

LIPOMA INTRA BUCAL – ESTUDO DE 14 CASOS

*João Jorge Diniz Barbachan **
*Pantelis Varvaki Rados **
*Manoel Sant'Ana Filho **
*Onofre Francisco de Quadros **

*Professores de Patologia Geral e Buco Dental das Faculdades de Odontologia da UFRGS e PUCRS.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BARBACHAN, João Jorge Diniz et alii. Lipoma intra bucal estudo de 14 casos. *Revista da Faculdade de Odontologia*, Porto Alegre, 26: 13-24, 1984.

DESCRITORES

- Tumores Bucais
- Lipoma
- Tumores Benignos

RESUMO

Após o levantamento de 14 casos de lipoma intra bucal estudou-se os diferentes aspectos histológicos, além de comparar os achados epidemiológicos com a literatura.

LIPOMA INTRA BUCAL— ESTUDO DE 14 CASOS

INTRODUÇÃO

O lipoma com localização intra bucal é considerada uma lesão rara. O levantamento dos casos existentes nos arquivos do laboratório de Patologia Bucal da FO/UFRGS permitiu uma avaliação mais detalhada das possibilidades de variação do seu aspecto histológico, bem como um estudo de alguns dados epidemiológicos da lesão.

REVISÃO DA LITERATURA

Há consenso entre os autores (3,4,6,9,11,12,13,14,15,17,18) de que o lipoma é um tumor benigno de tecido adiposo, apesar de Gutman (8) classificá-lo como um hamartoma.

Em 1971 Hatziotis (9) fez uma revisão de todos os casos de lipoma publicados na literatura no período entre 1945 e 1967 encontrando 145 casos, Green e Richardson (7) fizeram a revisão entre 1968 e 1972 e encontraram mais 16 casos, a partir desta data nenhum outro levantamento foi feito. Na nossa revisão da literatura foram encontrados mais 19 casos de lipoma no período de 1973 até 1980, incluindo entre eles os casos de fibrolipoma, miolipoma e angiomiolipoma além de um com metaplasia óssea (2,3,4,5,8,10,11,13,14,16,18). As lesões geralmente eram indolores e não cresciam mais do que 2,0cm no seu maior diâmetro (3,6,7,9,12,15,17). O caso publicado por Polte (14) tinha localização intra óssea. As lesões extra ósseas se apresentavam como massas de consistên-

cia borrachóide, forma arredondada e, dependendo da profundidade de localização, deixavam transparecer clinicamente uma coloração amarelada (10,12). Para Hatziotis (9) e Green e Richardson (7) a localização mais freqüente é, na ordem: bochecha, língua, soalho de boca e podendo ocorrer em outras localizações (4,10,14,16). São mais comuns no sexo feminino e entre a 4ª e 6ª décadas de vida (7,9).

Há muita especulação em torno da etiologia do lipoma. Para D'Atri (2) o traumatismo seria o fator mais importante. Gutman (8) e D'Atri (2) pensam em algum distúrbio metabólico, mas Stewart (16) contesta a etiologia traumática e diz que o traumatismo serve para alertar o paciente da presença do tumor já pré existente por que os tumores são geralmente pequenos e indolores.

Histologicamente o tumor é constituído de células adiposas maduras, que se dispõe em lóbulos, algumas vezes cortados por tecido conjuntivo fibroso, vasos ou mesmo músculo (7,8,9,10,12,14,15,16), o que faz alguns autores chamarem o tumor de fibrolipoma, miolipoma ou angioliipoma, respectivamente (8,9,10,14,16). O tratamento mais indicado é o cirúrgico, e para Thoma e Goldman (17) deve-se tomar cuidado para que não fique tumor na parte distal da peça. Somente um caso relatado na literatura, em 1956, apresentou transformação maligna, Correia (1).

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foram identificados 14 casos arquivados no laboratório de Patologia Bucal da FO/UFRGS, no período entre 1953 a 1983. A distribuição por sexo foi de 50%.

A idade dos pacientes variou entre 9 e 71 anos com uma maior incidência

nas 4ª, 5ª e 6ª décadas de vida, num total de 9 pacientes (64,28%). Quanto a localização anatômica 6 (42,85%) estavam na bochecha, 3 (21,42%) relacionados com a língua. As outras localizações encontradas com 1 caso (7,14%) em cada, foram: no palato, no sulco vestibular anterior, na sub mandibular, no pilar anterior da amígdala, e em um caso a posição não estava registrada. Quanto a raça, 7 (50,0%) pacientes eram da raça bran-

ca, 2 ((14,28%) da raça negra e nos 5 (35,71%) sem referência (Tabela I). Nas lesões em que foi possível observar, o aspecto clínico era sempre de consistência borrachóide, móvel e de pequena dimensão, nunca superior a 2,5cm em seu maior diâmetro e a mucosa apresentava aspecto normal — Fig. 1 e 2.

O aspecto macroscópico apresentava como particularidade o fato de mostrar algumas vezes uma coloração amare-

TABELA 1
RESUMO DOS DADOS

Nº	Nome Pac.	Idade	Sexo	Localização	Raça	Nº Reg.	Aspecto Histopatológico
1	C.S.	42	F	Base da língua	—	2104	Com estroma fibroso abundante
2	B.W.	63	F	Bochecha	B	2105	Com estroma fibroso abundante
3	E.V.M.	21	F	Bochecha	B	2345	Com degeneração cálcica nas artérias próx. tumor
4	O.S.M.	52	M	Palato	B	2352	Com estroma fibroso abundante
5	L.L.A.	41	M	Bochecha	—	2522	Com estroma fibroso abundante
6	J.B.R.	9	M	Sub Mandibular	—	2855	Com reação inflamatória supurada
7	D.S.P.	58	M	Mandíbula	P	3815	Com fibras musculares entre o tumor
8	B.E.L.	48	F	Bochecha	B	91/76	Com estroma fibroso escasso
9	J.S.A.	52	M	Língua	B	126/76	Com estroma fibroso escasso
10	A.V.S.	68	F	Bochecha	—	5320/80	Com estroma fibroso escasso
11	M.S.	71	F	Ventre da língua	P	5521/81	Com estroma fibroso escasso
12	G.S.	64	M	Bochecha	—	5577/82	Com estroma fibroso abundante
13	M.P.	38	F	Sulco vest. inferior	B	5816/83	Com estroma fibroso abundante
14	V.D.M.	51	M	Pilar ant. amígdala	B	5853/83	Com estroma fibroso escasso

lada do tecido tumoral.

Quanto ao aspecto histopatológico, foi possível constatar que:

Os casos 8, 9, 10, 11 e 14 apresentavam lóbulos de células adiposas com estroma fibroso escasso, e o tumor era envolvido por fibras colágenas, raros capilares atravessavam a lesão — Fig. 3.

Os casos 1, 2, 4, 5, 12, 13 apresentavam lóbulos de células adiposas separados por quantidades variáveis de fibras colágenas, além da presença de capilares cruzando a lesão — Fig. 4.

No caso 3 observamos a presença de artérias junto ao tumor, e estas artérias apresentavam áreas de degeneração cálcica em suas paredes — Fig. 5. O caso 6 apresentava uma reação inflamatória supurada que ocupava quase a totalidade da lesão.

O caso 7 foi o único que mostrava fibras musculares cortando o tumor em diversas direções — Fig. 6.

As células adiposas de todos os casos apresentavam características de células maduras, sem sinal de atividade mitótica.

DISCUSSÃO

Quanto aos dados epidemiológicos não existe diferença entre os nossos resultados e os resultados já apresentados na literatura (7,9). Em relação aos acha-

dos histológicos, nossos casos coincidem com os registros da literatura, ou seja, observamos em 35,72% presença quase exclusiva de células adiposas, em 42,86% uma quantidade variável de estroma fibroso, em 21,42% dos casos apresentavam outras estruturas tais como inflamação, degeneração cálcica e fibras musculares. Em nossa opinião tais achados não justificam mudar o nome da lesão, que deve ser lipoma.

No caso número 3 em que se encontrou placas de degeneração cálcica nas paredes de algumas artérias próximas ao lipoma reforçaria a teoria de Gutman (8) e D'Atri (2) sobre a etiologia destas lesões.

CONCLUSÕES

A partir dos dados coletados é possível concluir que o lipoma:

1 — É uma lesão que se localiza preferencialmente na bochecha na 4ª, 5ª, 6ª década de vida, de pequenas dimensões, em torno de 2cm.

2 — Do ponto de vista histológico, é uma lesão constituída por células adiposas maduras, com pouca atividade mitótica podendo apresentar quantidades de estroma fibroso ou outras estruturas, tais como fibras musculares, reação inflamatória, degeneração cálcica, que não devem modificar o seu nome.

Foto: Ilton Saffer

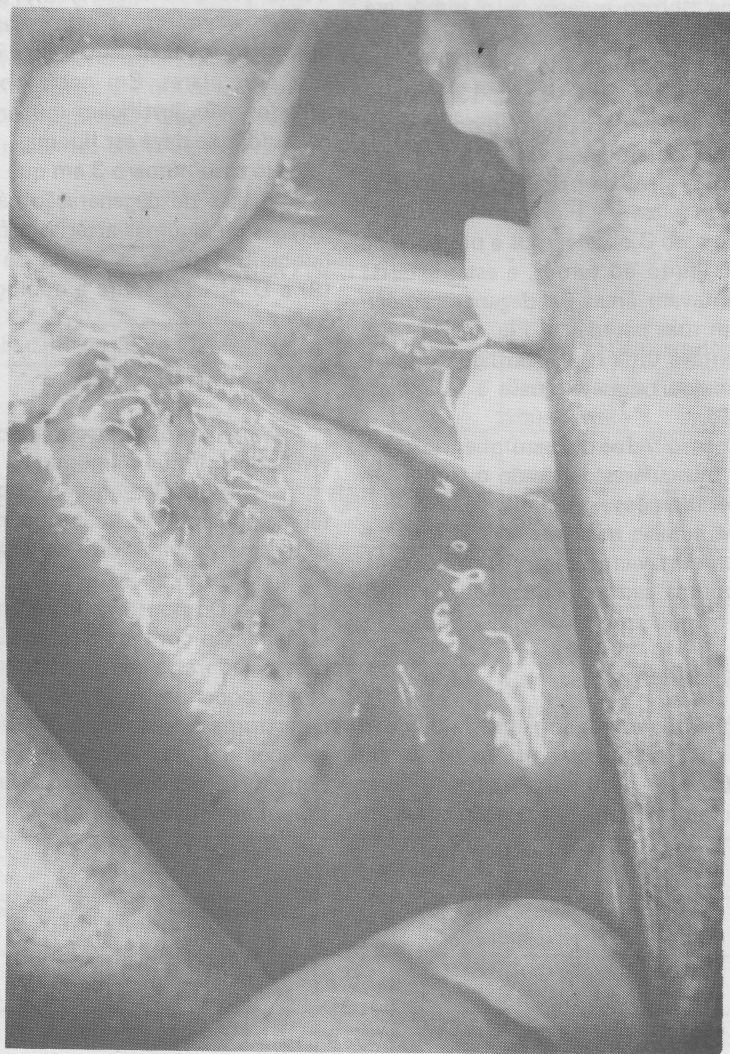


Fig. 1 — Aspecto clínico de lesão localizada no ventre da língua.



Fig. 2 — Aspecto clínico de lesão localizada no sulco vestibular.

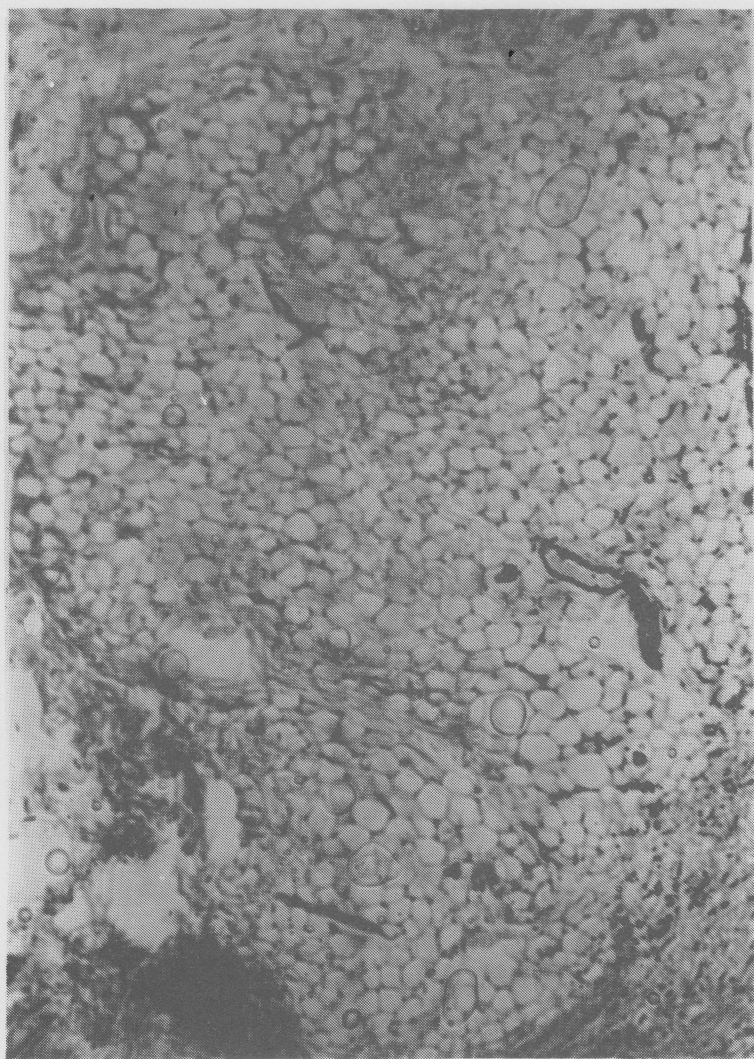


Fig. 3 — Aspecto microscópico, células adiposas com escasso estroma fibroso.

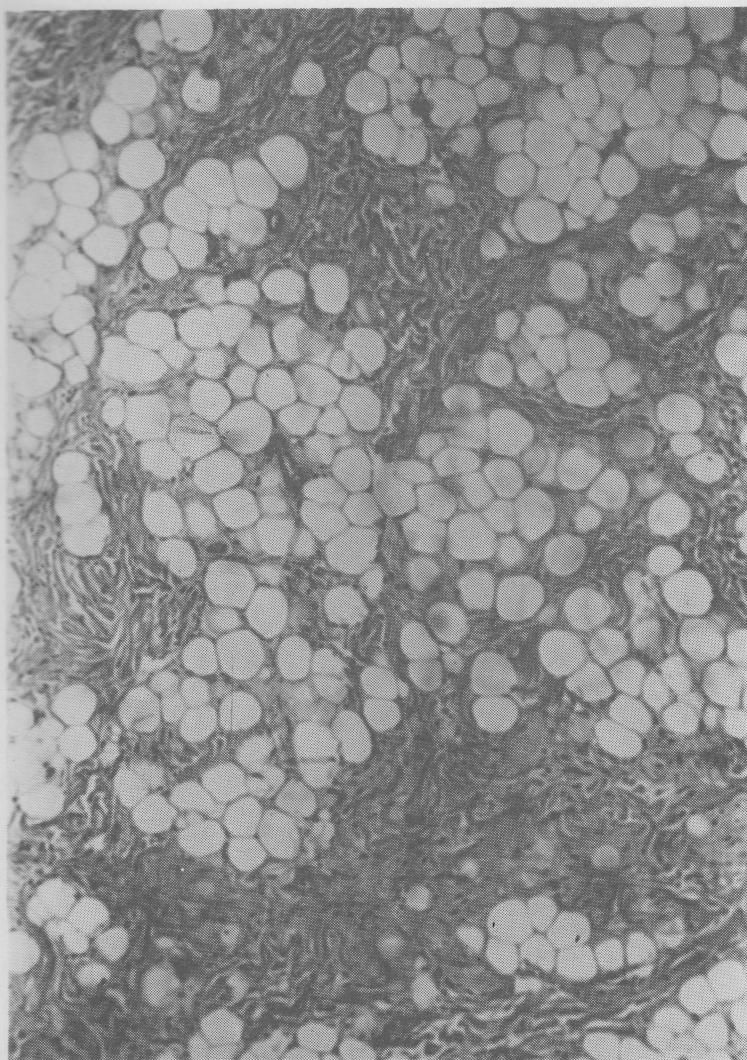


Fig. 4 — Aspecto microscópico células adiposas, com estroma de fibras colágenas bem nítido.

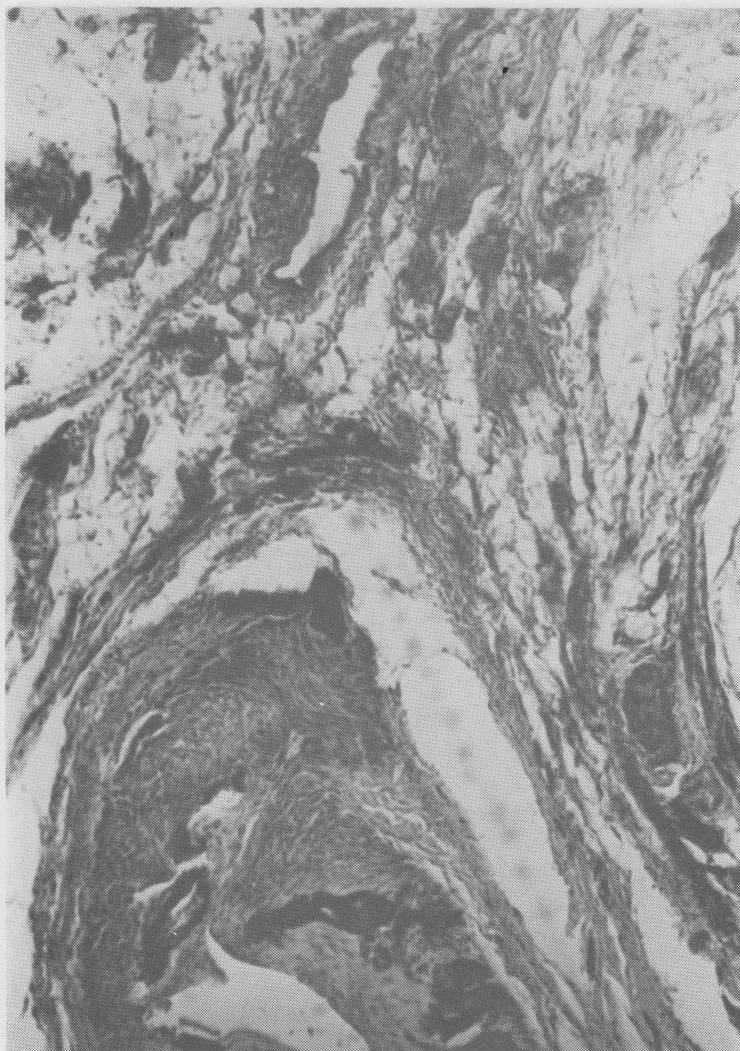


Fig. 5 — Aspecto microscópico, presença de artérias junto ao tumor, com degeneração cálcica em suas paredes.

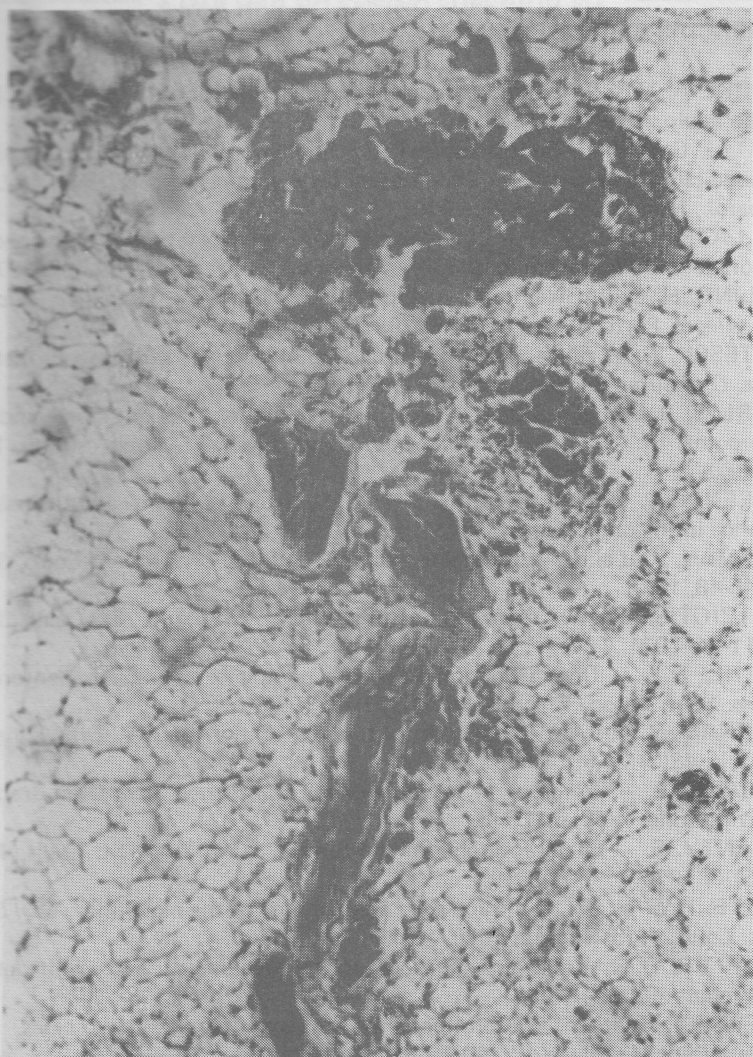


Fig. 6 — Aspecto microscópico, fibras musculares cortando o tumor em diversas direções.

SUMMARY

The histologic pattern of Lipoma in our filles, and comparing the epidemiologic aspects with the literature.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CORREIA, C.P. — Lipoma recidivante de soalho de boca. *Rev. Paul. Med.*, São Paulo, 49:281-6, 1956.
2. D'ATRI, G. et alii. — Sulle neoformazione lipomatose del cavo orale. Considerazione clinico statistiche et etiopatogenetiche su quattro case. *Riv. Ital. Stomatol.*, Milano, 2/79:15-28, 1979.
3. DE LATHOUVER, C.L. — Lipomé de la cavité buccale à propos d'une observation de lipomé intraconjugal. *Rev. Stomatol.*, Paris, 76(4):299-302, 1975.
4. EBLING, H. & WAGNER, J.E. — Lipoma do palato mole. *Rev. Fac. Odontol. P. Alegre*, Porto Alegre, 9:163-8, 1967.
5. DETESCU, N. et alii. — Lipoma of submandibular space with osseous metaplasia. *Oral Surg.*, St. Louis, 35(5):611-5, 1973.
6. GORLIN, R.J. & GOLDMAN, H.M. Tumors of adipose tissue. Lipoma and liposarcoma, In: *Thoma's oral pathology*. 6.ed. St. Louis, Mosby, 1970. p.880.
7. GREEN, R.O. & RICHARDSON, J.F. — The nature of lipoma and their significance in the oral cavity. *Oral Surg.*, St. Louis, 36(4):551-7, 1973.
8. GUTMAN, J. et alii. — Intra oral angiolipoma. *Oral Surg.*, St. Louis, 39(6):945-48, 1975.
9. HATZIOOTIS, J.C. — Lipoma of the oral cavity. *Oral Surg.*, St. Louis, 31(4):511-24, 1971.
10. KIEHL, R.L. — Oral fibrolipoma beneath complete mandibular denture. *J. Am. Dent. Assoc.*, Chicago, 100(4):561-2, 1980.
11. LEKKAS, C. & VAN ROOF, R. — Lipoma of the tongue. *Oral Surg.*, St. Louis, 48(3):214-5, 1979.
12. LUCAS, R.B. — *Pathology of tumours of the oral tissues*. 3.ed. Gran Bretanha, Livingstone, 1976. p.183-6.
13. PISANTY, S. — Bilateral lipoma of the tongue. *Oral Surg.*, St. Louis, 42(4):451-3, 1976.
14. POLTE, H.W. et alii. — Intraosseous angiolipoma of the mandible. *Oral Surg.*, St. Louis, 41(5):637-42, 1976.
15. SHAFFER, H.G. et alii. — *A textbook of oral pathology*. 2.ed. Philadelphia, Saunders, 1963. p.125-6.
16. STEWART, S. et alii. — Fibrolipoma of the palate report of two cases. *N.Y. State Dent. J.*, New York, 40(10):603-6, 1974.
17. THOMA, K.H. & GOLDMAN, H.M. — Osteosarcoma. In: *Oral pathology*. 5.ed., St. Louis, Mosby, 1960. p.1378-80.
18. VINDENES, H. — Lipomas of the oral cavity. *Int. J. Oral Surg.*, Copenhagen, 7(3):162-6, 1978.