

GINGIVAL LIPOMA: A CASE REPORT

LIPOMA GINGIVAL: REPORTE DE UN CASO

PABLO EMILIO MOLANO VALENCIA¹, VANESSA ALEJANDRA BETANCOURT RIVERA², LINA MARÍA RUIZ MAZUERA³

ABSTRACT. The lipoma is a benign neoplasm of slow growth composed of mature fatty cells, usually surrounded by a thin fibrous capsule. It does not commonly appear in the oral cavity, corresponding to 0.1 to 5% of benign tumors of the mouth. This article presents the case of a 76-year-old female patient with a lesion on papilla and vestibular area between molars 46 and 47, measuring approximately 1.3 x 1.0 cm. The lesion was nucleated and subjected to histological examination, being compatible with a lipoma. This article describes its clinical features, differential diagnosis with other diseases of the oral cavity, and its respective management.

Key words: lipoma, adipose tissue, oral cavity.

RESUMEN. El lipoma se define como una neoplasia benigna de crecimiento lento, compuesta de células grasas maduras, por lo general rodeadas por una delgada cápsula fibrosa. Su presentación en la boca se considera infrecuente, y corresponden al 0,1 a 5% de los tumores benignos de la boca. Se presenta el caso de una paciente de 76 años con una lesión en papila y zona vestibular entre molares 46 y 47, de aproximadamente 1,3 x 1,0 cm. Se enuclea la lesión y se realiza el examen histológico, el cual fue compatible con un lipoma. En este artículo se describen sus características clínicas, su diagnóstico diferencial con otras patologías de la cavidad oral y su respectivo manejo.

Palabras clave: lipoma, tejido adiposo, cavidad oral.

Molano-Valencia PE, Betancourt-Rivera VA, Ruiz-Mazuera LM. Gingival lipoma: A case report. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2017; 29 (1): 211-221. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v29n1a11>

-
- 1 DDM, Specialist in Periodontics. Universidad del Valle. Associate Professor, Department of Periodontics. Dental Program, Universidad Santiago de Cali, Colombia. Assistant Professor at the undergraduate and graduate Periodontics Program, School of Dentistry. Universidad del Valle, Colombia. Pablomol42@hotmail.com
 - 2 DDM, Intern at the Graduate Program in Periodontics, Universidad del Valle
 - 3 DDM, Intern at the Graduate Program in Periodontics, Universidad del Valle

-
- 1 Odontólogo y Especialista en Periodoncia. Universidad del Valle. Profesor adjunto, cátedra de Periodoncia. Programa de Odontología. Universidad Santiago de Cali, Colombia. Profesor asistente de pregrado y posgrado de Periodoncia, Escuela de Odontología. Universidad del Valle, Colombia. Pablomol42@hotmail.com
 - 2 Odontóloga general, residente del Posgrado de Periodoncia, Universidad del Valle
 - 3 Odontóloga general, residente del Posgrado de Periodoncia, Universidad del Valle

SUBMITTED: FEBRUARY 23/2016 - ACCEPTED: JANUARY 24/2017

RECIBIDO: FEBRERO 23/2016 - ACEPTADO: ENERO 24/2017

INTRODUCTION

The lipoma is a benign neoplasm of slow growth, composed of mature fatty cells, usually surrounded by a thin fibrous capsule.¹ Lipomas have been reported in all parts of the body, including the regions of the back, shoulders, neck, and extremities. They are the most common soft tissue neoplasm, but do not usually appear in the mouth, corresponding to 0.1 to 5% of benign tumors of the mouth.² About 15 to 20% of cases affect the region of the head and neck, while 1 to 4% affect the oral cavity.³ Clinically, they show as nodular, asymptomatic, long-lasting bumps of soft consistency and covered by normal mucosa. They occur primarily in the areas of fat accumulation, especially in the cheek, followed by the tongue, the floor of the mouth, the buccal sulcus and buccal area, lip, palate, and less frequently in the gingiva. This pattern corresponds to the amount of fatty deposits in the oral cavity.³⁻⁶ In general, lipomas occur in the fourth and fifth decades of life, without preference for one specific sex. Some studies, however, have shown predominance in males.^{1, 7-9}

The etiology of intraoral lipomas is not clear, but one possible pathogenetic mechanism is the “theory of hypertrophy”, which establishes that obesity and the unnoticed growth of adipose tissue can contribute to the formation of these oral lesions. This theory is less convincing to explain the lesions occurring in areas with no pre-existing adipose tissue. Another theory, known as “theory of metaplasia”, suggests that lipomas develop due to aberrant differentiation of mesenchymal cells in lipoblasts, since fatty tissue can originate from connective tissue cells that can mutate in almost any part of the body.³ The clinical diagnosis of these tumors is not always easy, unless the yellow color of the tumor appears through the thin overlying mucosa. The size of the tumor depends on its location, but

INTRODUCCIÓN

El lipoma se define como una neoplasia benigna de crecimiento lento, compuesta de células grasas maduras, por lo general rodeadas por una delgada cápsula fibrosa.¹ Los lipomas se han reportado en todas las partes del cuerpo, incluyendo las regiones de la espalda, los hombros, el cuello y las extremidades. Constituyen la neoplasia más común del tejido blando, pero es infrecuente que aparezcan en la boca, y corresponden al 0,1 a 5% de los tumores benignos de la misma.² Cerca de 15 a 20% de los casos afectan la región de cabeza y cuello, mientras que entre el 1 y el 4% afectan la cavidad oral.³ Clínicamente se evidencian como hinchazones nodulares de larga duración y asintomáticas, de aspecto suave y cubiertas por mucosa normal. Se producen sobre todo en las áreas de la acumulación de grasa, especialmente en la mejilla, seguido por la zona lingual, el piso de la boca, el surco vestibular y el vestíbulo, el labio, el paladar y la encía, área en la que se presentan con menos frecuencia. Este patrón corresponde a la cantidad de depósitos de grasa en la cavidad oral.³⁻⁶ Por lo general, los lipomas se presentan en la cuarta y la quinta décadas de la vida, sin predilección por un sexo en particular. Algunos estudios, sin embargo, han mostrado un predominio en el sexo masculino.^{1, 7-9}

La etiología del lipoma intraoral aún no está clara, pero dentro de los posibles mecanismos patogénicos se encuentra la “teoría de la hipertrofia”, que establece que la obesidad y el crecimiento inadvertido del tejido adiposo pueden contribuir a la formación de estas lesiones orales. Esta teoría es menos convincente para la explicación de las lesiones que se producen en las zonas desprovistas de tejido adiposo preexistente. Otra teoría, conocida como “teoría de la metaplasia”, sugiere que el desarrollo de lipomas se produce debido a la diferenciación aberrante de células mesenquimales en lipoblastos, ya que el tejido graso puede derivar de células de tejido conectivo mutables en casi cualquier lugar del cuerpo.³ El diagnóstico clínico de estos tumores no siempre es fácil, a menos que el color amarillo del tumor aparezca a través de la mucosa suprayacente delgada. El tamaño

it rarely exceeds 25 mm in diameter; in general, it can vary from 0.2 to 1.5 cm in diameter, and tumors larger than 50 mm have been reported on the cheek. Large sublingual lipomas have also been found. They are usually asymptomatic, but in rare cases they can cause functional problems, such as dysphagia and difficulty in speech and mastication. It has been found that 5% of cases of lipomas are multiple and have been associated with certain syndromes, such as neurofibromatosis, Gardner's syndrome, multiple painful subcutaneous lipomas, the obesity syndrome called Decrum disease, encephalocraniocutaneous lipomatosis, multiple familial lipomatosis, Proteus Syndrome, and Pai syndrome.^{1,3}

The diagnosis of intraoral lipomas is usually clinical. Techniques such as xeroradiography and ultrasound are often used to define the anatomical extent of intraoral lesions; however, their accuracy tends to be limited. Computed tomography and magnetic resonance imaging allow the diagnosis of these tumors quite easily. Despite the availability of all these techniques, histopathology remains the gold standard in the diagnosis of lipoma.³ Histologically, the tumor is composed of fatty cells which are subdivided into lobes by septa of fibrous connective tissue. According to microscopic characteristics, lipomas are classified as classic lipoma, fibrolipoma, angiolipoma, spindle cell lipoma, pleomorphic lipoma, myxoid lipoma, sialolipoma, and intramuscular lipoma.¹⁰ Out of these variants, myxoid lipomas, intramuscular lipomas, and angiolipomas are rarely found in the oral cavity. There is diversity in histological pattern, including dense fibrous connective tissue, components of spindle-shaped cells, atypical mitotically active cells, presence of mature blood vessels, myxoid stroma, or even acinar salivary structures, which appear together with mature adipose tissue, depending on each variant.³

The histopathology of spindle cell lipoma is characterized by a mixture of mature adipose

del tumor depende de la ubicación, pero rara vez supera los 25 mm de diámetro; en general, puede variar de 0,2 a 1,5 cm de diámetro, y los tumores mayores a los 50 mm han sido reportados en la mejilla. También se han encontrado grandes lipomas sublinguales. Suelen ser asintomáticos, pero en raras ocasiones pueden causar problemas funcionales, como disfagia y dificultad en el habla y en la masticación. Se ha encontrado que el 5% de los casos de lipomas son múltiples y se han asociado con ciertos síndromes, como la neurofibromatosis, el síndrome de Gardner, múltiples lipomas subcutáneos dolorosos, el síndrome de la obesidad llamada enfermedad de Decrum, la lipomatosis encefalocraneo-cutánea, la lipomatosis familiar múltiple, el síndrome de Proteus y el síndrome de Pai.^{1,3}

El diagnóstico de los lipomas intraorales suele ser clínico. Técnicas como la xerorradiografía y la ecografía se utilizan a menudo para delinear la extensión anatómica de las lesiones intraorales; sin embargo, su precisión suele ser limitada. La tomografía computarizada y la resonancia magnética permiten el diagnóstico de estos tumores con bastante facilidad. A pesar de la disponibilidad de todas estas técnicas, la histopatología sigue siendo el procedimiento de elección en el diagnóstico de lipoma.³ Histológicamente, el tumor se compone de células de grasa que se subdividen en lóbulos por septos de tejido conectivo fibroso. Según las características microscópicas, los lipomas se clasifican en clásico, fibrolipoma, angiolipoma, lipoma de células fusiformes, lipoma pleomórfico, lipoma mixoide, sialolipoma y lipoma intramuscular.¹⁰ Entre estas variantes, los lipomas mixoides, los intramusculares y los angiolipomas rara vez se encuentran en la cavidad oral. Hay diversidad en el patrón histológico, como tabiques fibrosos densos de tejido conectivo, componentes de células fusiformes, células atípicas mitóticamente activas, presencia de vasos sanguíneos maduros, estroma mixoide, o incluso estructuras acinares salivales, que se presentan junto con el tejido adiposo maduro, dependiendo de cada variante.³

La histopatología del lipoma de células fusiformes se caracteriza por una mezcla de tejido adiposo maduro,

tissue, spindle cells, and fibrous collagen in the focal myxoid stroma.¹¹ Particularly, spindle cell lipoma (SCL) is a benign lipomatous neoplasia in the back of the neck and the back in older men, representing nearly 1.5% of cases. In adult men, the most common location of the classical oral and maxillofacial lipoma is the parotid region, followed by the oral mucosa. However, oral SCLs are rare, and only about 40 cases have been reported.¹¹ The differential diagnosis for intraoral lipoma includes oral dermoid cyst and epidermoid cyst, oral lympho-epithelial cyst, benign tumor of salivary gland, mucocele, benign mesenchymal neoplasia, ranula, ectopic thyroid tissue, and lymphoma.³ Other differential diagnoses reported for SCL include myolipoma, schwannoma, myxoid neurofibroma, leiomyoma, myxoid solitary fibrous tumor, and atypical lipomatous tumor.¹¹ Lesions appear as a bump in the back of the tongue, and typically are similar to hemangioma, lymphangioma, rhabdomyoma, neuroma, or neurofibroma.³

SCLs have been very rarely reported in the oral cavity, and in those cases they usually show as a well-circumscribed mass affecting different anatomical locations within the oral cavity, including the buccal mucosa, the tongue, the floor of the mouth, the hard palate, and the gingiva. They are characterized by loss of chromosomes 13q or 16q, or both.¹² The expression of androgen receptors has also been reported, suggesting a possible pathogenic role of steroid sex hormones; however, in cases of oral SCL, this correlation has not been sufficiently studied.¹¹ As for intramuscular or infiltrating lipomas, they are an unusual clinical variant of this neoplasm of adipose tissue, originating between the skeletal muscle bundles and infiltrating through intramuscular septum. They have a slight predilection for the tongue, because of the tight connection between the adipose tissue and the muscle layer. The infiltration of lipomas occurs consistently diffuse, with dissociation and entrapment of muscle fibers, some of which show degenerative changes. Muscle

células fusiformes y colágeno fibroso en el estroma mixoide focal.¹¹ Particularmente, el lipoma de células fusiformes (LCF) se presenta como una neoplasia benigna lipomatosa en la parte posterior del cuello y la espalda de los hombres de mayor edad, y representa aproximadamente el 1,5% de los casos. En hombres adultos, la ubicación más común del lipoma oral y maxilofacial clásico es la región parótida, seguido por la mucosa bucal. Sin embargo, los LCF orales son raros, y sólo se han reportado unos 40 casos.¹¹ El diagnóstico diferencial de lipoma intraoral incluye quiste dermoide oral y quistes epidermoides, quiste linfoepitelial oral, tumor de la glándula salival benigno, mucocele, neoplasia mesenquimal benigna, ránula, tejido tiroideo ectópico y linfoma.³ Otros diagnósticos diferenciales reportados para el LCF son: miolipoma, schwannoma, neurofibroma mixoide, leiomioma, tumor fibroso solitario mixoide y tumores lipomatosos atípicos.¹¹ Las lesiones aparecen como hinchazón en el dorso de la lengua, y normalmente imitan hemangioma, linfangioma, rabdomioma, neuroma o neurofibroma.³

Los LCF han sido reportados muy pocas veces en la cavidad oral y en esos casos se ha presentado como una masa bien circunscrita que afecta a diferentes localizaciones anatómicas dentro de la cavidad oral, incluyendo la mucosa bucal, la lengua, el piso de la boca, el paladar duro y la encía. Se caracterizan por las pérdidas en los cromosomas 13q o 16q, o en ambos.¹² También se ha reportado la expresión de receptores de andrógenos, lo que permite suponer un posible papel patológico de las hormonas esteroides sexuales; no obstante, para los casos de LCF oral, esta correlación no se ha estudiado suficientemente.¹¹ En cuanto a los lipomas intramusculares o infiltrantes, son una variante clínica inusual de esta neoplasia del tejido adiposo, que se originan entre los haces musculares esqueléticos y la infiltración a través del septum intramuscular. Tienen una ligera predilección por la lengua, debido a la estrecha relación entre el tejido adiposo y la capa muscular. La infiltración de los lipomas se presenta de manera difusa consistente, con disociación y atrapamiento de fibras

tissue is replaced by fat, which may extend beyond the muscle fascia in intermuscular connective tissue spaces. The fasciae, capsules joints, bones, and nerves can also be infiltrated. Infiltrating lipomas could suggest a false diagnosis of liposarcoma; however, the absence of cellular pleomorphism and nuclear hyperchromatism, and the low mitotic activity support the diagnosis of intramuscular lipoma.³

The main treatment for intraoral lipoma is complete surgical removal. Recurrence has been described after local extraction, but the infiltrative lipoma tends to recur after inadequate excision, as it is not encapsulated as a single lipoma. Even in recurrent cases, there has been no incidence of malignant transformation.³ In spindle cell lipomas, lesions are rarely over 5 cm in diameter, and with adequate local excision, recurrence is very low.¹¹ The medical treatment of lipomas measuring less than 2.54 cm in diameter includes injections of steroids that cause local fat atrophy, resulting in a reduction in size. A local monthly injection of 1:1 mixture of lidocaine and triamcinolone acetonide in the core of the tumor can be useful in lesion regression.³ What follows is the clinical case of a patient with a gingival lipoma in the buccal area of tooth 46.

METHODS

A 76-year-old female patient in good medical conditions, with no relevant medical or dental history, sought dental consultation in December 2011, showing a sessile exophytic lesion. It was a nodular pale pink lesion with yellow painless areas, that could move in mesiodistal direction and was located at the level of the interdental papilla and the buccal area between molars 46 and 47, measuring 1.3 cm in width and 1.0 cm in height. It was interfering with mastication and phonation (Figure 1).

musculares, algunas de las cuales muestran cambios degenerativos. El tejido muscular es reemplazado por la grasa, que puede extenderse más allá de la fascia muscular en los espacios del tejido conectivo intermuscular. Las fascias, las cápsulas articulares, los huesos y los nervios también pueden ser infiltrados. Los lipomas infiltrantes podrían sugerir un falso diagnóstico de liposarcoma; sin embargo, la ausencia de pleomorfismo celular e hiperchromatismo nuclear y la baja actividad mitótica apoyan el diagnóstico de lipoma intramuscular.³

El tratamiento principal para el lipoma intraoral es la extirpación quirúrgica completa. Su recurrencia ha sido descrita después de la escisión local, pero el lipoma infiltrativo tiende a reaparecer después de la escisión inadecuada, dado que no se encapsula como lipoma simple. Incluso en los casos con recurrencia no ha habido ninguna incidencia de transformación maligna.³ En el lipoma de células fusiformes la lesión raramente excede los 5 cm de diámetro, y con escisión local adecuada, la recurrencia es muy escasa.¹¹ El tratamiento médico de los lipomas que tienen menos de 2,54 cm de diámetro incluye inyecciones de esteroides que causan atrofia de grasa local, lo que da como resultado la reducción del tamaño del tumor. Una inyección mensual repetida de 1:1 con mezcla de lidocaína y acetónido de triamcinolona en la región central del tumor puede ser útil en la regresión de la lesión.³ A continuación se presenta el caso clínico de una paciente con un lipoma gingival en la región vestibular del diente 46.

MÉTODOS

Una paciente de 76 años de edad, medicamente sana, sin antecedentes médicos ni odontológicos de importancia, asiste a consulta en diciembre de 2011, presentando una lesión exofítica de base sésil, de aspecto nodular y color rosa pálido y con zonas de aspecto amarillo e indoloras, la cual puede moverse en sentido mesiodistal y está ubicada a nivel de la papila interdental y de la zona vestibular entre molares 46 y 47, y mide 1,3 cm de ancho y 1,0 cm de alto; la lesión interfiere con la masticación y la fonación (Figura 1).



Figure 1. Gingival lipoma on the buccal area of tooth 46 and 47

Figura 1. Lipoma gingival en la zona vestibular de los dientes 46 y 47

With the informed consent by the patient, an excisional biopsy of the lesion was performed, prior application of infiltrating anesthesia of 1.8 ml of 2% lidocaine with epinephrine 1:80000 in the area. The lesion was gripped with Adson pliers, cutting with a #15 scalpel blade around the base of the lesion including healthy gingival tissue; the sample was sent to the Pathology Service for histopathological diagnosis. The Pathology microscopic description shows a non-keratinized stratified epithelium over a dermis, with a band of dense, mature connective tissue wrapped around a marked fat-cell hyperplasia. The changes are free of malignancy. The histopathological diagnosis is lipoma (Figure 2).

Bajo el consentimiento informado de la paciente, se decide realizar una biopsia excisional de la lesión. Para ello se aplica anestesia infiltrativa de lidocaína de 1.8 ml al 2% con epinefrina 1:80000 en la zona, se toma la lesión con una pinza de Adson y se realizan los cortes con una hoja de bisturí #15 alrededor de la base de la lesión, incluyendo tejido gingival sano; la muestra es enviada a patología para realizar el diagnóstico histopatológico. La descripción microscópica de patología muestra un epitelio estratificado no queratinizado sobre una dermis, el cual presenta una banda de tejido conectivo denso maduro envolviendo una marcada hiperplasia de células adiposas. Los cambios se observan libres de malignidad. El diagnóstico histopatológico emitido es lipoma (Figura 2).

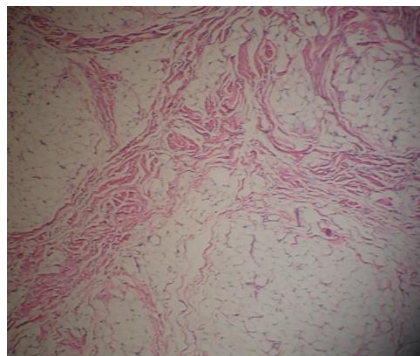


Figure 2. *Histological evaluation showing “a lesion compromising gingiva and underlying mucosa with a band of mature dense connective tissue wrapped around a marked adipose cells hyperplasia, with one of its edges showing incomplete recession. The changes appear to be free of malignancy” (histopathology evaluation performed by Dr. Dolly Aristizábal).*

Figura 2. Evaluación histológica que muestra “lesión que compromete encía y mucosa subyacente con una banda de tejido conectivo denso maduro envolviendo una marcada hiperplasia de células adiposas y en uno de sus bordes no se observa recesión completa. Los cambios se observan libres de malignidad” (histopatología realizada por la doctora Dolly Aristizábal).

The clinical control was performed one week and one month post-surgery showing no evidence of recurrence (Figure 3).

Se realiza el control clínico a la semana y al mes posquirúrgico y no se evidencia recurrencia de la lesión (Figura 3).



Figure 3. *Post-surgical image after 15 days of enucleation of lesion*

Figura 3. *Imagen posquirúrgica a los 15 días de realizar la enucleación de la lesión.*

DISCUSSION

This article reports a case in which a gingival lesion was removed by means of biopsy; the histopathological result shows a gingival lipoma on papilla and buccal area between molars 46 and 47, measuring 1.3 cm wide and 1.0 cm high. The diagnosis was therefore clinical and based on a consistent histopathological evaluation, as shown above.¹³⁻¹⁵ Lipomas are the most common mesenchymal tumors, especially in the trunk and proximal portions of the extremities; they are also frequent in the region of the head and neck, being benign neoplasms of soft parts composed of mature adipose tissue, but they are rare tumors in the oral cavity.^{1, 3, 8, 16-18} The statistics show that this site is only affected in 1-4% of cases. In 2004, Furlong et al found only 125 cases of oral lipomas during a period of 20 years, which once again demonstrates the rarity of these oral tumors.^{3, 19}

The first description of an oral lesion was provided by Roux in 1848, in a review of alveolar masses he referred to as “yellow epulis”.^{3,20} Lipomas are benign, congenital lesions resulting from multipotent cells of embryos that remain sub-clinically latent until they differentiate into fatty cells under hormonal influence during adolescence.^{3,21} However, in some cases, trauma and chronic irritation can trigger the proliferation of soft tissue and play a role in the development of a lipoma.³ Other lesions, such as cell granular tumor, neurofibroma, traumatic fibroma, and lesions of the salivary glands (mucocoeles) can be included in the differential diagnosis.^{1, 7-9} In some cases, they may show as fluctuating nodules.^{1, 22} There are other lesions that should be considered in the differential diagnosis, including lymphoepithelial, dermoid and epidermoid cysts.^{1,23} These may occur as either individual or multiple lesions.^{1, 16, 17} Microscopically, the differential diagnoses are angiolipoma, liposarcoma and normal

DISCUSIÓN

En el presente artículo reportamos un caso en el cual, por medio de una biopsia, se retiró una lesión gingival cuyo resultado histopatológico fue el de un lipoma gingival en papila y zona vestibular entre molares 46 y 47, de 1,3 cm de ancho y 1,0 cm de alto. El diagnóstico, por lo tanto, se realizó clínicamente y con base en una evaluación histopatológica consistente, como ha sido reportado previamente.¹³⁻¹⁵ Los lipomas son los tumores mesenquimales más comunes, especialmente en el tronco y en porciones proximales de las extremidades; también son frecuentes en la región de la cabeza y el cuello, siendo neoplasias benignas de partes blandas compuestas de tejido adiposo maduro, pero son tumores poco frecuentes de la cavidad oral.^{1, 3, 8, 16-18} Las estadísticas demuestran que este sitio solamente se ve afectado en el 1 al 4% de los casos. Furlong et al, en el 2004, encontraron sólo 125 casos de lipomas orales durante un período de 20 años, lo que demuestra una vez más la rareza de estos tumores orales.^{3, 19}

La primera descripción de una lesión oral fue proporcionada por Roux en 1848, en una revisión de las masas alveolares a las que se refirió como “épulis amarillas”.^{3,20} Los lipomas son lesiones benignas, congénitas, que surgen de células multipotenciales de embriones que permanecen subclínicamente latentes hasta que se diferencian en células de grasa bajo la influencia hormonal durante la adolescencia.^{3,21} Sin embargo, en algunos casos, el trauma y la irritación crónica pueden desencadenar la proliferación de tejido blando y desempeñar un papel en el desarrollo de un lipoma.³ Otras lesiones, como el tumor de células granulares, el neurofibroma, el fibroma traumático y las lesiones de las glándulas salivales (mucocoeles) podrían ser incluidas en el diagnóstico diferencial.^{1, 7-9} En algunos casos, pueden estar presentes como nódulos fluctuantes.^{1, 22} Hay otras lesiones que deben considerarse en el diagnóstico diferencial, como los quistes linfopiteliales, epidermoides y dermoides.^{1,23} Estos se pueden presentar como lesiones solitarias o múltiples.^{1, 16, 17} Microscópicamente, los diagnósticos diferenciales son el angiolipoma, el liposarcoma y el tejido

soft fatty tissue.^{1, 24} Palate lipomas are rare and most are developmental lesions—but true neoplasms of fatty cells are rare in this location—.¹

Infiltrating lipomas are difficult to remove and show recurrence.^{1, 9, 17}

A review of 26 cases analyzed in Brazilian population showed that the average age of onset is 54.6 years.²⁵ Fornage and Tassin reported that the peak incidence occurs in the fifth or sixth decade of life;²⁶ furthermore, this benign tumor occurs predominantly in women: the literature shows a similar distribution according to sex, with a 1:1,2 male-female ratio.^{3, 27} These findings are consistent with the reported case because it's about a 76-year-old woman with a diagnosis of gingival lipoma. Rare cases of congenital lipomas have been reported in infants of 20 and 47 days of age. A study by Naruse et al, in which the authors analyze the clinical pathologic characteristics and proliferative activities of 24 cases of oral lipomas in a Japanese population, compared with the results of various studies reporting approximately 603 cases, revealed that the average age of onset of this lesion was 59 years, and out of the 24 cases in the study, 22 corresponded to gingival lipomas, while 2 cases corresponded to fibrolipomas,²⁸ which histologically differ from the classic variant in which mature adipose tissue is intercalated with bands of connective tissue. This benign tumor of soft tissue rarely occurs in the oral and maxillofacial region; however, if it happens, is most frequently present in the buccal mucosa and the buccal area, also showing a slight predominance in women.^{28, 29} In the study by Naruse et al, 23 cases were treated surgically, while one case was submitted to biopsy and follow-up. None of the cases showed recurrence.²⁸

graso blando normal.^{1, 24} Los lipomas de paladar son raros y la mayoría de ellos son lesiones de desarrollo; pero las verdaderas neoplasias de células grasas son raras en esta localización.¹

Los lipomas infiltrantes son difíciles de extirpar y presentan recurrencia.^{1, 9, 17}

Una revisión de 26 casos analizados en la población brasileña mostró que la edad media de aparición es 54,6 años.²⁵ Fornage y Tassin informaron que la incidencia máxima se da en la quinta o sexta década de la vida;²⁶ además, este tumor benigno ocurre predominantemente en las mujeres: la literatura muestra una distribución similar según sexo, con una relación hombre-mujer de 1:1,2;^{3, 27} estos hallazgos concuerdan con el caso reportado, pues se trata de una mujer de 76 años de edad con diagnóstico de lipoma gingival. Los casos raros de lipomas congénitos han sido reportados en bebés de 20 y 47 días de edad. Un estudio de Naruse et al, en el que los autores analizan las características clínico-patológicas y las actividades proliferativas de 24 casos de lipomas orales en una población japonesa, comparadas con los resultados de diversos estudios donde se han reportado aproximadamente 603 casos, permitió descubrir que la edad media de aparición de esta lesión fue a los 59 años, y de los 24 casos del estudio, 22 correspondían a lipomas gingivales, mientras que 2 casos correspondían a fibrolipomas,²⁸ los cuales se diferencian histológicamente de la variante clásica en que el tejido adiposo maduro se intercala con bandas de tejido conectivo. Este tumor benigno de tejido blando rara vez ocurre en la región oral y maxilofacial; sin embargo, si está presente se observa más frecuentemente en la mucosa bucal y en el vestíbulo bucal, mostrando también un ligero predominio en las mujeres.^{28, 29} En el estudio de Naruse et al, 23 casos fueron tratados quirúrgicamente, mientras que un caso fue sometido a biopsia y seguimiento. No se observó recurrencia en ningún caso.²⁸

CONFLICT OF INTEREST

This case report does not present any conflict of interest.

CORRESPONDING AUTHOR

Pablo Molano Valencia
 Universidad del Valle
 (+572) 558 88 12 - (+57) 310 412 58 18
 pablomol42@hotmail.com
 Calle 5 #38-25, Consultorio 408. Edificio Plaza
 San Fernando
 Cali, Colombia

CONFLICTO DE INTERESES

Este reporte de caso no presenta ningún conflicto de intereses.

CORRESPONDENCIA

Pablo Molano Valencia
 Universidad del Valle
 (+572) 558 88 12 - (+57) 310 412 58 18
 pablomol42@hotmail.com
 Calle 5 #38-25, Consultorio 408. Edificio Plaza San
 Fernando
 Cali, Colombia

REFERENCES / REFERENCIAS

1. Nayak S, Nayak P. Lipoma of the oral mucosa: a case report. *Arch Orofac Sci.* 2011; 6(1): 37-39.
2. De-Visser JG. Lipomas and fibrolipomas of the oral cavity. *J Maxillofac Surg.* 1982; 10(3): 177-181.
3. Surej-Kumar LK, Kurien NM, Raghavan VB, Menon PV, Khalam SA. Intraoral lipoma: a case report. *Case Rep Med.* 2014; 2014: Article ID 480130 DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/480130>
4. Manor E, Sion-Vardy N, Brennan PA, Bodner L. Spindle cell lipoma of the oral cavity: a clinic-pathologic analysis of 35 reported cases. *Surg Sci.* 2013; 4(3): 196-201. <https://dx.doi.org/10.4236/ss.2013.43037>
5. Darling M, Thompson I, Schneider J. Spindle cell lipoma of the alveolar mucosa: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002; 93(2): 171-173.
6. Tosios K, Papanicolaou SI, Kapranos N, Papadogeorgakis N. Spindle cell lipoma of the oral cavity. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1995; 24(5): 363-364.
7. Lawoyin JO, Akande OO, Kolude B, Agbaje JO. Lipoma of the oral cavity: clinicopathological review of seven cases from Ibadan. *Niger J Med.* 2001; 10(4): 189-191.
8. Bandéca MC, de-Pádua JM, Nadalin MR, Ozório JE, Silva-Sousa YT, da-Cruz-Perez DE. Oral soft tissue lipomas: a case series. *J Can Dent Assoc.* 2007; 73(5): 431-434.
9. Adoga AA, Nimkur TL, Manasseh AN, Echejoh GO. Buccal soft tissue lipoma in an adult Nigerian: a case report and literature review. *J Med Case Rep.* 2008; 13(2): 382-385. DOI: <https://doi.org/10.1186/1752-1947-2-382>
10. Fregnani ER, Pires FR, Falzoni R, Lopes MA, Vargas PA. Lipomas of the oral cavity: clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 32(1): 49-53. DOI: <https://doi.org/10.1054/ijom.2002.0317>
11. Al-Sheddi MA, Assari A, Mosadomi H. Spindle cell lipoma of the mandibular mucogingival junction: a case report of unusual oral neoplasm. *Int J Oral Sci.* 2014; 6(3): 185-187. DOI: <https://doi.org/10.1038/ijos.2014.3>
12. Syed S, Martin AM, Haupt H, Podolski V, Brooks JJ. Frequent detection of androgen receptors in spindle cell lipomas: an explanation for this lesion's male predominance? *Arch Pathol Lab Med.* 2008; 132(1): 81-83. DOI: [https://doi.org/10.1043/1543-2165\(2008\)132\[81:FD OARI\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1043/1543-2165(2008)132[81:FD OARI]2.0.CO;2)
13. Kawasaki G, Yanamoto S, Hirata K, Mizuno A, Fujita S, Ikeda T. Spindle cell lipoma of the cheek: a case report and review of literature. *Oral Oncol Extra.* 2006; 42(10): 301-304. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ooe.2006.09.003>
14. Juliasse LE, Nonaka CF, Pinto LP, Freitas-Rde A, Miguel MC. Lipomas of the oral cavity: clinical and

- histopathologic study of 41 cases in a Brazilian population. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2010; 267(3): 459-465. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00405-009-1010-z>
15. Fletcher CD. Diagnostic histopathology of tumors. 2 ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2007.
 16. Del-Castillo-Pardo-de-Vera JL, Cebrián-Carretero JL, Gómez-García E. Chronic lingual ulceration caused by lipoma of the oral cavity. Case report. *Med Oral*. 2004; 9(2): 166-167.
 17. Chidzonga MM, Mahomva L, Marimo C. Gigantic tongue lipoma: a case report. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal*. 2006; 11(5): E437-E439.
 18. Trandafir D, Gogălniceanu D, Trandafir V, Căruntu ID. Lipomas of the oral cavity—a retrospective study. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*. 2007; 111(3): 754-758.
 19. Furlong MA, Fanburg-Smith JC, Childers EL. Lipoma of the oral and maxillofacial region: site and subclassification of 125 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2004; 98(4): 441-450. DOI: <https://doi.org/10.1016/S1079210404001805>
 20. Rajendran R, Sivapathasundharam B. Shafer's textbook of oral pathology. 7 ed. Noida, India: Elsevier; 2012.
 21. Lin JJ, Lin F. Two entities in angiolipoma. A study of 459 cases of lipoma with review of literature on infiltrating angiolipoma. *Cancer*. 1974; 34(3): 720-727.
 22. Tan MS, Singh B. Difficulties in diagnosing lesions in the floor of the mouth—report of two rare cases. *Ann Acad Med Singapore*. 2004; 33 (Suppl 4): 72-76.
 23. Anavi Y, Gross M, Calderon S. Disturbed lower denture stability due to lipoma in the floor of the mouth. *J Oral Rehabil*. 1995; 22(1): 83-85.
 24. Vindenes H. Lipomas of the oral cavity. *Int J Oral Surg*. 1978; 7(3): 162-166.
 25. De-Freitas MA, Freitas VS, de-Lima AA, Pereira FB Jr, dos-Santos JN. Intraoral lipomas: a study of 26 cases in a Brazilian population. *Quintessence Int*. 2009; 40(1): 79-85.
 26. Fornage BD, Tassin GB. Sonographic appearances of superficial soft tissue lipomas. *J Clin Ultrasound*. 1991; 19(4): 215-220.
 27. Dimitrakopoulos I, Zouloumis L, Trigonidis G. Congenital lipoma of the tongue. Report of a case. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1990; 19(4): 208.
 28. Naruse T, Yanamoto S, Yamada S, Rokutanda S, Kawakita A, Takahashi H et al. Lipomas of the oral cavity: clinicopathological and immunohistochemical study of 24 cases and review of the literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015; 67 (Suppl 1): 67-73. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12070-014-0765-8>.
 29. Pereira T, Shetty S, Sapdhare S, Tamgadge A. Oral fibrolipoma: a rare histological variant. *Indian J Dent Res*. 2014; 25(5):672-674. DOI: <https://doi.org/10.4103/0970-9290.147123>.