

# Fibrolipoma em palato mole: Relato de caso

## *Soft palate fibrolipoma: Case report*

\*Alexey Gaspar Martins Ferreira

\*\*Renata Sesti Diefenbach

\*\*\*Cláiton Heitz

\*\*\*\*Manoel Sant'Ana Filho

### RESUMO

O presente artigo relata um caso de fibrolipoma em palato mole. Esta neoplasia benigna é considerada por muitos autores como uma variante histológica do lipoma, onde ocorre a presença marcante de fibras colágenas interpostas com as células adipócitas o que designa o seu nome. A ocorrência desta lesão no palato mole é considerada rara e o tratamento de eleição é a excisão cirúrgica total.

### PALAVRAS-CHAVE

Fibrolipoma. Lipoma. Neoplasias benignas. Neoplasias bucais.

### INTRODUÇÃO

Lipomas são neoplasias de tecido adiposo, que ocorrem na cavidade bucal com uma prevalência que varia de 1 a 4% (GNEPP, 2001), e representam de 0,1 a 5 % de todas as neoplasias benignas que acometem esta região (FREGNANI *et al.*, 2003). Conforme Weiss e Goldblum (2001) localizam-se predominantemente na mucosa bucal, assoalho bucal, língua e lábios.

Histologicamente podem ser classificados simplesmente de lipomas ou apresentarem variantes como: fibrolipomas, lipomas de célula fusiforme, lipomas intramusculares ou infiltrativos, angiolipomas, lipomas de glândulas salivares, lipomas pleomórficos, lipomas mixóides e lipomas atípicos (SAID-AL-NAIEF *et al.*, 2001).

Dentro destas variantes histológicas do lipoma o fibrolipoma é a lesão que aparece com maior frequência (BOUQUOT; NIKAI, 2000; GNEPP, 2001; WEISS; GOLDBLUM, 2001; FREGNANI *et al.*, 2003).

O fibrolipoma se caracteriza por possuir grande quantidade de componente fibroso misturado com as células adiposas, o que caracteriza seu nome (VISSCHER, 1982; GRAHAM *et al.*, 1988). Nesta neoplasia o tecido fibroso divide o componente adiposo em lóbulos. Como o tecido gorduroso é amarelo e o epitélio de revestimento normalmente é atrófico, a massa tumoral tem aspecto amarelado, com superfície lisa, frequentemente cruzada por pequenos capilares (KIEHL, 1980).

Este tumor apresenta-se clinicamente na cavidade bucal como uma massa nodular de consistência variando de macia à dura, de base sésil ou pediculada, assintomática e dimensões entre 0,3 a 5,0 cm de diâmetro, com média por volta dos 2,0 cm (FREGNANI *et al.*, 2003).

Os Lipomas e os fibrolipomas apresentam crescimento lento, sendo bem delimitados e encapsulados, fato este que torna a excisão cirúrgica total da lesão o tratamento de eleição (KIEHL, 1980; VISSCHER, 1982; GRAHAM *et al.*, 1987; GNEPP, 2001; SAID-AL-NAIEF, 2001; WEISS; GOLDBLUM, 2001; FREGNANI *et al.*, 2003).

### RELATO DE CASO

Paciente V.A.C., 56 anos de idade, gênero masculino, cor branca procurou o Serviço de CTBMF da Faculdade de Odontologia da PUCRS com a queixa da presença de uma "bola" no palato que trazia dificuldades para a sua alimentação. Durante a anamnese, o paciente relatou não possuir nenhuma alteração de ordem sistêmica, e informou que a lesão apresentava mais ou menos cinco anos de evolução. O mesmo confessou que a "bola" possuía dimensões bem menores e, que ele até costumava brincar de mordisca-la, e em virtude do seu tamanho atual e das interferências causadas pela lesão nas suas funções fisiológicas orais ele estava procurando atendimento.

Ao exame físico intra-bucal observou-se uma lesão nodular em palato mole direito de tamanho considerável (4,2 x 3,2

x 2,3 cm), com base pediculada, coloração rósea com áreas amareladas e consistência fibrosa (Figura 1). Estabeleceu-se como diagnósticos presuntivos lipoma ou fibroma, devido ao tempo de evolução da lesão e aos seus aspectos clínicos.

O tratamento de eleição foi a excisão cirúrgica total da massa tumoral sob anestesia geral (Figura 2), devido a localização desta no palato mole que poderia trazer como desconforto ao paciente náuseas trans-operatórias. Após removida, a peça foi acondicionada em um frasco com formol a 10%, onde observou-se que a mesma ao invés de flutuar, afundou chegando-se ao provável diagnóstico de fibroma (Figura 3).

O exame anatomopatológico revelou que a lesão era na realidade um fibrolipoma, uma variante histológica do lipoma na qual ocorre a marcante presença de fibras colágenas interpostas ao estroma adiposo (Figura 4).

### DISCUSSÃO

De acordo com autores como Barbachan *et al.* (1984), Miles *et al.* (1984), Graham *et al.* (1987), Bouquot e Nikai (2000), Said-Al-Naief (2001) os lipomas são incomuns na cavidade bucal, e representam em média 2,4% de todas as neoplasias benignas que acometem esta região. Os fibrolipomas apesar de serem a variante histológica mais frequente (34,24%) do lipoma ocorrem raramente no palato mole (2,7%) (FREGNANI *et al.*, 2003).

Neville (1998) afirma que esta neoplasia tem sua maior incidência após

\*Especialista em CTBMF pela FO-PUCRS.

\*\*Aluna do Curso de Graduação da FO-PUCRS.

\*\*\*Professor do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação (ESP, ME e DO) em CTBMF da FO-PUCRS; Mestre em CTBMF e Doutor em Estomatologia pela FO-PUCRS.

\*\*\*\*Professor do Curso de Graduação das Faculdades de Odontologia da UFRGS e PUCRS e do Programa de Pós-Graduação da FO-PUCRS. Mestre e Doutor em Odontologia pela FO-PUCRS.

a quarta década de vida sem preferência por sexo. Quanto a idade parece que este autor está de acordo com os dados encontrados na literatura (VISSCHER, 1982; BARBACHAN *et al.*, 1984; GRAHAM *et al.*, 1987; FREGNANI *et al.*, 2003) que apresentam esta lesão ocorrendo entre 2 e 87 anos, com maior incidência entre a quarta e quinta décadas de vida. Com relação ao sexo observa-se, entretanto, que o feminino (57,8%) é discretamente mais afetado que o masculino (42,2%).

Embora a grande maioria dos autores (BOUQUOT; NIKAI, 2000; GNEPP, 2001; WEISS; GOLDBLUM, 2001; FREGNANI *et al.*, 2003; SAID-AL-NAIEF *et al.*, 2001) considere que o lipoma apresente variantes histológicas, para Barbachan *et al.* (1984), do ponto de vista histológico o lipoma é uma lesão constituída basicamente por células adiposas maduras e o seu conteúdo intercelular, qualquer que seja, não deve modificar o seu nome. Isto se baseia no fato descrito por Cotran *et al.* (2000) de que a proliferação celular nas neoplasias é exclusivo de um tipo celular e que o estroma intercelular existe apenas para suportar a lesão, sendo algumas vezes escasso e em outras abundante.

A etiologia dos lipomas permanece obscura. Trauma e irritação crônica são considerados por alguns autores como a causa na patogênese desta neoplasia (STEWART *et al.*, 1974; CANELL *et al.*, 1976; VINDENES, 1978). Para outros como Hatziotis (1971) e Campos *et al.* (1980) o trauma não causa o tumor, mas contribui para que os pacientes descubram a lesão na sua fase inicial. Fatores hereditários também foram atribuídos na literatura nos casos das lipomatoses múltiplas hereditárias (GRAY, 1961). Apesar de serem mais frequentes em pessoas obesas, estes tumores têm seu metabolismo completamente independente da gordura corpórea, ou seja, mesmo que a pessoa emagreça, o lipoma não diminui de tamanho (ASHLEY, 1978; MILES *et al.*, 1984; NEVILLE, 1998).

Os lipomas apresentam crescimento lento, com tempo médio da descoberta da lesão até sua remoção de 4 anos, sendo relatados casos que variaram desde uma semana até 30 anos (GRAHAM *et al.*, 1987; FREGNANI *et al.*, 2003). Quanto ao tamanho podem se apresentar como lesões insignificantes medindo 0,1 cm ou atingirem proporções consideráveis que acabam interferindo nas funções fisiológicas normais causando até mesmo disfagia (LARSEN *et al.*, 1984).

Os lipomas e fibrolipomas são normal-

mente, bem circunscritos e encapsulados, o que ajuda no diagnóstico diferencial de tecido adiposo herniado e pólipos fibrosos respectivamente. Estes normalmente são relacionados ao trauma, caracterizando o chamado "pseudolipoma traumático" (GNEPP, 2001; SAID-AL-NAIEF *et al.*, 2001; WEISS; GOLDBLUM, 2001). Milles *et al.* (1984) lembram que quando presentes na região de palato mole é importante o diagnóstico diferencial com neoplasia de glândula salivar, pois mais de 50% das glândulas salivares menores estão localizadas no palato.

O tratamento de eleição para os lipomas é a excisão cirúrgica (KIEHL, 1980; VISSCHER, 1982; GRAHAM *et al.*, 1987; GNEPP, 2001; WEISS; GOLDBLUM, 2001; SAID-AL-NAIEF, 2001; FREGNANI *et al.*, 2003). De acordo com Epivatianos *et al.* (2000) e Weiss e Goldblum (2001) a recidiva dos lipomas intramusculares extrabuciais é frequente, entretanto, os intrabuciais mesmo os não bem delimitados raramente recidivam após a sua completa remoção cirúrgica. Embora a recorrência seja considerada um acontecimento raro, existem relatos na literatura de recidiva destas lesões (SAID-AL-NAIEF, 2001) e até mesmo recidivas com malignizações sob a forma de liposarcoma (CORREIA, 1957).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fibrolipoma, para alguns autores, é a variante histológica do lipoma que ocorre com maior frequência na cavidade bucal e caracteriza-se pela presença marcante de tecido fibroso interposto as células adiposas. A existência ou não de variantes histológicas do lipoma permanece como assunto de grande discussão na literatura. Entretanto, o tratamento de escolha desta neoplasia é a excisão cirúrgica total, sendo as recidivas incomuns.

Os índices de ocorrência dos lipomas na cavidade bucal (1 a 4%), somados aos da localização em palato mole (2,7%), conjuntamente com o tamanho significativo da lesão (4,2 x 3,2 x 2,3 cm) fazem crer que esta pode ser considerada um acontecimento raro o que justifica o seu relato.

### ABSTRACT

The present article reports a case of fibrolipoma in soft palate. This benign neoplasia is considered by many authors as a histological variant of the lipoma, where there is a remarkable presence of collagen fibers entwined with the adipocytes, which designates its name. The occurrence of this lesion in the soft palate is considered rare

and the treatment is the total excision of this lesion.

### KEY-WORDS

Benign neoplasies. Bucal neoplasies. Fibrolipoma. Lipoma.

### REFERÊNCIAS

ASHLEY, D. J. B. *Evan's Histological Appearances of Tumours*. 3.ed. Edinburgh: Livingstone, 1978. P. 54-57.

BOUQUOT, J.; NIKAI, H. Lesions of the Oral Cavity. In: GNEPP, D. R. *Diagnostic Surgical Pathology of the Head and Neck*. Philadelphia: WB Saunders, 2000. P. 141-238.

CAMPOS, G. M.; GRANDINI, S. A.; LOPES, R. A. Angiolipoma of the Cheek. *Int. J. Oral Surg.*, Copenhagen, v. 9, p. 486-490, 1980.

CANNEL, H.; LANDON, J. D.; PATEL, M. F. et al. Lipomata in Oral Tissues. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, Philadelphia, v. 4, p. 116-119, 1976.

CORREIA, P. C. Recurrent Lipoma of Floor of Mouth. *N Y J. Dent.*, New York, v. 27, p. 206, 1957.

EPIVATIANOS, A.; MARKOPOULOS, A. K.; PAPANAYOTOU, P. Benign Tumours of Adipose Tissue of the Oral Cavity: a Clinico-Pathologic Study of 13 Cases. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, Philadelphia, v. 58, p. 1113-1118, 2000.

FREGNANI, E. R.; PIRES, F. R.; FALZONI, R. et al. Lipomas of the Oral Cavity: Clinical Findings, Histological Classification and Proliferative Activity of 46 Cases. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*, Copenhagen, v. 32, p. 49-53, 2003.

GNEPP, D. R. *Diagnostic Surgical Pathology of the Head and Neck*. Philadelphia: WB Saunders, 2001.

GRAHAM, G. S.; BRANNON, R. B.; HOUSTON, G. D. Fibrolipoma of the Gingiva: A Case Report. *J. Periodontol.*, Chicago, v. 59, no. 2, p. 118-120, 1988.

GRAY, W. Oral Lipoma: Report of Two Cases. *Br. Dent. J.*, London, v. 110, p. 55, 1961.

HATZIOIS, J. C. Lipoma the Oral Cavity. *Oral Surg. Oral Med. Oral*

**Pathol.**, St. Louis, v. 31, p. 511-524, 1971.

KIEHL, R. Oral Fibrolipoma Beneath Complete Mandibular Denture. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 100, p. 561-562, 1980.

LARSEN, K.; JUUL, A.; KRISTENSEN, S. Intraoral Lipoma, a Rare Cause of Dysphagia. **J. Laryngol. Otol.**, Asford, v. 98, p. 1041, 1984.

MILES, D. A.; LANGLAIS, R. P.; AUFDEMORTE, T. B. et al. Lipoma of the Soft Palate. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v. 57, no. 1, p. 77-80, 1984.

NEVILLE, B. W. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 705 p.

COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. Neoplasia. In: \_\_\_\_\_. **Patologia Estrutural e Funcional**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Cap. 8, p. 233-295.

SAID-AL-NAIEF, N.; ZAHURULLAH, F. R.; SCIUBBA, J. J. Oral Spindle Cell Lipoma. **Ann. Diag. Pathol.**, v. 5, no. 4, p. 207-215, 2001.

STEWART, S.; LEVY, R.; STOOPACK, J. C. Fibrolipoma of the Palate: Report of Two Cases. **N Y State Dent. J.**, New York, v. 40, p. 603-606, 1974.

VINDENES, H. Lipomas of the Oral Cavity. **Int. J. Oral Surg.**, Copenhagen, v. 7, p. 162-166, 1978.

VISSCHER, J. G. A. M. Lipomas and Fibrolipomas of the Oral Cavity. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, v. 10, p. 177-181, 1982.

WEISS, S. W.; GOLDBLUM, J. R. Benign Lipomatous Tumors. In: ENZINGER; WEISS, S. W. **Soft Tissue Tumors**. 4.ed. St. Louis: Mosby, 2001. P. 571-639.

Recebido: 29 de março/2004

Aceito: 01 de junho/2004

#### Endereços para correspondência:

Alexey Gaspar Martins Ferreira  
Rua Casemiro de Abreu, 462/303  
Bairro Rio Branco, Porto Alegre (RS)  
CEP: 90420-000.  
Telefone: 51-3333-8162 / 51-9913-8888.  
E-Mail: alexeymf@terra.com.br

Renata Sesti Diefenbach  
Rua Guilherme Alves, 192  
Bairro Petrópolis, Porto Alegre (RS)  
CEP: 90680-000.  
Telefone: 51-3331-3644 / 9815-1355.  
E-Mail: natirs@via-rs.net

Cláiton Heitz  
Rua Castro Alves 915/702  
Bairro Rio Branco, Porto Alegre (RS)  
CEP: 90420-000.  
Telefone: 51- 3388-2145 / 51-9993-1336.  
E-Mail: cheitz@terra.com.br

Manoel Sant'Ana Filho  
Rua Ramiro Barcelos, 2492  
Faculdade de Odontologia da UFRGS  
Porto Alegre (RS)  
Caixa Postal: 1118, CEP: 90035-003  
E-Mail: manoel@ufrgs.br

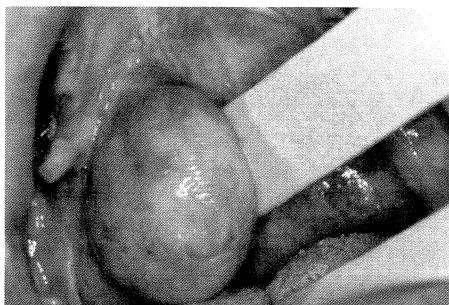


Figura 1 - Aspecto clínico da lesão.



Figura 2 - Lesão totalmente removida.

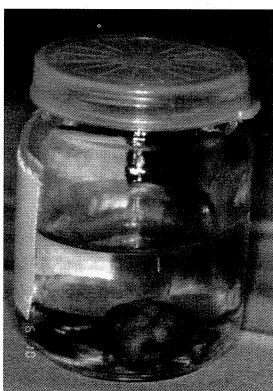


Figura 3 - Lesão em recipiente com formol 10%.

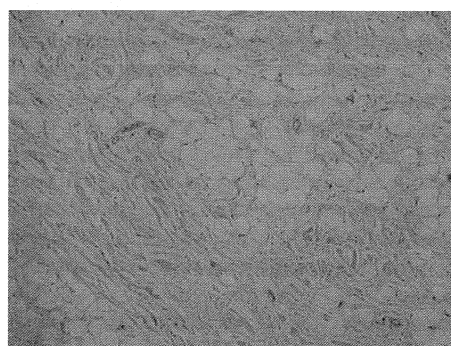


Figura 4 - Aspecto histológico da lesão (aumento de 100x): observar presença marcante de fibras colágenas entre células adiposas.