

Lipoma de piso de boca

Informe de un caso

Dres: Juan Miglierisi **

Nelson Delgado Camejo ***

Miryam Fungi ****

INTRODUCCION:

Los tumores que nacen del tejido conectivo, pueden presentarse en cualquier parte de la economía.

Pueden originarse en los fibrocitos, fibroblastos, o los derivados especializados del tejido mesenquimático, como la grasa y el músculo.

Una de estas neoplasias es el LI-POMA, que se presenta con más frecuencia en el tejido subcutáneo del cuello, siendo relativamente raro encontrarlo en la cavidad bucal.

CARACTERES CLINICOS:

El lipoma es una neoplasia benigna de crecimiento lento que se presenta como una masa generalmente de base sesil, de superficie lisa, de un color amarillento y consistencia blanda a la palpación.

Puede estar localizado superficialmente y recubierto por un epitelio delgado, o estar ubicado profundamente, produciendo una leve elevación de la superficie.

** Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica.

*** Profesor Adjunto de Anatomía Patológica.

**** Asistente de Anatomía Patológica.

Recibido para publicar setiembre 1981

CARACTERES HISTOLOGICOS:

El lipoma está constituido por una masa circunscripta de células adiposas maduras, tabicado y envuelto por tejido conectivo, que dan a la masa un aspecto lobuliforme. Las células del lipoma difieren por su metabolismo de las células adiposas normales, aunque histológicamente son similares.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

El tratamiento es quirúrgico, siendo las recidivas muy raras.

LOCALIZACION EN CAVIDAD BUCAL:

Se comprobó luego de una revisión realizada en el Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología, entre los años 1962 y 1980, que el lipoma puede presentarse en cualquier parte de la cavidad bucal, incluida lengua, piso de boca y pliegue muco-vestibular.

En 18 años, se recibieron sólo 5 casos, 3 en el sexo femenino y 2 en el sexo masculino, la edad promedio se situó entre la 5a. y 6a. década, y ubicándose 3 casos en el piso de boca y 2 en mejilla.

Fig. 1

1) Aspecto clínico de la lesión

Fig. 2

2) Incisión mediana longitudinal de M a D.

Fig. 3

3) Decolado de la lesión pediculada al lecho

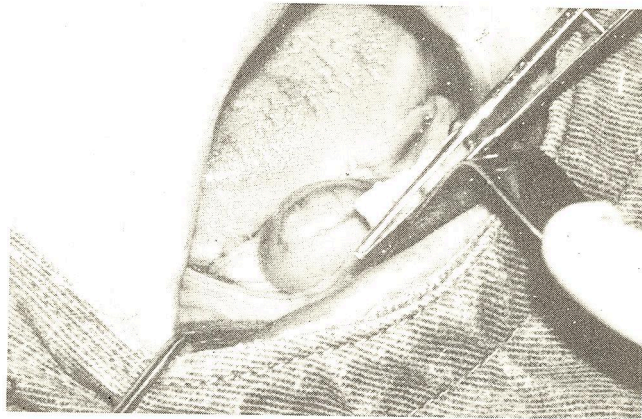


Fig. 4

4) Lecho quirúrgico con exceso de mucosa

Fig. 5

5) Puntos tractores M y D que facilitan el cierre



Fig. 6

6) Cierre a puntos separados

Fig. 7

7) La lesión con un "repair" de tamaño

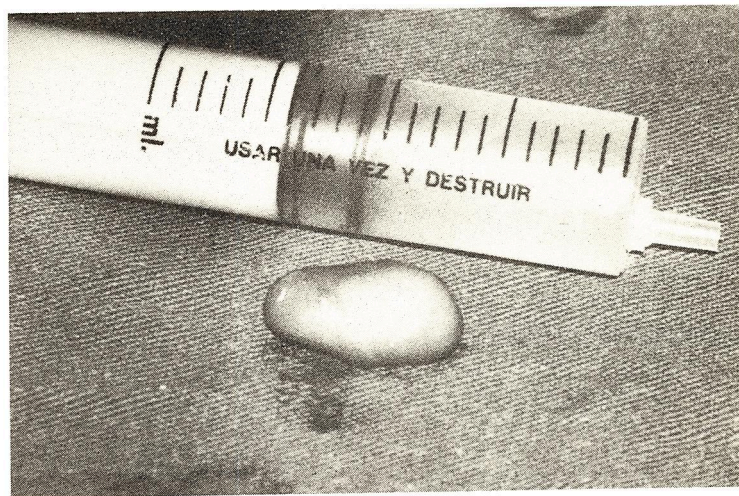
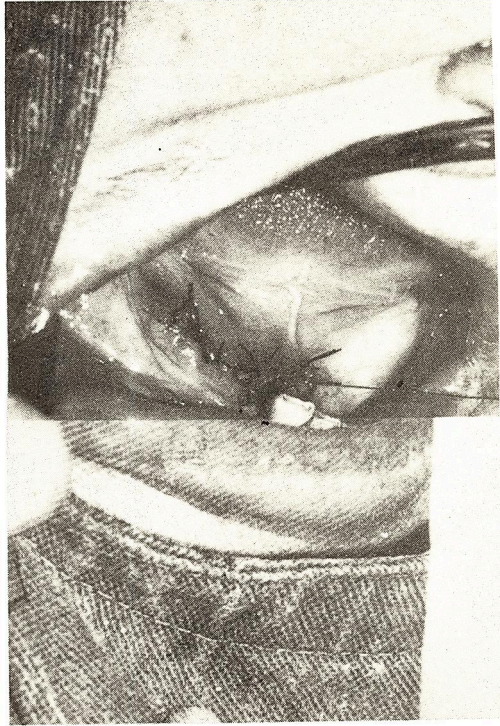
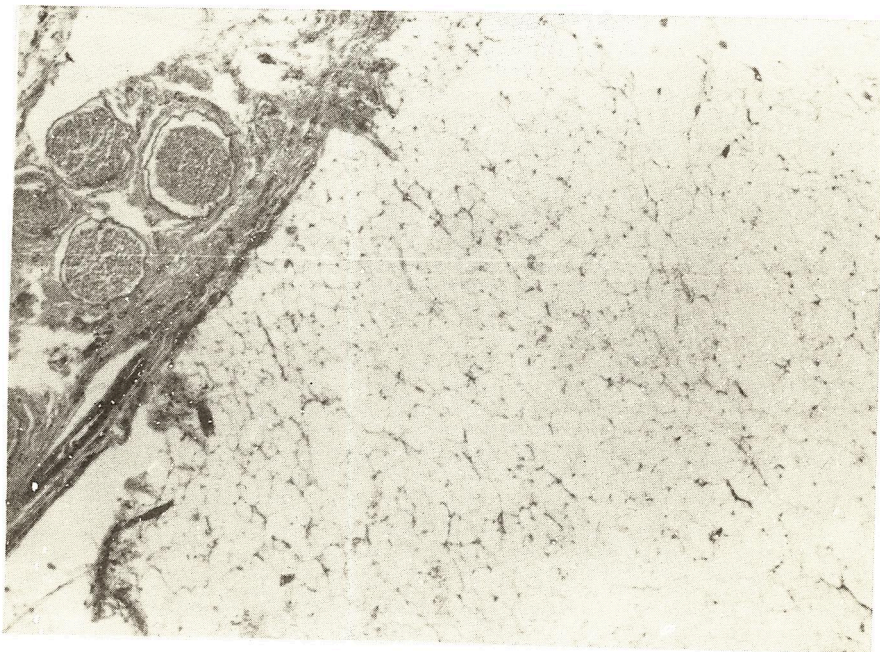


Fig. 8

8) Aspecto histológico de la lesión a menor aumento.

Fig. 9

9) Aspecto histológico de la lesión a mayor aumento.



Informe Histológico**MENOR AUMENTO**

Se observa masa tumoral lipomatoso con evidentes formaciones estromales, bien circunscripta, encapsulada, revestida por la mucosa superficial. *fig. 8*

MAYOR AUMENTO

Se observan nitidamente las células adiposas y la compresión de los

tejidos adyacentes en las que se evidencia cortes de fibras nerviosas. *fig. 9*

BIBLIOGRAFIA

1. BHASKAR, S' N. Patología Bucal.
2. BORCHELLI, R. F. Temas de patología Bucal Clínica.
3. ROBBINS, Angel. Pathology.
4. SHAFER-HINE-LEVY. Tratado de Patología Bucal.

TABLA 2

LOCALIZACION	Nº de CASOS	%	GRADO de DIFERENCIACION			PROMEDIO de EDAD
			DIFERENC.	1/2 DIFERENC.	INDIFERENC.	
LABIO INFERIOR	15	16,4	11	4	0	62
REBORDE ALVEOLAR SUPERIOR	15	16,4	3	9	3	62
REBORDE ALVEOLAR INFERIOR	14	15,3	6	6	2	56
PISO de BOCA	9	9,8	3	4	2	51
REGION RETROMOLAR	9	9,8	1	4	4	51
SENO MAXILAR	8	8,3	0	0	8	58
LENGUA	7	7,6	2	2	3	51
MEJILLA	7	7,6	5	1	1	68
BOVEDA PALATINA	4	4,3	0	2	2	56
ENCIA	3	3,2	1	2	0	63
TOTAL de CASOS	91		32	34	25	

Historia Clínica

M.H. paciente de 56 años, de sexo femenino oriunda de Castillo *consulta* por deformación unilateral de piso de boca.

Comienza hace 10 años evolucionando en forma lenta progresiva y asintomática no realizando ningún tratamiento, siendo el volumen alcanzado lo que la lleva a la consulta.

Se trata de una paciente ligeramente obesa de aspecto psicossomático normal que ha cursado las enfermedades infantiles sin contratiempos, no existiendo antecedentes generales que constituyan riesgo quirúrgico.

No existen enfermedades a destacar en la investigación familiar.

En el examen clínico local encontramos un aumento de volumen tisular de forma ovoide, de aspecto y color normal de 2 por 1 cm. ubicado a la derecha del frenillo lingual, deformando en forma circunscripta el piso de la boca. Fig. 1

A la palpación se presenta de consistencia blanda elástica e indolora, móvil sin fijaciones tisulares a las estructuras anatómicas vecinas y se desliza libremente por debajo de la mucosa de la zona.

Topográficamente no existen adenopatías.

Al diagnóstico clínico presuntivo se plantean las siguientes posibilidades:

A) Ránula o mucocelo de la glándula sublingual.

B) Quiste dermoide sublingual; disembrioplasia que se presenta más frecuentemente que los quistes epi-

dermoides y los quistes teratoides, entidades todas ellas con el mismo patrón etiopatogénico.

C) Tumor benigno de la zona de histología a determinar.

El plan de tratamiento es quirúrgico planteándose la resección biopsica de la lesión.

CIRUGIA

Se basa en el conocimiento de los elementos anatómicos que representan en el piso de boca factores potenciales de riesgos y complicaciones operatorias si no son tenidos en cuenta; esos elementos son:

I) *Contenido glandular representado por:*

a) la glándula sublingual con sus numerosos conductos secretores agrupados en las carúnculas sublinguales a ambos lados del frenillo lingual.

b) Prolongación anterior de la glándula submaxilar que de la región suprahioides pasa a la región sublingual contorneando el borde posterior del M H junto con su conducto excretor de Warthon que cruza el piso de boca y desemboca en los ostium umbilicales por delante y por detrás de las carúnculas sublinguales.

II) *Contenido vascular* está representado por las ramas terminales de la arteria lingual rama a su vez de la carótida externa.

a) Arteria sublingual nace a nivel de borde posterior del hiogloso, avanza por dentro de la glándula sublingual y por debajo del conducto de warthon y después de dar la arteriola del frenillo termina en una rama mentoniana y otra mandibular.

b) Arteria Ranina de calibre considerable recorre en forma sinuosa el cuerpo muscular lingual al que irriga por una red de anastomosis con la del lado opuesto.

III) *Contenido neural* representado por el nervio lingual que nace del nervio maxilar inferior por debajo del agujero oval, y después de aplicarse a la cara interna de la rama craneana del hueso maxilar inferior ingresa al piso de boca a nivel del tercer molar siendo a ese nivel muy superficial cubierto solo por tejido celular y mucosa avanza por dentro de la glándula sublingual formándole un bucle al conducto de warton yendo primero por encima del mismo, luego por fuera, por debajo y finalmente por dentro para ingresar en la lengua irradiándose para terminar en su punta.

IV. *Contenido celular* es realmente un contenido célula-linfo-venoso que se encuentra en las adventicias vasculares; los espacios funcionales musculares y llenando los intersticios de los elementos citados; representa el substratum anatómico de los procesos inflamatorios infecciosos o celulitis con una escala de cuadros clínicos que puede ir desde los procesos serosos circunscriptos hasta los flemonosos difusos tipo flemón difuso de piso de boca de Gensoul Ludwig.

El conocimiento de los elementos antes citados, la correcta técnica quirúrgica y adecuada asepsia permitirá prevenir las litiasis traumáticas; las hemorragias, las modificaciones de la sensibilidad tipo hipoestesia, parestesia o anestesia y los procesos infecciones celulares.

DESCRIPCION DE LA TECNICA

Anestesia regional al nervio lingual para tener control veraz de la hemostasis durante la intervención y no enmascarada por una infiltración local. La incisión la realizamos en un solo trazo sobre la lesión interesando solamente la mucosa y en sentido longitudinal de atrás a adelante paralelo a la dirección de los vasos de la zona.

Inmediatamente se visualiza la lesión fig. 2 y ganamos el plano submucoso que encontramos facilmente decolable por divulsión roma con tijera que nos permite contornear desde el abordaje mediano toda la cara superior de la lesión hacia adentro y hacia afuera de la incisión en toda su extensión mesio-distal.

Luego vamos haciendo el decolado por debajo de la lesión con mucho cuidado buscando un pedículo nutricio vascular que pudiera existir y su posible conexión con la glándula sublingual sabiendo que el corredor que nos brinda la cápsula de la lesión nos llevará a su resección total que se produce sin hallazgo de relación vascular neural o glandular. Fig. 3.

El lecho quirúrgico fig. 4 presenta un exceso de mucosa que tapizaba la lesión la que nos lleva a la resección en forma de lonsage de cada labio de la herida hasta conseguir un afrontamiento lineal mantenido por puntos tractores a M y D fig. 5 y realiza el cierre a puntos separados. Fig. 6.

La lesión estirpada fig. 7 y 8 se remite para su estudio histológico descartando en el diagnóstico quirúrgico las posibilidades de ránula y quiste dermoide.