



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LUKAS MARTYNIAK OMETI GONÇALVES DE FREITAS

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LIPOMA EM REGIÃO SUBMANDIBULAR:
RELATO DE CASO**

Londrina
2021

LUKAS MARTYNIAK OMETI GONÇALVES DE FREITAS

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LIPOMA EM REGIÃO SUBMANDIBULAR:
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Orientador: Prof. Dr. Hedelson Odenir
lecher Borges

Londrina
2021

LUKAS MARTYNIAK OMETI GONÇALVES DE FREITAS

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LIPOMA EM REGIÃO SUBMANDIBULAR:
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Odontologia da Universidade Estadual de
Londrina, como requisito parcial à
obtenção do título de Cirurgião-dentista.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Hedelson Odenir
lecher Borges
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Ricardo Alves Matheus
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, ____ de ____ de ____.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Mauro e Vanessa pelo amor incondicional, por serem meu porto seguro, por acreditarem e confiarem em mim e pelos seus esforços para me proporcionarem uma excelente educação.

Às minhas irmãs Victória e Maria Antônia, por serem minhas melhores amigas e fiéis companheiras.

Ao meu orientador Prof. Dr. Hedelson Odenir Lecher Borges por todo conhecimento compartilhado, atenção, paciência e tempo reservado a mim durante o desenvolvimento deste trabalho.

Aos residentes de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, em especial ao Vinicius Almeida, que foram essenciais para a realização deste trabalho.

À minha dupla Nivaldo, que tanto me ajudou durante as práticas clínicas da graduação e na vida.

Ao meu amigo Celso, pelo companheirismo durante todos esses anos de graduação.

Aos meus amigos, por estarem do meu lado e torcerem por mim, como também por todos os momentos incríveis compartilhados comigo, vocês merecem meu eterno agradecimento.

A todos os professores que contribuíram para meu crescimento, transmitindo conhecimentos necessários para minha formação acadêmica e pessoal.

“Uma longa viagem começa com um único passo”.
Lao Tze

FREITAS, Lukas Martyniak Ometi Gonçalves de. **Tratamento cirúrgico de lipoma em região submandibular: relato de caso**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

RESUMO

Lipoma é um tumor benigno de origem mesenquimal, composto por adipócitos maduros, geralmente envoltos por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso. Mesmo que possa se desenvolver próximos aos tecidos muscular, ósseo e subcutâneo, por exemplo, sua ocorrência é incomum na região de cabeça e pescoço e extremamente rara na região submandibular. Já por outro lado, seu maior acometimento está no que diz respeito às regiões extracranianas e subcutâneas. Consiste em uma neoplasia sem predileção por gênero embora seja mais predominante em homens de 4^a a 6^a década de vida e possui etiologia incerta, contudo a literatura mostre relação com traumas, infecções mucosas e fatores endócrinos. Clinicamente se apresenta como uma massa circunscrita, consistência macia, delimitada, encapsulada, móvel, assintomática, coloração variável (conforme profundidade que esteja alojado no tecido) e com crescimento lento. O tratamento consiste na remoção cirúrgica (biópsia excisional), sendo a chance de recorrência rara e o prognóstico favorável. Portanto, o propósito deste trabalho é apresentar uma revisão de literatura sobre a patologia lipoma, como também um relato de caso atípico e o manejo clínico-cirúrgico de uma paciente com comorbidades (diabetes, hipertensão e hipercolesterolemia) que evoluiu com um aumento de volume submandibular, de consistência mole, delimitado, de grande extensão, assintomático mas com repercussão estética, necessitando de intervenção cirúrgica, sob anestesia geral, para exérese da lesão. Neste trabalho também há uma revisão de artigos de casos clínicos de lipoma na região submandibular encontrados na base de dados “PubMed”, comparando os diferentes casos quanto às características do paciente, da lesão e da abordagem cirúrgica.

Palavras-chave: Lipoma; Neoplasias de cabeça e pescoço; Tumor benigno;

FREITAS, Lukas Martyniak Ometi Gonçalves de. **Surgical treatment of lipoma in the submandibular region: case report.** 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

ABSTRACT

Lipoma is a benign tumor of mesenchymal origin, composed of mature adipocytes, usually surrounded by a capsule of fibrous connective tissue. Even though it can develop close to muscle, bone and subcutaneous tissues, for example, its occurrence is uncommon in the head and neck and extremely rare in the submandibular region. On the other hand, its greatest involvement is with regard to the extracranial and subcutaneous regions. It consists of a neoplasm with no gender predilection, although it is more prevalent in men from the 4th to the 6th decade of life and has an uncertain etiology, however the literature shows a relationship with trauma, mucous infections and endocrine factors. Clinically, it presents itself as a circumscribed mass, with a smooth, delimited, encapsulated, mobile, asymptomatic, variable color (depending on the depth that is lodged in the tissue) and with slow growth. Treatment consists of surgical removal (excisional biopsy), the chance of recurrence being rare and the prognosis favorable. Therefore, the purpose of this work is to present a literature review on lipoma pathology, as well as an atypical case report and the clinical and surgical management of a patient with comorbidities (diabetes, hypertension and hypercholesterolemia) that evolved with an increase in submandibular volume, of soft consistency, delimited, of great extension, asymptomatic but with aesthetic repercussion, requiring surgical intervention, under general anesthesia, for excision of the lesion. In this work there is also a review of articles on clinical cases of lipoma in the submandibular region found in the “PubMed” database, comparing the different cases regarding the characteristics of the patient, the lesion and the surgical approach.

Key words: Lipoma; Head and neck neoplasms; Benign tumor;

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Paciente em vista frontal.....	21
Figura 2 – Paciente em vista lateral direita.....	22
Figura 3 – Ultrassonografia realizada em 2009.....	22
Figura 4 – Ultrassonografia realizada em 2014.....	23
Figura 5 – Tomografia em corte axial.....	23
Figura 6 – Tomografia em corte axial.....	24
Figura 7 – Demarcação da linha de incisão.....	24
Figura 8 – Administração de anestésico local + vasoconstritor.....	25
Figura 9 – Incisão com lâmina de bisturi n.15.....	25
Figura 10 – Divulsão inicial dos tecidos com tesoura Metzenbaum.....	26
Figura 11 – Divulsão dos tecidos adjacentes à lesão.....	26
Figura 12 – Lesão sendo exteriorizada.....	27
Figura 13 – Lesão quase removida em sua totalidade.....	27
Figura 14 – Exérese da lesão.....	28
Figura 15 – Sutura e PO imediato.....	28
Figura 16 – Pós operatório de 7 dias.....	29
Figura 17 – Pós operatório de 90 dias.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HURNP	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
TC	Tomografia Computadorizada
RM	Ressonância Magnética
USG	Ultrassonografia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1. Etiologia.....	10
2.2. Faixa etária e gênero.....	11
2.3. Localização.....	11
2.4. Aspectos clínicos.....	12
2.4.1. Exame físico.....	12
2.4.2. Tamanho.....	12
2.4.3. Sintomatologia.....	12
2.4.4. Duração.....	12
2.5. Características histopatológicas.....	13
2.6. Classificação.....	13
2.7. Diagnóstico.....	14
2.8. Tratamento e complicações.....	15
3. REVISÃO DE CASOS DE LIPOMA SUBMANDIBULAR.....	18
3.1. Materiais e métodos.....	18
3.2. Resultados.....	19
4. RELATO DE CASO.....	20
5. DISCUSSÃO.....	30
6. CONCLUSÃO	33
7. REFERÊNCIAS.....	34

1. INTRODUÇÃO

A palavra tumor corresponde ao aumento de volume observado numa parte qualquer do corpo. Quando o tumor se dá por crescimento do número de células, ele é chamado neoplasia - que pode ser benigna ou maligna. Ao contrário do câncer, que é neoplasia maligna, as neoplasias benignas têm seu crescimento de forma organizada, em geral lento, devido ao baixo índice mitótico, e apresenta limites bem nítidos. Elas tampouco invadem os tecidos vizinhos ou desenvolvem metástases. (INCA, 2021; ROCHA et al., 2006) Os tumores benignos apresentam células que se assemelham às do tecido de origem, estando aumentadas quantitativamente. Este fato difere dos tumores malignos que apresentam células morfológica e fisiologicamente alteradas. Muitas neoplasias benignas são encapsuladas e não costumam recidivar (RODRIGUES et al., 2010; ROCHA et al., 2006).

Lipomas consistem em tumores benignos de origem mesenquimal, compostos por adipócitos maduros e são geralmente separados do tecido por uma cápsula fina de tecido conjuntivo fibroso (DEHGHANI et al., 2019). Esse tumor pode se desenvolver próximo a qualquer tecido tal como tecido subcutâneo, tecidos moles profundos e fibras dos músculos esqueléticos e superfície ou interior dos ossos (SOULARD et al., 2012; SHETTY et al., 2015). Dentre as neoplasias benignas de tecido mole, o lipoma é o mais comum (LI et al., 2019). Devido à alta incidência, é frequentemente chamado de tumor “universal” ou “onipresente (SOULARD et al., 2012). O primeiro autor a descrever o lipoma dos tecidos moles foi Roux, em 1848, como um epulis amarelado (DEHGHANI et al., 2019).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Etiologia

Os fatores etiológicos são incertos (LI et al., 2019). Há uma frequente associação de lipoma com obesidade e alcoolismo crônico (GRITZMANN et al., 1988). Os lipomas não mostram nenhuma ocorrência familiar. Os lipomas convencionais têm anormalidades cromossômicas características de 12q14-15,6p e 13q9 (SHETTY et al., 2015).

Duas principais teorias sobre a patogênese de osteocondrolipoma existem: Esses tumores podem ter originado diretamente de uma capacidade de diferenciação multidirecional de células tronco derivadas de tecido adiposo ou elas podem surgir de metaplasia secundária de fibroblastos após trauma repetitivo, mudanças metabólicas ou isquemia (SOULARD et al., 2012).

Propostas relativas à patogênese de osteolipomas incluem metaplasia de fibroblastos do lipoma, origem de adipócitos e componentes ósseos de uma célula tronco multipotente, microtrauma repetitivo externo e isquemia secundária ao suprimento sanguíneo do tumor. Ohno descreveu o tecido fibroso como a origem de mudanças ósseas nos lipomas (KAVUSI et al., 2013).

2.2 Faixa etária e gênero

Lipomas acometem todas as idades, contudo, geralmente aparecem da 4^a à 6^a década de vida (FURLONG et al., 2004).

Não existe clara predominância por gênero. Parece haver uma igual distribuição entre homens e mulheres, ou uma ligeira preferência pelo sexo masculino (FURLONG et al., 2004).

2.3 Localização

Regiões subcutâneas mais superficiais do tronco, ombros, parte posterior do pescoço, abdômen, parte superior das costas, axila e extremidades são locais frequentes (SOULARD et al., 2012; SHETTY et al., 2015; GRITZMANN et al., 1988). Já na região de cabeça e pescoço são incomuns, correspondentes a cerca de 13% dos casos (SOULARD et al., 2012), variando de 10% a 25% (SHETTY et al., 2015; DEBNATH; SAKIA, 2010)

A grande maioria dos casos de lipoma intraoral são lesões de tecido mole. Nessa região, os locais mais acometidos são mucosa bucal, lábio, região da parótida, língua, assoalho bucal, palato, vestibulo, sulco bucal e gengiva. Entretanto, glândulas salivares, prega gengivobucal, região massetérica, faringe e laringe são menos acometidas. (DEHGHANI et al., 2019; FURLONG et al., 2004, SOULARD et al., 2012; SHETTY et al., 2015) A presença de lipoma na região submandibular é extremamente rara, representando apenas 1-2% de todos os lipomas do corpo (KUMAR et al., 2015). Existem poucos relatos de lipomas no espaço submandibular (LI et al., 2019).

2.4. Aspectos clínicos

2.4.1. Exame físico

Clinicamente, pode-se notar uma tumefação na área da lesão (DEBNATH; SAKIA, 2010). O tumor apresenta-se como uma massa circunscrita, de crescimento lento (DEHGHANI et al., 2019), encapsulada, móvel, bem delineada não fixa ao tecido subjacente (KUMAR et al., 2015). Sua consistência é macia a palpação. Quanto à sua base pode ser séssil ou pediculada. A coloração varia de bronzeada (marrom-amarelado), amarelada ou rósea, dependendo da profundidade na qual se encontra (DEHGHANI et al., 2019). Ocasionalmente apresenta áreas tipo císticas ou mucoides. Nota-se a não alteração da pele subjacente, sem sinais de inflamação ou alteração na temperatura e sem linfadenopatia palpável. (FURLONG et al., 2004; KAVUSI et al., 2013; KUMAR et al., 2015; SHETTY et al., 2015)

2.4.2. Tamanho

As lesões podem ter uma alta gama de tamanho, dependendo da sua localização (SOULARD et al., 2012). Aproximadamente 80% tem menos de 5cm de diâmetro, porém algumas podem chegar a mais de 20cm e vários quilos (SHETTY et al., 2015).

2.4.3 Sintomatologia

O lipoma é assintomático na maioria dos casos, entretanto pode haver sintomatologia dolorosa, devido à compressão de nervos (SHETTY et al., 2015). Seus sintomas variam de acordo com o tamanho, posição, evolução e taxa de crescimento (DEHGHANI et al., 2019), podendo causar dispnéia (SHETTY et al., 2015), disfagia, perda de audição (hipoacusia), dor na mandíbula ou parestesia (KAVUSI et al., 2013). A função normal dos músculos indica o não envolvimento dos nervos faciais (LI et al., 2019).

2.4.4 Duração

A duração até a remoção dos tumores encontrada na literatura variou de 6 semanas a mais de 30 anos. Nota-se uma duração mais curta em lipomas orais. Tal informação pode ser explicada pelo fato de os tumores na cavidade oral serem mais sintomáticos precocemente que em outros sítios anatômicos. (FURLONG et al., 2004; SHETTY et al., 2015).

2.5. Características histopatológicas

Histopatologicamente, o lipoma é descrito por arranjos de adipócitos maduros que são divididos em lóbulos por um septo de tecido conjuntivo. Geralmente, uma fina cápsula fibrosa envolve o tumor (DEHGHANI et al., 2019).

Há a ausência de atipia celular (FURLONG et al., 2004) e a presença de cápsula fibrosa auxilia na distinção entre lipoma e simples agregações de gordura (SHETTY et al., 2015). Podem ocorrer mudanças secundárias degenerativas como necrose de gordura e hialinização proeminente. Essas mudanças e atrofia não devem confundidas como características histológicas malignas de um lipossarcoma (FURLONG et al., 2004).

2.6. Classificação

Ocasionalmente podem ocorrer variações do lipoma clássico, sendo essas menos frequentes, com exceção na região de parótida e lábios, onde o lipoma de células fusiformes é mais frequente (FURLONG et al., 2004). Esses subtipos são diferenciados pelas características clínicas e microscópicas do tumor (ADACHI et al., 2011), podendo apresentar diferenciação combinada de diversos outros elementos mesenquimais além de adipócitos, como vasos sanguíneos, tecido fibroso ou músculos. Podemos citar alguns exemplos: Fibrolipoma, miolipoma, angioliipoma, osteoliipoma, lipoma condróide, lipoma pleomórfico, lipoma mixóide, lipoma de células fusiformes e osteocondrolipoma.

Diferenciações em tecidos fibrosos, musculares ou vasos são observados com uma relativa frequência. Diferenciações ósseas são um evento extremamente raro, geralmente encontrado em lipomas de longa data. Em uma série de lipomas observados em uma pesquisa de 5 anos, foram encontrados apenas 6 casos com ossificação. Existe muitos termos utilizados por autores para descrever lipomas com diferenciações ósseas. Podemos citar: osteoliipoma, lipoma ósseo, lipoma ossificado, lipoma ossificante, lipoma com metaplasia óssea, lipoma com alteração óssea, lipoma parosteal ossificante, lipoma ossificante parosteal, lipoma ossificante parosteal, lipoma parosteal com diferenciação óssea, tumor lipomatoso com diferenciação óssea e mesenquimoma benigno. Osteoliipomas têm uma transição acentuada entre os tecidos adiposo e ósseo. Podem apresentar espículas ósseas, tecido fibroso ou cartilaginoso. Já se constatou a presença de hematopoiese. Na maioria dos casos,

houve reação óssea do tecido subjacente. Quando há diferenciação cartilaginosa, o termo mais apropriado é osteocondrolipoma (SOULARD et al., 2012).

Fibrolipoma é o subtipo mais visto, caracterizado pela presença de componentes fibrosos adjacentes aos adipócitos (DEHGHANI et al., 2019).

Lipomas profundos que surgem nas fibras dos músculos esqueléticos são chamados de lipomas intramusculares. Quando surgem entre as fibras, são denominadas intermusculares. A incidência de lipomas intramusculares se dá até 5% de todos os tumores adipocíticos, enquanto que lipomas intermusculares podem atingir até 1,9%. Os lipomas intermusculares apresentam uma fácil separação do tecido muscular circundante e ausência de fibras musculares na massa (ADACHI et al., 2011). Lipomas intramusculares localizados em extremidades podem ter um padrão de crescimento infiltrativo e tendência a recorrência local, ocorrendo mais frequentemente na língua (FURLONG et al., 2004).

Lipomas profundos cervicais são localizados abaixo do músculo platisma, ou em órgãos parenquimatosos, como glândulas salivares ou tireoide (GRITZMANN et al., 1988).

2.7. Diagnóstico

Devido aos aspectos característicos da maioria dos lipomas, como consistência macia à palpação e localização superficial, essas lesões podem ser facilmente diagnosticadas no exame físico. Já lipomas profundos localizados abaixo do platisma ou em órgãos parenquimatosos - como as glândulas salivares - são mais desafiadores, pela dificuldade de avaliar a consistência à palpação (GRITZMANN et al., 1988).

Exames de imagem pré-operatórios como ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética podem ser utilizados para auxiliar no diagnóstico de lipoma. Essas técnicas conseguem diferenciar lipomas de outros tumores de tecidos moles, detectando o local com exatidão, tal como determinar o estadiamento, extensão da lesão e estruturas envolvidas (ADACHI et al., 2011).

Tomografia Computadorizada (TC) ou Ressonância Magnética (RM) são exames mais precisos na detecção dessas lesões. Mesmo assim, o “padrão ouro” para diagnóstico de lipomas continua sendo o exame histopatológico (DEHGHANI et

al., 2019). Deve haver atenção por parte dos profissionais quanto às características clínicas e imagiológicas dos osteolipomas, pois estes podem mimetizar neoplasias malignas (DEBNATH; SAKIA, 2010). O exame por TC consegue medir os valores de densidade dos tecidos do tumor. TC pode diferenciar entre lipomas circunscritos e intramusculares infiltrativos. Esse método possibilita localizar a lesão com exatidão em órgãos parenquimatosos. Lipomatoses cervicais também são facilmente delineadas. Lipomas clássicos apresentam densidade entre -140 e -50 Unidades Hounsfield, os quais têm intensidade de sinal similar ao da gordura subcutânea. Apenas em lipomas altamente fibrosos ou com componentes angiomatosos a densidade pode atingir um valor superior a -50 Unidades Hounsfield (GRITZMANN et al., 1988).

O diagnóstico diferencial de lipomas intraósseos consiste em cisto simples, cisto pós-traumático, cisto ósseo aneurismático, granuloma de células gigantes, ameloblastoma, osteoblastoma, malformações arteriovenosas, hemangiomas, osso infartado, condrossarcoma e lipossarcoma. O diagnóstico diferencial do lipoma intraoral consiste em cistos dermóides e epidermóides orais, cisto linfoepitelial oral, tumor benigno de glândula salivar, mucocele, neoplasia mesenquimal benigna, ranula, tecido tireoidiano ectópico e linfoma. As lesões que aparecem como inchaço no dorso da língua geralmente imitam hemangioma, linfangioma, rabdomioma, neuroma e neurofibroma (DEHGHANI et al., 2019).

2.8. Tratamento e complicações

As indicações para intervenção através de excisão cirúrgica são de lipomas maiores que 5cm, que apresentem crescimento, tumores profundos à fáscia profunda, tumores que apresentem características clínicas preocupantes como irregularidade ou firmeza, um lipoma que esteja causando interferência na função ou dor, como pode ocorrer em angiolipomas, quando a biópsia por agulha for contraindicada, ou uma tumor que causa comprometimento estético ao paciente. Todos os tumores profundos à fáscia profunda devem ser removidos. Essas lesões devem ser consideradas como sarcomas até que se prove o contrário (SERPELL; CHEN, 2007).

O manejo conservador cirúrgico deve ser considerado como a melhor opção terapêutica (DEHGHANI et al., 2019). A chance de recorrência é rara e o tumor não sofre metástase, tornando o prognóstico excelente (SERPELL; CHEN, 2007). Muitos

autores consideram a técnica como tratamento definitivo. Autores indicam a ausência de recidiva após uma excisão adequada (DEHGHANI et al., 2019). Exames pré-operatórios de imagem e planejamento detalhado para o caso, com devido cuidado às áreas anatômicas e estruturas nobres que podem estar relacionadas à área da lesão, como nervos, vasos mais calibrosos e glândulas, promovem uma cirurgia de um estágio (SERPELL; CHEN, 2007). A injúria dessas estruturas pode promover complicações no trans ou pós operatório, como hemorragia ou parestesia. A estética pós operatória e os resultados funcionais devem ser as maiores preocupações (DEBNATH; SAKIA, 2010).

Lipomas intramusculares, com aspecto infiltrativo e profundos têm uma maior chance de recorrência (FURLONG et al., 2004). Em lipomas profundos atípicos, a recidiva é comum. Sommerville et. Al. apontam uma taxa de 39% de recorrência. Uma possível causa da recidiva é, pelo fato dessas lesões terem um aspecto multilobulado, extensões podem ficar escondidas, havendo a persistência macroscópica de parte do tumor, que subsequentemente cresce. Essa parte restante é considerada persistência do tumor original, ao invés de uma verdadeira recidiva local. Isso enfatiza a importância de obter uma ressecção intacta do tumor em sua totalidade, na primeira operação (SERPELL; CHEN, 2007).

Técnicas não excisionais envolvem injeção de esteróides e lipossucção. A injeção de esteróides causa atrofia do tecido adiposo, resultando na redução do tamanho do tumor. Esse tratamento consiste na injeção mensal de uma mistura 1:1 de lidocaína e triancinolona acetonida no centro da lesão. Essa técnica tem como desvantagem a necessidade de múltiplas injeções e pode causar a despigmentação da pele sobrejacente. A lipossucção destrói o tecido adiposo, mas não a capsula fibrosa, portanto, não remove a lesão em sua totalidade. Por esse motivo, essa técnica só deve ser utilizada caso haja uma alta/estrita contra-indicação à técnica de excisão cirúrgica (SHETTY et al., 2015).

O pós operatório imediato e tardio geralmente são livres de complicações. Entretanto, pode ocorrer formação de hematomas, infecção cirúrgica, celulite, fascite, equimose e injúria aos nervos próximos com permanente parestesia/paralisia, injúria à vasos próximos, comprometimento vascular, seroma, embolia gordurosa e injúria muscular. Porém, a execução cuidadosa da cirurgia, com um bom conhecimento da

anatomia regional, ajuda no sucesso da terapia excisional com recuperação sem intercorrências do paciente (SHETTY et al., 2015).

3. REVISÃO DE CASOS DE LIPOMA SUBMANDIBULAR

3.1. Materiais e métodos

Foi feito um levantamento na base de dados “*PubMed*” dos artigos com o termo: “submandibular lipoma”. A pesquisa foi realizada no dia 11 de dezembro de 2020 e englobou artigos desde o início das postagens até o presente momento. Após a análise dos artigos, foram encontrados 14 casos pertinentes à revisão. Foram excluídos casos de lipomas fora da localização submandibular, tal como lipomas em glândulas salivares maiores.

Auto-res	Idade	Gênero	Localização	Tamanho	Duração	Sintomatologia	Diagnóstico Histopatológico	Tratamento
Ikenna V. Aboh et. al.	33 anos	M	Região submandibular esquerda	-	-	Inchaço assintomático (sem dor)	Lipoma ossificante	Cirurgia minimamente invasiva com remoção de massa
Yu-Hsuan Li et. al	56 anos	F	Região submandibular esquerda	7x3x3cm	-	-	Lipoma (típico)	Excisão cirúrgica sob anestesia geral
Sathyaki DC et. al.	55 anos	M	Região submandibular direita	-	2 anos	Inchaço sem dor e crescimento progressivo	Lipoma	Excisão cirúrgica sob anestesia local e sedação
Arsheed H. Hakeem et. al.	50 anos	M	Subcutaneamente estendendo-se da região submentoniana até a região retroauricular no lado esquerdo	24cm	-	Inchaço progressivo sem dor	Lipoma	Excisão cirúrgica
Vineet Kumar et. al	55 anos	M	Região submandibular direita	7x4cm	4 anos	Inchaço assintomático, crescimento progressivo	Lipoma	Excisão cirúrgica sob anestesia geral
Patricia Adachi et. al	56 anos	M	Região submandibular direita	10x5cm	10 anos	Inchaço, sem crescimento recente	Lipoma intermuscular	Excisão cirúrgica sob anestesia geral
Raoulin Soulard et. al	61 anos	M	Região submandibular direita	4.5x4.5x4cm	20+ anos	Crescimento lento sem dor, com recente desconforto	Osteocondroli-poma	Dissecção cirúrgica sob anestesia geral
Nicolae Dutescu et. al	40 anos	M	Região submandibular esquerda	12x6cm	3 anos	Sem dor	Fibroma com focos de metaplasia óssea	Excisão cirúrgica sob anestesia local
David J et. al	45 anos	M	Maxilar inferior direito e língua	10x9x6cm	10 anos	Perda de peso, tosse, dificuldade de respirar	Lipoma (submandibular) Lipoma intramuscular agressivo (língua)	Excisão cirúrgica sob anestesia geral

Suzan Kavusi et. al	67 anos	M	Espaço submandibular esquerdo, anterior à glândula submandibular	3,5x3x2cm	10 anos	Massa assintomática	Osteolipoma	Excisão cirúrgica
Adam Weiss et. al	44 anos	M	Região submandibular direita	6,5x4,5x2cm	10 anos	Assintomático	Lipoma	Excisão cirúrgica sob anestesia geral (endotraqueal)
Noah R. Calhoun et. al	73 anos	M	Região submandibular esquerda	5x3,5x3cm	3 meses	Rouquidão	Lipoma	Excisão cirúrgica sob anestesia geral
Nam-Yong Do et. al	22 meses	M	Região submandibular direita	5x4x3cm	2 meses	Inchaço sem dor e crescimento rápido	Lipoblastoma	Excisão cirúrgica sob anestesia geral
Charles F. Koopmann Jr et. al	63 anos	M	Lateral esquerda do pescoço	11x11,5x2,5cm	-	Fadiga, apnéia do sono	Lipoma	Excisão cirúrgica sob anestesia geral

3.2. Resultados

As idades encontradas variaram de 22 meses a 73 anos, sendo a média de 50 anos. Foram encontrados 13 pacientes do gênero masculino (92,86%) e 1 do gênero feminino (7,14%). Houveram distribuições iguais entre os lados: 7 em região submandibular esquerda e 7 em direita. O tamanho variou de 3,5 cm a 24 cm em seu maior diâmetro. A duração da lesão até sua remoção variou de 2 meses a mais de 20 anos, tendo uma média de 6,94 anos. Houveram diversos sinais e sintomas, sendo a maioria dos casos descritos como inchaços assintomáticos de crescimento progressivo; porém, houveram casos em que o paciente sentiu desconforto, tosse, perda de peso, dispneia, rouquidão, apneia e fadiga. O resultado do exame histopatológico de 8 casos foi de lipoma típico, correspondente a 57,14% dos casos. Houveram também um lipoma ossificante, um lipoma intermuscular, um osteocondrolipoma, um fibroma com focos de metaplasia óssea, um osteolipoma e um lipoblastoma. Todos os casos foram tratados com excisão cirúrgica, utilizando anestesia geral, anestesia local associada à sedação e anestesia local apenas.

4. RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 53 anos, sexo feminino, leucoderma, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP) devido a um aumento de volume em região submentoniana do lado direito, assintomático, surgido há 7 anos. A paciente é portadora de diabetes, hipertensão e hipercolesterolemia. Não possui hábitos, vícios ou histórico de trauma no local.

No exame clínico foi constatada uma massa circunscrita submandibular, delimitada, porém irregular, móvel, indolor com consistência macia à palpação. Em caráter complementar, paciente já havia realizado previamente uma ultrassonografia (USG) da região supracitada (solicitada por outro profissional) e tal relatório ecográfico revelou em plano subcutâneo de região submentoniana a direita um nódulo sólido, subcutâneo, elástico, hiperecótico, sem sinal vascular interno, medindo 3,44cm em seu maior eixo (2009), e medindo 5,8 x 1,2cm na 2ª USG (realizado em 2014), evidenciando evolução da lesão. Adicionalmente, solicitamos como exame de imagem a tomografia computadorizada (TC), para nos nortear quanto as dimensões daquele processo patológico, evidenciando também o não envolvimento ósseo da lesão. Levando-se em consideração o histórico da lesão, exame clínico, associado aos exames complementares, nossa hipótese diagnóstica foi lipoma submandibular. Em vista disto, como plano de tratamento, elegemos a excisão cirúrgica da lesão (biópsia excisional).

A paciente compareceu ao HURNP seguindo um protocolo pré-cirúrgico de jejum de 8 horas para internação e realização da cirurgia. A paciente foi então submetida a anestesia geral via intubação orotraqueal e logo administrada cefazolina (por via endovenosa) como profilaxia antibiótica. A abordagem submentoniana estendida foi a de eleição para acesso para permitir posterior enucleação da lesão. Ou seja, inicialmente delimitamos o acesso cirúrgico com auxílio do azul de metileno, e em seguida, realizou-se uma infiltração de anestésico local (Lidocaína 2% + 1:100.000 de epinefrina) na mesma região.

A incisão foi feita em região de submento, utilizando lâmina nº15 em tecido cutâneo e subcutâneo, seguido de hemostasia, e divulsão tecidual por planos, com auxílio da tesoura Metzenbaum. Os tecidos foram acessados até adequada

visualização da lesão que, por sua vez, apresentava-se com características muito diferentes dos tecidos da região, sendo ela lobulada, gordurosa e não aderida à tecidos circunjacentes, tornando assim de fácil visibilidade. Após exposição completa da lesão, foi realizada a exérese da mesma, coleta do espécime para análise histopatológica a fins diagnósticos e por fim, a sutura por planos do acesso. A cirurgia ocorreu sem intercorrências e a paciente ficou em internação hospitalar sob nossos cuidados pelo período de um dia, tempo hábil que se encontrou apta à alta hospitalar. A peça foi enviada para análise histopatológica e o resultado confirmou nossa hipótese diagnóstica de lipoma. Como medicação pós-operatória foram administrados cefalotina 1g (6/6 horas), dipirona 1g (4/4 horas) e morfina 1g (4/4 horas), soro fisiológico 500mg (8/8 horas), metoclopramida 10mg (8/8 horas), Tenoxicam 20mg (12/12 horas), todos por via endovenosa. Além disso, cuidados gerais como gelo em face, na região operada, alimentação leve e troca diária de curativo da região. Foi instruído à paciente utilizar soro fisiológico para higienização da ferida, utilizar curativo nos primeiros dias e ir trocando conforme necessário, tal como administração de pomada de sulfato de neomicina e bacitracina zincica sobre a ferida, como prevenção a infecções na mesma. Os retornos foram programados para 7 dias, 14 dias, 30 dias e 6 meses após a cirurgia para acompanhamento, a fim de analisar a cicatrização da ferida, condição clínica geral do paciente e eventual recidiva. No pós operatório de 90 dias nota-se uma cicatrização adequada, ausência de infecção e ausência de recidiva.



Figura 1 – Paciente em vista frontal



Figura 2 – Paciente em vista lateral direita

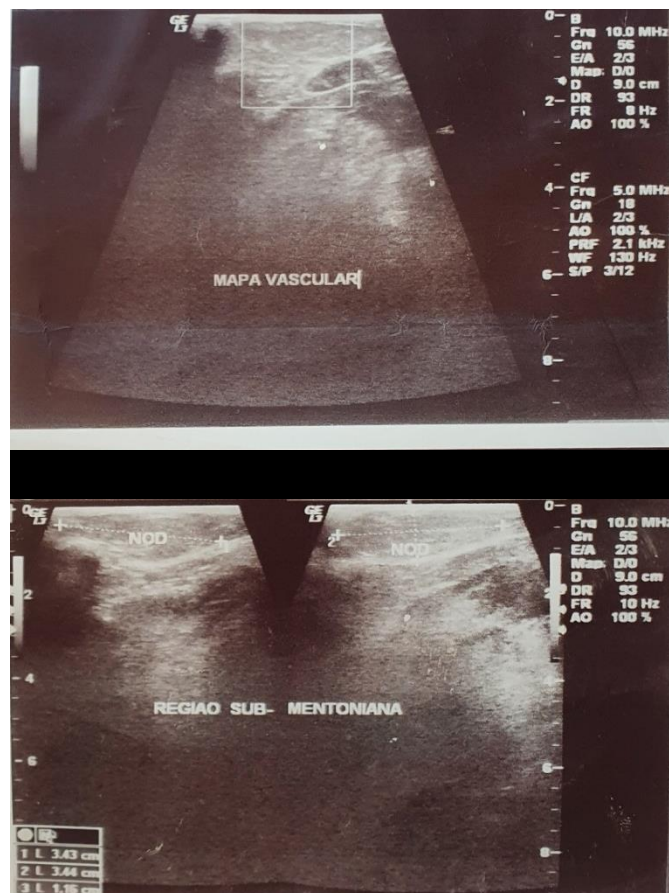


Figura 3 – Ultrassonografia realizada em 2009

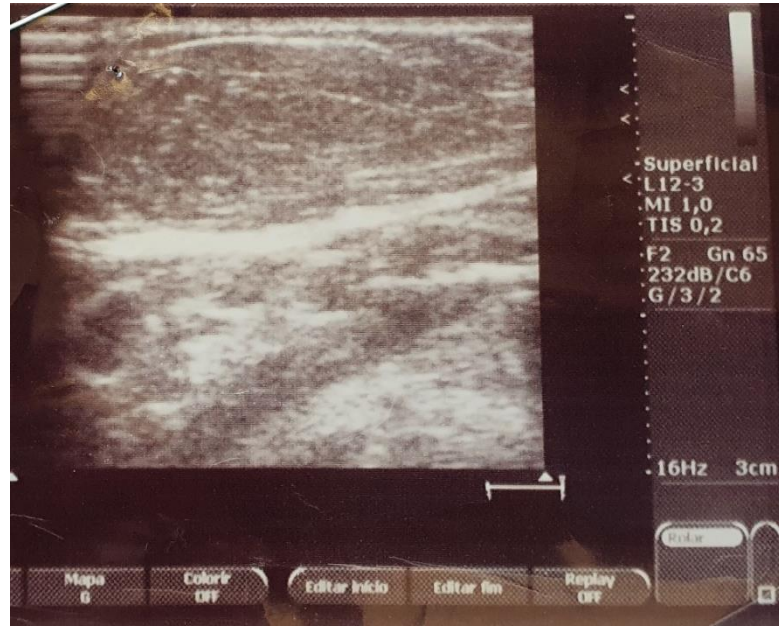


Fig 4 – Ultrassonografia realizada em 2014

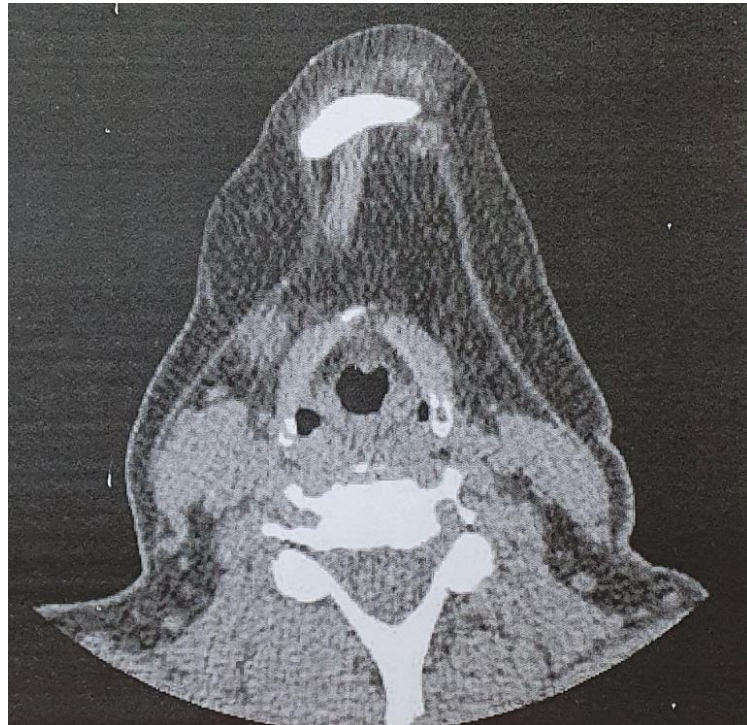


Fig 5 – Tomografia em corte axial

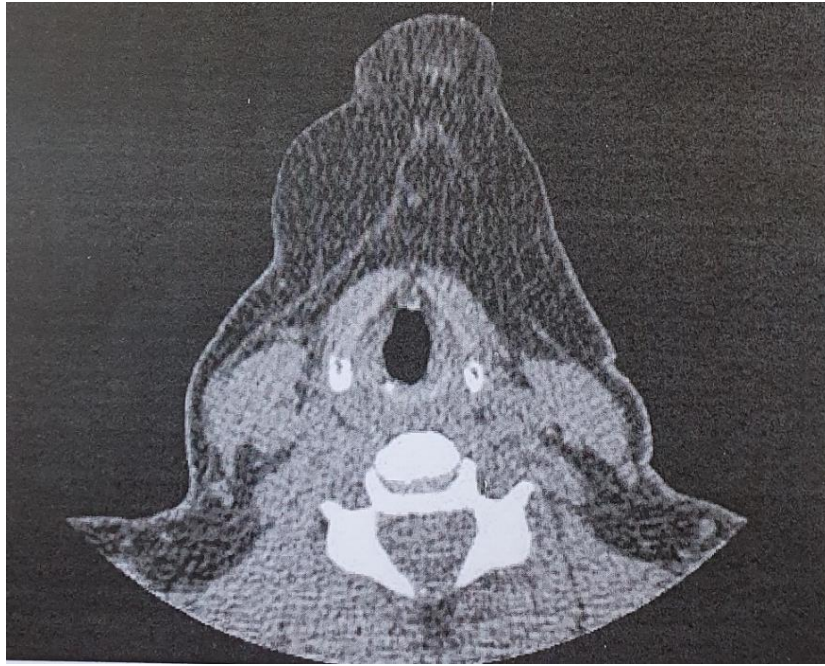


Fig 6 – Tomografia em corte axial



Figura 7 – Demarcação da linha de incisão



Figura 8 – Administração de anestésico local + vasoconstritor



Figura 9 – Incisão com lâmina de bisturi n.15

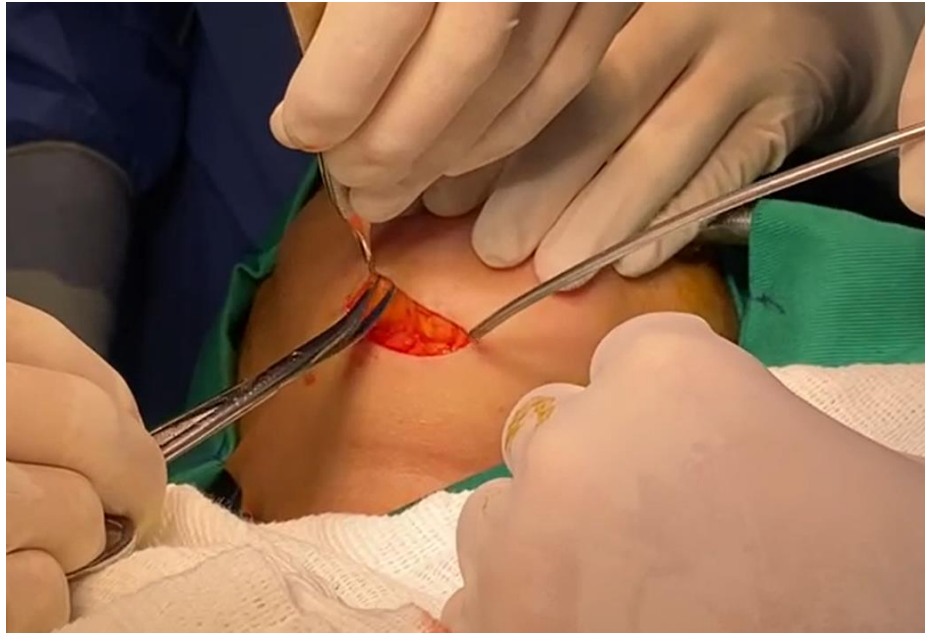


Figura 10 – Divulsão inicial dos tecidos com tesoura Metzenbaum

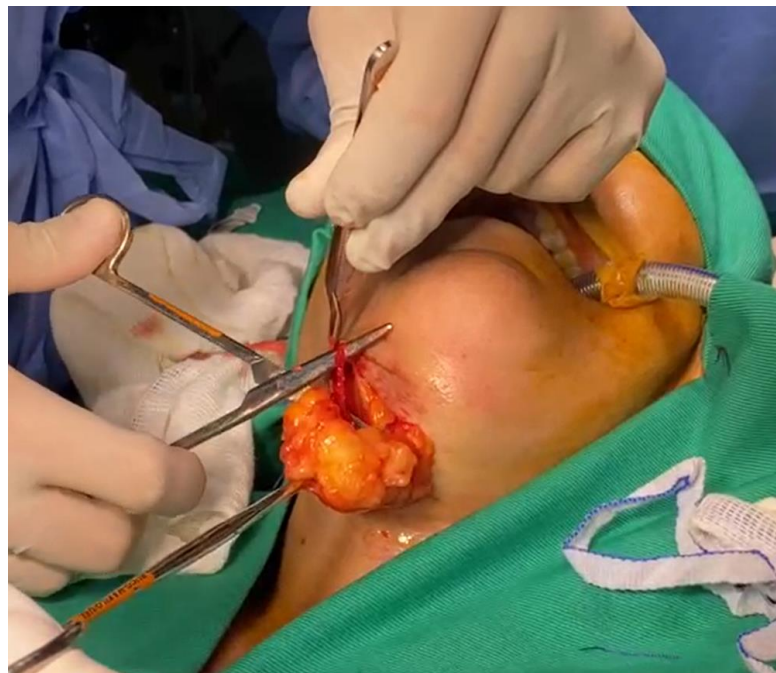


Figura 11 – Divulsão dos tecidos adjacentes à lesão



Figura 12 – Lesão sendo exteriorizada



Figura 13 – Lesão quase removida em sua totalidade



Figura 14 – Exérese da lesão



Figura 15 – Sutura e PO imediato



Figura 16 – Pós operatório de 7 dias



Figura 17 – Pós operatório de 90 dias

5. DISCUSSÃO

A faixa etária mais acometida são dos 40 aos 60 anos de idade, contudo nessa revisão de literatura foram encontrados casos de pacientes dos 2 meses aos 92 anos de idade. A ocorrência de lipomas clássicos em pacientes pediátricos é incomum (LI et al., 2019); nessa faixa etária são mais frequentemente diagnosticados lipoblastomas e lipoblastomatoses. Lipomas solitários são mais frequentes em mulheres e tumores múltiplos (lipomatoses) são mais frequentes em homens (SHETTY et al., 2015).

Estudos sugerem que fatores mecânicos, trauma, inflamação, infecções da mucosa, irritação crônica, sistema endócrino, anormalidades cromossômicas e radiação podem contribuir para o desenvolvimento da lesão. Acredita-se que lipomas intraósseos podem estar associados à metatrauma isquêmico ou à osso osteoporótico (DEHGhani et al., 2019).

Há uma ampla gama de tumores lipídicos, variando do benigno ao maligno. A sua distinção não apresenta um consenso, tal como método diagnóstico, histopatológico e tratamento cirúrgico, necessidade de radioterapia e risco de metástase, recidiva local e dediferenciação. Alguns autores os diferem partindo do lipoma benigno, lipoma profundo atípico, lipossarcoma bem diferenciado (semelhante ao lipoma) ao lipossarcoma. Há quem considere todas lesões como lipomas profundos atípicos, outros descrevem as mesmas lesões como lipossarcoma bem diferenciado semelhante ao lipoma. A principal característica desse tumor é a tendência a recidiva local, mas ausência de metástase. Histologicamente há uma maior diferenciação de adipócitos como visto em um lipoma clássico, porém nos lipomas profundos atípicos existem variações no tamanho vacuolar dos adipócitos, lobularidade aumentada, septo rico em colágeno proeminente, atipia nuclear e ocasionalmente, lipoblastos. A presença de lipoblastos, em uma visão purista, indicaria um sarcoma, ao invés de um tumor benigno. Além disso, Evans et al. descreve uma possibilidade de o tumor dediferenciar-se. Outros reportaram uma taxa de 3-4% de chance de dediferenciação. (SERPELL; CHEN, 2007).

Em uma comparação entre os exames complementares, a caracterização dos tecidos provida por TC ou RM é superior da provida por ultrassonografia. Quando a massa é dificilmente identificada por ultrassonografia, TC ou RM é necessária

(ADACHI et al., 2011). Comparando TC e ultrassonografia, há uma maior facilidade na diferenciação entre vasos, músculos e tecido adiposo através da TC, pois seus valores são facilmente analisados. Ultrassonografia é muito mais difícil de interpretar que TC. Entretanto, nem TC ou ultrassonografia são capazes de confirmar se os tumores são benignos ou malignos. Para tal, deve-se realizar um exame histológico para qualquer lesão grande, não homogênea, com uma curta história clínica. A importância desse diagnóstico pré-operatório consiste em facilitar o planejamento da cirurgia apropriada. (GRITZMANN et al., 1988; SERPELL; CHEN, 2007)

A biópsia realizada através de aspiração por agulha fina seguida de exame histopatológico também pode ser empregada para detectar se a natureza da lesão é benigna ou maligna (GRITZMANN et al., 1988).

Biópsias centrais previnem a infecção e ruptura da lesão e podem ser realizadas em múltiplas regiões. Biópsias incisionais amostram apenas uma área da lesão e apresentam maior risco de infecção e ruptura. Em tumores lipomatosos, podem haver lipoblastos de maneira incomum. Para esses casos, uma biópsia central é mais adequada, a fim de obter uma ampla amostragem do mesmo local e aumentar a probabilidade de detecção dos lipoblastos (SERPELL; CHEN, 2007).

Quanto aos lipomas profundos atípicos, devido à sua localização, o exame clínico através de palpação é dificultado, sendo indicados TC e RM como excelentes métodos para diagnosticar a benignidade ou malignidade do tumor. Um tumor inteiramente uniforme com uma densidade característica de gordura é favorável ao diagnóstico de lipoma benigno, enquanto que áreas de heterogeneidade e septo mais espesso se aproximam de um lipoma profundo atípico e lipossarcoma bem diferenciado (semelhante ao lipoma). A distinção entre eles não pode ser feita por imagens. O procedimento de biópsia central mostrou uma precisão de 73% no diagnóstico de lipossarcoma (SERPELL; CHEN, 2007).

Lipomas causam pequenos problemas. São de crescimento lento (SOULARD et al., 2012), geralmente assintomáticos (SHETTY et al., 2015). Devido à sua natureza benigna e posições comumente superficiais, muitos profissionais optam por sua não remoção (SERPELL; CHEN, 2007). No caso dos tumores atípicos profundos, independentemente da classificação exata, todos exigem uma remoção, devido seu crescimento contínuo e os efeitos locais que podem resultar, juntamente com a

possibilidade de desdiferenciação. O tratamento desses lipomas profundos baseia-se em vários princípios. Devido ao bom prognóstico desses tumores, os quais não fazem metástase, apenas recorrem localmente, o mais indicado é tratamento local. Tal qual todos tumores de tecidos moles, eles tendem a infiltrar pelos locais com menor resistência e por consequência se tornarem maiores em locais mais profundos, como glúteo e axila. Há uma tendência a se infiltrarem em espaços triangulares e quadrangulares, como a parede posterior da axila. Os tumores tendem a envolver estruturas que deveriam ser preservadas. Devido a isso, dificilmente é possível obter uma margem ampla ao redor do tumor. Entretanto, uma excisão marginal é a mais apropriada para os lipomas profundos atípicos. É importante uma biopsia central precisa e adequado planejamento das margens da incisão para uma cirurgia de um estágio apenas, evitando uma reintervenção cirúrgica. (SERPELL; CHEN, 2007)

A radioterapia é destinada a lipossarcomas de alto grau, não sendo indicada para lipomas profundos atípicos. Porém, existem controvérsias sobre a conduta mais apropriada, incluindo as margens da excisão cirúrgica e quando a radioterapia deve ser utilizada. Não há suporte em trabalhos publicados que embasem o uso de radioterapia, entretanto, em um caso de um lipoma na região retrofaríngea, foi decidido seu uso pela equipe multidisciplinar, pelo fato de que uma recorrência local colocaria os nervos laríngeos em risco. Portanto, a radioterapia foi utilizada a fim de reduzir a taxa de recidiva local (SERPELL; CHEN, 2007).

6. CONCLUSÃO

Lipoma é um tumor benigno muito comum, sem predominância por gênero, podendo acometer a todas as idades e todas as partes do corpo. Porém, na região submandibular é extremamente raro. Ele geralmente causa poucos problemas, sendo na maioria das vezes assintomático, mas podem haver sintomas como dor e desconforto. Quando localizado mais superficialmente, é facilmente constatado em exame físico pela sua consistência macia à palpação. Já em camadas mais profundas o exame por palpação é dificultado. Ressonância magnética, tomografia computadorizada e ultrassom são ótimos exames complementares para auxiliar no diagnóstico, bem como para detectar com exatidão sua localização, extensão e se há envolvimento com as estruturas adjacentes. Se constatada a necessidade de intervenção, a abordagem cirúrgica através de biópsia excisional é a melhor opção, visto que a chance de recorrência é rara, tornando o prognóstico excelente.

7. REFERÊNCIAS

- 1- ABOH, IV et al. Submandibular Ossifying Lipoma. **The Journal of Craniofacial Surgery**, Vol 26, No 3, 2015.
- 2- ADACHI P, et al. Intermuscular lipoma of the submandibular space. **Indian Journal of Dental Research**, 22(6), 871-872, 2011.
- 3- CALHOUN, NR. Lipoma of submandibular space. **O.S, O.M & O.P.** Vol 17, No 6, 815-817, 1964.
- 4- DATTILO, DJ; IGE, JT; NWANA, EJC. Intraoral Lipoma of the Tongue and Submandibular Space: Report of a Case. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 54:915-914, 1996.
- 5- DEBNATH, SC; SAIKIA, A. Lipoma of the parotid gland extending from the superficial to the deep lobe: a rarity. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery** 48, 203–204, 2010.
- 6- DEGHANI, N et al. Oral lipoma: Case report and review of literature. **Clinical Case Reports**, 7:809– 815, 2019.
- 7- DO, NY et al. Lipoblastoma arising from the submandibular region. **Journal of Pediatric Surgery** 43, E13–E15, 2008.
- 8- DUTESCU, N; HARY, M. Lipoma of submandibular space with osseous metaplasia. **Oral Surgery**, 611-615, 1973.
- 9- FILHO, GAN et al. Diagnosis and treatment of intraoral lipoma: a case report. **Journal of the Health Sciences Institute**, 28(2), 129-31, 2010.
- 10- FURLONG, MA; SMITH, JCF; CHILDERS, ELB. Lipoma of the oral and maxillofacial region: Site and subclassification of 125 cases. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology**, Vol. 98 No. 4, 441-450, 2004.
- 11- GRITZMANN, N et al. Sonography and Computed Tomography in Deep Cervical Lipomas and Lipomatosis of the Neck. **Journal of Ultrasound in Medicine**, 7:451-456, 1988.
- 12- HAKEEM, AH et al. Giant Parapharyngeal Space Lipoma Extending to the Pterygoid Region (Anterior Skull Base). **The Journal of Craniofacial Surgery**, Vol.0 1-2, 2018.

- 13- HERRERA, OM; RODRÍGUEZ, RR; NORIEGA, JCL. Surgical excision of sialolipoma. Report of clinical case. **Revista Odontológica Mexicana**, vol 17, n.2, 121-124, 2013.
- 14- IMAI, T; NAKAZAWA, M; UZAWA, N. Lipoma Rarely Involving Multiple Suprahyoid Fascial Spaces: A Large Lesion Removed With Bimanual Transcervical Finger Dissection Using a “Push–Pull Down” Maneuver. **The Journal of Craniofacial Surgery**, Vol 30, n 8, 2019.
- 15- INCA- Instituto Nacional de Câncer. Todo tumor é câncer? Acesso em: <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/todo-tumor-e-cancer>. Acesso em: 13 abr 2021.
- 16- KAVUSI, S et al. Osteolipoma Presenting as a Submandibular Mass: A Rare Presentation. **Head and Neck Pathology** 7: 93–96, 2013.
- 17- KOOPMANN, CF; FELD, RA; COULTHARD, SW. Sleep apnea syndrome associated with a neck mass. **Otolaryngol Head Neck Surgery**, 89: 949-952, 1981.
- 18- KUMAR, V et al. Bilobed Lipoma of Submandibular Region: An Unusual Presentation. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, Vol-9(3): PJ01-PJ02, 2015.
- 19- LEE, YW; CHUNG, J. Intraglandular Ordinary Lipoma of the Submandibular Gland. **Ear, Nose & Throat Journal**, 1-3, 2019
- 20- LI, YH; TSAI, WC; CHEN YW. Huge lipoma in the left submandibular region. **Journal of Dental Sciences**, 14, 330-331, 2019.
- 21- MARCUCCI, G et. al. **Fundamentos da odontologia: Estomatologia**. 1. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.
- 22- NEVILLE, BW et. al. **Patologia oral & maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2016.
- 23- ROCHA, DAP; OLIVEIRA, LMM; SOUZA, LB. Neoplasias Benignas da Cavidade Oral: Estudo Epidemiológico de 21 anos (1982 a 2002). **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, 8: 53-60, 2006.
- 24- RODRIGUES, TLC et al. Tumores benignos dos maxilares: análise retrospectiva de 10 anos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v.10, n.2, p. 91-96, 2010.
- 25- SATHYAKI DC et al. Lipoma of the submandibular space. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, 18(1): 149, 2014

- 26- SERPELL, JW; CHEN RYY. Review of large deep lipomatous tumours. **Anz journal of surgery**, 77: 524–529, 2007.
- 27- SHETTY, N et, al. Solitary lipoma in the retromandibular region. **Indian Journal of Dentistry**, Vol 6, 49-52, 2015.
- 28- SOULARD, R et al. Osteochondrolipoma of the Submandibular Region: A Case Report and Review of the Literature. **Head and Neck Pathology**, 6: 486–491, 2012.
- 29- TOMMAZI, MH. **Diagnóstico em patologia bucal**. 4. ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2013.
- 30- WEISS, A et al. Large Unilateral Neck Mass in Submandibular Region. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 70:842-850, 2012.