



XCONINFA

CONGRESSO INTERDISCIPLINAR DO UNIRIOS

TECNOLOGIA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL:
INOVAÇÃO E A TRANSFORMAÇÃO DA SOCIEDADE



unirios.edu.br/coninfa

Eixo temático: Diagnóstico e tratamento das doenças do complexo bucomaxilofacial

TUMOR DE CÉLULAS ADIPOSAS EM CAVIDADE ORAL: RELATO DE CASO

**Saul Francisco Sibaldo Alves¹; Emylly Viana de Sá Barreto²; Maria Eduarda Fausto de
Assis² e Edmundo Marinho Neto³**

INTRODUÇÃO

“A cavidade oral é suscetível a diversas alterações patológicas, que incluem a cárie dentária, doenças do periodonto, lesões da mucosa e cânceres de boca” (JAIN, 2023). Nesse contexto, para a elaboração correta de um diagnóstico, é de suma importância o entendimento, por parte dos profissionais de odontologia, acerca das lesões do meio oral. Assim, “[...] as análises clínico-patológicas constituem um método essencial para rastrear alterações orais, com o objetivo de favorecer e direcionar o processo diagnóstico” (SILVA, 2022).

O presente relato de caso aborda a presença e a conduta frente a um tumor gorduroso, cuja principal hipótese diagnóstica é o lipoma. “Trata-se de uma neoplasia benigna de crescimento lento, com limites visíveis, geralmente circunscrita e isolada, além de não apresentar sintomas dolorosos” (SILVA; MAGALHÃES; CAVALCANTE; LUNA, 2024).

Nesse sentido, o lipoma é caracterizado como um tumor recorrente em tecidos moles. “Entretanto, sua ocorrência na mucosa oral é rara, correspondendo a apenas 1% a 5% dos tumores orais benignos” (HOSEINI; RAZAVI; KHABAZIAN, 2010).

Ademais, este caso sugere também uma possível correlação entre a lesão gordurosa e sua origem da bola de Bichat, em razão de sua localização profunda em mucosa jugal. “O coxim adiposo bucal é considerado uma estrutura extensa, situada entre os músculos bucinador e masseter. Dessa forma, essa estrutura pode ser a origem de diversas patologias, sendo o lipoma um exemplo clínico relevante” (CHIA; ROVARIS; FONTANA, 2016).

¹ Bacharelado em Odontologia; Centro Universitário Do Rio São Francisco; saulfrancisco.sa2006@gmail.com

² Bacharelado em Odontologia; Centro Universitário Do Rio São Francisco

³ Docente Centro Universitário do Rio São Francisco; edmundomarinhoneto@gmail.com



RELATO DE CASO OU DE EXPERIÊNCIA

Paciente do sexo masculino, 71 anos, melanoderma, compareceu a clínica odontológica da *UniRios*, encaminhado pela prefeitura municipal com queixa de um “caroço na bochecha” (sic.) com histórico de evolução de 6 meses, já havia sido realizada uma biópsia incisional em outra instituição, entretanto o material colhido não foi encaminhado para a análise histopatológica. No primeiro atendimento clínico foram executadas manobras semiotécnicas para identificação de características que pudessem nortear a hipótese diagnóstica e consequentemente o plano de tratamento.

Foi observado um crescimento assintomático de consistência fibrosa em mucosa jugal direita de aproximadamente 1,5 centímetros, devido a profundidade em que se encontrava não foi possível observar o nódulo pela cavidade oral e somente fazer a palpação extra oral.

Figura 1. Palpação bidigital da lesão para identificação da consistência, diâmetro e profundidade em mucosa.



Com a confirmação do curso benigno da lesão, por tempo de evolução, formato e encapsulamento foi planejada a realização de uma biópsia excisional para o segundo atendimento, tendo em vista que o paciente não relatou na anamnese nenhuma condição sistêmica que contra indicasse o procedimento, exceto a pressão arterial bastante elevada durante a aferição dos sinais vitais, devido a ansiedade do paciente frente a atendimentos odontológicos, recomendado que no dia da cirurgia procurasse um atendimento na UBS para



aferição e controle da pressão sanguínea, explicado ao paciente a importância da retirada da lesão e realizada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Figura 2. Mesa cirúrgica com instrumentais de anestesia, diérese (bisturi e pinças hemostáticas para divulsão de tecidos), exérese (pinças auxiliares e bisturi) e síntese.



A região do nódulo apresentava-se predominantemente na derme em vez da mucosa sendo o motivo para escolha de um acesso extra oral. Iniciada a antisepsia da área com gaze embebida em clorexidina a 2%, a técnica de anestesia escolhida foi a infiltrativa em quatro pontos ao redor da lesão, com um tubete de lidocaína 2% com epinefrina 1: 1000000. A incisão linear realizada com lâmina de bisturi 15c associada com a divulsão de tecidos feita com a pinça hemostática curva expôs a cápsula de tecido conjuntivo que recobria o tumor adiposo. Posterior a exposição da loja cirúrgica com a lesão, continuou a dissecação e divulsão de tecidos perilesionais até completa retirada da peça a ser encaminhada para diagnóstico por meio de diagnósticos laboratoriais.



XCONINFA

CONGRESSO INTERDISCIPLINAR DO UNIRIOS

TECNOLOGIA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL:
INOVAÇÃO E A TRANSFORMAÇÃO DA SOCIEDADE

Unirios
UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO

unirios.edu.br/coninfa

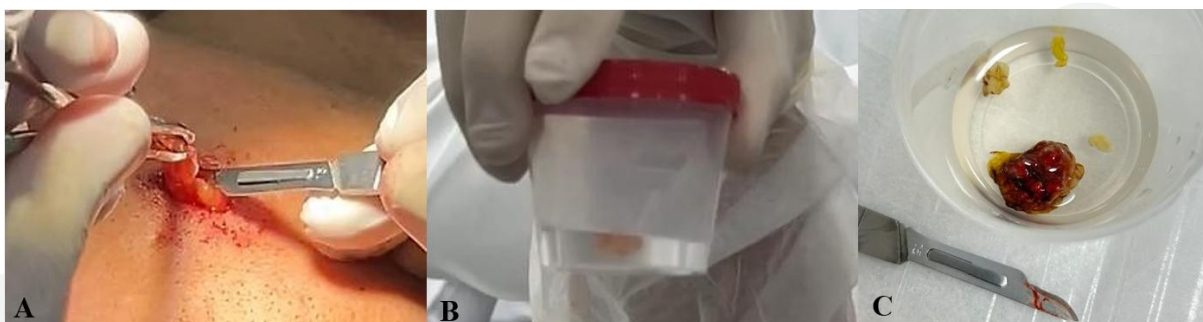
Figura 3. A: Anestesia Infiltrativa em 4 pontos ao redor da lesão; **B:** Incisão são extraoral perpendicular a comissura labial; **C:** Exposição da capsula fibrosa e de material adiposo e **D:** Exérese do tumor da loja cirúrgica.



Após a remoção observou-se a conexão entre o tumor adiposo e a estrutura gordurosa conhecida como bola de bichat, o que pode explicar a origem tecidual da neoplasia. Em seguida, o material foi acondicionado em formol a 10% para preservação da peça até ser realizado o exame histopatológico. Além disso, ao inserir os fragmentos iniciais no material fixador percebeu-se a flutuação dos mesmos, característica comumente observada em lipomas devido à baixa densidade de tecidos adiposos.



Figura 4. A: Regularização da bola de bichat para remoção completa das células neoplásicas; **B:** Parte da amostra tumoral flutuando na solução fixadora e **C:** Tumor adiposo condicionado em formol 10% ser enviada para o laboratório.



O resultado do exame histopatológico foi inconclusivo sendo necessário o exame de imuno-histoquímica para complementar, o qual não foi realizado pelo paciente o que tornou impossível afirmar com exatidão o diagnóstico definitivo, porém, devido às características clínicas e histológicas, a principal hipótese diagnóstica é de um lipoma oral oriundo do coxim adiposo, uma neoplasia benigna de tecido adiposo proporcionalmente rara em boca, cerca de 1% a 5% de todos os casos.

Na microscopia relatou-se tecido fibroadiposo, pela presença de estruturas fibrosas entre os lóbulos de células adiposas, proliferação de células fusiformes, estroma mixoide, um tipo de tecido conjuntivo caracterizado por uma matriz extracelular com características mucoides, presença de leves atipias celulares e um foco isolado de ossificação, por metaplasia óssea, tais achados são descritos na literatura como características de lipomas que somado à apresentação clínica faz dessa patologia a principal hipótese diagnóstica.

Os achados histopatológicos e a hipótese de lipoma podem ser reafirmados na literatura:

Usualmente o tumor é bem circunscrito e pode apresentar uma fina cápsula fibrosa. Pode ser observado um distinto arranjo lobular das células. Em raras ocasiões, pode ocorrer, dentro de um lipoma típico, uma metaplasia cartilaginosa ou óssea central. [...] O lipoma de células fusiformes demonstra uma quantidade variável de células fusiformes de aparência uniforme em conjunto com o componente lipomatoso típico. Alguns lipomas de células fusiformes exibem um fundo mucoide (*lipoma mixoide*). (NEVILLE et al, 2009, p. 525-526).



XCONINFA

CONGRESSO INTERDISCIPLINAR DO UNIRIOS

TECNOLOGIA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL:
INOVAÇÃO E A TRANSFORMAÇÃO DA SOCIEDADE



unirios.edu.br/coninfa

Outra correlação que pode ser feita é a proximidade anatômica e comunicação da lesão excisada com a bola de bichat, estrutura adiposa entre os músculos faciais como bucinador e zigomáticos e mastigatórios como o masseter. Tal afirmativa pode explicar a origem celular da neoplasia. O coxim adiposo é dividido em porção anterior, intermediário e posterior, deste segmento afirma-se: “Seus prolongamentos dão origem aos processos bucal, pterigopalatino, pterigoide e temporal. O processo bucal representa a porção inferior do lobo posterior, abaixo do ducto parotídeo” (CHIA; ROVARIS; FONTANA, 2016). Sendo a ramificação bucal que expressava íntimo contato com o tumor adiposo sendo a provável origem do mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese do que foi visto anteriormente, percebe-se a importância de uma formação integral dos cirurgiões dentistas com o compromisso de gerar profissionais que tenham entendimento da anatomia de estruturas faciais, como o coxim adiposo bucal, e dos processos histofisiológicos que ocorrem no sistema estomatognático. Com o intuito de permitir um cuidado mais amplo e diagnósticos mais precisos, permitindo, planejamento e intervenção em situações como a experiência citada, a qual aponta a pluralidade da odontologia e a diversidade de áreas de atuação na assistência dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE

Tumor adiposo; Lipoma oral; Coxim adiposo bucal; Diagnóstico; Histologia.

REFERÊNCIAS

CHANG YUNG CHIA; ROVARIS, D. L.; DAL, R. **Giant lipoma of the buccal fat pad: case report and literature review**. v. 31, n. 1, p. 112–117, 1 jan. 2016.

HOSEINI, Ali Tavakoli; RAZAVI, Seyed Mohammad; KHABAZIAN, Arezu. Lipoma in oral mucosa: two case reports. **Dental Research Journal (Isfahan)**, v. 7, n. 1, p. 41–43, 2010.

JAIN, Gabar. Oral pathology: understanding diseases of the oral cavity. **JBR Journal of Interdisciplinary Medicine and Dental Sciences**, 2023.



XCONINFA

CONGRESSO INTERDISCIPLINAR DO UNIRIOS

TECNOLOGIA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL:
INOVAÇÃO E A TRANSFORMAÇÃO DA SOCIEDADE



unirios.edu.br/coninfa

NEVILLE, B.W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 912p.

SILVA. **Rastreamento de lesões orais e avaliação clínico-patológica**: um estudo retrospectivo de 10 anos em uma região do Nordeste brasileiro. Repositorio.ufc.br, 2022.