

## **REPORTE DE CASO**

### **FIBROLIPOMA LINGUAL: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

María León Camacho<sup>1</sup>, Oswaldo Parra Márquez<sup>1,2</sup>, Carla David Peña<sup>3</sup>, Domingo Stea<sup>4</sup>

- 
1. Departamento de Medicina Oral, Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes.
  2. Servicio de Medicina Oral del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.
  3. Departamento de Biopatología. Grupo de Investigaciones Biopatológicas (GIFBO/LIBCEM), Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes.
  4. Médico Anatomopatólogo. Ejercicio privado.

Autora de correspondencia:María León.E-mail:maggy\_angel11@hotmail.com

**Recibido: 09-05-2014**

**Aceptado: 26-10-2014**

#### **RESUMEN**

El fibrolipoma (FL) es una neoplasia benigna inusual de tejidos blandos de cavidad bucal, variante histológica del lipoma, con etiología incierta, predilección por el sexo femenino y del grupo etario entre la tercera y cuarta década de la vida. El objetivo del presente estudio fue reportar el hallazgo clínico de un FL lingual. Se trata de paciente femenina de 49 años de edad, quien acudió al servicio de Medicina Oral del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes presentando una tumefacción en la lengua, con antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 controladas. Al examen clínico intraoral, se observó una lesión exofítica, de forma redondeada, localizada en borde lateral izquierdo de la lengua, de 1 cm de diámetro aproximadamente, de color rosado similar a la mucosa lingual con superficie ligeramente amarillenta, base sésil, consistencia firme a la palpación, con episodios cortos de dolor al contacto con alimentos y traumatismos, no sangrante y de 1 año de evolución. La conducta terapéutica consistió en la extirpación quirúrgica y análisis histopatológico de la muestra, el cual reveló presencia de tejido adiposo dividido en lóbulos por tabiques fibrosos, características propias del mismo. El FL debe ser considerado como opción diagnóstica presuntiva de las lesiones de tejidos blandos, aun cuando éste pueda aparecer en sitios donde estructuralmente no existan depósitos de tejido graso.

**DeCS:** fibrolipoma, lipoma, neoplasia de tejido adiposo, lengua.

### **FIBROLIPOMA LINGUAL: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

#### **ABSTRACT**

Fibrolipoma (FL) is a rare benign soft tissues neoplasm of oral cavity, it is a histological variant of lipoma, with uncertain etiology, female sex predilection and age group between the third and fourth decades of life. The aim of this study was to report the lingual FL clinical finding. A 49 years old female patient was referred to the Oral Medicine Service of Autonomous Institute Univertitary Hospital of Los Andes for a tongue swelling, with high blood pressure and diabetes mellitus as a personal history. Intraoral clinical examination allows observing an exophytic lesion, rounded, located in the lateral border of the tongue, it was about 1 cm in diameter, similar to the lingual mucosa with slightly yellowish surface, sessile base, firm consistency to palpation, with short episodes of pain at food contact and injuries, it presented no bleeding and had 1 year of evolution. The therapeutic approach consisted in the surgical removal and histopathological analysis of the sample, which revealed the presence of adipose tissue divided into lobules by fibrous septa which are characteristics of this entity. FL should be considered as a presumptive diagnoses option of soft tissue injuries, even though it may appear in places where there are not structurally fatty tissue deposits.

**MeSH:** fibrolipoma, lipoma, adipose tissue neoplasm, tongue.

## INTRODUCCIÓN

Las lesiones benignas del tejido adiposo pueden aparecer en cualquier región del cuerpo <sup>1</sup>, representando el 50 % de los tumores de tejidos blandos del organismo, siendo más frecuentes en tejido celular subcutáneo de nuca, espalda, hombros, abdomen, glúteos y extremidades <sup>2, 3, 4</sup>. La mayoría ocurren en la extremidad superior, el 20% se presenta en cabeza y cuello mientras que del 1 al 5% se desarrollan en cavidad bucal <sup>3, 5</sup>.

Los lipomas son neoplasias mesenquimales benignas de los tejidos blandos compuestos por adipocitos maduros, que pueden estar ubicadas comúnmente en tejidos subcutáneos y también pueden formarse en planos profundos <sup>6</sup>. La presentación en cavidad bucal es rara y representa el 1 % de todos los tumores orales <sup>7</sup>.

Estas entidades nosológicas crecen independientemente, son usuales en los adultos aunque poco frecuentes en niños <sup>1, 3</sup>. Raramente pueden formar parte de lipomatosis múltiples <sup>7</sup>.

La etiología de los lipomas es desconocida, aunque se han asociado a factores traumáticos, endocrinos (neurofibromatosis y adenomatosis endocrina múltiple) e inflamatorios como posibles desencadenantes <sup>8, 9, 10</sup>.

Desde el punto de vista histológico esta lesión se puede clasificar en lipomas simples, fibrolipoma, mixolipoma, lipoma condroide, angioliipoma, angiomioliipoma, mieloliipoma, lipomas de células fusiformes, sialoliipoma, lipoma pleomórfico y lipomas atípicos <sup>3, 9, 11</sup>.

Dentro de esta clasificación, el fibrolipoma (FL) es una lesión benigna inusual de la cavidad

bucal, clasificada por la OMS como una variante histológica del lipoma, con etiología incierta <sup>3, 5</sup> aunque asociada a desequilibrios endocrinos <sup>12</sup>. Con respecto a la patogénesis de esta lesión, se ha planteado que surge de la maduración de la lipoblastomatosis, un tipo de neoplasia infiltrante benigna con lóbulos de células grasas inmaduras separadas por tabiques de tejido conectivo y las zonas de la matriz mixoide <sup>13</sup>.

Epidemiológicamente, se reporta que el FL tiene predilección por el sexo femenino en una proporción de 3:1, la edad media de aparición es 34 años con un intervalo de 3 a 56 años, siendo su ubicación habitual la mucosa bucal <sup>1, 3, 12</sup>. Otras localizaciones clínicas del FL incluyen: paladar, piso de la boca, labios, bordes laterales de la lengua, vestíbulo bucal y zona retromolar <sup>4</sup>. Extraoralmente, se ha observado su aparición en esófago, faringe, colon, tráquea y laringe <sup>9, 14</sup>.

Clínicamente se presentan como nódulos submucosos solitarios, de forma circular u ovoide, que provocan una tumoración localizada de crecimiento lento, consistencia blanda, fluctuantes, de base sésil o pediculada, superficie lisa. El color depende del espesor de la mucosa que lo recubre (si son superficiales se observan de color amarillo y si se encuentran más profundos son de color rosado o rojos). En cuanto a su tamaño, depende de la ubicación, pero rara vez supera los 25 mm de diámetro, sin embargo, pueden crecer hasta alcanzar un gran tamaño interfiriendo con la fonación y la masticación. Son asintomáticos y no sangrantes a la palpación <sup>14, 15, 16, 17</sup>.

Microscópicamente, el FL se caracteriza por la presencia de adipocitos maduros con

citoplasmas llenos de grasa y núcleos situados en la periferia. La vascularización es mínima con abundante tejido conjuntivo y fibras colágenas<sup>3, 10, 14</sup>. El tejido fibroso divide al tejido graso en lóbulos, el epitelio que lo cubre generalmente es atrófico, por lo tanto la tumoración tiene como característica especial su color amarillento<sup>14</sup>.

Entre los principales diagnósticos diferenciales clínicos del FL se encuentran el lipoma simple, el fibroma, el neurofibroma, la hiperplasia fibrosa y el adenoma pleomorfo de glándulas salivales, ya que suelen ser asintomáticos, nodulares y de base sésil o pediculada<sup>7, 16</sup>. Dentro de los diagnósticos diferenciales histológicos se encuentran tumores tanto benignos como malignos. El más importante a descartar es el liposarcoma por ser una neoplasia maligna agresiva. Debido al gran parecido, es importante revisar con detalle la morfología celular en búsqueda de pleomorfismo<sup>16, 18, 19</sup>. Otro diagnóstico diferencial es el lipoblastoma, un tumor encapsulado formado por células estrelladas ahusadas dispuestas en una matriz mixoide y pequeños grupos de células irregulares de células adiposas separadas por septos de tejido conjuntivo<sup>20, 21</sup>.

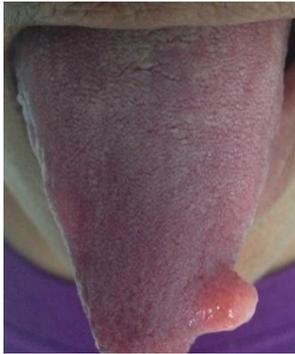
El tratamiento de los lipomas incluyendo el FL suele ser la extirpación quirúrgica. Las lesiones extraorales pueden mostrar mayores tasas de recurrencia después de su eliminación, pero las formas intraorales, rara vez muestran recurrencia si son completamente extirpados<sup>6, 12, 13, 22</sup>, ya que el curso clínico de esta entidad es benigno y la posibilidad de recidiva está relacionada al estado de los márgenes durante la cirugía<sup>1, 7, 16, 17</sup>.

El objetivo del presente estudio es reportar el hallazgo clínico de un fibrolipoma lingual, la extirpación quirúrgica y el diagnóstico histopatológico definitivo, así como aportar información científica actualizada a los profesionales del ámbito, creando conciencia para integrar un equipo multidisciplinario necesario para atender o referir estas lesiones en los pacientes que acuden a la consulta.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 49 años de edad, natural y procedente del estado Mérida, quien acude al servicio de Medicina Oral del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes por presentar una lesión en la lengua. Al interrogatorio la paciente refiere como antecedentes personales hipertensión arterial controlada con Atenolol® hace 10 años, diabetes mellitus tipo 2 tratada con Glucofage® desde hace 15 años y ningún antecedente familiar relevante.

Al examen clínico intraoral, se observa una lesión exofítica, de forma redondeada, localizada en borde lateral izquierdo de la lengua, de 1 cm de diámetro aproximadamente, de color rosado similar a la mucosa lingual con superficie ligeramente amarillenta, base sésil, consistencia firme a la palpación, con episodios cortos de dolor al contacto con alimentos y traumatismos, no sangrante y de 1 año de evolución (Fig. 1).



**Fig. 1. Características clínicas. Obsérvese lesión redondeada, de superficie amarillenta en borde lateral izquierdo de la lengua.**

Debido a las características clínicas de la lesión y a los datos aportados por la paciente en relación a la posible etiología de la entidad patológica (traumatismo con espina de pescado), se estableció como diagnóstico presuntivo una lesión reactiva. Posterior a la verificación de los resultados de las pruebas sanguíneas pertinentes al caso y a la firma del consentimiento informado del paciente, se decidió realizar la extirpación total de la lesión mediante una biopsia escisional, que consistió en la colocación de la técnica anestésica infiltrativaperilesional a 1 cm de cada lado de la lesión y fijación mediante seda negra 1-0 para facilitar el acceso a la base de la entidad nosológica (Fig. 2).

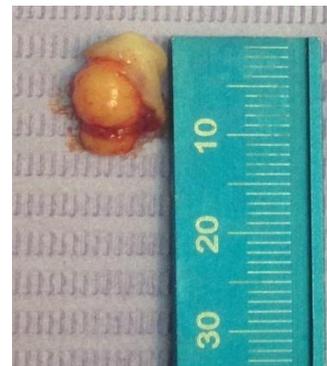


**Fig. 2. Fijación de la lesión mediante seda negra 1-0.**

Seguidamente, se realizó una incisión lineal en el área más prominente de la patología con hoja de bisturí N° 15, y por medio del minado quirúrgico se fue desbridando la lesión hasta obtener la totalidad de la misma (Fig. 3 y 4).



**Fig. 3. Obtención de la totalidad de la lesión mediante del minado quirúrgico.**



**Figura 4. Aspecto macroscópico de la lesión luego de la biopsia escisional.**

El afrontamiento de los bordes de la herida fue realizado con ácido poliglicólico 3-0 (Vicryl®) mediante tres puntos de sutura suspensorios en sentido vertical (Fig. 5).



**Fig. 5. Toma de puntos de sutura suspensorios.**

Se emitieron las indicaciones postoperatorias de forma oral y escrita y se prescribió como medicación postoperatoria: Amoxicilina ® 500 mg (cada 8 horas por 7 días), Ibuprofeno ® 400 mg (cada 8 horas por 3 días) y enjuagues con gluconato de clorhexidina al 0,12% (cada 8 horas por 10 días).

El primer control postoperatorio y retiro de sutura fue realizado a los 8 días después de ejecutada la intervención quirúrgica (Fig. 6).



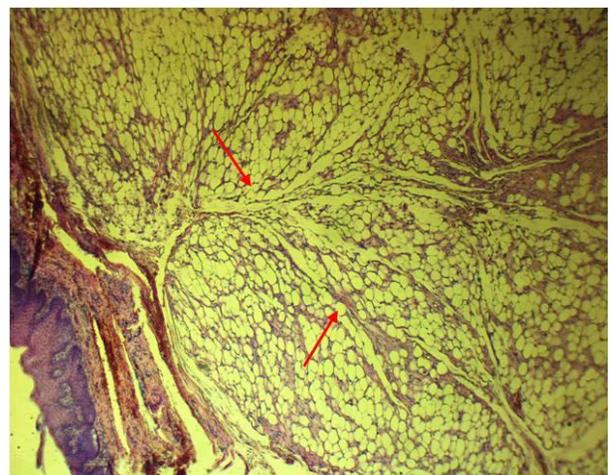
**Fig. 6. Control postoperatorio a los ocho días después de la intervención quirúrgica.**

Un segundo control postoperatorio y evaluación de la paciente fue hecho al año de la intervención quirúrgica sin signos de recidiva (Fig. 7).

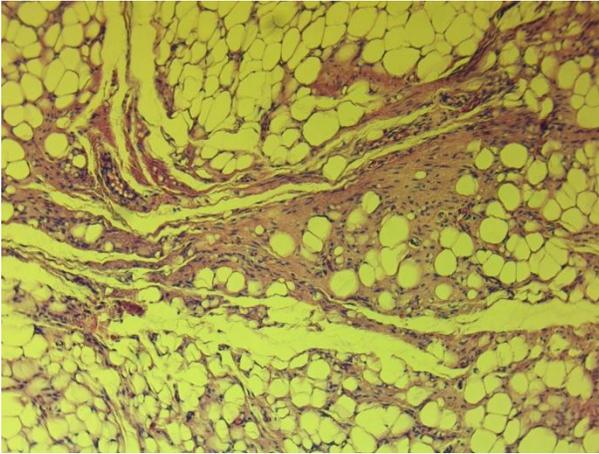


**Fig. 7. Control postoperatorio al año de la intervención quirúrgica.**

Las secciones histológicas examinadas revelaron epitelio plano estratificado de tipo mucoso, el cual presenta a nivel del tejido conectivo neoplasia benigna de origen mesenquimático, caracterizada por la proliferación de lóbulos de adipocitos. Los mismos son de citoplasma ópticamente vacío, núcleos pequeños, anulares y rechazados hacia la periferia. Los lóbulos de adipocitos se encuentran separados unos de otros por tabiques de tejido conectivo fibroso, con fibroblastos alargados formando tractos irregulares. No se observan atipias ni mitosis (Fig. 8a y 8b).



**Fig. 8a. Preparado histológico teñido con hematoxilina-eosina (5x). Obsérvese la presencia de tabiques de tejido fibroso dividiendo a los adipocitos en lóbulos.**



**Fig. 8b. Preparado histológico teñido con hematoxilina - eosina (40x). Se observan múltiples células adiposas.**

## DISCUSIÓN

Cada vez son más los pacientes que acuden a consulta odontológica presentando lesiones de tejidos blandos, situación que demanda amplio conocimiento por parte del profesional, puesto que debe estar en capacidad de establecer un abordaje clínico certero y una conducta terapéutica de las mismas o en su defecto referir a los especialistas cuando precise que sea necesario.

En el caso del FL, es una entidad patológica donde se observa tejido adiposo con células maduras, hay gran cantidad de tejido fibroso y fibras colágenas, el tejido graso se encuentra dividido en lóbulos por el tejido fibroso y el epitelio es atrófico, lo que confiere la coloración amarillenta característica del FL<sup>10, 14</sup>. Las afirmaciones descritas coinciden con los hallazgos histológicos examinados en las muestras del caso reportado. Igualmente, es importante resaltar que a través del estudio histopatológico se determina que el FL es una variante histológica del lipoma<sup>5, 16</sup>.

Con respecto a la localización habitual, se ha reportado que aparece principalmente en mucosa bucal<sup>1, 3, 12</sup>, siendo la lengua el segundo sitio más común<sup>3, 16, 23</sup>, coincidiendo con la ubicación de este caso, en el cual se observó su formación en el borde lateral de la misma.

La literatura detalla que la clínica del FL consiste en un nódulo submucoso de forma ovoide que no supera en tamaño los 25 mm, consistencia blanda, fluctuante, base sésil o pediculada, color amarillento, de crecimiento lento, no doloroso ni sangrante a la palpación<sup>14, 15, 16, 17</sup>, en concordancia con las características de la lesión del caso mostrado, no obstante, la paciente refirió episodios de dolor al contacto con alimentos y durante la masticación, lo cual resulta atípico ya que los casos sintomáticos o con signos clínicos evidentes se han observado cuando las lesiones alcanzan gran tamaño, interfiriendo con la deglución, fonación, relación maxilo- mandibular, desplazamiento de estructuras anatómicas importantes, asimetría de cara y cavidad bucal<sup>16, 24</sup>.

Desde el punto de vista epidemiológico, el caso presentado concuerda con los autores<sup>1, 3, 12</sup> respecto al grupo etario y género, habiendo aparecido en una paciente de 49 años. Con respecto a la etiología, las neoplasias de tejido adiposo se han tratado de relacionar con obesidad<sup>16, 25</sup>, propuesta que no ha podido ser validada puesto que cuando se adoptan dietas bajas en grasas el tamaño de las lesiones se mantiene sin cambios. Asimismo, se ha asociado a traumatismos<sup>16, 26</sup> y trastornos endocrinos e inflamatorios<sup>8, 9</sup>, supuestos que son similares al presunto factor desencadenante y predisponente al desarrollo de la lesión, ya que la paciente refirió que la misma apareció

posterior al traumatismo con una espina de pescado y como antecedente personal es diabética controlada, poniendo en evidencia que el compromiso sistémico presume una mayor tendencia a padecer neoplasias de tejidos blandos.

El tratamiento convencional del FL consiste en la extirpación quirúrgica con bisturí al frío<sup>2, 6, 12, 22</sup> con una tasa de recidivas baja, que se debe al comportamiento benigno y al correcto manejo de los márgenes de dicha entidad durante el procedimiento<sup>1, 7, 17</sup>. El caso presentado fue manejado siguiendo estas pautas sin observarse recurrencia de la patología. Sin embargo, en la literatura se han descrito otras alternativas terapéuticas para el abordaje de los FL, como es el caso de la cirugía con láser diodo<sup>5</sup>. Para la fecha la paciente se encuentra en controles periódicos sin manifestación de recidiva de la lesión.

## CONCLUSIONES

El FL es considerado una entidad rara de la cavidad bucal, variedad histológica del lipoma que debe ser considerada como opción diagnóstica presuntiva de las lesiones de tejidos blandos, aun cuando aparezcan en sitios donde estructuralmente no existan depósitos de tejido graso. Es importante una evaluación y anamnesis minuciosas en busca de los posibles desencadenantes de las patologías así como de los factores predisponentes de ciertas lesiones, puesto que pueden aparecer tanto en pacientes sanos y también con compromiso sistémico debido a que su condición supone una mayor tendencia a sufrir neoplasias bucales.

El éxito de los tratamientos depende no solo de un correcto diagnóstico sino de un abordaje quirúrgico adecuado, resaltando que el análisis histológico de las muestras será quien establezca el diagnóstico definitivo de todas las alteraciones padecidas por los pacientes que acuden a la consulta en busca de una solución oportuna y efectiva.

## REFERENCIAS

1. Oliveros C, Rodríguez J, Sánchez M. Fibrolipoma gigante del piso de la boca. Presentación de un caso clínico. *InvestClin* 2001; 42 (2): 147-152.
2. Rodríguez C, Álvarez P, Cuevas G, Reyes S, Rodríguez I, Mosqueda T, Vega M. Fibrolipomas de cavidad oral: tumores comunes en sitios poco frecuentes: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Int. J. Morphol* 2013;31(1):356-360.
3. Manjunatha B, Deepak G, Shah V. Oral Fibrolipoma- A rare histological entity: report of 3 cases and review of literatura. *J Dentistry, TehranUniversity of Medical Sciences* 2010; 7 (4): 226-231.  
Ito S, Mandai T, Ishida K, Deguchi H, Hata T, Irei I, Hosoda H. Massive fibrolipoma of the lower lip: a case report. *Kawasaki Medical Journal* 2010; 36 (1): 61-63.
4. Capodiferro S, Maiorano E, Scarpelli F, Favia G. Fibrolipoma of the lip treated by diode laser surgery: a case report. *J of Medical Case Reports* 2008; 2: 301-303.
5. Khubchandani M, Thosar N, Bahadure R, Baliga M, Gaikwad N. Fibrolipoma of buccal mucosa. *ContempClinicDentistry* 2012; 3 (1): 112-114.
6. Scivetti M, Di cosola M, Lo Muzio L, Pilolli G, Maiorano E, Capodiferro S, Vignoletti F, Favia G. Fibrolipoma gigante de la mejilla: a propósito de un caso. *Avances en odontoestomatología* 2006; 22 (1): 33-36.
7. Aust M, Spies M, Kall S. Lipomas after blunt soft tissue trauma: are they real? Analysis of 31 cases. *Br J. Dermatol* 2007; 157: 92-99.
8. Achath D, Naik P, Mukherjee J. Oral Fibrolipoma. *J of Contemporary Dentistry* 2013; 3 (1): 49-51.
9. Rodríguez O. Fibrolipoma en un paciente con la enfermedad de Von Recklinghausen. *Rev Cubana Estomatol* 2000; 37 (2): 112-119.
10. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. *Oral and Maxillofacial Pathology* (2nd ed). Elsevier Publication 2004: 452-453.
11. Gayathri R, Laxmiknth C, Prashanth S. Intraoral lipoma a rare entity. *International Journal of Anatomy, Radiology and Surgery* 2013; 2 (2): 1-3.
12. Shweta R, Kundendu B. Intraoral fibrolipoma: a case report with review of literature. *IJDA* 2010; 2 (2): 215-216.
13. Cortéz B, Cruz D. Fibrolipoma de la cavidad oral y fibroma lingual: presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2007; 16 (3): 173-177.  
Pérez B, Campos M, Rivero J, López D. Giantesophagealfibrolipoma. *Otolaryngol Head NeckSurg* 1999; 120: 445-446.
14. Rodríguez A, Álvarez L, Cuevas J, Reyes R, Rodríguez E, Mosqueda A, Vega E. Fibrolipomas de cavidad oral: tumores comunes en sitios poco frecuentes: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Int. J. Morphol* 2013; 31(1):356-360.
15. Fletcher C, Unni K, Mertens F. Adipocytic tumors. In *Pathology and Genetics: Tumours of soft tissue and bone*. World Health Organization Classification of tumours Lyon, France: IARC Press 2002; 9-46.
16. Ordoñez V, González A, Giner J, Maniegas L, Granizo R. Liposarcoma Lingual. *Rev. Esp. Cirug. Oral y Maxilofac* 2004; 26(4): 263-269.

17. Martínez G, Rocío F, Juan E, Paes, A, Mosqueda A. Angiomyxolipoma (vascular myxolipoma) of the oral cavity. Report of a case and review of the literature. *Head Neck Pathol* 2011; 5(2):184-187.
18. Nagano A, Ohno T, Nishimoto Y, Hirose Y, Miyake S, Shimizu K. Lipoblastoma mimicking myxoidliposarcoma: a clinical report and literature review. *Tohoku J. Exp. Med* 2011; 223(1):75-78.
19. Martins A, Diefenbach R, Heinz C, Sant M, Filo A. Fibrolipoma em palato mole: relato de caso. *R. Fac. Odonto, Porto Alegre* 2004; 45 (1): 52-54.
20. Gupta S, Pathak S. Fibrolipoma of buccal mucosa – a case report. *J Indian Dent Assoc* 2011; 5:737-738.
21. Shapiro N, Malis D, Brewster D, Kearns D. Evaluation and management of benign, non-congenital tongue masses in children. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol* 1999; 48: 223–229.
22. Kaur R, Kler S, Bhullar A. Intraoral lipoma: report of 3 cases. *Dent. Res. J. (Isfahan)* 2011; 8(1):48-51.
23. Venkateswarlu M, Geetha P, Srikanth M. A rare case of intraoral lipoma in a six year-old child: a case report. *Int. J.OralSci* 2011; 3(1):43-46.
24. Studart E, Costa F, Sousa F, Alves A, Osterne R. Oral lipomas in a Brazilian population: A 10year study and analysis of 450 cases reported in the literature. *Med.Oral Patol. Oral Cir. Bucal* 2010; 15(5):691-696.