

# CASO INCOMUM DE LIPOMA ASSOCIADO AO NERVO MENTONIANO - UMA REVISÃO

UNUSUAL CASE OF LIPOMA ASSOCIATED WITH THE MENTONIAN NERVE - A REVIEW

Cesar Benedito F. RODRIGUES

Professor Doutor do Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da FOB - USP.

Cristiane Salgado de SOUZA

Renato de Queiroz RAMOS

C.Ds. Alunos do Curso de Aperfeiçoamento em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Departamento de Cirurgia da FOB - USP.

Edgard Franco MORAES JÚNIOR

C.D. Chefe do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do SUS - Bauru

**U**m caso raro de lipoma intrabucal associado ao nervo mentoniano, causando sintomatologia dolorosa, assim como, uma revisão de literatura mostrando a discutida etiopatogenia desta alteração é apresentado.

**Unitermos:** Neoplasmas benignos; Lipoma; Células adiposas.

## INTRODUÇÃO

Os lipomas representam 4 a 5% de todas as neoplasias benignas do organismo<sup>31</sup>. São lesões bem circunscritas de tecido adiposo maduro, que são encontradas e diagnosticadas com muita freqüência nas diversas regiões do organismo<sup>31</sup>. Entretanto, são tumores de rara ocorrência na cavidade bucal. São observados em todas as estruturas bucais, porém há predominância na língua, mucosa jugal e assoalho da boca<sup>43</sup>.

PAGET, em 1853, foi o primeiro a descrever um lipoma infiltrado no músculo trapézio<sup>32</sup>. Vários autores demonstraram as características infiltrantes desses lipomas como HOFFMAN em 1941 e REGAN et al. em 1946<sup>24,34</sup>.

Os lipomas ocorrem em todas as raças<sup>23,44</sup>. Contudo, na cavidade bucal, sua prevalência é no sexo masculino<sup>9,12,23</sup>, acometendo todos os grupos etários,

principalmente, o da 4ª década<sup>46</sup>. Sua etiologia é ainda desconhecida, porém MASHEBER; ARCHER apontam o trauma e a irritação crônica como fatores predisponentes para o desenvolvimento desta neoplasia<sup>2,18,28,41</sup>.

Já para BRUCE; ROYER o desequilíbrio endócrino poderia criar condições favoráveis ao desenvolvimento da mesma<sup>9</sup>.

Clinicamente os lipomas bucais apresentam-se quase sempre pediculados, lisos e a mucosa que os reveste encontra-se com aspecto normal, sendo muitas vezes, amarelado e gelatinoso à palpação<sup>43</sup>. Raras vezes são dolorosos<sup>7,13,27,31,35</sup>. Apresenta um crescimento lento, e em geral relativamente superficial, podendo infiltrar músculos e ficar fixado nos tecidos circunjacentes<sup>45</sup>. As lesões profundas podem produzir apenas ligeira elevação na superfície e podem ser bem encapsuladas, entretanto mais difusas e bem delineadas do que a variedade superficial<sup>33</sup>.

Um aspecto interessante, no que diz respeito ao

diagnóstico clínico dessas lesões, está na coloração do tecido e o fato de que quando colocado em frascos de formol a 10% não imergem, permanecendo na superfície do líquido, em decorrência da gordura ser mais leve que a solução fixadora<sup>38,43</sup>.

O tratamento consiste de remoção cirúrgica e as recidivas são extremamente raras<sup>35,36,38,43</sup>.

Microscopicamente, o lipoma compõem-se de tecido adiposo bem diferenciado envolvido por cápsula de tecido conjuntivo. Há um estroma fibroso dividindo o tecido em lóbulos, e estes septos contêm, pequenos vasos sanguíneos. (WOOD; GOAZ<sup>45</sup>). Parece que as células do lipoma diferem, metabolicamente, das células adiposas normais, mesmo sendo microscopicamente semelhantes. Por isso, uma pessoa com inanição perderá a gordura dos depósitos normais do corpo, porém não do lipoma<sup>36</sup>.

## DISCUSSÃO E REVISÃO DE LITERATURA

O lipoma ocorre, mais comumente, no tecido subcutâneo, principalmente no pescoço, ombros e tronco,<sup>5,36,42</sup> podendo ainda aparecer nas costas e nádegas e, menos freqüentemente, nas áreas retroperitoneal, perirenal, mesentérica e intra-óssea<sup>29</sup>.

Sua incidência é pouco comum na cavidade bucal<sup>14,8,11,27,29,33,35,36,39,40,43</sup>, representando cerca de 2,2% dos lipomas,<sup>1,15</sup> e 0,2% a 3,2% de todos os tumores bucais benignos<sup>3,17,23</sup>.

A revisão mostra que as áreas mais comuns de ocorrência do lipoma na cavidade bucal são a mucosa jugal e o sulco vestibular<sup>8,39,45</sup>, seguindo-se a língua, assoalho da boca e os lábios. Os lipomas no palato, gengiva e outras localizações bucais são raros<sup>45</sup>.

O lipoma tem sido relatado em indivíduos de 1,5 mês a 21 anos de idade<sup>45</sup>. A maioria, entretanto pode ser encontrado entre a 4<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> décadas<sup>16,18,29,45</sup>.

Os lipomas são de etiologia desconhecida<sup>23</sup>. Porém, alguns autores têm sugerido hereditariedade<sup>21,27,33</sup> e fatores endócrinos<sup>9,33</sup>. Trauma, infecção, irritação crônica e enfarte também são descritos<sup>22,23,27</sup>, embora nenhum fator consistente tenha sido identificado na etiologia desta lesão.

Não parece haver predileção racial, e a distribuição entre os sexos parece ser aproximadamente igual<sup>16,19,21,45</sup>. BURZYNSKI; SIGMAN; MARTIN<sup>10</sup>, em 1971, relataram 55 casos de lipomas em homens e 41 em mulheres e SELDIN et al<sup>35</sup>, em 1967, encontraram 14 em mulheres e 10 em homens.

Clinicamente, o lipoma intrabucal caracteriza-se por

sua aparência lisa, arredondada ou ovóide<sup>27</sup>, de evolução lenta, apresentando-se como uma lesão solitária podendo ser séssil, pediculada ou embutida, de tamanho variado, recoberta por delgada mucosa de superfície íntegra de cor amarelo pálida, às vezes apresentando finos vasos sanguíneos e sendo assintomática. À palpação, a lesão apresenta-se mole, ou semi-sólida, bem delimitada e móvel. Em geral, relativamente superficial, podendo infiltrar músculos e ficar fixada no tecido circunjacente<sup>29,36,42,43,45</sup>.

Microscopicamente, o lipoma compõem-se de tecido adiposo bem diferenciado envolvido por cápsula de tecido conjuntivo. O estroma apresenta-se fibroso dividindo a gordura em lóbulos, e estes septos contêm vasos sanguíneos de pequeno calibre<sup>21,38,45</sup>.

Segundo SHAFFER; HINE; LEVY<sup>36</sup>, microscopicamente são células adiposas benignas, de evolução lenta, com seus núcleos deslocados para a periferia. Embora morfológicamente indistinguíveis das células adiposas normais, as células tumorais são metabolicamente mais ativas.

O diagnóstico diferencial desta lesão deve incluir cistos epidermídios ou dermóides e os cistos linfopiteliais<sup>45</sup>.

Cabe lembrar que existe uma alteração congênita rara denominada lipoblastomatose, em que múltiplos lipomas, incorporam glândulas salivares, quando presentes na boca. Como tratamento para os lipomas, parece ser de consenso geral entre os autores, que a exérese cirúrgica total consiste no procedimento mais correto<sup>4,6,18,27,29,32,36,37,38,39,43,45</sup>.

É interessante lembrar que o lipoma, quando colocado em solução fixadora de formol 10%, flutua na solução<sup>43</sup>. Já o fibrolipoma não flutua, devido à presença de tecido conjuntivo na massa tumoral<sup>38</sup>.

Algumas lesões lipomatosas, que ocorrem nas porções profundas dos tecidos produzem apenas uma leve elevação da superfície. Quando palpada, a forma difusa da sensação de fluido, levando algumas vezes a um de diagnóstico errôneo de cistos. Como esta variedade difusa muitas vezes ocorre em áreas nas quais alguma gordura está normalmente presente, o diagnóstico de lipoma depende simplesmente do reconhecimento de um excesso deste tecido. Por isso, o diagnóstico torna-se essencialmente clínico<sup>36</sup>.

Já MORAES et al.<sup>29</sup> não concordam com esta afirmativa, dizendo que os aspectos clínicos nem sempre estão bem definidos para as seguintes entidades patológicas: fibroma e mixoma intrabucal.

Como os aspectos clínicos nem sempre estão bem

definidos para essas três entidades patológicas, faz-se necessário, para diferenciá-las definitivamente, que se faça a análise microscópica da massa tumoral pela biópsia incisional.

Existe uma falta de consenso na patogenia desses tumores. De acordo com DAS GUPTA<sup>14</sup>, obesidade e o crescimento local de tecido adiposo podem, ambos, serem responsáveis pela formação do lipoma. Entretanto, às vezes, esta teoria explica apenas a formação do lipoma em regiões onde há preexistência de tecido adiposo, como nas áreas da glândula parótida (presente no bloco de gorduras bucais), membros e tronco. É menos convincente que os lipomas desenvolvam-se em áreas pobres de tecido adiposo<sup>3,30</sup>.

ASHLEY<sup>5</sup> sugeriu que os precursores do tecido adiposo são fibroblastos. Os lipoblastos não foram vistos quando separados. A teoria metaplásica diz que o desenvolvimento lipomatoso representa uma aberrante diferenciação nas células mesenquimais dentro do tecido conjuntivo.

Outros autores, como LIN; LIN<sup>26</sup>, assumem que os lipomas são congênitos e surgem mediante células multipotenciais embrionárias que sobrevivem subclínicamente inativas, podendo sobre a influência de hormônio durante a adolescência diferenciarem-se em células adiposas.

SHAFER; HINE; LEVY<sup>36</sup>; BHASKAR<sup>8</sup>; STEWART; LEVY; STOOPACK<sup>40</sup>; IRBY<sup>25</sup> e MACGREGOR; DYSON<sup>27</sup> dizem que recorrência de lipomas intrabucais são raras. Isto também acontece com a degeneração maligna do lipoma intrabucal<sup>16,29</sup>.

Ainda hoje a literatura demonstra que a etiologia e a patogenia desta lesão apresentam controvérsias.

## **RELATO DE CASO CLÍNICO**

Paciente do sexo masculino, 37 anos, raça branca, casado, sem hábitos ou vícios, profissão escriturário, apresentou-se à clínica de diagnóstico bucal da FOB/USP, tendo como queixa principal um aumento volumétrico intrabucal, na "bochecha do lado direito", com sintomatologia dolorosa, localizado na região de 2º pré-molar inferior, com pequeno edema, com mais ou menos 2 meses de evolução. (Figura 1)

Como tratamento anterior o paciente relata ter procurado um serviço de urgência odontológica onde extraíu o molar decíduo que havia na área. O edema aumentou e o paciente foi então encaminhado à nossa clínica de diagnóstico bucal.

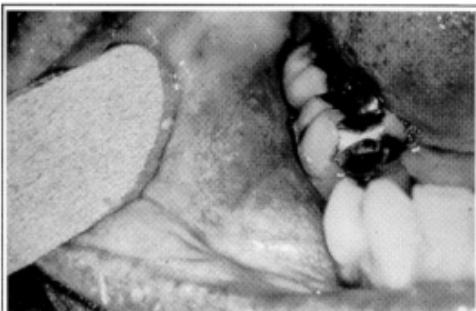


FIGURA 1 - Aspecto clínico da área da lesão

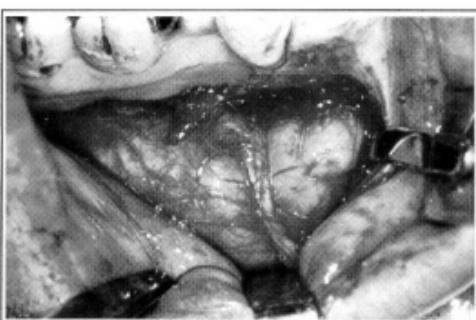


FIGURA 2 - Aspecto clínico da lesão - íntimo contato do feixe vascúlo-nervoso mentoniano

No exame clínico intrabucal foi constatado edema da região jugal na mucosa do lado direito, dolorida ao toque e resiliente à palpação, apresentando coloração normal da mucosa. No exame extrabucal não se constatou linfoadenite regional, nem tão pouco qualquer alteração digna de nota.

O primeiro exame realizado, por punção (biópsia), não foi esclarecedor devido a material insuficiente, sendo então encaminhado à remoção cirúrgica.

O aspecto clínico da lesão situada na região próxima ao forâme mentoniano, mostrando um íntimo contato da lesão com compressão do feixe vascúlo-nervoso (Figura 2 e 3), foi de consistência fibrosa, que quando da sua exerese total e colocação em formalina a 10%, flutuou na solução, sendo sugestiva de tecido gorduroso. Com a remoção cirúrgica a peça mostrou dimensões de 4,0 x 3,0 x 2,0cm (Figura 4).

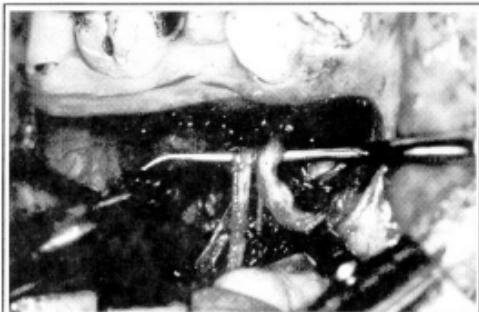


FIGURA 3 - Dissecação do feixe vascúlo-nervoso da lesão

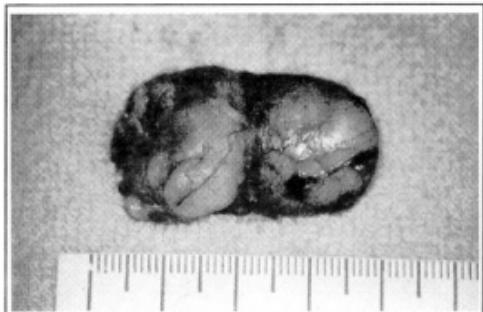


FIGURA 4 - Lesão Retirada- Aspecto macroscópico - mostra estrangulamento na região central causada pela compressão do feixe vascúlo-nervoso mentoniano

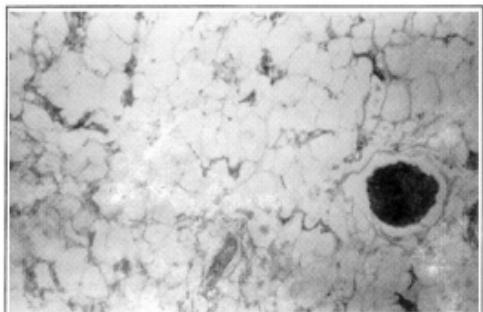


FIGURA 5 - Microscopia da lesão

O exame microscópico da massa tumoral revelou que a lesão era composta de tecido adiposo maduro, com lóbulos pequenos, circunscritos por septos de tecido conjuntivo fibroso (Figura 5) e, sendo revestida por tecido epitelial estratificado plano parakeratinizado, com discreta área de degeneração hidrópica.

O quadro morfológico apresentado pelo tumor permitiu diagnosticá-lo microscopicamente como uma neoplasia benigna lipomatosa. Quadro este compatível com lipoma.

## CONCLUSÕES

De acordo com os dados deste trabalho podemos concluir que as características do lipoma descritas no mesmo, apresentam semelhanças aos casos descritos na literatura. No presente caso, o tumor apresentou-se envolvido pelo feixe vascúlo-nervoso mentoniano, que por crescimento e/ou manipulação do tecido que o envolvia, causava sintomatologia dolorosa.

Como foi feito um controle pós-operatório de 2 anos, pode-se verificar, que até este momento não houve qualquer indício de recidiva, constatando-se que a conduta empregada para tratamento foi satisfatória.

Concluímos, também, que torna-se importante e necessária a realização prévia de biópsia associada a exames complementares, especialmente em casos de lesões que se manifestam com sintomatologia dolorosa.

## ABSTRACT

A rare case of intraoral lipoma associated with the mental nerve, causing a painfull symptomatology is reported, therefore, a review about literature showing a discussion about the etiopathogeny of this lesion.

**UNITERMS:** Benign tumors; Lipoma; Adipose cells.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAIR, F.E. Lipomas. *Amer.J.Cancer*, v.16, p.1104-20, 1932, apud BERKE, S.L. et al. Usual intraoral lipoma associated with the mental nerve. *Amer. Dent.*, v.45, n.1, p. 31-2, s.d.
- ARCHER, W.H. *Oral surgery: a step-by-step atlas of operative techniques*. 4. ed. Philadelphia, Saunders, 1966, p. 552.
- ASHLEY, D.J.B. *Evans histological Appearances of tumors*. Edinburgh, Livingstone, 1978, p. 54.

- 4- BENNHOFF, D.F.; WOOD, J.W. Infiltrating lipoma of the head and neck. *Laryngoscope*, v.88, p.839-56, 1983.
- 5- BERGMAN, S.A. Lipoma of the tongue: case report. *N.Y. St. dent.J.*, v.38, p.551-2, Nov. 1972.
- 6- BERKE, S.L. et al. Unusual intraoral lipoma associated with the mental nerve. *Ann. Dent.*, v.45, n.1, p.31-2, s.d.
- 7- BERTELLI, A.de P. Uncommon Tumours of the Tongue (lipoma and leiomy fibroma): report of two cases. *Oral Surg.*, v.19, p.771-5, 1965.
- 8- BHASKAR, S.W. **Patología bucal**. 4.ed. São Paulo, Artes Médicas, 1976. p.459.
- 9- BRUCE, K.W.; ROYER, R.Q. Lipoma of oral cavity: report of tree cases. *Oral Surg.*, v.7, p.930-8, 1954, apud MORAES, N.P. et al.<sup>29</sup>
- 10- BURZYNSKI, N.J.; SIGMAN, M.D.; MARTIN, T.H. Lipoma of the oral cavity: literature review and case report. *J.oral.Med.*, v.26, p.37-9, 1971.
- 11- CAMPOS, G.M.; GRANDINI, S.A.; LOPES, R.A. Angiolipoma of the cheek. *Int. J. oral Surg.*, v.9, p.486-90, 1980.
- 12- CAYLOR, H.D. Bizarre types and locations of lipoma. *Amer.J.Surg.*, v.67, p.530, April 1945, apud MORAES, N.P. et al.<sup>29</sup> Diagnóstico diferencial de lipoma. *Rev. gaúcha Odont.*, v.31, n.4, p. 344-51, out/dez. 1983.
- 13- CHOUKAS, N.C. Lipoma of buccal wall: report of case. *J.oral.Surg.*, v.25, p.371-2, 1967.
- 14- DAS GUPTA, T.K. Tumors and tumor-like conditions of the adipose tissue. *Curr. Prob.Surg.*, v.1, p.1, 1978.
- 15- DE VISSHER, J.G. Lipomas and fibrolipomas of the oral cavity. *J. Maxillofac. Surg.*, v.10, p.177, 1982.
- 16- DIONNE, P.G.; SEEMAYER, T.A. Infiltrating lipomas and angiolipomas revisited. *Cancer Philad.*, v.33, p.732-7, 1974.
- 17- DOCKERLY, M.B. et al. **Tumors of the oral cavity and pharynx: atlas of tumor pathology**. Washington, Armed Forces Institute of Pathology, 1968. p.83.
- 18- ENZINGER, F.W.; WEISS, S.W. **Soft tissue tumours**. St. Louis, Mosby, 1983. p.223-7.
- 19- GARAVAGLIA, J.; GNEPP, D.R. Intramuscular (infiltrating) lipoma of the tongue. *Oral Surg.*, v.63, n.3, p.348-50, Mar. 1987.
- 20- GESCHICKTER, C.F. Lipoid tumors. *Amer. J. Cancer*, v. 21, p.617-41, 1934, apud MORAES, N.P. et al.<sup>29</sup>
- 21- GORLIN, R.J.; GOLDMAN, H.M. **Patología oral**. Barcelona, Salvat Ed., 1980. p.968-9.
- 22- GRAY, A.R.; BARKER, G.R. Sublingual lipoma: report of an unusually large lesion. *J.oral Maxillofac.Surg.*, v.49, p.747-50, 1991.
- 23- HATZIOTIS, J. CH. Lipoma of the oral cavity. *Oral Surg.*, v.31, p.511-24, 1971.
- 24- HOFFMAN, H.O.E.; HORMILEY, R.K. Infiltration Lipoma. *Mayo Clin. Proc.*, v.16, p.13, 1941, apud PÉLISSIER, A.; SAWAF, M.H.; SHABANA, A.H.M<sup>29</sup>.
- 25- IRBY, W.B. **Current advances in oral surgery**. St.Louis, Mosby, 1977, v.2, p.270.
- 26- LIN, J.J., LIN, F. Two entities in angiolipoma. *Cancer Philad.*, v.34, p.720, 1974.
- 27- MACGREGOR, A.J.; DYSON, D.P. Oral lipoma: a review of the literature and report of twelve new cases. *Oral Surg.*, v.21, p.770-7, 1966.
- 28- MASHBERG, A.B. Lipoma of the tongue: report of a case. *Oral Surg.*, v.20, p.690, June 1965.
- 29- MORAES, N.P. et al. Diagnóstico diferencial de lipoma. *Rev. gaúcha Odont.*, v.31, n.4, p.344-51, out/dez. 1983.
- 30- NANAVATI, S.D.; NANAVATI, P.S. Solitary subcutaneous lipoma in the parotid region. *J.oral Maxillofac. Surg.*, v.41, p.51, 1983.
- 31- PANDERS, A.K.; SCHERPENISSE, L.A. Oral lipoma. *Brit.J.oral Surg.*, v.5, p.33-41, 1967.
- 32- PÉLISSIER, A.; SAWAF, M.H.; SHABANA, A.H.M. Infiltrating (Intramuscular) benign lipoma of the head and neck. *J.oral Maxillofac.Surg.*, v.49, p.1231-6, 1991.
- 33- RAPIDIS, A.D. Lipoma of the oral cavity. *Int.J.oral Surg.*, v.11, p.30, 1982.
- 34- REGAN, J.M.; BICKEL, W.H.; BRODERS, A.C. Infiltrating lipomas of the extremities. *West.J.Surg.Gynecol.Obstet.*, v.54, p.87, 1946, apud PÉLISSIER, A.; SAWAF, M.H.; SHABANA, A.H.M<sup>29</sup>.
- 35- SELDIN, H.M. et al. Lipomas of the oral cavity: report of 26 cases. *J.oral Surg.*, v.25, p.270-4, May 1967.
- 36- SHAFFER, W.G.; HINE, M.K.; LEVY, B.M. **Patología bucal**. 3.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. p.120-1.
- 37- SHIRASUNA, K. et al. Infiltrating lipoma of the tongue. *Int.J.oral Maxillofac Surg.*, v.18, p.68, 1989.
- 38- SILVEIRA, J.O.L.da; POLIDO, W.D.; WAGNER, J.C.B. Lipoma. *Rev. gaúcha Odont.*, v.35, n.5, p.398-9, set/out. 1987.
- 39- SONIS, S.T.; FAZIO, R.C.; FANG, L. **Medicina oral** Rio de Janeiro, Discos CBS, 1985. p.366-7.

- 40- STEWART, S.; LEVY, R.; STOOPACK, J.C. Fibrolipoma of the palate: report of two cases. *N.Y. St. dent.J.*, v.40, p.603-6, Dec 1974.
- 41- TAKEDA, Y. Intramuscular lipoma of the Tongue: report of a rare case. *Ann. Dent. Ass.*, v.48, n.2, p.22-4, Winter 1989.
- 42- THOMA, K.H.; GOLDMAN, H.M. *Oral Pathology*. 5.ed. St.Louis, Mosby, 1960. p.1376-9.
- 43- TOMMASI, A.F. *Diagnóstico em patologia bucal*. São Paulo, Artes Médicas, 1985. p.218-9.
- 44- WAKELY, C.; SOMERVILLE, P. Lipomas. *Lancet*, v.11, p.995-9, 1952, apud MORAES, N.P. et al.<sup>29</sup>
- 45- WOOD, N.K.; GOAZ, P.W. *Diagnóstico diferencial das lesões bucais*. 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1983. p.231.
- 46- YOSHIMURA, Y. et al. Lipoma in the infant and child: report of case. *J.oral.Surg.*, v.30, p.690-3, 1972.