

# Λίπωμα στόματος: Κλινικοπαθολογική μελέτη 37 περιπτώσεων και σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Απόστολος ΜΑΤΙΑΚΗΣ<sup>1</sup>, Παναγιώτης ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ<sup>2</sup>, Αναστάσιος Ι. ΜΥΛΩΝΑΣ<sup>3</sup>,  
Ελευθέριος ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ<sup>4</sup>, Αθανάσιος ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ<sup>5</sup>

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 lipoma: A clinicopathological study of 37 cases and a brief review of the literature

Apostolos MATIAKIS, Panagiotis KARAKOSTAS, 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)

Κλινική ερευνητική εργασία  
Clinical research paper

<sup>1</sup> Οδοντίατρος, Ιατρός, Διδάκτωρ Οδοντιατρικής ΑΠΘ, Επίκ. Καθηγητής Στοματολογίας, Τμήματος Οδοντιατρικής ΑΠΘ.

<sup>2</sup> Οδοντίατρος, Μεταπτυχιακός φοιτητής Εργαστηρίου Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας, και Βιολογίας Εμφυτευμάτων, Τμήματος Οδοντιατρικής ΑΠΘ.

<sup>3</sup> ΣΓΠΧ, Οδοντίατρος, Ιατρός, Διδάκτωρ Οδοντιατρικής και Ιατρικής ΕΚΠΑ, Αναπλ. Διευθυντής, Κλινική ΣΓΠΧ Θεραπευτηρίου «METROPOLITAN».

<sup>4</sup> Δρ Ιατρός Παθολογοανατόμος, Συνεργάτης Εργαστηρίου Στοματολογίας, Τμήματος Οδοντιατρικής ΑΠΘ.

<sup>5</sup> Οδοντίατρος, Msc, Διδάκτωρ Οδοντιατρικής ΑΠΘ, Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Στοματολογίας, Τμήματος Οδοντιατρικής ΑΠΘ.

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ:** Στην παρούσα εργασία αναφέρονται 37 περιπτώσεις λιπώματος της στοματικής κοιλότητας (17 άνδρες και 20 γυναίκες), που προσήλθαν στο Εργαστήριο Στοματολογίας του Τμήματος Οδοντιατρικής Α.Π.Θ., στο χρονικό διάστημα 2000-2017. Η μέση ηλικία των ασθενών είναι 59 έτη. Στους περισσότερους ασθενείς (17 ασθενείς), η βλάβη χρονολογείται από 5 και άνω έτη. Όλες οι βλάβες αφαιρέθηκαν χειρουργικά και η κλινική διάγνωση τεκμηριώθηκε ιστολογικά. Στη συζήτηση δίνεται έμφαση στην ιστολογική προέλευση του λιπώματος του στόματος και επιχειρείται σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** λίπωμα στόματος, καλοήθεις όγκοι στόματος.

**SUMMARY:** A series of 37 oral lipoma cases (17 men and 20 women), during a time period of 18 years (2000-2017), who were referred to the Department of Oral Medicine and Pathology, School of Dentistry, Aristotle University of Thessaloniki, is being presented. The total mean age of the patients was 59 years. Most patients (17 patients) referred presence of the lesion for a time period of more than 5 years, preceding their referral to the Department. All lesions were treated by surgical excision, and were histologically diagnosed. We discuss the histologic origin of the tumor, along with a brief review of the literature.

**KEY WORDS:** oral lipoma, oral benign tumors.

Παρελήφθη: 15/4/2020 - Έγινε δεκτή: 5/5/2020

Paper received: 15/4/2020 - Accepted: 5/5/2020

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το λίπωμα της στοματικής κοιλότητας ανήκει στα καλοήθη νεοπλασμάτα του στόματος που προέρχονται από λιπώδη ιστό. Αποτελούνται από ώριμα λιποκύτταρα, περιβαλλόμενα συνήθως από ινώδη κάψα (Egido-Moreno και συν. 2016, Mehendiratta και συν. 2016). Πρώτος ο Roux αναφέρθηκε σε αυτήν την βλάβη της στοματικής κοιλότητας το 1848, περιγράφοντας το λίπωμα, ως κιτρινωπή επουλίδα (Mehendiratta και συν. 2016). Η εντόπισή του στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου, ανέρχεται σε ποσοστό (15-20%) (Mehendiratta και συν. 2016). Από τα λιπώματα αυτά, μόλις, το 1-5% εδράζονται στην κοιλότητα του στόματος (Mehendiratta και συν. 2016). Η αναφερόμενη αναλογία εμφάνισης του λιπώματος, μεταξύ ανδρών και γυναικών στη βιβλιογραφία είναι αντικρουόμενη. Η αναλογία ανδρών και γυναικών έχει αναφερθεί είτε ως ίση (Ervatianos και συν. 2010), ή με επικράτηση των ανδρών (Furlong και συν. 2004), ή με ελαφρά επικράτηση των γυναικών (1,2:1), ιδίως κατά την τέταρτη με έκτη δεκαετία της ζωής τους (Egido-Moreno και συν. 2016). Η πλειοψηφία των περιπτώσεων προέρχονται από χώρες του δυτικού κόσμου (Stuart-Soares και συν. 2010, Adebiji και συν. 2011).

Η εντόπισή του είναι ανάλογη με την ύπαρξη λιπώδους ιστού, ο οποίος βρίσκεται σε αφθονία στην παρειά σε αντίθεση με την υπερώα (Furlong και συν. 2004, Manor και συν. 2011). Για το λόγο αυτό η βλάβη εντοπίζεται κυρίως στον παρειακό βλενογόνο (Furlong και συν. 2004), ακολουθούμενη από τα χείλη, τη γλώσσα, την ουλοπαρειική αύλακα (Karakostas και συν. 2018), το οπισθογόμφιο τρίγωνο, το έδαφος του στόματος και την υπερώα (Dalampiras και συν. 2010, Egido-Moreno και συν. 2016, Mehendiratta και συν. 2016). Σπανίως εντοπίζεται στους σιαλογόνους αδένες και στον στοματοφάρυγγα (Taira και συν. 2012, Agha-Hosseini και συν. 2014).

Κλινικά το λίπωμα του στόματος εμφανίζεται ως ογκίδιο ασυμπτωματικό, μαλακής συστάσεως κατά την ψηλάφηση, σαφώς περιγεγραμμένο, βραδέως αναπτυσσόμενο, μονήρες ή λοβώδες (Manor και συν. 2011, Ono και συν. 2011, Mehendiratta και συν. 2016). Η χροιά του βλενογόνου ποικίλλει από κιτρινωπή έως ερυθρά, εξαρτώμενη από το ποσό του λιπώδους ιστού καθώς και την αγγείωση του όγκου (Adebiji και συν. 2011, Agha-Hosseini και συν. 2014, Mehendiratta και συν. 2016). Το μέγεθος των λιπωμάτων του στόματος ποικίλλει με συνήθεστερη διάμετρο τα 10 mm (Egido-Moreno και συν. 2016). Στις σπάνιες περιπτώσεις πολλαπλών λιπωμάτων, είναι πιθανό να υπάρχει συσχέτιση με συστηματικές διαταραχές, όπως το σύνδρομο Gardner, η νόσος Dercum, η οικογενής πολλαπλή λιπωμάτωση, το σύνδρομο Proteus και το σύνδρομο Pai (Egido-Moreno και συν. 2016). Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται 37 περιπτώσεις λιπωμάτων του στόματος, όσον αφορά στα κλινικά τους χαρακτηριστικά, την αναλογία ανδρών - γυναικών, τη μέση ηλικία εμφάνισης, την διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

## INTRODUCTION

The oral lipoma is a benign neoplasm of the adipose tissue, consisted of mature adipocytes, usually circumscribed by a fibrous capsule (Egido-Moreno et al. 2016, Mehendiratta et al. 2016). Roux was the first who referred this entity of the oral cavity in 1848, describing lipoma as yellowish epulis (Mehendiratta et al. 2016). Lipoma is not commonly located in the head and neck area (15-20%) (Mehendiratta et al. 2016). Among the head and neck lipomas, only 1-5% are located in the oral cavity (Mehendiratta et al. 2016). Concerning sex prevalence, the referred data are controversial. The ratio between male and female patients is reported to be either equal (Ervatianos et al. 2010), or characterized by a male predilection (Furlong et al. 2004), or by a slight female prevalence, with a female to male ratio of 1.2:1, especially between the fourth and the sixth decade of life (Egido-Moreno et al. 2016). The majority of cases derive from countries of the western world (Stuart-Soares et al. 2010, Adebiji et al. 2011).

Location of oral lipoma is considered to be related to the existence of adipose tissue, which is in excess in the buccal mucosa and very low in the palate (Furlong et al. 2004, Manor et al. 2011). Due to the above, the tumor is mainly located at the buccal mucosa (Furlong et al. 2004), followed by the lips, tongue, vestibule (Karakostas et al. 2018), retromolar area, floor of the mouth and palate (Dalampiras et al. 2010, Egido-Moreno et al. 2016, Mehendiratta et al. 2016). Salivary glands and pharynx/larynx are rarely involved (Taira et al. 2012, Agha-Hosseini et al. 2014).

Clinically, oral lipoma appears to be an asymptomatic, soft in palpation, slowly growing tumor with either a sessile or a pedunculated base, and well circumscribed (Manor et al. 2011, Ono et al. 2011, Mehendiratta et al. 2016). The oral lipomas' color varies from yellowish to reddish, depending on the amount of adipose tissue as well as the vascularity of the tumor (Adebiji et al. 2011, Agha-Hosseini et al. 2014, Mehendiratta et al. 2016). Moreover, the size of oral lipomas ranges, but most of them do not exceed 10mm in diameter (Egido-Moreno et al. 2016). In the rare occasion of multiple located lipomas, there may exist a correlation with systematic disorders, such as Gardner's syndrome, Dercum's disease, familial multiple lipomatosis, Proteus syndrome or Pai syndrome (Egido-Moreno et al. 2016).

The aim of the current paper is to focus on reporting 37 cases of oral lipomas, regarding their clinical characteristics, sex prevalence, mean age of incidence, differential diagnosis as well as their therapeutic approach.



**Εικ. 1:** Λίπωμα δεξιού παρειαικού βλεννογόνου.  
**Fig. 1:** Oral lipoma located on the right buccal mucosa.



**Εικ. 2:** Στοματικό λίπωμα εδραζόμενο στο αριστερό οπισθογόμφιο τρίγωνο.  
**Fig. 2:** Oral lipoma located at the left retromolar area.

## ΟΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΣ

Τριάντα επτά ασθενείς -17 άνδρες και 20 γυναίκες- με λίπωμα της στοματικής κοιλότητας προσήλθαν στην Κλινική Στοματολογίας του Τμήματος Οδοντιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, κατά τη χρονική περίοδο 2000-2017. Η ηλικία των ανδρών κυμαίνεται μεταξύ 42 και 82 ετών, με μέση ηλικία τα 62 έτη. Η ηλικία των γυναικών κυμαίνεται από 29 έως 73 έτη, με μέσο όρο τα 57 έτη. Επί του συνόλου των ασθενών η μέση ηλικία είναι τα 59 έτη. Οι περιπτώσεις που εμφανίζονται στον παρειαικό βλεννογόνο (11 περιπτώσεις) (Εικ.1), μαζί με εκείνες που εμφανίζονται στον βλεννογόνο των φαρυγοπαρειαικών αυλάκων (7 περιπτώσεις) που είναι συνέχεια του παρειαικού βλεννογόνου, βρίσκονται στην πρώτη θέση (18 περιπτώσεις), με δεύτερη την εντόπιση στο κάτω χείλος (7 περιπτώσεις). Η γλώσσα (6 περιπτώσεις), καταλαμβάνει την τρίτη θέση. Δύο περιπτώσεις εμφανίζονται στο έδαφος του στόματος, καθώς και δύο ακόμη στην περιοχή του οπισθογομφίου τριγώνου (Εικ.2). Από μία περίπτωση εμφανίζεται στον βλεννογόνο της σκληρής υπερώας, καθώς και της φαρυγγικής αποφύσεως. Η πλειοψηφία των ασθενών (17 ασθενείς), ανέφερε χρονική περίοδο 5 και άνω ετών παρουσίας του λιπώματος στην στοματική κοιλότητα. Όλα τα απαραίτητα στοιχεία των υπό μελέτη ασθενών ανλήθηκαν από τα ιστορικά του αρχείου της Στοματολογίας του Τμήματος Οδοντιατρικής Α.Π.Θ. (Πίνακας 1).

Η χειρουργική εξαίρεση των λιπωμάτων υπό τοπική αναισθησία αποτέλεσε τη θεραπεία εκλογής. Η ιστοπαθολογική εξέταση επιβεβαίωσε την κλινική διάγνωση σε όλες τις περιπτώσεις (Εικ. 3, 4, 5, 6). Μέχρι σήμερα ουδεμία υποτροπή αναφέρθηκε.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Μελετήθηκαν 37 περιπτώσεις λιπώματος του στόματος. Η αναλογία ανδρών – γυναικών εμφανίζει ελαφρά υπεροχή των γυναικών (αναλογία 1,27:1). Η μέση ηλικία των ασθενών είναι το 59ο έτος. Η διάμετρος των βλαβών κυ-

## CASE SERIES

Thirty seven patients -17 men and 20 women- with oral lipomas proceeded at the Department of Oral Medicine and Pathology, School of Dentistry, Aristotle University of Thessaloniki, during the time period 2000-2017. Men were aged between 42 and 82 years old, with a mean age of 62 years. Women were aged between 29 and 73 years old, with a mean age of 57 years. In total, the mean age was 59 years. Concerning the location, buccal mucosa (11 cases) (Fig. 1), along with vestibulus mucosa (7 cases), are the most common (18 cases), followed by lower labial mucosa location (7 cases). Tongue (6 cases) is in the third place. Two cases developed on the floor of the mouth, as well as in the retromolar trigone area (Fig. 2). One case is located on the palate (middle line), and one on the alveolar ridge mucosa. Most patients (17 patients) referred the presence of the lesion for a time period of more than 5 years, preceding their primary visit to our Department. All the necessary patients' information were derived from the records of the aforementioned Department (sex, age, location, dimensions, period of lesion existence, medical history) (Table 1). Surgical excision of lipomas under local anesthesia was the treatment of choice. Histopathological examination established the clinical diagnosis in all cases (Fig. 3, 4, 5, 6). No recurrence was reported until now.

## DISCUSSION

We have studied 37 cases of oral lipomas. A slight female prevalence (ratio 1.27:1) existed, and the mean age of incidence was the 59th year of life. The lesions diameter ranged from 0.3 to 2.5 cm in our cases. The average time period preceding the clinical examination of the patients, was 46 months since the lipomas development. The findings are in accordance to the existing literature. The treatment of choice for all cases was the surgical excision of the lesion, and the clinical diagnosis was histopathologically established.

**Πίνακας 1**

Περιπτώσεις λιπώματος στόματος του Εργαστηρίου Στοματολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, κατά τη χρονική περίοδο 2000-2017.

A/A	Φύλο	Ηλικία	Εντόπιση	Διαστάσεις (cm)	Αναφερόμενος χρόνος που έγινε αντιληπτό (μήνες)	Αξιοσημείωτο ιατρικό ιστορικό
1	A	78	Φατνιοπαρειακή αύλακα (κάτω)	2×1	>60	Αρτηριακή πίεση
2	Θ	60	Κάτω χείλος	0,3×0,3	>60	Οστεοπόρωση
3	Θ	58	Παρειά (αριστερή)	1×1	12	Αρτηριακή πίεση
4	A	44	Φατνιοπαρειακή αύλακα (άνω)	1×0,4	2	–
5	Θ	73	Φατνιοπαρειακή αύλακα (κάτω)	1×1	6	Αρτηριακή πίεση
6	Θ	48	Σκληρή υπερώα (μέση γραμμή)	0,3×0,6	>60	Οστεοπόρωση
7	Θ	73	Κάτω χείλος	0,8	3	Υπερθυρεοειδισμός
8	A	82	Κάτω χείλος	0,5	>60	–
9	A	67	Κάτω χείλος	0,1×0,2	24	Αρτηριακή πίεση
10	A	55	Οπισθογόμφιο τρίγωνο (αριστερά)	0,8	>60	–
11	A	55	Παρειά (δεξιά)	0,8	>60	–
12	Θ	73	Φατνιοπαρειακή αύλακα (κάτω)	0,3	36	Σακχαρώδης διαβήτης
13	Θ	29	Παρειά (αριστερή)	2,5	18	–
14	Θ	41	Παρειά (δεξιά)	–	36	–
15	A	53	Φατνιοπαρειακή αύλακα (κάτω)	–	8	–
16	A	62	Κάτω χείλος	1	>60	Αρτηριακή πίεση
17	A	74	Έδαφος στόματος	1	60	Υποθυρεοειδισμός
18	A	45	Γλώσσα (αριστερό πλάγιο χείλος)	1	>60	–
19	Θ	58	Γλώσσα (αριστερό πλάγιο χείλος)	1	>60	–
20	Θ	69	Γλώσσα (αριστερό πλάγιο χείλος)	1,5	60	–
21	A	68	Παρειά (αριστερή)	2 (λοβωτό)	24	Οστεοαρθρίτιδα
22	A	58	Έδαφος στόματος	1	1	–
23	Θ	53	Γλώσσα (ραχιαία επιφάνεια)	1	24	–
24	Θ	31	Κάτω χείλος	1,3	7	–
25	Θ	61	Γλώσσα (δεξιό πλάγιο χείλος)	1	8	Ηπατίτιδα Β
26	A	42	Φατνιοπαρειακή αύλακα (κάτω)	1	1	Ηπατίτιδα Β
27	Θ	53	Παρειά (αριστερά)	0,5	>60	–
28	Θ	67	Παρειά (δεξιά)	1,2	36	Οστεοπόρωση
29	Θ	44	Οπισθογόμφιο τρίγωνο (δεξιό)	1,5	>60	Υποθυρεοειδισμός
30	A	66	Φατνιοπαρειακή αύλακα (κάτω)	0,5	>60	Αρτηριακή πίεση
31	Θ	68	Γλώσσα (αριστερό πλάγιο χείλος)	0,5	24	–
32	A	74	Παρειά (αριστερή)	1,5	24	–
33	Θ	53	Παρειά (αριστερή)	1	>60	–
34	A	68	Φατνιακή απόφυση (αριστερή)	1	>60	Ηπατίτιδα Β
35	Θ	69	Παρειά (αριστερή)	0,5	>60	–
36	Θ	52	Παρειά (δεξιά)	1	>60	–
37	A	56	Κάτω χείλος	1	>60	–

μάνθηκε από 0,3 έως 2,5 εκατοστά. Οι ασθενείς ανέμεναν κατά μέσο όρο 46 μήνες από την εμφάνιση του λιπώματος, πριν προσέλθουν στην κλινική της Στοματολογίας. Γενικώς τα ευρήματα βρίσκονται σε συμφωνία με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Η χειρουργική αφαίρεση των λιπωμάτων ήταν η θεραπεία εκλογής και ο ιστοπαθολογικός έλεγχος επιβεβαίωσε την κλινική διάγνωση όλων των περιπτώσεων.

Ιστολογικά, τα στοματικά λιπώματα διακρίνονται σε υποτύπους με βάση το υπόστρωμα και τις ιδιότητες των κυτ-

Histopathologically oral lipomas are divided into subtypes based on the matrix and the properties of tumor cells: simple lipoma, angiofibrolipoma (Furlong et al. 2004, Manjunatha et al. 2010, Iwase et al. 2016), spindle cell lipoma (Furlong et al. 2004, Naruse et al. 2015), intramuscular lipoma (Naruse et al. 2015), chondrolipoma, pleiomorphic lipoma, myxoid lipoma or myxolipoma (Ono et al. 2011), angiolipoma (Dalampiras et al. 2010), osteolipoma (Raghunath and Manjunatha 2015, Raviraj et al. 2016), angiomyxolipoma, infiltrating lipoma, peri-

**Table 1**

Cases of oral lipoma of the Department of Oral Medicine and Pathology, Aristotle University of Thessaloniki, during the time period 2000-2017.

Case number	Sex	Age (years)	Location	Dimensions (cm)	Time period of the presence of the lesion before first visit to our Department (months)	Medical History
1	M	78	Buccal Vestibulus (lower)	2×1	>60	Hypertension
2	F	60	Lower Labial Mucosa	0.3×0.3	>60	Osteoporosis
3	F	58	Buccal Mucosa (left)	1×1	12	Hypertension
4	M	44	Buccal Vestibulus (upper)	1×0.4	2	–
5	F	73	Buccal Vestibulus (lower)	1×1	6	Hypertension
6	F	48	Hard Palate (middle line)	0.3×0.6	>60	Osteoporosis
7	F	73	Labial Mucosa (lower)	0.8	3	Hyperthyroidism
8	M	82	Labial Mucosa (lower)	0.5	>60	–
9	M	67	Labial Mucosa (lower)	0.1×0.2	24	Hypertension
10	M	55	Retromolar Trigone (left)	0.8	>60	–
11	M	55	Buccal Mucosa (right)	0.8	>60	–
12	F	73	Buccal Vestibulus (lower)	0.3	36	Diabetes Mellitus
13	F	29	Buccal Mucosa (left)	2.5	18	–
14	F	41	Buccal Mucosa (right)	–	36	–
15	M	53	Buccal Vestibulus (lower)	–	8	–
16	M	62	Labial Mucosa (lower)	1	>60	Hypertension
17	M	74	Floor of the mouth	1	60	Hypothyroidism
18	M	45	Tongue (left lateral border)	1	>60	–
19	F	58	Tongue (left lateral border)	1	>60	–
20	F	69	Tongue (left lateral border)	1.5	60	–
21	M	68	Buccal Mucosa (left)	2 (lobular)	24	Osteoarthritis
22	M	58	Floor of the mouth	1	1	–
23	F	53	Tongue (dorsal surface)	1	24	–
24	F	31	Labial Mucosa (lower)	1.3	7	–
25	F	61	Tongue (right lateral border)	1	8	Hepatitis B
26	M	42	Vestibulus Mucosa (lower)	1	1	Hepatitis B
27	F	53	Buccal Mucosa (left)	0.5	>60	–
28	F	67	Buccal Mucosa (right)	1.2	36	Osteoporosis
29	F	44	Retromolar Trigone (right)	1.5	>60	Hypothyroidism
30	M	66	Vestibulus Mucosa (lower)	0.5	>60	Hypertension
31	F	68	Tongue (left lateral border)	0.5	24	–
32	M	74	Buccal Mucosa (left)	1.5	24	–
33	F	53	Buccal Mucosa (left)	1	>60	–
34	M	68	Alveolar Ridge (left)	1	>60	Hepatitis B
35	F	69	Buccal Mucosa (left)	0.5	>60	–
36	F	52	Buccal Mucosa (right)	1	>60	–
37	M	56	Labial Mucosa (lower)	1	>60	–

τάρων του όγκου: απλό λίπωμα, αγγειοίολίπωμα (Furlong και συν. 2004, Epivatianos και συν. 2010, Manjunatha και συν. 2010, Iwase και συν. 2016), ατρακτοκυτταρικό λίπωμα (Furlong και συν. 2004, Naruse και συν. 2015), ενδομυϊκό λίπωμα (Naruse και συν. 2015), χονδρολίπωμα, πλειόμορφο λίπωμα, μυξοειδές λίπωμα ή μυξολίπωμα (Ονο και συν. 2011), αγγειολίπωμα (Dalampiras και συν. 2010), οστεολίπωμα (Raghunath και Manjunatha 2015, Raviraj και συν. 2016), αγγειομυξολίπωμα, διηθητικό λίπωμα, περινευρικό λίπωμα, ενδονευρικό λίπωμα

neural lipoma, intraneural lipoma and atypical lipoma (Egido-Moreno et al. 2016, Mehendiratta et al. 2016), myolipoma (Karakostas et al. 2019), and sialolipoma (Karakostas et al. 2019). Two main theories about the lipomas pathogenesis have been claimed: (i) The Hypertrophy theory, which correlates obesity and inadvertent growth of adipose tissue with the formation of oral lipoma (Egido-Moreno et al. 2016). This theory lacks the ability to explain the lesion occurrence in areas without pre-existing adipose tissue (Egido-Moreno et al. 2016),

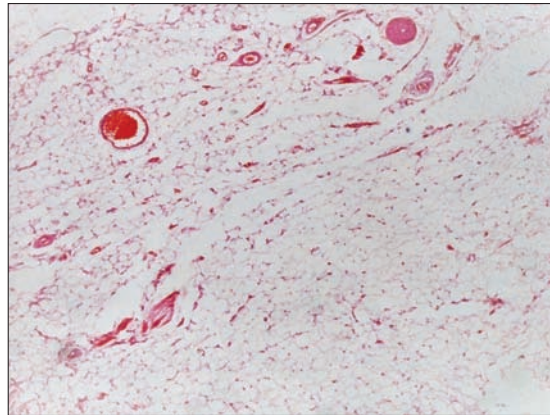


και άτυπο λίπωμα (Egido-Moreno και συν. 2016, Mehendiratta και συν. 2016), μυολίπωμα (Karakostas και συν. 2019), σιαλολίπωμα (Karakostas και συν. 2019). Δύο κύριες παθογενετικές θεωρίες έχουν υποστηριχθεί: (i) η θεωρία της Υπερτροφίας, η οποία συσχετίζει την παχυσαρκία και την αυθόρμητη ανάπτυξη του λιπώδους ιστού με το λίπωμα του βλεννογόνου του στόματος (Egido-Moreno και συν. 2016). Η συγκεκριμένη θεωρία αδυνατεί να εξηγήσει την περίπτωση που η βλάβη εμφανίζεται σε περιοχές χωρίς προϋπάρχοντα λιπώδη ιστό (Egido-Moreno και συν. 2016), και (ii) η θεωρία της Μεταπλασίας, η οποία υποστηρίζει ότι η λιπώδης ανάπτυξη προκύπτει ως αποτέλεσμα ανώμαλης διαφοροποίησης μεσεγχυματικών κυττάρων σε λιποβλάστες (Egido-Moreno και συν. 2016). Στους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες έχουν επίσης συμπεριληφθεί ενδοκρινείς διαταραχές, φλεγμονή, υπερχοληστερολαιμία και παχυσαρκία, ακτινοβολία, χρόνιος ερεθισμός, μεταπλασία μυϊκών κυττάρων και λιπώδης εκφύλιση, τραυματισμός και χρωσωμικές ανωμαλίες (Cakarer και συν. 2009, Egido-Moreno και συν. 2016, Mehendiratta και συν. 2016). Επιπλέον, ορισμένοι συγγραφείς έχουν αναφέρει τον σακχαρώδη διαβήτη και διατροφικές διαταραχές ως προδιαθετικούς παράγοντες (Agha-Hosseini και συν. 2014, Lau και συν. 2015).

Η κλινική διάγνωση του λιπώματος του στόματος πραγματοποιείται με σχετική ευκολία, αφού το λίπωμα εδράζεται επιφανειακά και κάτωθεν του στοματικού βλεννογόνου, φέροντας κιτρινωπή χροιά (Egido-Moreno και συν. 2016). Η διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση περιλαμβάνει και άλλους τύπους ογκοειδών βλαβών του βλεννογόνου όπως το ίνωμα, η δερμοειδής κύστη, οι όγκοι ελασσόνων σιαλογόνων αδένων, το αιμαγγείωμα, το νεύρωμα, και οι κακοήθεις όγκοι όπως το λέμφωμα ή το σάρκωμα (Agha-Hosseini και συν. 2014, Egido-Moreno και συν. 2016). Ορισμένοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι, το στοματικό λίπωμα που εδράζεται στον παρεϊακό βλεννογόνο δε συνιστά αληθή όγκο, αλλά ερεθισμό του παρεϊακού λιπώδους ιστού μέσω του βυκανητού μυός (Agha-Hosseini και συν. 2014). Οι περιπτώσεις αυτές προκαλούνται λόγω τοπικού τραυματισμού σε νεαρά παιδιά, ή ύστερα από χειρουργική εξαίρεση των τρίτων γομφίων σε ενήλικες ασθενείς (Agha-Hosseini και συν. 2014).

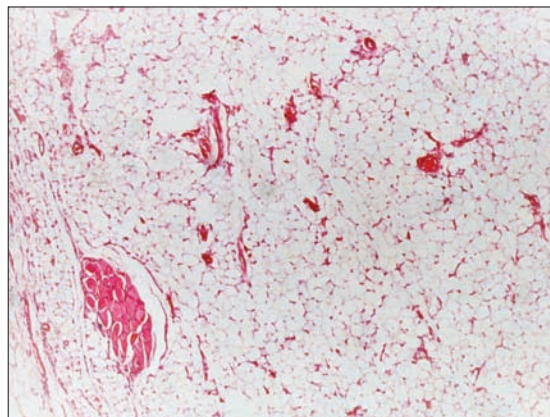
Τα λιπώματα στόματος εξελίσσονται συνήθως ασυμπτωματικά. Με την πάροδο του χρόνου αυξάνει το μέγεθός τους με αποτέλεσμα αισθητικές επιπτώσεις, ή την πρόκληση συμπτωμάτων λόγω συμπίεσης γειτονικών δομών, οπότε και οι ασθενείς σπεύδουν προς αναζήτηση θεραπείας (Stuart-Soares και συν. 2010, Manor και συν. 2011). Η ολική χειρουργική εξαίρεση συνιστά τη θεραπεία εκλογής (Egido-Moreno και συν. 2016).

Τα σαφώς περιγεγραμμένα λιπώματα εξαιρούνται με ευκολία χωρίς κίνδυνο υποτροπής ή τραυματισμού των περιβαλλόντων ιστών (Agha-Hosseini και συν. 2014). Όσον



**Εικ. 3:** Λίπωμα με συμφορημένα, λεπτοτοιχωματικά αιμοφόρα αγγεία (A-H x40).

**Fig. 3:** Lipoma with congested, thin-walled blood vessels (H-E x40).

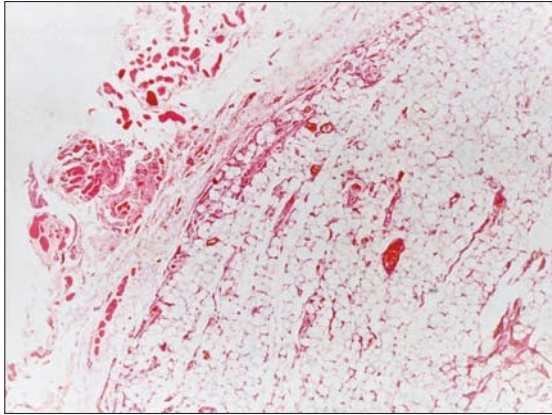


**Εικ. 4:** Λίπωμα με συμφορημένα, λεπτοτοιχωματικά αιμοφόρα αγγεία και ορισμένες διαπλεγμένες μυϊκές ίνες (A-H x40).

**Fig. 4:** Lipoma with congested, thin-walled blood vessels and a few striated muscle fibers (H-E x40).

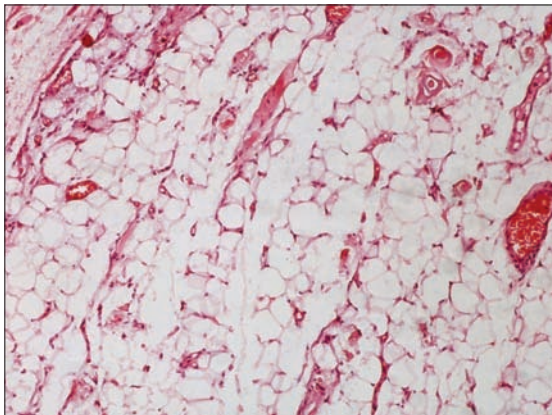
and (ii) the Metaplasia theory, according which the lipomatous development occurs as a result of an aberrant differentiation of mesenchymal cells in lipoblasts (Egido-Moreno et al. 2016). Possible factors of pathogenesis include endocrine disorders, inflammation, hypercholesterolaemia and obesity, radiation, chronic irritation, metaplasia of muscle cells and fatty degeneration, trauma as well as chromosomal abnormalities (Cakarer et al. 2009, Egido-Moreno et al. 2016, Mehendiratta et al. 2016). Moreover, certain authors have reported diabetes mellitus and nutritional disorders as possible predisposing factors (Agha-Hosseini et al. 2014, Lau et al. 2015).

The oral lipoma clinical diagnosis is relatively easy, as it is usually situated superficially under the oral mucosa, being yellowish in color (Egido-Moreno et al. 2016). Differential diagnosis includes other types of mucosal overgrowths such as fibromas, dermoid cysts, minor salivary gland tumors, hemangiomas, neuromas or malignant tumors like lymphoma or sarcoma (Agha-Hosseini et al. 2014, Egido-



**Εικ. 5:** Λίπωμα περιβαλλόμενο από λεπτή ινώδη κάψα. Διαπλεγμένες μυϊκές ίνες παρατηρούνται περιφερικά (Α-Η x40).

**Fig. 5:** Lipoma covered by thin fibrous capsule. Striated muscle fibers are observed in peripheral position (H-E x40).



**Εικ. 6:** Λίπωμα χαρακτηριζόμενο από λοβώδη ώριμα λιποκύτταρα (Α-Η x100).

**Fig. 6:** Lipoma characterised by lobulated mature adipocytes (H-E x100).

αφορά στις περιπτώσεις μας, η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών ήταν χωρίς προβλήματα, ενώ ουδεμία υποτροπή μέχρι σήμερα παρατηρήθηκε.

Σε κάθε περίπτωση η ιστολογική εξέταση κρίνεται απαραίτητη, προκειμένου να επιβεβαιωθεί η κλινική διάγνωση. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται προκειμένου να αποφευχθεί εσφαλμένη διάγνωση ενός λιπώματος ως λιποσαρκώματος (Furlong και συν. 2004).

Συμπερασματικά, το λίπωμα στόματος συνιστά ένα σχετικά όξι συχνό καλοήγη όγκο, συνήθως εντοπιζόμενο στον παρειακό βλεννογόνο. Η χειρουργική εξαίρεση της βλάβης αποτελεί τη θεραπεία εκλογής. Ο ιστοπαθολογικός έλεγχος επιβεβαιώνει την κλινική διάγνωση και προστατεύει τον ασθενή από ενδεχόμενη ύπαρξη κακότητας.

#### **Αφιέρωση**

Αφιερώνεται στη μνήμη του Καθηγητή Στοματολογίας του Τμήματος Οδοντιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας ΑΠΘ, Δρα Αποστόλου Επιβατιανού.

Moreno et al. 2016). Some authors claim that oral lipoma sited at the buccal mucosa is not a real neoplasm but, rather, herniation of the buccal fat pad through the buccinator muscle (Agha-Hosseini et al. 2014). Such cases may occur due to a local trauma in young children, or following surgical removal of third molars in older patients (Agha-Hosseini et al. 2014).

Oral lipomas are mainly asymptomatic, resulting in their growing to a quite large size, with aesthetic consequences or symptoms due to the compression of local structures, leading patients to further proceed for a clinical examination (Stuart-Soares et al. 2010, Manor et al. 2011). Surgical excision comprises the treatment of choice (Egido-Moreno et al. 2016).

Well-encapsulated lipomas are easily removed with no risk of recurrence or damage of the surrounding structures (Agha-Hosseini et al. 2014). Concerning the above described cases, postsurgical period was uneventful and no recurrence occurred.

In any case histological examination is essential to confirm the clinical diagnosis. Extra caution must be paid, in order to avoid misdiagnosis as liposarcoma (Furlong et al. 2004).

In conclusion, the oral lipoma is a relatively not common benign tumor, usually located at the buccal mucosa. The surgical excision of the lesion comprises the treatment of choice. The histological examination confirms the clinical diagnosis, and protects the patient of a possible misdiagnosed malignancy.

#### **Dedication**

*Dedicated to the memory of Professor of Oral Medicine and Pathology, School of Dentistry, Faculty of Health Sciences, Aristotle University of Thessaloniki, Dr. Apostolos Epivatianos.*

## 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(2):242-4, 2011
- Agha-Hosseini F, Moslemi E: Angiofibrolipoma of the retromolar pad region: case report. *N Y State Dent J.* 80(4):33-7, 2014
- Cakarer 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(8):900-2, 2009
- Dalampiras 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.* 68:681-683, 2010
- Egido-Moreno S, Lozano-Porras AB, Mishra S, Allegue-Allegue M, Marf-Roig A, López-López J: Intraoral lipomas: Review of literature and report of two clinical cases. *J Clin Exp Dent.* 8(5):e597-e603, 2016
- Epiatianos A, Kolokotronis A, Matiakis A, Pouloupoulos A: Angiofibrolipoma of the oral cavity. *J Investig Clin Dent.* 1(1):47-9, 2010
- 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, 2016 doi: 10.1155/2016/5060964.
- Karakostas P, Matiakis A, Anagnostou E, Kolokotronis A: Oral Lipoma Located at the Left Lower Vestibule-Report of a Case and a Brief Review of the Literature *Balkan J Dent Med.* (22): 49-52, 2018 DOI: 10.2478/bjdm-2018-0009.
- Karakostas P, Matiakis A, Mylonas AI, Anagnostou E, Pouloupoulos A: Oral myolipoma: A case report and a brief review of the literature. *Hellenic Arch Oral Maxillofac Surg* 20(1): 1-6, 2019
- Karakostas P, Matiakis A, Mylonas AI, Anagnostou E, Pouloupoulos A: Oral sialolipoma: A report of a case and a brief review of the literature. *Hellenic Arch Oral Maxillofac Surg* 20(1): 7-11, 2019
- 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(2):253-9, 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
- 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(4):257-61, 2011
- Mehendiratta M, Jain K, Kumra M, Manjunatha BS: Lipoma of mandibular buccal vestibule: a case with histopathological literature review. *BMJ Case Rep.* 2016; 2016 doi: 10.1136/bcr-2016-215586
- 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
- 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.* 3:50, 2011
- Raghunath V, Manjunatha BS: Osteolipoma of floor of the mouth. *BMJ Case Rep.* 2015; 2015 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
- 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(5):e691-6, 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(1):104-8, 2012

Διεύθυνση επικοινωνίας:

**Απόστολος Ματιάκης**

Τσιμισκή 93,

54622 Θεσσαλονίκη

Τηλ.: 2310 236207, 6932 354060

e-mail: amatiakis@dent.auth.gr

Address:

**Apostolos Matiakis**

93, Tsimiski Str.,

54622 Thessaloniki, Greece

Tel.: 0030 2310 236207, 0030 6932 354060

e-mail: amatiakis@dent.auth.gr