



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

LIPOMA MANDIBULAR: REPORTE DE UN CASO
CLÍNICO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MIRIAM EUNICE FLORES FLORES

TUTOR: Mtro. ALEJANDRO ALONSO MOCTEZUMA



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.



Mtro. Alejandro Alonso Moctezuma

Gracias por enseñarme a hacer del tiempo tu aliado para lograr todo aquello que es posible. Y cuando crees que estas agotado y ya no puedes, siempre podrás un poco más.

Mi admiración y respeto para usted.

Gracias por ayudarme a crecer profesional y personalmente.

Mtra. Carla Monserrat Ramírez Martínez

Gracias por el conocimiento que conmigo compartió. Agradezco la paciencia, atención y su gran calidad humana para hacer posible la elaboración de este trabajo.

C.D María Eugenia Rodríguez Sánchez

Gracias por los consejos y la motivación que me guiaron para culminar este trabajo de investigación.

A mi padre: Rubén Flores

Estoy agradecida con la vida por darme a un gran hombre como mi ejemplo y mi motivación, mi padre.

Mi corazón estará siempre agradecida contigo, por siempre buscar lo mejor para mí, por quedarte sin nada para dármelo todo. Este logro también es tuyo, jamás lo hubiera hecho posible sin tu apoyo incondicional.

Siempre estuviste ahí en cada momento que te necesite.

A mi Madre: Mayanín Guevara

Aunque fueron muy pocos los años a tu lado, te agradezco todo lo que hiciste por mí, lo que soy ahora es gracias a ti, y donde quiera que estés, sé que estarías orgullosa de mi.

“Por mi raza hablará el espíritu”



INDÍCE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| OBJETIVO | 5 |
| 1. Generalidades..... | 6 |
| 1.1 Definición de lipoma..... | 6 |
| 1.2 Etiología..... | 7 |
| 1.3 Epidemiología..... | 8 |
| 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: LIPOMA | 10 |
| 3. CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS | 11 |
| 4. VARIANTES DE LIPOMA | 12 |
| 5. ESTUDIOS DE IMAGEN | 18 |
| 6. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES | 21 |
| 7. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO | 22 |
| 8. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO | 24 |
| CONCLUSIONES | 30 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 31 |



INTRODUCCIÓN

Los lipomas son neoplasias benignas que se presentan con una frecuencia del 15 a 20 % en la región de cabeza y cuello; mientras que en la cavidad oral es del 1-4%. Presentan una ligera predilección por los hombres entre la quinta y sexta década de la vida. Las zonas más frecuentes donde se presenta son mucosa bucal, lengua y labio.

Para el odontólogo de práctica general y especialistas es de suma importancia conocer las características clínicas, imagenológicas e histológicas del lipoma para poder diferenciarlas de una neoplasia maligna como el liposarcoma.

En este contexto el conocimiento sobre estas neoplasias ayudará al clínico a realizar un adecuado diagnóstico presuntivo y por lo tanto una apropiada referencia con un cirujano maxilofacial para que sea realizado de forma oportuna un tratamiento definitivo.

El propósito de esta tesina es presentar un caso clínico quirúrgico de un lipoma mandibular convencional en fondo de saco.



Objetivo

Identificar características clínicas, histológicas, métodos de diagnóstico y tratamiento de los lipomas en cavidad oral.



1. Generalidades

1.1 Definición de lipoma

Es una neoplasia benigna localizada en tejidos blandos, de origen mesenquimatoso, compuesta por tejido adiposo maduro ¹⁻¹⁴.

Se puede localizar en cualquier parte del cuerpo con presencia de tejido adiposo, pero en la región oral es muy poco común, dicho esto, los lipomas representan un porcentaje del 1-4 de las lesiones benignas de cavidad oral y un 2.2% de todos los lipomas que se presentan en el cuerpo humano^{1-5,7,8,11}.



1.2 Etiología

Aun es desconocida; sin embargo, se mencionan dos teorías que han intentado darle la explicación a la formación de un lipoma.

La primera teoría por “hipertrofia” explica que la obesidad es el factor principal para la proliferación de tejido adiposo, debido a la acumulación excesiva de tejido graso; sin embargo, no logra explicar el porqué de la presencia de lipomas en zonas de la cavidad oral que contienen muy poco tejido adiposo^{4,5,7}.

La segunda es por “metaplasia”, y hace referencia a la diferenciación de células mesénquimas presentes en tejido conjuntivo para diferenciarse en lipoblastos, y así dar comienzo a la formación de tejido adiposo^{4,5,7}.

El trauma, irritación, pueden ser factores que desencadenan la proliferación de tejido adiposo dando lugar a la formación del dicho tumor⁵. También se ha descrito que pueden ser causa de una reorganización en los cromosomas 12q, 13q y 6p y de células multipotentes que permanecen inactivas desde la etapa embrionaria hasta la adolescencia cuando se ven influenciadas por el cambio hormonal para diferenciarse en tejido adiposo^{7,10,14}.



1.3 Epidemiología

Los lipomas pueden presentarse entre los 40-60 años, la edad promedio es de 52 años. Algunos autores no creen que exista alguna predilección por el sexo y otros autores mencionan que hay mayor predilección en hombres que en mujeres, se han presentado muy esporádicamente casos pediátricos. ^{1,2,4,5,8,9,14}.

El tiempo que transcurre para que los pacientes busquen la atención odontológica desde que se observa un aumento de volumen es de 1 mes hasta 10 años, debido al lento crecimiento, con un tiempo promedio de 2.3 años para acudir a un especialista^{9,3-4}.

En cavidad oral se presentan principalmente en mucosa bucal, labios, paladar, región submandibular, piso de boca, área retromolar y vestíbulo, encía, glándula parótida o en glándulas salivares.⁷ Tabla 1 Y 2

Tabla 1. Localización más frecuente de los lipomas en cavidad oral^{3,4}.

| Área en cavidad oral | Porcentaje de frecuencia |
|----------------------|--------------------------|
| 1. Mucosa bucal | 36- 38% |
| 2. Lengua | 23- 24% |
| 3. Labio | 10-10.5% |
| 4. Paladar | 7- 7.4% |
| 5. Piso de boca | 7% |
| 6. Vestíbulo | 6% |
| 7. Área retromolar | 4% |
| 8. Encía | 2% |



Tabla 2. Prevalencia con la que se presentan las diferentes variantes de lipoma^{3,4}.

| Variantes | Porcentaje (%) |
|-------------------------------|----------------|
| Lipomas convencional | 40-42% |
| Lipoma fibroso | 18-18.9% |
| Lipomas de células fusiformes | 12-12.6% |
| Sialolipoma | 9-9.5% |
| Condrolipoma | 5-5.3% |
| Lipoma intramuscular | 3-3.2% |
| Angiolipoma | 2% |
| Östeolipoma | 2% |
| Mixolipomas | 2% |
| Angiofribrolipoma | 1% |

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El aumento de volumen puede provocar asimetrías estéticas, disfagia, en algunos casos disnea o dificultad a la masticación; principalmente en los lipomas que abarcan área retromolar, piso de boca y lengua, siendo estos los principales motivos para asistir a la consulta odontológica^{8,9,14}.

El crecimiento en la mayoría de los lipomas se torna lento aunque algunos autores mencionan que muy pocos casos han presentado un crecimiento rápido⁸.

El lipoma se presenta de manera asintomático, de color amarillo-naranja, fluctuante, de tejido suave o la dureza puede depender de la localización del lipoma, si se presenta subcutáneo sin afectar músculo se puede palpar blando y suave; de forma contraria, si es un miolipoma se puede tornar un poco más rígido por estar rodeado de fibras musculares^{4,7}. La mucosa que lo rodea tiene apariencia normal^{11,12}. Las lesiones se han presentado desde .3 mm hasta 5.0 cm, con una medida promedio de 2.1cm.^{3,8,13} Fig.1

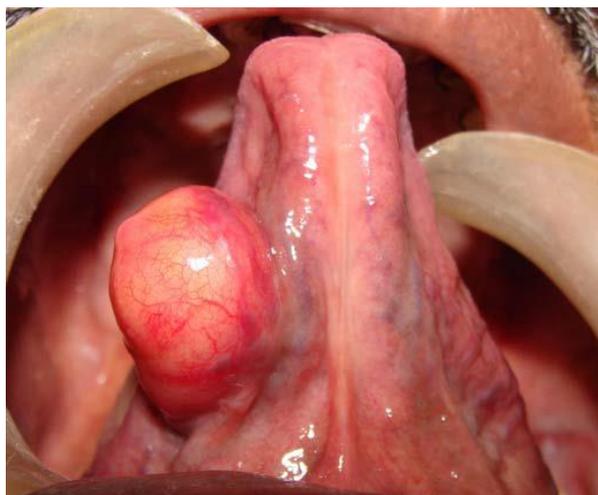


Fig. 1 Lipoma en cara ventral de lengua donde se observa color amarillo a través de la mucosa⁸.

La literatura refiere únicamente con dolor en pocas ocasiones en el caso de los lipomas intraóseos, cuando existe una compresión del nervio adyacente a la lesión. En muy raras ocasiones puede existir una fractura, en lipomas intraóseos, debido a la expansión cortical que puede producir la lesión ¹⁴.

3. CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS

Características macroscópicas

Se puede observar una lesión circunscrita, con base pediculada o sésil, encapsulada y bien definida rodeada por tejido conjuntivo fibroso, con superficie lisa, unilobular o multilobular, con color amarillo- naranja que se logra translucir a través de la mucosa en el caso de lipomas superficiales².

Fig. 2

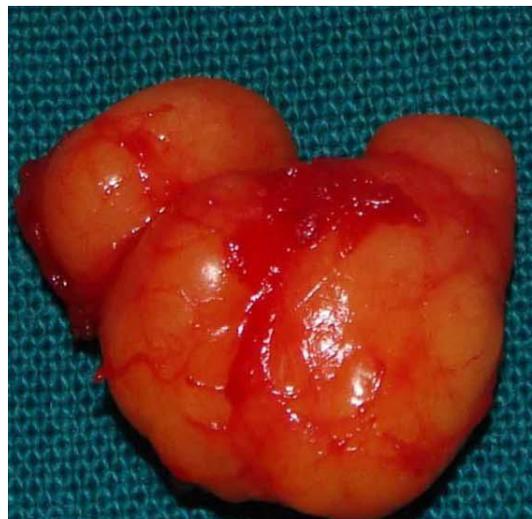


Fig. 2 Lipoma multilobular, con coloración amarillenta, cubierto por tejido fibroso¹².

Características microscópicas

El lipoma es una neoplasia benigna compuesta de tejido adiposo maduro, caracterizado por una proliferación de adipocitos, que pueden presentar una forma redonda u ovoide, con citoplasma claro, núcleos excéntricos desplazados hacia la periferia y presencia de vasos sanguíneos ⁵.

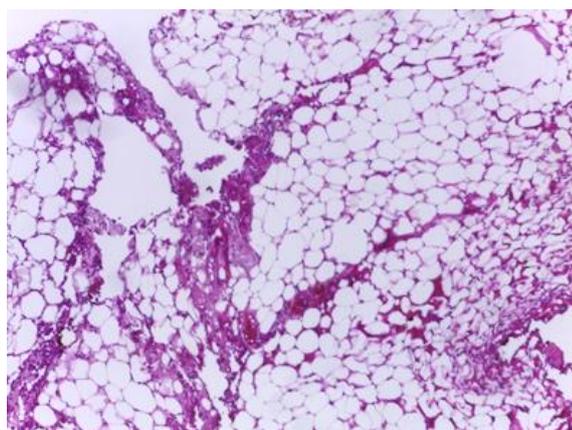
4. VARIANTES DE LIPOMA

De acuerdo a las características histológicas y frecuencia de aparición en cavidad oral, el lipoma puede clasificarse en:

A) Lipoma convencional

Este tumor está compuesto por adipocitos, sin presencia de lipoblastos. Aunque se encuentra vascularizado, no se logra visualizar la red de vasos sanguíneos debido a la compresión de la neoplasia. Fig.3

Se ha asociado a aberraciones cromosómicas encontradas en 55-75% de los casos, con tres subgrupos con aberraciones de 12q 13-15, 6p21-23 y con pérdida de material de 13 q¹⁴.



DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, MEDICINA BUCAL Y MAXILOFACIAL. FO.UNAM

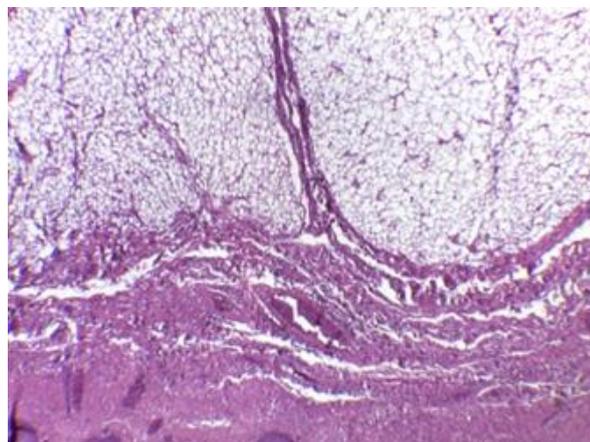
Fig.3 Fotomicrografía con H&E a 100x. Se observa adipocitos maduros presentes en la variante convencional de lipoma.

B) Lipoma mixoide

Se caracteriza por presentar un estroma mucoide o mixoide. El estroma mixoide es matriz extracelular rica en mucopolisacáridos de manera laxa¹⁴.

C) Fibrolipoma

Variante histopatológica del lipoma compuesta de un estroma de tejido conjuntivo fibroso denso. Que puede hialinizarse¹⁴. Fig.3

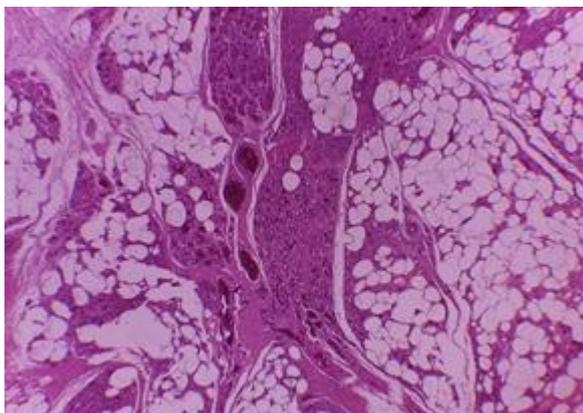


DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA, MEDICINA BUCAL Y MAXILOFACIAL. FO.UNAM

Fig. 3. Fotomicrografía teñida con H&E a 100x. Se observa células adiposas maduras. Entremezclado con septos fibrosos y proliferación de tejido fibroso denso

D) Angiolipoma

Se caracteriza por una proliferación de tejido adiposo maduro en un estroma abundantemente vascularizado. Formado por vasos de pequeño y mediano calibre¹⁴. Fig.4



DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA, MEDICINA BUCAL Y MAXILOFACIAL. FO.UNAM

Fig.4. Fotomicrografía con H&E al 100x. Se observa tejido graso maduro y proliferación de vasos sanguíneos de paredes delgadas.

E) Angiomiolipoma

Compuesto por 3 poblaciones celulares que son; tejido adiposo maduro, vasos sanguíneos de paredes gruesas con mínima o nula elasticidad y musculo liso con localización perivascular ¹⁴.

Las células musculares lisas pueden presentar pleomorfismo nuclear y núcleos hipercrómicos.

F) Condrolipoma y Osteolipoma

Variante histopatológica formada por tejido adiposo maduro con formación de metaplasia ósea o presencia de cartílago¹⁴.

G) Lipoma condroide

Se caracteriza por presentar tejido adiposo maduro, matriz condroide, crecimiento multilobular, celular redondas, dichas células presentan vacuolas lipídicas intracitoplásmicas que parecen lipoblastos¹⁴. Fig.5

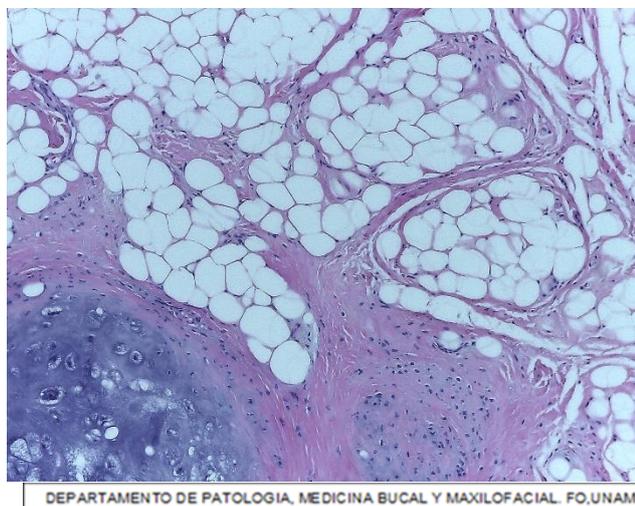


Fig. 5 Fotomicrografía con H&E a 200x. Se observa adipocitos maduros separados por septos de tejido conjuntivo fibroso denso y en algunas áreas se observa tejido condroide.

H) Lipomas intramusculares o lipoma infiltrante

Se caracteriza por presentar un patrón infiltrante de músculo estriado esquelético y adipocitos maduros¹⁴. Fig. 6

En este tipo de lipomas se puede presentar una recurrencia de 5 %¹⁴.

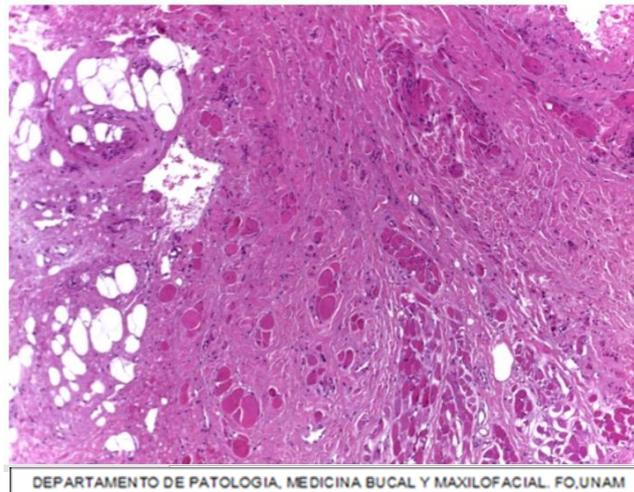


Fig. 6. Fotomicrografía H&E a 100x. Se observa adipocitos maduros asociado a tejido muscular estriado.

9. Lipoma pleomorfo

Esta variante se encuentra formada por tejido adiposo, colágena birrefringente, células hiper cromáticas redondeadas, y células gigantes multinucleadas.

Estas células se han visto en la mayoría de los lipomas pleomorfos¹⁴.

10. Lipoma de células fusiformes

Este tipo de lipoma presenta una similitud con el lipoma pleomorfo. Histológicamente está compuesto de células en forma de huso dispuestas en paralelo entre adipocitos y colágeno, con frecuencia hay presencia de estroma mixoide o estroma mucinoso ¹⁴. Fig. 7

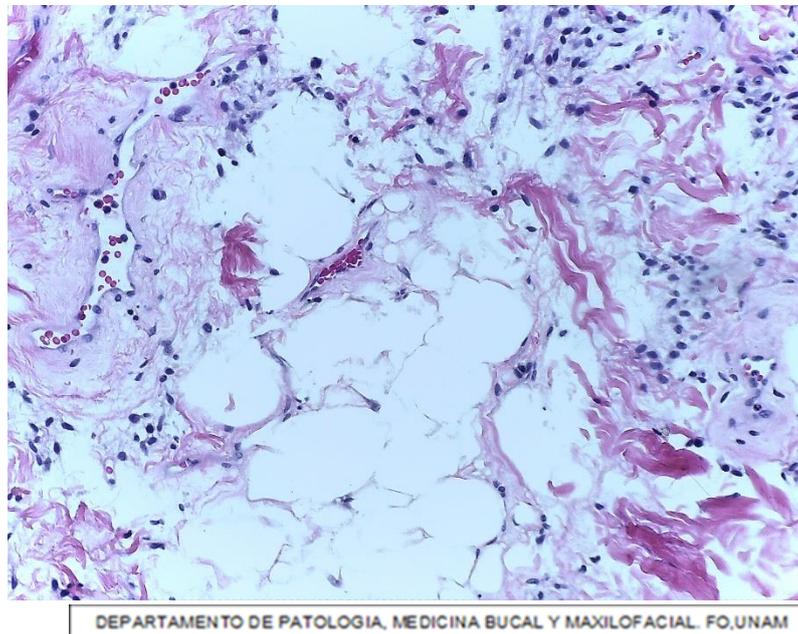


Fig. 7. Fotomicrografía H&E al 200x. Se observa tejido adiposo maduro.

Liposarcoma es la neoplasia maligna de tejidos blandos con una incidencia de 5-9% de todos los lipomas de cabeza y cuello, se presentan en la cuarta a la sexta década de la vida con una ligera predilección por los hombres¹⁵.

Los sitios en cavidad oral donde se presentan es en mucosa bucal (38%), lengua (33%), paladar (7%), piso de boca (7%) y en encía únicamente se han presentado 5 casos¹⁵.

La diferencia histológica que existe entre un liposarcoma y un lipoma son; presencia de lipoblastos, variación de tamaño de adipocito, atípico y agrandado, núcleos de adipocitos e hiper cromáticos, más del 25% de tejido no adiposo de toda la lesión¹⁵.

EL tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica con márgenes libres, como en cualquier tumoración maligna, se debe de extirpar la lesión completa con un poco de tejido adyacente para poder estudiar si no hay presencia de metástasis en los tejidos adyacentes, así como quimioterapia o radioterapia posterior a la extirpación¹⁵.

El pronóstico de un liposarcoma en sus inicios no presenta recidiva en la mayoría de los casos (fig. 8).¹⁵

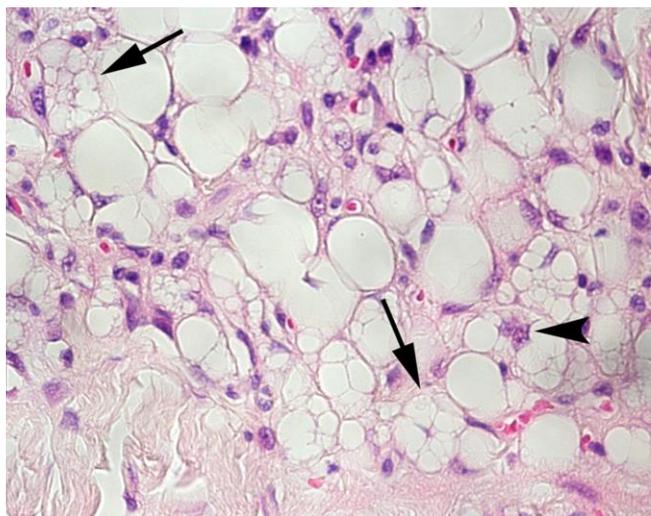


Fig. 8 Liposarcoma. Presencia de lipoblastos (flecha).

5. ESTUDIOS DE IMAGEN

Los estudios de imagen utilizados en la región maxilofacial tienen una amplia variación. Se eligen de acuerdo al lugar, al tipo de tejido, a la estirpe que se sospecha que pertenece la lesión y al tipo de diagnóstico que se está intentado confirmar¹⁶.

En la región maxilofacial existe radiografías desde dentoalveolares, que tienen un límite de visibilidad para tejidos dentales, hasta radiografías como la ortopantomografía, que es el estudio de imagen más utilizado para obtener un panorama básico de la región de cavidad oral, incluyendo el maxilar y la mandíbula¹⁶.

Para las neoplasias de tejidos blandos este tipo de estudio no resulta muy funcional, excepto en el lipoma intraóseo debido a que se logra observar un área radiolúcida si está presente en mandíbula, maxila, o cóndilo.¹⁷⁻²¹

Fig.9

Sin embargo para las demás variantes de lipoma este estudio de imagen no es de utilidad, o únicamente para descartar otro tipo de lesiones orales que puedan ser proyectadas en este tipo de radiografía.¹⁷⁻²¹.



Fig.9. Ortopantomografía. Presencia de un lipoma intraóseo a nivel del cóndilo y rama mandibular izquierda²¹.

Para cualquier variante de lipoma los estudios de imagen más utilizados son la tomografía computarizada con contraste y la resonancia magnética.

La tomografía computarizada convencional es utilizada para la localización de tumoración, puede reconstruir imágenes en cualquier plano. Utiliza radiación ionizante y utilizando medio contraste intravenoso permite delimitar bien los planos y estructuras anatómicas comprometidas por el tumor.²¹ Fig.10



Fig.10. Corte axial en una tomografía computarizada convencional¹⁹.



La resonancia magnética no utiliza radiación ionizante, emite las imágenes a través de la alineación de protones en un campo magnético para lograr definir la lesión.

A diferencia de la tomografía computarizada este estudio puede generar imágenes más precisas de tejidos blandos y tejidos duros por lo que se definen mejor los tejidos adyacentes a la lesión, el tamaño, la ubicación y vascularización²¹.



6. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Cuando se presentan los lipomas en tejido blando los diagnósticos diferenciales pueden ser; neuroma, neurofibroma, adenoma pleomorfo, adenocarcinoma. En el caso de los intraóseos, que tienen una frecuencia de 0.1% de todos los lipomas en cavidad oral, pueden presentar una mayor cantidad de diagnósticos diferenciales como son; queratoquiste odontogénico, liposarcoma, quiste óseo simple, defecto médula ósea, lesión fibroósea benigna temprana, célula gigante central granuloma, tumor odontogénico epitelial calcificante, odontogénico mixoma, tumor cartilaginoso, ameloblastoma, teratoma, osteocondroma y osteosarcoma, quiste simple, quiste postraumático, quiste óseo aneurismático, granuloma de células gigantes, osteoblastoma, malformaciones arteriovenosas, hemangiomas, hueso infartado, condrosarcoma o liposarcoma.^{16,17,18} Se deberá hacer un buen interrogatorio, exploración clínica y utilizar estudios de imagen para descartar cada uno de ellos. El diagnóstico definitivo se obtendrá del estudio histopatológico^{18-21,8}.



7. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

Una parte importante previa al tratamiento es la solicitud de estudios preoperatorios como tiempos de coagulación, biometría hemática y química sanguínea básica para una valoración general del paciente⁸.

En casos donde sean mayores a 5cm, localización profunda y de consistencia más firme se debe obtener una biopsia incisional para descartar un liposarcoma²¹.

El tratamiento es la extirpación quirúrgica de toda la lesión. En los lipomas con fácil acceso, como son los lipomas superficiales y algunos profundos, puede realizarse bajo anestesia local, con un abordaje intraoral¹⁻¹³.

En el caso de los lipomas intraóseos el tratamiento es el mismo, sin embargo, la diferencia está en el tipo intraóseo intramedular que requiere curetaje para evitar la persistencia del tumor. Dependiendo de la localización y tamaño puede estar indicado la colocación o no de injerto óseo^{18,19,21}.

La recurrencia es rara cuando se elimina por completo toda la lesión. El seguimiento debe ser hasta 2 años¹⁻¹⁰. Los lipomas con recurrencia son los lipomas infiltrantes o intramusculares debido a la profundidad que presentan y la dificultad de establecer márgenes libres por la presencia de tejido adiposo entre las fibras musculares^{1,13}.

Hang menciona que se puede evitar la recurrencia extendiendo la extirpación a tejido sano como sucede en tumores malignos.¹¹

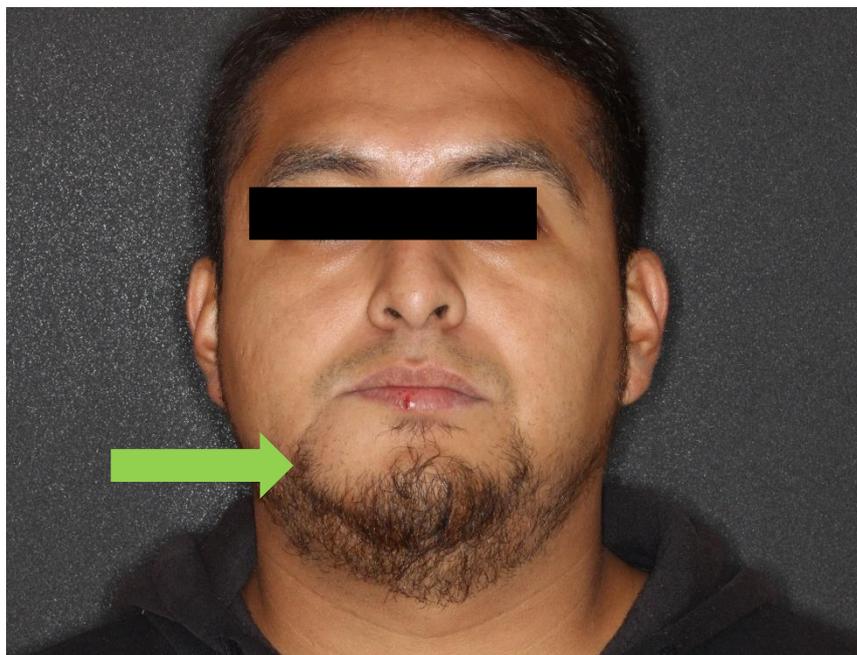


En los lipomas intraóseos se ha mencionado la posibilidad de progresión a un liposarcoma. Este pronóstico únicamente se ha presentado en otras áreas del cuerpo humano, pero no en la cavidad oral ^{18,20,21}.

8. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 30 años remitido por un centro de salud del Estado de México al Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial de la DEPEl de la Facultad de Odontología por presentar un aumento de volumen en el mentón de lado derecho.

Al interrogatorio refiere aumento de volumen en el mentón con 1 año de evolución, asintomático, de crecimiento lento y sin antecedentes de trauma (fig.11). Acude a consulta por presentar asimetría facial. Antecedentes personales patológicos y no patológicos sin importancia para el padecimiento. Antecedentes heredofamiliares negados para neoplasias benignas y malignas.



DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, MEDICINA BUCAL Y MAXILOFACIAL. FO,UNAM

Fig. 11. Fotografía extraoral. Se observa el aumento de volumen en parasinfisis derecha

A la exploración física se observa asimetría facial por aumento de volumen en parasífnis mandibular derecha de aproximadamente 3cm x 3cm x 2cm. Blando a la palpación, asintomático, no presenta hiperemia ni hipertermia, ganglios cervicales no palpables (fig.12).



Fig. 12. Fotografía extraoral. Se observa la asimetría por aumento de volumen.

Intraoralmente se observa aumento de volumen, de consistencia blanda, con bordes regulares y bien definidos, móvil, de superficie lisa sin ulceraciones, coloración rosa-amarillenta que se logra translucir a través de la mucosa. Con estas características clínicas se obtiene un diagnóstico presuntivo de lipoma (fig.13).



DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, MEDICINA BUCAL Y MAXILOFACIAL. FO,UNAM

Fig. 13. Fotografía intraoral. Se observa aumento de volumen amarillento en mucosa labial y fondo de saco.

Plan de tratamiento

Se decide realizar biopsia incisional bajo anestesia local con envío del espécimen para estudio histopatológico al Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial de la Facultad de Odontología UNAM (fig.14).

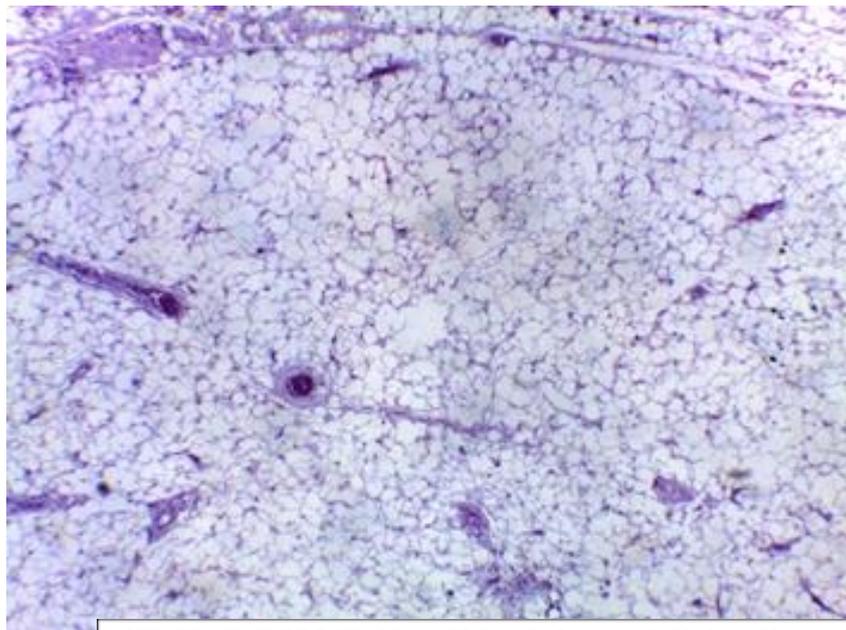


DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, MEDICINA BUCAL Y MAXILOFACIAL. FO,UNAM

Fig. 14. Se observa a través de la incisión tejido graso de la neoplasia.

Estudio histopatológico

En los cortes histológicos examinados se observa proliferación de tejido adiposo maduro, entremezclado con abundantes vasos sanguíneos, y finos septos de tejido conectivo fibroso denso, así como áreas de hemorragia reciente. En otros campos se observan haces de tejido muscular estriado esquelético. Con estos hallazgos se emite el diagnóstico de “lipoma” (fig.15).



DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA, MEDICINA BUCAL Y MAXILOFACIAL. FO,UNAM

Fig. 15. Fotomicrografía H&E a 100x. Se observa tejido adiposo maduro y pocos vasos sanguíneos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Con el diagnóstico confirmado se indica la extirpación quirúrgica completa. Bajo anestesia local se realizó incisión lineal extendida sobre la cicatriz de la biopsia incisional (fig.16). Se disco por planos respetando el nervio mentoniano hasta lograr la exposición completa de la lesión, se enucleo el lipoma en su totalidad, finalmente se verifico hemostasia y se suturo por planos con vicryl 4-0. No se presentaron complicaciones transquirúrgicas.

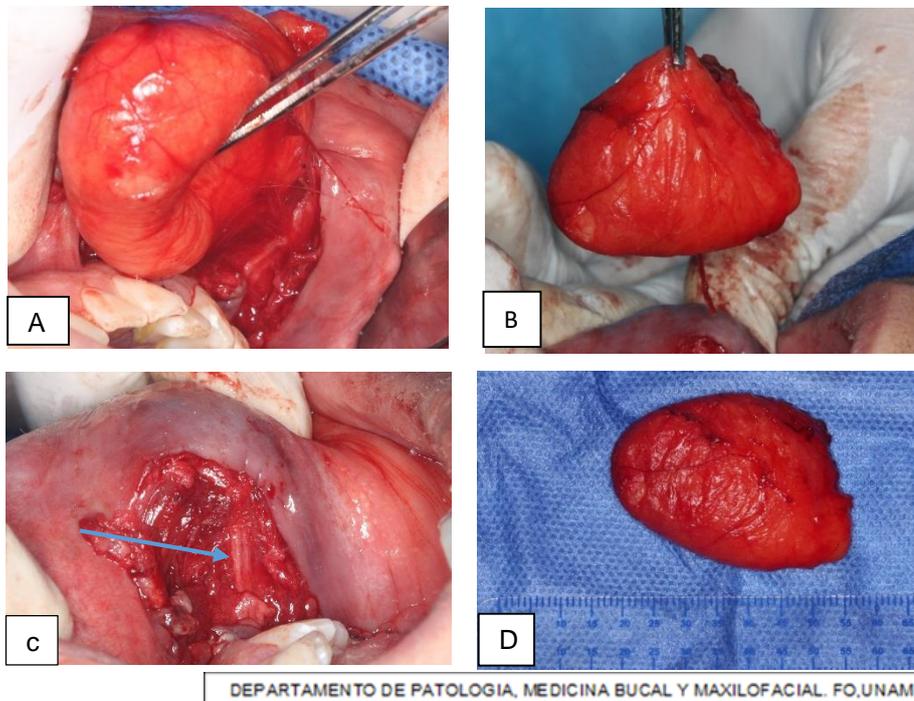


Fig.16 A. Se observa la disección por planos del lipoma. B Pieza quirúrgica de consistencia blanda y color amarillo. C Lecho quirúrgico libre de lesión con preservación del nervio mentoniano indicado con una flecha. D Se observan las dimensiones de aprox. 3x3x2cm,

Se incluye la espécimen completo para su estudio histopatológico y se emite un diagnóstico definitivo de “lipoma” (fig.17).

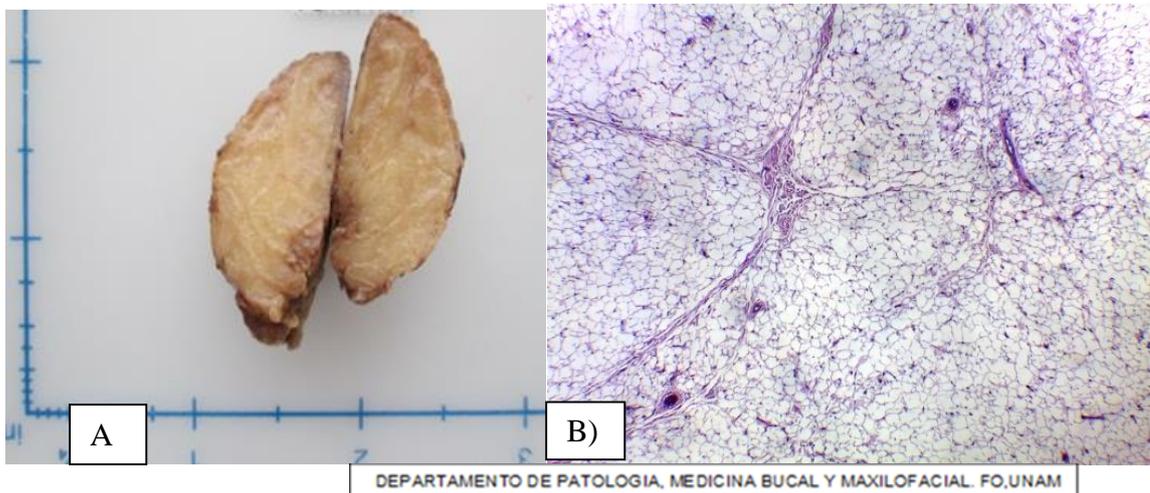


Fig. 17. A) Espécimen completo. B) Se observa tejido adiposo maduro con dividido por septos de tejido fibroso, con presencia de vasos sanguíneos

Presentó buena cicatrización sin complicaciones postquirúrgicas, se da un seguimiento de 2 meses sin datos de recidiva.



CONCLUSIONES

Los lipomas son neoplasias benignas de tejidos blandos con muy poca frecuencia en cavidad oral. La tomografía contrastada y la resonancia magnética son los estudios de imagen de elección para su diagnóstico; sin embargo el estudio histopatológico dará el diagnóstico definitivo. El tratamiento de elección será la extirpación completa sin márgenes libres. En caso de diagnosticarse un lipoma pleomorfo o de células fusiformes deberá darse seguimiento a largo plazo por la probabilidad de progresión a un liposarcoma; donde el tratamiento sería con resecciones quirúrgicas amplias, radioterapia y quimioterapia; lo que aumentaría la morbilidad de los pacientes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Tettamanti L, Aza L, Croveri F, Cimetti L, Farronato D, Bombeccari GP. Oral lipoma: Many features of rare oral benign neoplasm. Head Neck Oncol. 2014;10 1-7
- 2) Furlog MA, Famburgo JC, Childers EL. Lipoma of the oral and maxillofacial región: Site and subclassification of 125 cases (1). OOOOE. 2004; 98: 441-450
- 3) Manor E., Bodner L., Zion B., Oral lipoma: analysis of 58 new cases and review of the literature. Annals of Diagnostic Patology. 2011; 5: 257-261
- 4) Egido S, Lozano AB, Allegue M., Marí A, Lopéz J. Intraoral lipomas: Review of literatura and report of two clinical cases. Journal of Clinical and Experimental Dentistry. 2016;8 5.
- 5) Mehendiratta M, Jain K, Kumra M, Manjunatha BS. Lipoma of mandibular buccal vestibule: A case with histopathological literature review. BMJ Case Reports. 2016
- 6) Sathyaki D, Swarup R, Mohan M. Lipoma of the submandibular space. Journal of oral and Maxillofacial Pathology. 2014; 18 149
- 7) Kumar L, Kurien N, Raghavan. Intraoral lipoma: A case report. David W Eisele. 2014: 10-14
- 8) Magadum D, Sanadi A, Agrawal JM. Classic tongue lipoma; a common tumour at a rare site. BMJ Case Reports; 2013: 1-4



- 9) Park BG, Choi DJ, Park JW, Kim JS. Oral cavity lipoma: a case report. Korean Assoc Oral Maxillofac. 2015;41:213-2016
- 10) Ahanthem ND, Sowbhagya MB, Bajali P, Mahesh TS. An uncommon case of fibrolipoma. Indian Journal of Dental Research. 2017; 28: 699-701.
- 11) Fitzgerald K, Sanchirico MD. Large intramuscular lipoma of the tongue. Elsevier. 2018.
- 12) Fukushima Y, Kitamura T, Hayashi N, enoki Y, Sato T, Yoda T. A huge involving the coronoid process: a case report. Journal of Oral Sciencie: 2016: 58; 141-144
- 13) Coelho RCP, Oliveira EM, Silva GCC, Aguiar EG, Moreira AN, Souza LN. Intraoral Excision of a Huge Cheek Lipoma. J Craniofac Surg. 2018;29(1)
- 14) Wenig Bruce M. Atlas of head and neck patholog. 2nd Edt. Elsevier.2008
- 15) Kim YB, Leem DH, Baek JA, Ko SO. Atypical lipomatous tumor/well-differentiated liposarcoma of the gingiva: a case report and review of literature. J Oral Maxillofac Surg. 2014;72(2):431-436.
- 16) Boeddinghaus R, Whyte A. Trends in maxillofacial imaging. Clin Radiol. 2018;73(1):4-18.



- 17) Tabakovic SZ, Mijovic M, Krasic D, Tabakovic DZ, Djerkovic B. Intraosseous lipoma of the maxillary tuberosity: A case report. J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2018;119(2):151-3.
- 18) Castellani A, Bocchialini G, Ferrari L. A rare case of intraosseous fibrolipoma of the mandible: diagnosis and treatment. Case Rep Dent. 2015.
- 19) Sun Z, Sun L, Zhang Z, Ma X. Ossifying parosteal lipoma of the mandible: a case report and review of the literature. Dentomaxillofac Radiol. 2013;42(1).
- 20) Basheer S, Abraham J, Shameena P, Balan A. Intraosseous lipoma of mandible presenting as a swelling. J Oral Maxillofac Pathol. 2013;17(1):126-8.
- 21) Sanjuan A, Dean A, Garcia B, Alamillos F, Roldan E, Blanco A. Condylar intramedullary intraosseous lipoma: Contribution of a new case and review of the literature. J Clin Exp Dent. 2017;9(3).