el tobillo y pie. Aproximadamente la mitad son bilaterales y muestran una distribución simétrica. Las lesiones han estado presentes durante años y muchas causan dolor que puede ser severo. Las radiografías pueden mostrar una masa de menor densidad que los tejidos circundantes.

Macroscópica y microscópicamente consisten en tejido fibroadiposo maduro o vellosidades cargadas con grasa y tapizadas por sinovial.

10.- LIPOMA LUMBOSACRO

Fue descrito por primera vez por Johnson en 1857 y se caracteriza por una proliferación difusa de grasa madura suprayacente a la porción inferior de la columna en la región lumbosacra.

Clinicamente, tiende a ser asintomático inicialmente y a menudo se observa sólo debido a la presencia de una gran masa de tejido blando. Más tarde una mielopatía radiculopatía progresiva causan alteraciones motoras o sensitivas en las piernas, vejiga o intestino.

Las radiografías son esenciales para el diagnóstico, muestran asociación de la masa con espina bífida o algún grado de disgenesia sacra.

La lesión es casi dos veces más frecuente en el sexo femenino y se encuentra principalmente entre el nacimiento y los dos años de edad.

Microscópicamente el crecimiento lipomatoso por lo general no está encapsulado y consiste en el tejido adiposo lobulado, microscópicamente, indistinguible de un Lipoma.

11.- FIBROLIPOMA INTRANEURAL Y PERINEURAL (HAMARTOMA LIPOFIBROMATOSO DE NERVIOS)

Este es un proceso lipomatoso pseudotumoral que involucra las manos, muñecas y antebrazos de personas jóvenes; usualmente se manifiesta como una masa blanda de crecimiento lento que consiste en el tejido fibroadiposo proliferante que rodea e infiltra los nervios mayores y sus ramas.

Casi siempre la lesión se descubre debido al dolor, aumento o disminución de la sensibilidad, o parestesias asociadas con una masa que crece gradualmente y causa neuropatía por compresión. También puede haber cierta pérdida de fuerza. El crecimiento habitualmente es lento. El sexo masculino se ve afectado más frecuentemente que el femenino y la lesión se observa más a menudo en la mano izquierda. Puede haber una predisposición genética, pero no hay antecedentes de trastornos hereditarios. El comienzo está ligado a un traumatismo.

Macroscópicamente se ve una masa blanda amarillo grisácea, fusiforme o en forma de salchicha que ha infiltrado difusamente y reemplazado porciones de un nervio importante y sus ramas.

Microscópicamente consiste en tejido fibroadiposo que ha rodeado e infiltrado el tronco nervioso y ha crecido a lo largo del epineurio y perineurio.

El dolor y la pérdida sensitiva pueden aliviarse parcial o totalmente por medio de la sección de ligamento anular anterior del cuerpo y descompresión del nervio mediano.

12.- LIPOMATOSIS DIFUSA

Puede definirse como un sobrecrecimiento pobremente circunscrito y extremadamente raro que crece en forma infiltrativa e involucra grandes porciones de una extremidad o el tronco; involucra difusamente el celular subcutáneo y músculo. Muchas de las lesiones se asocian con hipertrofia ósea, pero no hay compromiso de nervios. Muchos de los casos comienzan durante los dos primeros años de vida, pero también en adultos.

El diagnóstico diferencial puede ser difícil. Un Lipoma intramuscular puede mostrar un cuadro microscópico similar, pero este tumor siempre está limitado al músculo o espacios de tejido intramuscular y contiene un mayor número de fibras musculares atrapadas.

La lipomatosis difusa tiende a recidivar, puede llegar a un gran tamaño y, en raros casos, causar una alteración severa de la función, haciendo necesaria una cirugía drástica.

13.- LIPOMATOSIS CERVICAL (SIMETRICA)

La lipomatosis cervical también descrita como enfermedad de Madelung o síndrome de Launois-Vensaude. Los pacientes presentan un depósito simétrico masivo de grasa madura en la región del cuello, que se ha comparado con una collera o anillo como rosquilla; pero también pueden involucrar la espalda, la región suboccipital, axilar y mejillas.

La enfermedad afecta a hombres de edad media, usualmente con antecedentes de ingesta excesiva de alcohol o enfermedad hepática. Los depósitos de grasa crecen durante muchos años, no son sensibles ni duelen.

Están pobremente circunscritos y afectan el celular subcutáneo y espacios de tejido blando, extendiéndose como lengüetas entre los músculos cervicales y torácicos.

Los depósitos masivos en la parte profunda del cuello y laringe pueden causar estridor y molestias respiratorias. Como regla, el paciente no es obeso. Macroscópica y microscópicamente, la grasa acumulada es indistinguible de la grasa madura, excepto por grados variables de fibrosis intersticial.

La causa exacta de la condición no está clara. Hay un defecto obvio en el metabolismo lipídico, en pacientes con antecedentes de diabetes, intolerancia a la glucosa o hiperuricemia.

Aunque la excisión ha sido el único modo de tratamiento parece que es innecesaria y que la grasa depositada disminuye con la abstinencia de alcohol y corrección de deficiencias nutricionales.

14.- LIPOMATOSIS PELVIANA

Esta entidad, se caracteriza por un sobrecrecimiento de grasa en las regiones perirectal y perivesical, que causa compresión de las vías urinarias y colon.

Afecta principalmente a hombres negros en la tercera y cuarta décadas de la vida. Las únicas molestias consisten en leve dolor perineal y micción frecuente. Radiológicamente, los hallazgos típicos incluyen una vejiga en forma de pera o calabaza con la base elevada.

Estas alteraciones son causadas sólo por el sobrecrecimiento masivo de grasa. El crecimiento adiposo es difuso y consiste en grasa madura.

La lipomatosis pelviana es un proceso lentamente progresivo que puede causar hidronefrosis, uremia y muerte.

15.- HIBERNOMA.

Es muy raro especial tipo de Lipoma derivado de la grasa parda fetal, se deriva de la semejanza microscópica de este tumor a la glándula de textura café que ocurre en los órganos de hibernación de cierta especie de animales.

Los hibernomas ocurren principalmente en adultos de 26 años; el tumor predomina en regiones escapular e interescapular, en muslo, sitio normalmente desprovisto de grasa parda, la pared torácica, la espalda y regiones axilares e inguinal.

Clinicamente son tumores sintomático, de crecimiento lento. Están bien definidos, son blandos, móviles y varían de 5 a 10 cm. de diámetro.

Macroscópicamente presentan un claro patrón lobulillar y están compuestos por células uniformes granulares o multivacuoladas, eosinófilas, redondas a

ovoides con núcleos pequeños y ubicados centralmente. Las células pueden demostrar un pigmento marrón dorado.

No hay evidencia de que el hibernoma tenga recidiva, y la excisión local constituye el tratamiento de elección.

Caso reportado

Un hombre negro de 50 años se presentó al departamento de emergencia con un malestar facial y con inflamación del lado izquierdo submandibular y el mentón.

Cinco semanas antes, había sido extraído el 3er. molar izquierdo, y dos semanas antes se llevó acabo un raspado y corte de la raíz.

Estudios de laboratorio revelaron un conteo de células blancas de 13,000/mm³. Los exámenes mostraron un paciente con dolor no agudo con una masa endurecida bien circunscrita en la línea media del submentón (6cm x 5cm) que se movía con la lengua. Una linfadenopatía bilateral anterior fue notada. Intraoralmente, no hubo exudado purulento, y nada pudo salir de los orificios de la principal glándula salival. No hubo trismus, disfagia o disfonía y el piso de la boca no estaba elevado.

El sitio de la extracción del tercer molar mostró una apropiada respuesta de mejoría. Ninguna otra patología fue notada clínicamente ni en radiografía dental rutinaria. El diagnóstico preliminar de una aguda infección secundaria odontogénica para el tratamiento dental fue hecho.

Al paciente se le administraron 500 mg de penicilina cada 6 hrs, fue citado para ser observado en la clínica de Cirugía oral 48 hrs después. Cuando el paciente se presentó, la masa del submentón estaba significativamente más grande y más edematosa. Su temperatura, era de 100 F° y tenía disfagia y dolor moderado respiratorio.

El examen intraoral reveló que el piso de boca estaba elevado con un área de fluctuación en la unión de lado derecho del piso con los procesos alveolares. Se pensó en un absceso facial. Bajo anestesia local fue hecha una incisión y una copiosa cantidad de exudado purulento salió. Cultivos aeróbicos y anaeróbicos fueron tomados, la dosis de penicilina se incrementó a 1 gr cada 6 hrs y fue complementada con 600 grs de clindamicina cada 6 hrs.

El curso del paciente fue seguido diariamente los estudios mostraron diferentes tipos de estreptococos; mientras al quinto día aún estaba presente una masa, firme, movable en la línea media del submentón, esta vez el diagnóstico incluía un quiste

La lesión fue descrita por los radiólogos como una masa no quística la cual estaba ocupando los tejidos subcutaneos, en la línea media del cuello a nivel del cartilago de la tiroide extendiéndose al borde inferior a la mandibula y permaneciendo entre el músculo genioideo superior y la fascia pre-traqueal.

Se programó al paciente para remover la masa con anestesia general, se hizo una incisión submentoniana. La masa fue visualizada café amarillenta bien encapsulada de 5 cm x 5 cm y tenia la gruesa apariencia de un Lipoma, el paciente se recuperó satisfactoriamente. Los exámenes microscópicos confirmaron el diagnóstico.

TRATAMIENTO

Los Lipomas son benignos. Pueden recidivar localmente, pero luego de excisión local, la tasa de recidivas es menor del 5% de todos los tumores. La malignidad de un Lipoma es excepcional y se han informado sólo unos pocos casos en la literatura, Sin embargo, es probable que algunos de éstos sean Lipomas pleomórficos y otros sean Liposarcomas bien definidos en los que se hayan pasado por alto las características malignas del primer examen. Los Lipomas profundos tienen mayor tendencia a recidivar, probablemente debido a la mayor dificultad para una excisión quirúrgica completa.

RESULTADOS.

Se realizó una investigación de Lipomas y algunas de sus clasificaciones tomando en cuenta la zona donde se presentó la lesión, edad y sexo; utilizando los archivos de patología donde se guardan historias clínicas de estudios histopatológicos clasificados por año y número de expediente de pacientes registrados en la Facultad de Odontología. Este estudio se realizó del año de 1986 a 1995.

Primero se describirá el mayor porcentaje captado de Lipomas en los diez años en el año que más se captaron pacientes con Lipoma fue en 1986 y 1995 con un total de siete casos cada uno sumando un porcentaje de 1.46% cada uno.

Con relación a la edad se presentó mayor incidencia de 41 a 50 años con un porcentaje de 29.78 %, y en relación al sexo el femenino presentó mayor incidencia mostrando un porcentaje de 55.33% de 18 mujeres captadas.

En cuanto a la zona la que se presentó más frecuentemente es la mucosa bucal sumando de 16 casos un porcentaje de 34.10%, y por último se revisó la clasificación de los Lipomas encontramos con mayor frecuencia al Lipoma con 31 casos recibidos sumando un porcentaje de 65.95%.

FRECUENCIA DE LIPOMAS

Año	Casos	Casos recibidos	Porcentaje del estudio	Porcentaje de incidencia
1986	7	477	14.89	1.46 %
1987	3	390	6.38	0.76 %
1989	6	404	12.76	1.48 %
1990	4	510	8.51	0.78 %
1991	6	508	12.76	1.18 %
1992	4	577	8.51	0.69 %
1993	6	499	12.76	1.20 %
1994	4	455	8.51	0.87 %
1995	7	500	14.89	1.4 %
Total	47	4320	100	1.08 %

Tabla 1.- Frecuencia de Lipomas por año.

DISTRUBUCION POR EDADES.

Edad	Frecuencia	(%)
0-10	5	10.63
11-20	1	2.12
21-30	5	10.63
31-40	7	14.89
41-50	14	29.78
51-60	9	19.14
Más de 60	6	12.76
Total	47	100

Tabla 2.-Distribución por edad.

DISTRIBUCION POR SEXO

Sexo	Frecuencia	(%)
Masculino	18	38.29
Femenino	26	55.33
No especificado	3	6.38
Total	47	100,00

Tabla 3.-Distribución por sexo.

PORCENTAJE DE FRECUENCIA POR LOCALIZACION

Zona	Frecuencia	(%)
Mucosa	16	34.10
Paladar	2	4.25
Cara	8	17.02
Cabeza	5	10.63
Cuello	5	10.63
Cuerpo	5	10.63
Piso de boca	1	2.12
Cara interna del musculo	1	2.12
Tercer molar	1	2.12
No especificado	3	6.38
Total	47	100.00

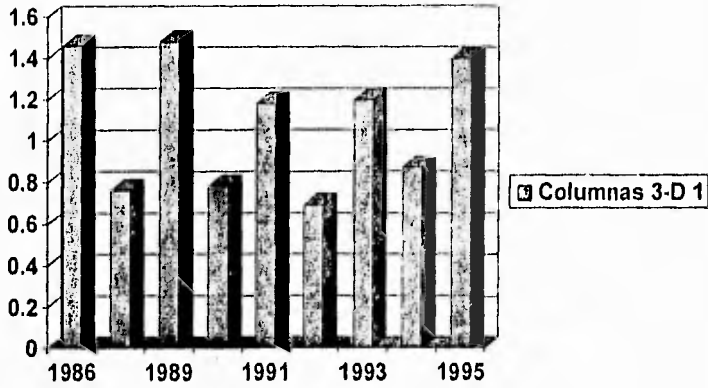
Tabla 4.- Porcentaje por localización

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

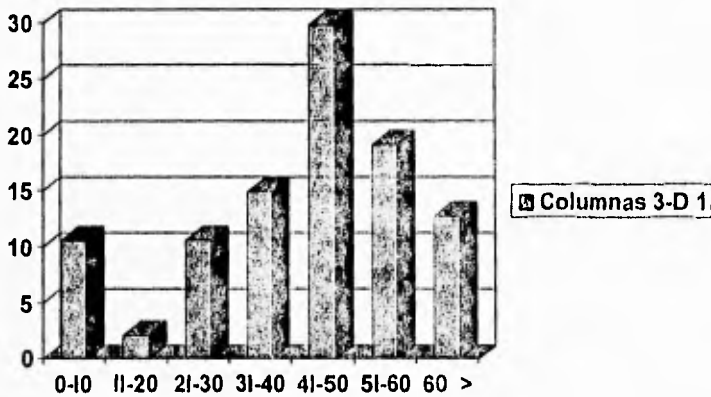
Clasificación	Frecuencia	(%)
Lipoma	31	65.95
Fibroma	11	23.44
Angiolipoma	2	4.25
Lipoblastoma	1	2.12
Lipoma óseo	1	2.12
Mixilipoma	1	2.12
Total	47	100.00

Tabla 5.- Diagnóstico Histopatológico.

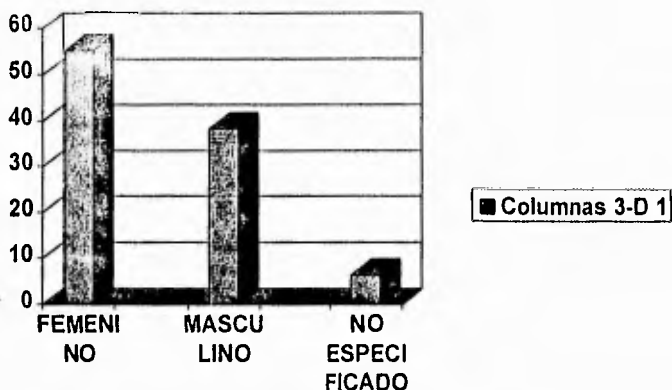
FRECUENCIA DE LIPOMA POR AÑO.



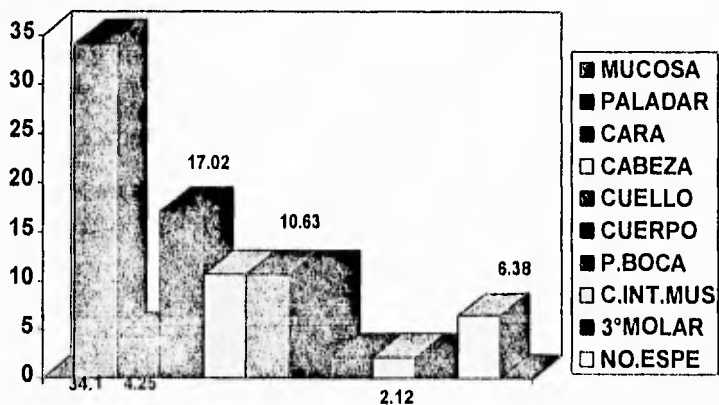
FRECUENCIA DE LIPOMAS POR EDAD



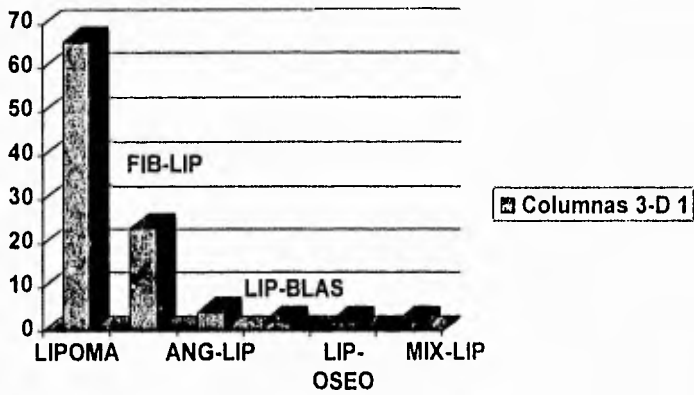
DISTRIBUCION POR SEXO.



PORCENTAJE DE INCIDENCIA POR ZONA



PORCENTAJE POR CLASIFICACION



DISCUSION

Dentro de este estudio realizado se puede observar que el Lipoma está en odontología casi ignorado ya que la literatura es sumamente escasa y limitada, solo se puede encontrar artículos de casos reportados pero estos son publicados por que clínicamente, física y sintomáticamente son muy llamativos.

También cabe mencionar que es un tumor indoloro por lo cual el paciente no acude a recibir atención cuando acuden a recibirla pueden consultar a su medico general y hasta en ocasiones es por otra causa.

También se puede observar que la mayor parte de los pacientes que presentan este tumor son mujeres, pero la población dentro de la Facultad de Odontología la mayoría son mujeres puesto que es el sexo que generalmente presenta mayor incidencia de caries.

Además muchos de los pacientes son ancianos y existe la discriminación por serlo tenemos que tomar en cuenta el diagnostico diferencial pues se puede confundir con varias neoplasias de tejidos blandos incluso con otro tipo de patologías, antes de pensar en un Lipoma, aun cuando utilizamos auxiliares como

la radiografía o una biopsia y en ocasiones si no es bien tomada la biopsia no podremos dar el diagnóstico correcto y por lo tanto un inadecuado tratamiento

CONCLUSION

Esta lesión se encuentra dentro del marco de neoplasias benignas y rara vez produce malignidad, encunto a la relación hombre mujer según la revisión bibliografica el sexo masculino es más frecuente encunto a las estadísticas de la división de estudios de posgrado en el departamento de patología la mayor frecuencia fue el sexo femenino tomando encuesta que la población que concurre más en esta institución es el sexo femenino,

De los 4683 expedientes revisados la frecuencia es un tanto baja en relación de otro tipo de lesiones, se puede mencionar que el Lipoma es el que se presenta con mayor frecuencia en la cavidad bucal. Todo tipo de neoplasias debe ser tomada encuesta independientemente del grado de malignidad.

GLOSARIO

Ectópica: Fuera del sitio normal

Yuxtarticulares: Situado cerca de una articulación.

Estridor: Sonido agudo desagradable semejante al silbido y se nota algunas veces en la respiración.

Rabdomisada: Tumor compuesto de tejido muscular estriado.

Retroperitoneo: Espacio comprendido entre la pared abdominal posterior y la hoja parietal del peritoneo.

Hidronefrosis: Acumulación excesiva de orina en los cálices, pelvis renal y el uréter que es causa de la distensión de estas estructuras y graves trastornos sobre la función del riñón.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA.

1. Contran Kumar Robbins. Patologia Estructural y Funcional Vol. II Editorial Interamericana. 1990 pag.1444-1445.
2. Enzinger Weiss Tumores de tejidos blandos Editorial Med Panam Pag 222-261.
3. Gorlin R /Goldman H. M. D. M. D. Toma. Patologia Oral Editorial Salvat.1973.
4. Ishikawas Color Atlas of Oral Pathology. 1987 by Ishiyaku. Ero America,Inc. Pag. 163.
5. Kissane John M.M.D. Anderson's Pathology. Vol. Two. The C.V. Mosby Company.1990 Pag.1879-1885.
6. Laskaris G Color Atlas of Diseases. Tieme. 1994. Pag.510-511.
7. Pinborg J.J. Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral. Editorial Salvat Masson. 1994. Pag.132.
8. Rose Kaye Medicina Interna en Odontologia. Tomo II. Editorial Salvat.1992. Pag.1011.
9. Scully c./ Stephen Flin. Color Atlas of Oral Disease. Patology paset by Latimer Trend and Company Ltd Plymosth. Pag. 52. 1989.
- 10.Wening B, M.D. Atlas of Head and Neck Pathology. 1993 W. B Saunders Company. Pag.155.