

Μυολίπωμα στόματος: Αναφορά περιπτώσεως και σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Παναγιώτης ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ¹, Απόστολος ΜΑΤΙΑΚΗΣ², Αναστάσιος Ι. ΜΥΛΩΝΑΣ³,
Ελευθέριος ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ⁴, Αθανάσιος ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ⁵

Εργαστήριο Στοματολογίας Τμήματος Οδοντιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ.

(Δ/ντής: Καθηγητής Αθανάσιος Πουλόπουλος)

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Θεραπευτηρίου «METROPOLITAN»

(Δ/ντής: Αναπλ. Καθηγητής Φ. Χ. Τζέρμπος)

Oral myolipoma: A case report and a brief review of the literature

Panagiotis KARAKOSTAS, Apostolos MATIAKIS, Anastassios I. MYLONAS,
Eleftherios ANAGNOSTOU, Athanasios POULOPOULOS

Department of Oral Medicine and Pathology, School of Dentistry, Aristotle University of Thessaloniki

(Head: Professor Athanasios Pouloupoulos)

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, "METROPOLITAN" Hospital (Head: Assoc. Professor F. Ch. Tzerbos)

Ενδιαφέρουσα περίπτωση
Case report

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Το μυολίπωμα του βλεννογόνου του στόματος αποτελεί σπάνιο καλόηθες νεόπλασμα του στόματος. Στην παρούσα εργασία περιγράφεται περίπτωση μυολιπώματος του βλεννογόνου αριστεράς παρειάς σε ασθενή γυναίκα ηλικίας 60 ετών. Η χειρουργική εξαίρεση της βλάβης αποτελεί τη θεραπεία εκλογής, η δε κλινική διάγνωση επιβεβαιώνεται από τον ιστοπαθολογικό έλεγχο. Στη συζήτηση γίνεται αναφορά στην ιστοπαθολογία της βλάβης, σύμφωνα με την ανασκόπηση της σχετικής με το θέμα βιβλιογραφίας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: μυολίπωμα, στοματικό καλόηθες νεόπλασμα, στοματικό λίπωμα.

SUMMARY: Oral myolipoma is a very rare benign neoplasm of the oral cavity. In this paper a case of oral myolipoma on the left buccal mucosa in a female 60 years old patient is described. Surgical excision of the lesion is the treatment of choice. Histopathologic examination confirms the clinical diagnosis. In the discussion histopathogenetic theories of oral myolipoma are referred, according to related literature.

KEY WORDS: myolipoma, oral benign neoplasm, oral lipoma.

¹ Οδοντίατρος, Μεταπτυχιακός φοιτητής Εργαστηρίου Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων, Τμήματος Οδοντιατρικής Α.Π.Θ.

² Οδοντίατρος, Ιατρός, Διδάκτωρ Οδοντιατρικής Α.Π.Θ., Λέκτωρ Στοματολογίας, Τμήματος Οδοντιατρικής Α.Π.Θ.

³ Δρ Δρ ΣΓΠΧ, Αναπλ. Διευθυντής, Κλινική ΣΓΠΧ Θεραπευτηρίου «METROPOLITAN».

⁴ Ιατρός Παθολογοανατόμος, Συνεργάτης Εργαστηρίου Στοματολογίας, Τμήματος Οδοντιατρικής Α.Π.Θ.

⁵ Οδοντίατρος, Msc, Διδάκτωρ Οδοντιατρικής Α.Π.Θ., Καθηγητής και Διευθυντής Εργαστηρίου Στοματολογίας, Τμήματος Οδοντιατρικής Α.Π.Θ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το μυολίπωμα ως παραλλαγή του λιπώματος αποτελεί σπάνιο καλόηθες νεόπλασμα μεσεγχυματογενούς προελεύσεως της στοματικής κοιλότητας. Σχετικά με τη σύστασή του, περιέχει κυρίως ώριμα λιποκύτταρα ενώ συνήθως καλύπτεται από ινώδη κάψα (Egido-Moreno S και συν., 2016, Mehendiratta M και συν., 2016). Πρώτος ο Roux το 1848, περιέγραψε το λίπωμα του στόματος το οποίο και ονόμασε «κιτρινωπή επουλίδα» (Roux M, 1848). Ο όρος μυολίπωμα αναφέρεται πρώτη φορά το 1991 (Meis JM και συν., 1991). Η εντόπιση της βλάβης στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου είναι σχετικά σπάνια (15-20% των περιπτώσεων) (Mehendiratta M και συν., 2016). Από τις περιπτώσεις αυτές, μόλις το 1-5% εμφανίζονται ενδοστοματικά, ενώ ελάχιστες αναφέρονται ως κακοήθεις (Mehendiratta M και συν., 2016).

Τα λιπώματα παρατηρούνται κυρίως σε ενήλικες ασθενείς. Όσον αφορά τη φυλετική κατανομή, τα βιβλιογραφικά δεδομένα είναι αντικρουόμενα. Η αναλογία ανδρών και γυναικών ασθενών αναφέρεται είτε ως ίση (Epirivianos A και συν., 2000), είτε με ισχυρή επικράτηση των ανδρών (Furlong MA και συν., 2004), ακόμη όμως και ως ελαφρά επικράτηση των γυναικών σε αναλογία 1,2:1, ειδικά μεταξύ τρίτης και έκτης δεκαετίας της ζωής των ασθενών (Egido-Moreno S και συν., 2016). Η πλειοψηφία των αναφερομένων περιπτώσεων αφορούν στον δυτικό κόσμο (Adebiji KE et al, 2011, Studart-Soares EC και συν., 2010).

Σχετικά με την θέση εντοπισμού της βλάβης, ενδεχομένως η συχνότητα εντόπισης να σχετίζεται με την επαρκή ύπαρξη λιπώδους ιστού, η οποία εμφανίζεται ιδιαίτερα υψηλή στον παρειακό βλεννογόνο (λόγω εγγύτητας με το παρειακό λίπος) και ιδιαίτερα χαμηλή στην υπερώα (Manor E και συν., 2011). Τοιουτοτρόπως, το μυολίπωμα εμφανίζεται συχνά στον παρειακό βλεννογόνο (Epirivianos A και συν., 2000, Furlong MA και συν., 2004), ενώ ακολουθούν τα χείλη, η γλώσσα, η υπερώα, το προστόμιο της κάτω γνάθου, το έδαφος του στόματος και τέλος το οπισθογόμφιο τρίγωνο (Egido-Moreno S και συν., 2016, Mehendiratta M και συν., 2016). Αντιθέτως, οι σιαλογόνοι αδένες, η ουλοπαρειακή αύλακα, η περιοχή του μασητήρα μυός, παρωτίδας και τραχήλου, όπως και ο φάρυγγας και ο λάρυγγας έχουν αναφερθεί ως σπάνιες εντοπίσεις του νεοπλασματος (Agha-Hosseini F, και συν. 2014, Taira Y και συν., 2012).

Κλινικά, το μυολίπωμα στόματος εμφανίζεται ως σαφώς περιγεγραμμένο, ανώδυνο στην ψηλάφηση ογκίδιο, μαλακής συστάσεως, βραδέως αναπτυσσόμενο, έμμισχο ή εδραζόμενο επί ευρείας βάσεως (Mehendiratta M και συν., 2016, Manor E και συν., 2011, Ono S και συν., 2011). Η χροιά του ποικίλλει από κιτρινωπή έως λευκορόδινη, εξαρτώμενη από το βάθος της βλάβης (Mehendiratta M και συν., 2016, Adebiji KE και συν., 2011, Agha-Hosseini F και συν., 2014). Παρόλο που το μέγεθος του ογκιδίου ποικίλλει σημαντικά, οι περισσό-

INTRODUCTION

The oral myolipoma is a rare variant of oral lipoma, which constitutes a benign neoplasm, of mesenchymal origin, composed of mature adipocytes, usually covered by a fibrous capsule (Egido-Moreno S et al, 2016, Mehendiratta M et al, 2016). Roux was the first who described this oral lesion in 1848 when he referred lipoma as yellowish epulis (Roux M, 1848), although the term myolipoma was first reported in 1991 (Meis JM et al, 1991). The tumor is rarely located on the head and neck area (15–20% of the cases) (Mehendiratta M et al, 2016). Among the head and neck cases, merely 1-5% of lesions are located intraorally, while only a few cases of malignancy have been reported in the literature (Mehendiratta M et al, 2016).

A greater incidence of lipomas is reported in adult patients. According to sex distribution, the referred data are controversial. The ratio between male and female patients is reported to be either equal (Epirivianos A et al, 2000), or with a strong male predilection (Furlong MA et al, 2004), or a slight female prevalence is noted, with a female to male ratio of 1.2:1, especially between the third and the sixth decade of their lives (Egido-Moreno S et al, 2016). Most cases occur in countries of the western world (Adebiji KE et al, 2011, Studart-Soares EC et al, 2010).

Regarding the site predilection, it is probably correlated to the availability of adipose tissue, which is high in the buccal mucosa due to the proximity of buccal fat pad and very low in the palate (Manor E et al, 2011). The lesion is most frequently located at the buccal mucosa (Epirivianos A et al, 2000, Furlong MA et al, 2004), followed by the lips, tongue, palate, vestibule, mandible, the floor of the mouth and retromolar area (Egido-Moreno S et al, 2016, Mehendiratta M et al, 2016). Conversely, salivary glands and gingivobuccal fold, parotid masseteric region and neck, and pharynx/larynx are involved less frequently (Agha-Hosseini F, et al 2014, Taira Y et al, 2012).



Εικ. 1: Μυολίπωμα: υποβλεννογονίος όγκος αριστεράς παρειάς.
Fig. 1: Myolipoma: submucosal tumor in the left cheek.

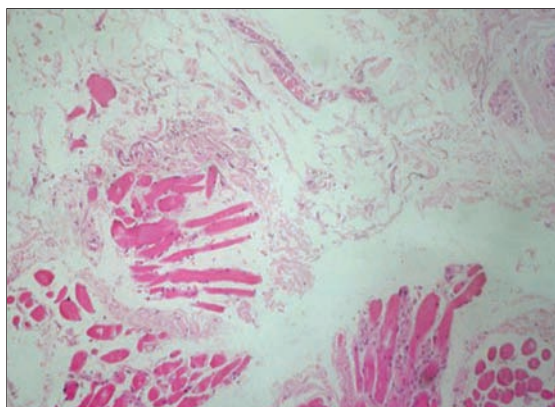
τερες περιπτώσεις εμφανίζουν διάμετρο 10 χιλ. (Egido-Moreno S και συν., 2016). Οι πολλαπλές βλάβες είναι πιθανόν να σχετίζονται με σύνδρομα όπως η νευροϊνωμάτωση, το σύνδρομο Gardner's, η νόσος Dercum, η οικογενής πολλαπλή λιπωμάτωση, το σύνδρομο Proteus ή το σύνδρομο Pai (Egido-Moreno S και συν., 2016).

ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Ασθενής γυναίκα ηλικίας 60 ετών προσήλθε λόγω ύπαρξης ογκιδίου στον βλεννογόνο της αριστεράς παρειάς, κοντά στην συγχιλία, έναντι του πρώτου, κάτω, αριστερού προγομφίου (34) (Εικ.1). Σύμφωνα με το ιατρικό ιστορικό η ασθενής ελάμβανε φαρμακευτική αγωγή έναντι της οστεοπορώσεως.

Η κλινική εξέταση αποκάλυψε την παρουσία ογκιδίου στην προαναφερθείσα περιοχή. Το ογκίδιο σαφώς περιγεγραμμένο, διαμέτρου 0,2-0,3 εκ. περίπου, ήταν μαλακής συστάσεως, ανώδυνο κατά την ψηλάφηση, επί ευρείας βάσεως, καλυπτόμενο από ρόδινο βλεννογόνο. Δεν διαπιστώθηκαν ψηλαφητοί τραχηλικοί λεμφαδένες. Η αρχική κλινική διάγνωση συμπεριέλαβε το λίπωμα του βλεννογόνου του στόματος, ενώ διαφοροδιαγνωστικά συμπεριέλαβε άλλο καλόγηθες νεόπλασμα του βλεννογόνου του στόματος. Υπό τοπική αναισθησία έγινε εξολοκλήρου χειρουργική αφαίρεση της βλάβης. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς υπήρξε ομαλή. Τέσσερα έτη μετά τη χειρουργική αφαίρεση δεν παρατηρήθηκε υποτροπή της βλάβης.

Η ιστοπαθολογική εξέταση έδειξε την ύπαρξη πολύστιβου, πλακώδους, μη κερατινοποιημένου επιθηλίου. Επιπλέον υπήρχαν λοβοί ώριμου λιπώδους ιστού μαζί με δέσμες γραμμωτών μυϊκών ινών, καθώς επίσης και λόβια φυσιολογικού παρεγχύματος ελασσόνων σιελογόνων αδένων. Τα παραπάνω ευρήματα θέτουν ως τελική διάγνωση, το μυολίπωμα του βλεννογόνου του στόματος (Εικ. 2,3).



Εικ. 2: Μυολίπωμα: αδενικά λόβια αναμειγμένα με λιποκύτταρα και μυϊκές ίνες (H-E x100).

Fig. 2: Myolipoma: glandular lobules admixed with adipocytes and skeletal muscle fibers (H-E x100).

Clinically, oral myolipoma appears to be a well circumscribed, painless, soft, slow growing tumor with either a sessile or a pedunculated base (Mehendirratta M et al, 2016, Manor E et al, 2011, Ono S et al, 2011). The oral myolipomas' color ranges from yellow to pinkish, depending on the depth of the lesion (Mehendirratta M et al, 2016, Adebisi KE et al, 2011, Agha-Hosseini F et al 2014). Regarding the size, it varies greatly, but most of these lesions are about 10mm in diameter (Egido-Moreno S et al, 2016). When occurring as multiple lesions it may be correlated with syndromes such as neurofibromatosis, Gardner's syndrome, Dercum's disease, familial multiple lipomatosis, Proteus syndrome or Pai syndrome (Egido-Moreno S et al, 2016).

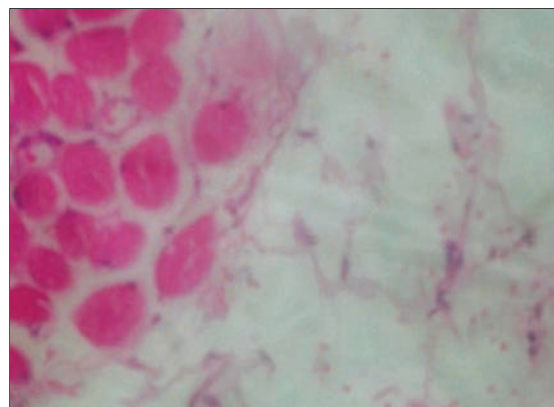
CASE REPORT

A 60-year-old female patient proceeded to our Department due to a swelling located on the left buccal mucosa opposite to first, left, lower premolar (Fig. 1). Her medical history revealed that she has been under medical treatment due to osteoporosis.

The clinical examination revealed a tumor located in the aforementioned region. The swelling was soft-elastic and painless in palpation, well defined, covered by whitish mucosa and had a diameter of 0.2-0.3cm. Extraoral examination revealed no swollen lymph nodes. The initial clinical diagnosis included oral lipoma or other benign tumor. The lesion was surgically removed under local anesthesia.

The histopathological examination revealed multilayered squamous, non-keratinized epithelium. Additionally, lobes of mature adipose tissue mixed with bundles of striated muscle fibers were detected in few places. Lobes of normal minor salivary glands were detected too. An oral myolipoma was the final diagnosis.

The patient's postoperative period was uneventful and no recurrence was reported four years after the surgical excision.



Εικ. 3: Μυολίπωμα: ώριμα λιποκύτταρα αναμειγμένα με μυϊκές ίνες (H-E x400).

Fig. 3: Myolipoma: mature adipocytes admixed with skeletal muscle fibers (H-E x400).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Περιγράφηκε περίπτωση μυολιπόματος του στόματος, με εντόπιση στο βλεννογόνο της αριστερής παρειάς κοντά στη συγχελία. Η χειρουργική εξαίρεση της βλάβης αποτέλεσε τη θεραπεία εκλογής και ο ιστοπαθολογικός έλεγχος της βλάβης απέδειξε την ύπαρξη μυολιπόματος του βλεννογόνου του στόματος.

Με βάση το ιστολογικό υπόστρωμα, τα λιπόματα του στόματος διακρίνονται σε απλά λιπόματα, ινολιπόματα (Epivatianos A και συν., 2000, Manjunatha BS και συν., 2010, Iwase M και συν., 2016), ατρακτοειδή λιπόματα (Furlong MA και συν., 2004, Naruse T και συν., 2015), ενδομυϊκά λιπόματα ή μυολιπόματα (Naruse T και συν., 2015), χονδρολιπόματα, πλειόμορφα λιπόματα, μυξοειδή ή μυξολιπόματα (Ono S και συν., 2011), αγγειολιπόματα (Dalambiras S και συν., 2010, Chandrasekaran D και συν., 2016), οστεολιπόματα (Raviraj J και συν., 2016, Raghunath V και συν., 2015), αγγειομυξολιπόματα, σιαλολιπόματα, διηθητικά, περινευρικά, ενδονευρικά καθώς και άτυπα λιπόματα (Egido-Moreno S και συν., 2016, Mehendiratta M και συν., 2016, Manor E και συν., 2011). Παρόλο που η αιτιολογία και η παθογένεια του όγκου δεν είναι σαφείς, έχουν διατυπωθεί δύο κύριες παθογενετικές θεωρίες: (i) η υπερτροφική θεωρία, η οποία συσχετίζει την παχυσαρκία και την εν γένει αύξηση λιπώδους ιστού με το σχηματισμό λιπόματος του στόματος (Egido-Moreno S και συν., 2016). Η θεωρία αυτή αδυνατεί να εξηγήσει γιατί οι βλάβες αυτές μπορούν να εμφανιστούν και σε περιοχές χωρίς προϋπάρχοντα λιπώδη ιστό (Egido-Moreno S και συν., 2016) και (ii) τη θεωρία μεταπλασίας σύμφωνα με την οποία η ανάπτυξη λιπόματος οφείλεται στην μη φυσιολογική διαφοροποίηση των μεσεγχυματικών κυττάρων των λιποβλαστών (Egido-Moreno S και συν., 2016). Επίσης στην παθογένεια του μυολιπόματος, μεταξύ των άλλων, αναφέρονται: οι ενδοκρινικές διαταραχές, η φλεγμονή, η υπερχοληστερολαιμία και η παχυσαρκία, η ακτινοβολία, ο χρόνιος ερεθισμός, η αυτόματη ανάπτυξη, η μεταπλασία των μυϊκών κυττάρων και η λιπώδης εκφύλιση, το τραύμα και οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες (Egido-Moreno S και συν., 2016, Mehendiratta M και συν., 2016, Cakarer S και συν., 2009). Ορισμένοι συγγραφείς έχουν προτείνει το σακχαρώδη διαβήτη και τις διατροφικές διαταραχές ως πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες (Agha-Hosseini F και συν., 2014, Lau SK και συν., 2015).

Η κιτρινωπή χροιά της βλάβης κλινικά στηρίζει τη διάγνωση στοματικού λιπόματος ή μυολιπόματος (Egido-Moreno S και συν., 2016). Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται κατά τη διαφοροδιάγνωση μεταξύ μυολιπόματος του στόματος και άλλων κατηγοριών όγκων όπως το σαφώς διαφοροποιημένο λιποσάρκωμα, το λιπολειομύωμα ή το ινολιπολειομύωμα, ειδικά εάν η βλάβη εντοπίζεται εν τω βάθει (Barker L και συν., 2008, Scott N και συν., 2014). Σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς, το στοματικό λίπωμα που εδράζεται στον παρειακό βλεννογόνο δεν αποτελεί αληθή

DISCUSSION

We describe a case of an oral myolipoma located on the left buccal mucosa. The treatment of choice was total surgical excision. Histological examination confirmed the clinical diagnosis.

Histologically, oral lipomas are divided into subtypes based on the matrix and the properties of tumor cells: simple lipoma, fibrolipoma (Epivatianos A et al, 2000, Manjunatha BS et al 2010, Iwase M et al, 2016), spindle cell lipoma (Furlong MA et al, 2004, Naruse T et al, 2015), intramuscular lipoma or myolipoma (Naruse T et al, 2015), chondrolipoma, pleiomorphic lipoma, myxoid lipoma or myxolipoma (Ono S et al, 2011), angioliipoma (Dalambiras S et al, 2010, Chandrasekaran D et al, 2016), osteoliipoma (Raviraj J et al, 2016, Raghunath V et al, 2015), angiomyxoliipoma, sialoliipoma, infiltrating lipoma, perineural lipoma, intraneural lipoma and atypical lipoma (Egido-Moreno S et al, 2016, Mehendiratta M et al, 2016, Manor E et al, 2011). Despite the fact that the etiology and pathogenesis of the tumor are not clear, two main theories have been claimed: (i) The Hypertrophy theory, which correlates obesity and inadvertent growth of adipose tissue with the formation of oral lipoma (Egido-Moreno S et al, 2016). This theory lacks explaining the reason why lesions occur in areas without pre-existing adipose tissue (Egido-Moreno S et al, 2016), and (ii) the Metaplasia theory according which the lipomatous development occurs due to aberrant differentiation of mesenchymal cells in lipoblasts (Egido-Moreno S et al, 2016). Factors like endocrine disorders, inflammation, hypercholesterolaemia and obesity, radiation, chronic irritation, spontaneous development, metaplasia of muscle cells and fatty degeneration, trauma as well as chromosomal abnormalities, have also been considered (Egido-Moreno S et al, 2016, Mehendiratta M et al, 2016, Cakarer S et al, 2009). Furthermore, a number of authors have proposed diabetes mellitus and nutritional problems as possible causative factors (Agha-Hosseini F et al 2014, Lau SK et al, 2015).

The yellowish color of the lesion clinically suggests oral lipoma or oral myolipoma diagnosis (Egido-Moreno S et al, 2016). Extra caution is needed during differential diagnosis between oral myolipoma and other types of tumor such as well-differentiated liposarcoma, lipoleiomyoma or fibrolipoleiomyoma, especially if the lesion is located deeply (Barker L et al, 2008, Scott N et al, 2014). Some authors believe that oral lipoma located at the buccal mucosa is not a true tumor but, rather, herniation of the buccal fat pad through the buccinator muscle (Agha-Hosseini F et al, 2014). Such cases may occur following a local trauma in young children or a surgical removal of third molars in older patients (Agha-Hosseini F et al, 2014).

As regards systematic diseases, merely one case has been reported showing possible correlation between oral

όγκο, αλλά μία κήλη παρεϊακού λιπώδους στρώματος εντός του βυκανητή μυός (Agha-Hosseini F και συν., 2014). Αυτού του είδους οι περιπτώσεις πιθανώς προκύπτουν ύστερα από τοπικό τραυματισμό στη νεαρή ηλικία ή χειρουργική εξαίρεση τρίτων γομφίων σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας (Agha-Hosseini F και συν., 2014).

Όσον αφορά στη συσχέτιση με συστηματικές νόσους, μόνο μία περίπτωση έχει αναφερθεί υποδεικνύοντας πιθανή συσχέτιση μεταξύ στοματικού λιπώματος και συνδρόμου Gorlin (Barker L και συν., 2008).

Οι περισσότεροι όγκοι είναι ασυμπτωματικοί και ιδιαίτερα ευμεγέθεις κατά την αρχική διάγνωση. Οι ασθενείς αναζητούν ιατρική φροντίδα συνήθως εξαιτίας του μεγέθους (Manor E και συν., 2011), ή της ύπαρξης συμπτωμάτων ως αποτέλεσμα συμπίεσης των τοπικών κυτταρικών δομών (Stuart-Soares EC και συν., 2010). Η χειρουργική αφαίρεση της βλάβης αποτελεί τη θεραπεία εκλογής (Egido-Moreno S και συν., 2016). Εκτός της ριζικής χειρουργικής αφαίρεσης, αναφέρεται η τεχνική Trotter (μέση χειλεογναθική γλωσσοτομία), που αφορά βλάβες εντοπιζόμενες στη βάση της γλώσσας (καλοήθεις και κακοήθεις), μεταξύ των οποίων και το μυολίπωμα (Scott N και συν., 2014).

Εφόσον το μυολίπωμα εξαιρεθεί χειρουργικά η πιθανότητα υποτροπής της βλάβης είναι μηδαμινή (Egido-Moreno S και συν., 2016). Ειδικότερα, λιπώματα που περιβάλλονται καλά από κάψα αφαιρούνται εύκολα, χωρίς καμμία πιθανότητα υποτροπής ή βλάβης στους περιβάλλοντες ιστούς (Agha-Hosseini F και συν., 2014).

Σε κάθε περίπτωση, ο ιστοπαθολογικός έλεγχος είναι επιβεβλημένος για την επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης, ιδιαίτερος δε στην διαφορική διάγνωση από το λιποσάρκωμα (Furlong MA και συν., 2004).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το μυολίπωμα της στοματικής κοιλότητας αποτελεί ένα σπάνιο καλοήθες νεόπλασμα, που αναπτύσσεται στους γραμμωτούς μύες του στόματος. Η χειρουργική εξαίρεση του όγκου συνιστά την θεραπεία εκλογής. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαιώνει την διάγνωση. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στην διαφοροδιάγνωση του από κακοήθη νεοπλασμάτα, όπως το λιποσάρκωμα.

lipoma and Gorlin's syndrome (Barker L et al, 2008).

Most tumors are relatively asymptomatic and grow to a large size before patients seek medical care (Manor E et al, 2011), due to concerns regarding growth, cosmetic aspects or symptoms as a result of the compression of local structures (Stuart-Soares EC et al, 2010). Surgical excision is the treatment of choice (Egido-Moreno S et al, 2016). Albeit, the Trotter procedure or median labio-mandibular glossotomy as a technique to access and remove both benign and malignant lesions located in the base of tongue including oral myolipoma, has also been suggested as a treatment (Scott N et al, 2014).

No recurrence has been reported, although it may occur in infiltrating lipomas mainly because of an inadequate excision combined with a non-encapsulated lesion (Egido-Moreno S et al, 2016). More specifically, well-encapsulated lipomas are easily excised with no chance of recurrence or damage to the surrounding structures (Agha-Hosseini F et al, 2014).

In any case, histological examination ought to confirm the clinical diagnosis. Special attention must be paid to avoid confusion with histological features of liposarcoma (Furlong MA et al, 2004).

CONCLUSIONS

The myolipoma of the oral cavity is a rare benign tumor, growing in the striated muscles. The surgical excision of the tumor constitutes the treatment of choice. The histological examination confirms the diagnosis. Extra caution is needed concerning differential diagnosis between oral myolipoma and malignant neoplasms, such as liposarcoma.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ/REFERENCES

- Adebiyi KE, Ugboko VI, Maaji SM, Ndubuizu G: Osteolipoma of the palate: report of a case and review of the literature. *Niger J Clin Pract* 14:242-244, 2011
- Agha-Hosseini F, Moslemi E: Angiofibrolipoma of the retromolar pad region: case report. *N Y State Dent J* 80:33-37, 2014
- Barker L, Lo S, Sudderick R: Gorlin's syndrome presenting with myolipoma of tongue base. *J Laryngol Otol* 122: 1130-2, 2008
- Cakarar S, Selvi F, Isler SC, Soluk M, Olgac V, Keskin C: Intraosseous lipoma of the mandible: a case report and review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg* 38: 900-902, 2009
- Chandrasekaran D, Chinnaswami R, Narasimhan M, Kumar AE, Nataraajan P: Non Infiltrating Angiolipoma of the Palate in Geriatric Patient: A Case Report with Review of Literature. *J Clin Diagn Res*. 10(1):ZD01-2, 2016. doi: 10.7860/JCDR/2016/16634.7032. Epub 2016 Jan 1
- Dalambiras S, Tilaveridis I, Iordanidis S, Zaraboukas T, Epiatianos A: Infiltrating angiolipoma of the oral cavity: report of a case and literature review. *J Oral Maxillofac Surg*. 68(3):681-3, 2010. doi: 10.1016/j.joms.2009.04.131. Epub 2009 Nov 27
- Egido-Moreno S, Lozano-Porras AB, Mishra S, Allegue-Allegue M, Marí-Roig A, López-López J: Intraoral lipomas: Review of literature and report of two clinical cases. *J Clin Exp Dent* 8: 597-603, 2016
- Epiatianos A, Markopoulos AK, Papanayotou P: Benign tumors of adipose tissue of the oral cavity: a clinicopathologic study of 13 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 58(10):1113-7; discussion 1118, 2000
- 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*. 98(4):441-50, 2004
- Iwase M, Saida N, Tanaka Y: Fibrolipoma of the Buccal Mucosa: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Pathol*. 2016;5060964. doi: 10.1155/2016/5060964. Epub 2016 Jan 17
- Lau SK, Bishop JA, Thompson LD: Spindle cell lipoma of the tongue: a clinicopathologic study of 8 cases and review of the literature. *Head Neck Pathol* 9: 253-259, 2015
- Manjunatha BS, Pateel GS, Shah V: Oral fibrolipoma-a rare histological entity: report of 3 cases and review of literature. *J Dent (Tehran)*. 7(4):226-31, 2010. Epub 2010 Sep 30
- Manor E, Sion-Vardy N, Joshua BZ, Bodner L: Oral lipoma: analysis of 58 new cases and review of the literature. *Ann Diagn Pathol* 15: 257-261, 2011
- Mehendiratta M, Jain K, Kumra M, Manjunatha BS: Lipoma of mandibular buccal vestibule: a case with histopathological literature review. *BMJ Case Rep*. 2016; 3. doi: 10.1136/bcr-2016-215586
- Meis JM, Enzinger FM: Myolipoma of soft tissue. *Am J Surg Pathol* 15: 121-5, 1991
- Naruse T, Yanamoto S, Yamada S, Rokutanda S, Kawakita A, Takahashi H, Matsushita Y, Hayashida S, Imayama N, Morishita K, Yamashita K, Kawasaki G, Umeda M: Lipomas of the oral cavity: clinicopathological and immunohistochemical study of 24 cases and review of the literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 67(Suppl 1):67-73, 2015. doi: 10.1007/s12070-014-0765-8. Epub 2014 Aug 20
- Ono S, Rana M, Takechi M, Ogawa I, Okui G, Mitani Y, Gellrich NC, Kamata N: Myxolipoma in the tongue - a clinical case report and review of the literature. *Head Neck Oncol*. 2011; 3: 50. doi: 10.1186/1758-3284-3-50
- Raghunath V, Manjunatha BS: Osteolipoma of floor of the mouth. *BMJ Case Rep*. 2015; 25. doi: 10.1136/bcr-2015-209883
- Raviraj J, Kumar-Bokkasam V, Suresh D, Venkata S: Osteolipoma of buccal mucosa: Case report and literature review. *J Clin Exp Dent*. 8(2):e214-8, 2016. doi: 10.4317/jced.52803. eCollection 2016 Apr.
- Roux M: On exostoses: Their character. *Am J Dent Sci*. 9: 133-4, 1848
- Scott N, Sudderick R, Bater M: The Trotter procedure: a forgotten approach? *J Surg Case Rep* 2014; 2014. doi: 10.1093/jscr/ijt134
- Stuart-Soares EC, Costa FW, Sousa FB, Alves AP, Osterme RL: Oral lipomas in a Brazilian population: a 10-year study and analysis of 450 cases reported in the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 15: 691-696, 2010
- Taira Y, Yasukawa K, Yamamori I, Iino M: Oral lipoma extending superiorly from mandibular gingivobuccal fold to gingiva: a case report and analysis of 207 patients with oral lipoma in Japan. *Odontology* 100: 104-108, 2012

Διεύθυνση επικοινωνίας:

Απόστολος Ματιάκης

Τσιμισκή 93,

54622 Θεσσαλονίκη

Τηλ.: 2310 236207

e-mail: amatiakis@dent.auth.gr

Address:

Apostolos Matiakis

93, Tsimiski Str.,

54622 Thessaloniki, Greece

Tel.: 0030 2310 236207

e-mail: amatiakis@dent.auth.gr