



# Lipoma gigante do coxim adiposo bucal: relato de caso e revisão da literatura

## *Giant lipoma of the buccal fat pad: case report and literature review*

CHANG YUNG CHIA<sup>1,2,3\*</sup>  
DIEGO ANTONIO ROVARIS<sup>3</sup>  
RODRIGO FONTANA<sup>3</sup>

### ■ RESUMO

**Introdução:** Lipomas são os tumores benignos mesenquimais mais comuns. Entretanto, são pouco frequentes na face, principalmente o tipo considerado gigante, derivado do coxim adiposo bucal. A literatura é escassa e provavelmente a sua incidência é subestimada. **Método:** Relato do caso de tratamento cirúrgico de lipoma gigante bucal e temporal recidivado, e revisão da literatura no Pubmed na língua inglesa e na Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. **Resultados:** O tumor, anatômica e morfológicamente, corresponde ao coxim adiposo bucal, foi totalmente retirado pelo acesso facial e temporal, sem sequelas ao nervo facial. Foram encontrados 31 casos relatados de lipoma de origem do coxim adiposo bucal, entretanto, vários casos foram encontrados e relatados sob outras denominações. **Discussão:** O coxim adiposo bucal é maior e mais complexo que se conhecia, e várias patologias se derivam deste, sendo importante o diagnóstico diferencial do lipoma simples com o de células fusiformes e com o lipossarcoma, devido a sua extrema semelhança. **Conclusão:** Nas lesões lipomatosas da face, a possível origem no coxim adiposo bucal deve ser considerada. Um estudo amplo dessas lesões com a finalidade de uniformizar a terminologia e de determinar a sua real incidência deve ser realizado.

**Descritores:** Lipoma; Lipomatose; Lipomatose simétrica dupla; Recidiva local de neoplasia; Cirurgia.

Instituição: Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo submetido: 27/9/2012.  
Artigo aceito: 28/1/2013.

DOI: 10.5935/2177-1235.2016RBCP0017

<sup>1</sup> Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>3</sup> Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## ■ ABSTRACT

**Introduction:** Lipomas are the most common benign mesenchymal tumors. Nevertheless, they are infrequent in the face, particularly giant lipomas, which are derived from the buccal fat pad. The literature regarding these tumors is scarce and their incidence is likely underestimated. **Methods:** We present a case report of surgical treatment of a relapsed giant buccal and temporal lipoma and review the related English literature in Pubmed and that in the Brazilian Journal of Plastic Surgery. **Results:** The tumor, which anatomically and morphologically corresponded to the buccal fat pad, was completely excised by facial and temporal access without sequelae to the facial nerve. A total of 31 reported cases of lipoma originating from the buccal fat pad were found; however, several were found and reported under other names. **Discussion:** The buccal fat pad is larger and more complex than assumed, and several pathologies are derived thereof, making the differential diagnosis of simple lipoma with fusiform cell lipoma and liposarcoma difficult due to their extreme similarities. **Conclusion:** In lipomatous lesions of the face, the possible origin in the buccal fat pad must be considered. An extensive study of these lesions with the purpose of standardizing the terminology and determining its real incidence must be performed.

**Keywords:** Lipoma; Lipomatosis; Dual symmetric lipomatosis; Local relapsed neoplasia; Surgery.

## INTRODUÇÃO

Lipomas são neoplasias constituídas por células adiposas maduras, representam os tumores benignos mesenquimais mais comuns e podem ser encontrados em todos os locais que contenham tecido gorduroso. Incidindo mais comumente no tórax e nas extremidades, o comprometimento da cabeça e pescoço é menos frequente, representando cerca de 13 a 20% dos casos. A maioria das lesões nesta região se localiza na porção posterior do pescoço e raramente se desenvolve no pescoço anterior, face e demais regiões<sup>1,2</sup>. Em pesquisa na literatura internacional, foram encontrados apenas 31 casos de lipoma do coxim adiposo bucal, o *Buccal fat pad* ou a bola de Bichat, o que indica a raridade desta doença, mesmo considerando uma possível subnotificação de casos<sup>3</sup>.

No presente artigo, relatamos o caso de um paciente com lipoma gigante do coxim adiposo bucal recidivado, tratado no Hospital Federal do Andaraí do Rio de Janeiro, RJ.

## MÉTODO

### Relato de caso

Paciente PSRC, masculino, 29 anos, procurou a Microcirurgia do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Federal do Andaraí para exérese de um tumor na região temporal, medindo cerca de 10 cm e outro

tumor na face medindo aproximadamente 10 cm no seu maior eixo, com evolução de 18 meses (Figuras 1A e 1B). O paciente referia uma lesão expansiva em região temporal esquerda há 4 anos, foi submetido à exérese cirúrgica em outro serviço em novembro de 2009, com o diagnóstico anatomopatológico de lipoma.

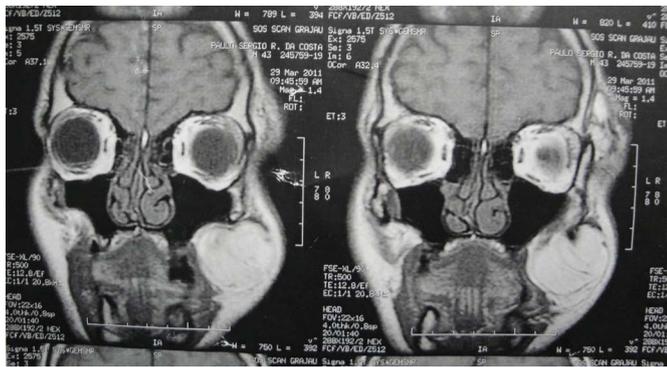
O exame de ressonância nuclear magnética após a primeira exérese evidenciava lesão expansiva lobulada de contornos regulares em topografia de região temporal e fossa infratemporal esquerda, com hipersinal em T1 e T2 e plano de clivagem com as estruturas adjacentes, sugestiva de lipoma (Figure 2).

Após avaliação pré-operatória completa e consentimento do paciente, referente a possíveis sequelas, interessando principalmente o nervo facial, foi proposto o tratamento cirúrgico para exérese total da lesão. Sob anestesia geral, foi realizada incisão pré-auricular, com extensão temporal no limite posterior do tumor e inferiormente na borda posterior da mandíbula.

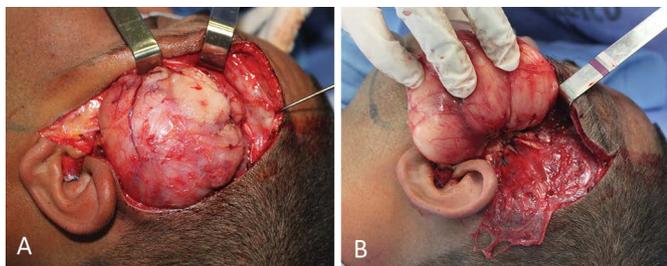
Iniciou-se com a dissecação por planos na região temporal, evidenciando-se lesão tumoral encapsulada com 10 x 10 x 5 cm. Localizava-se entre as fibras do músculo temporal, com forma de leque, prolongando-se para a fossa infratemporal, passando por baixo do arco zigomático. (Figuras 3A e 3B). O segmento localizado na face era submuscular, encapsulado e multilobulado, medindo 10 x 10 x 5 cm. Envolveria os ramos zigomáticos e bucais do nervo facial, além do ducto parotídeo, com extensão até mucosa bucal.



**Figura 1. A:** Tumor subcutâneo de 18 meses de evolução. Recidiva do tumor da região temporal com ressecção incompleta no outro serviço. **B:** Cicatriz temporal pré-capilar da cirurgia de ressecção prévia.



**Figura 2.** Ressonância magnética pré-operatória.

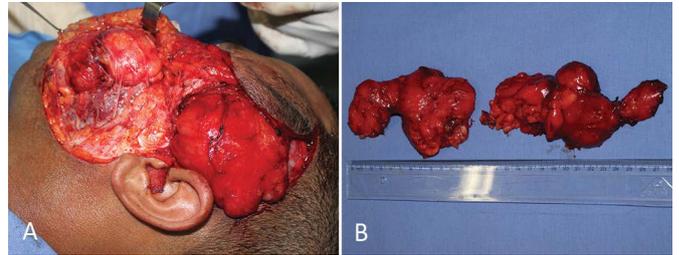


**Figura 3. A:** Tumor encapsulado e vascularizado entre as fibras do músculo temporal. **B:** O tumor se estende para a face por baixo do arco zigomático.

Foi realizada a dissecação dos segmentos superior e inferior do tumor, isolando-os dos ramos do nervo facial e do ducto parotídeo (Figuras 4A e 4B). A porção superior do tumor foi seccionada junto ao arco zigomático para permitir a exérese do restante do tumor. Procedeu-se ao término da cirurgia o fechamento por planos e drenagem a vácuo.

**Revisão da Literatura**

Foi realizada revisão bibliográfica na base de dados do Pubmed na língua inglesa sob o termo “lipoma of buccal fat pad” e na Revista Brasileira de



**Figura 4. A:** Tumor entre as camadas dos músculos faciais, dos ramos do nervo facial e do ducto parotídeo, em continuidade com o segmento temporal. **B:** Segmentos facial e temporal ressecados, medindo mais de 10 cm cada porção no seu maior eixo.

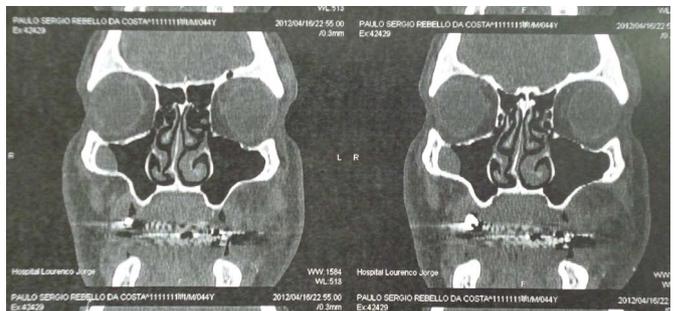
Cirurgia Plástica com os termos “lipoma do coxim adiposo bucal”, “bola de Bichat” e “lipoma”.

**RESULTADOS**

O paciente apresentou no pós-operatório imediato moderada paresia em região frontal esquerda, evoluindo com melhora progressiva durante acompanhamento, caracterizando neuropraxia de ramo temporal esquerdo secundária a manipulação cirúrgica (Figuras 5A e 5B). A análise histopatológica confirmou o diagnóstico de lipoma clássico e o controle tomográfico de 1 mês mostrou apenas alterações cicatriciais no sítio cirúrgico, não sendo identificada nenhuma lesão lipomatosa residual (Figura 6).



**Figura 5. A:** Pós-operatório de 30 dias. **B:** Cicatriz pouco perceptível.



**Figura 6.** Ressonância magnética pós-operatória.

## Revisão da Literatura

Não foi encontrado nenhum relato na Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. No Pubmed, foram encontrados 18 artigos, sendo apenas três relatos de lipoma de origem do coxim adiposo bucal<sup>1-4</sup>. Um artigo na língua portuguesa foi publicado na Revista Brasileira de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial. Outros artigos são: seis artigos sobre lipomas intraorais ou da mucosa oral<sup>5-10</sup>, quatro de pseudolipoma ou hérnia pós traumática<sup>11-14</sup>, um sobre hipertrofia por HIV<sup>15</sup>, um de lipoma da glândula parótida<sup>16</sup>, um artigo sobre aplicação do coxim adiposo bucal na cirurgia reconstrutiva da face<sup>17</sup> e dois sobre descrição anatômica<sup>18,19</sup>.

## Anatomia do coxim adiposo bucal

O coxim adiposo bucal foi descrito pela primeira vez por Heister em 1727, porém foi Bichat que descreveu sua natureza gordurosa em 1801. Esta estrutura está localizada no espaço entre os músculos da mastigação, separando-os entre si e das estruturas ósseas adjacentes<sup>3,4</sup>, entretanto, é muito maior e mais complexa do que se tinha conhecimento.

Anatomicamente, é uma estrutura grande e bem organizada localizada entre o masseter e o músculo bucinador. De acordo com as características da formação capsular, ligamentos e da rede vascular, o coxim adiposo bucal é dividido em 3 lobos: anterior, intermediário e posterior, este último é dividido em 4 segmentos.

Cada lobo é revestido por uma membrana independente, sendo cada segmento nutrido por diferentes pedículos vasculares (Figura 7). O lobo anterior localiza-se abaixo do arco zigomático, estendendo-se sobre o músculo bucinador e maxila, abaixo do músculo levantador do lábio superior e zigomático maior. O lobo intermediário localiza-se entre os lobos anterior e posterior, repousando lateralmente sobre a maxila. O segmento posterior do coxim adiposo bucal encontra-se no espaço mastigatório, estendendo-se para a fissura infraorbital, espaço ao redor do músculo temporal e ramo da mandíbula.

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. O prolongamento que se estende à fossa pterigopalatina denomina-se processo pterigopalatino. O processo pterigoide é o segmento mais posterior, preenchendo o espaço pterigomandibular. A região temporal abriga o processo temporal, que pode ser dividido em duas partes: superficial e profunda.

O segmento superficial localiza-se entre a fáscia temporal profunda e o músculo temporal, apresentando

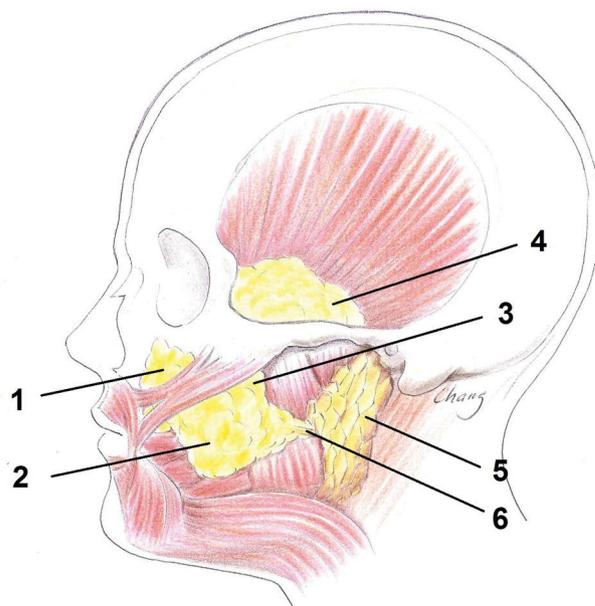


Figura 7. Anatomia do coxim adiposo bucal. 1) lobo anterior; 2) processo bucal; 3) lobo intermediário; 4) processo temporal, parte superficial; 5) parótida; 6) ducto parotídeo.

continuidade com o segmento profundo, que repousa sobre a parede da órbita e processo frontal do osso zigomático.

## Histopatologia do coxim adiposo bucal

Suspeita-se que a sua origem embriológica seja ectodérmica, diferente do tecido adiposo subcutâneo na anatomia e na fisiologia<sup>4</sup>. Diversas patologias se originam desta estrutura, tais como lipoma, lipoblastomatose, lipossarcoma, hemangioma, malformação arteriovenosa, fascite nodular além do pseudolipoma, que é uma hérnia do coxim adiposo, geralmente decorrente de trauma<sup>3,4</sup>.

As lesões expansivas do coxim adiposo bucal podem ser classificadas de acordo com seu tipo histológico em: lipomas simples (clássico), fibrolipoma, angioliipoma e lipomas de células fusiformes<sup>3,4</sup>. Essa última variedade histológica pode representar até 50% das lesões relatadas e, em alguns casos, a sua diferenciação com o lipossarcoma bem diferenciado pode ser bastante difícil<sup>3,4</sup>.

O lipoma simples (clássico) é responsável pela outra metade dos achados, sendo o subtipo encontrado no caso descrito. Podem apresentar dimensões variadas e quando atingem grandes proporções, superiores a 10 cm em um de seus planos, são denominados de lipomas gigantes.

Essas lesões são consideradas raras e, nessa situação, é de extrema importância considerar o lipossarcoma e outros tumores de partes moles como

diagnóstico diferencial, devido a sua estreita relação com o tamanho da lesão. A transformação maligna é incomum, devendo ser suspeitada em tumores com crescimento rápido, recorrentes e com ulcerações da pele<sup>3,4</sup>.

### **Tratamento de tumores do coxim adiposo bucal**

O tratamento é cirúrgico, e o acesso depende da extensão do tumor. A incisão intraoral pode ser utilizada para abordar o corpo e a extensão bucal. Nos casos de tumor de crescimento difuso, lipomas gigantes, recidivas, ou suspeita de lipossarcoma, o acesso cutâneo com prolongamento temporal e mandibular é recomendado<sup>4</sup>.

Não foram encontradas complicações pós-operatórias nos relatos na literatura. De Wijn et al.<sup>4</sup> relacionam 27 casos na sua revisão de literatura, o diâmetro dos tumores variou de 1 a 8 cm, e relatam tratamento cirúrgico de dois casos, com um caso de recidiva por se tratar de lipoma de células fusiformes.

## **DISCUSSÃO**

No presente caso, o acesso cutâneo foi preferido devido à familiaridade com a dissecação facial, pela extensão difusa temporal e facial do tumor, e pela natureza recidivante da doença. Os achados perioperatórios do caso apresentavam as características anatômicas descritas, bem vascularizada, encapsulada, com hipertrofia global, ocupando o espaço intermuscular, desde o arco zigomático até a borda da mandíbula na face com o processo temporal envolvendo todo o músculo temporal.

A patologia confirma a natureza de lipoma simples e pelas dimensões, trata-se do raro lipoma gigante do coxim adiposo bucal. A recidiva foi provavelmente devido à exérese incompleta na primeira tentativa de ressecção, em outro serviço. Todas as características anatômicas, histopatológicas, assim como a abordagem cirúrgica e o resultado, estão de acordo com a escassa literatura.

Devido a várias formas possíveis de apresentação, dependendo do grau de hipertrofia de cada lobo e processos, das diferentes composições histológicas, provavelmente muitos relatos de casos foram publicados com outros termos e classificações. A complexidade anatômica da face e do próprio coxim adiposo bucal pode levar a erros de interpretação<sup>20-23</sup>. Kakudo et al.<sup>1</sup> denominaram os dois casos de “lipoma em halter” de origem no “coxim adiposo mastigatório”<sup>1</sup>. Pyon et al.<sup>22</sup> relataram 8 casos de lipoma facial removido por endoscopia, sendo que 5 desses se localizavam abaixo do SMAS, com provável origem no coxim bucal. Assis et al.<sup>23</sup> relatam um caso de lipoma facial removido

por acesso intrabucal, localizado abaixo do músculo bucinador, que pela descrição, trata-se de lipoma do coxim adiposo bucal.

## **CONCLUSÃO**

Nas lesões tumorais volumosas ou recidivas tumorais da face, o acesso cutâneo permite melhor abordagem de todas as estruturas facial, com possibilidade de extensão cranial e caudal, permitindo a exérese completa do tumor. A origem no coxim adiposo bucal deve ser sempre considerada nas lesões lipomatosas da face. O diagnóstico diferencial com o lipoma de células fusiformes e com o lipossarcoma deve ser feito. Exames de imagem são importantes na detecção da sua natureza e na extensão anatômica. Embora rara, a transformação maligna apresenta estreita relação com o tamanho da lesão e a sua diferenciação clínica e histológica é bastante difícil.

O coxim adiposo bucal é uma estrutura anatomicamente complexa e funcionalmente não esclarecida. A literatura é pobre e confusa, artigos são publicados por cirurgiões dentistas e por várias outras especialidades médica cirúrgicas. A sua incidência provavelmente é subestimada, sendo necessário um amplo estudo anatômico cirúrgico e patológico para uniformizar esta patologia, pois a maioria das lesões lipomatosas da face e da boca publicadas provavelmente tenham a mesma origem no coxim adiposo bucal.

## **REFERÊNCIAS**

1. Kakudo N, Kusumoto K, Takemoto T, Tanaka Y, Kurokawa I, Ogawa Y. Dumbbell-formed lipomas under the zygomatic arch. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2008;61(1):107-10. PMID: 18068659 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2006.06.011>
2. Salvatore C, Antonio B, Del Vecchio W, Lanza A, Tartaro G, Giuseppe C. Giant infiltrating lipoma of the face: CT and MR imaging findings. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2003;24(2):283-6.
3. Bruccoli M, Arcuri F, Borello G, Benech A. Surgical technique of the transoral approach to remove a lipoma of the buccal fat pad. *J Craniofac Surg*. 2011;22(6):2415-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SCS.0b013e318231fe2b>
4. de Wijn RS, van der Heijden EP, Kon M. On lipoma of the buccal fat pad: report of two cases and review of the literature. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2009;62(1):28-35. PMID: 18249050 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2007.11.022>
5. Khubchandani M, Thosar NR, Bahadure RN, Baliga MS, Gaikwad RN. Fibrolipoma of buccal mucosa. *Contemp Clin Dent*. 2012;3(Suppl 1):S112-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/0976-237X.95119>
6. Kaur R, Kler S, Bhullar A. Intraoral lipoma: report of 3 cases. *Dent Res J (Isfahan)*. 2011;8(1):48-51.
7. Allon I, Aballo S, Dayan D, Vered M. Lipomatous tumors of the oral mucosa: histomorphological, histochemical and immunohistochemical features. *Acta Histochem*. 2011;113(8):803-9. PMID: 21376375 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acthis.2010.11.010>
8. de Castro AL, de Castro EV, Felipini RC, Ribeiro AC, Soubhia AM. Osteolipoma of the buccal mucosa. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15(2):e347-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.4317/medoral.15.e347>

9. Scariot R, Giovanini AF, Torres-Pereira CC, Piazzetta CM, Costa DJ, Rebellato NL, et al. Massive growth of an intraoral lipoma. *J Contemp Dent Pract.* 2008;9(7):115-21.
10. Epivatianos A, Markopoulos AK, Papanayotou P. Benign tumors of adipose tissue of the oral cavity: a clinicopathologic study of 13 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000;58(10):1113-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/joms.2000.9568>
11. Gadhia K, Rehman K, Williams RW, Sharp I. Traumatic pseudolipoma: herniation of buccal fat pad, a report of two cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009;38(6):694-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2008.12.017>
12. Takasaki K, Kihara C, Enatsu K, Kumagami H, Takahashi H. Traumatic pseudolipoma of the buccal fat pad. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;136(5):858-9. PMID: 17478232 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.otohns.2006.11.004>
13. Ribas Mde O, Martins WD, de Sousa MH, Braga AM. Traumatic pseudolipoma of the oral cavity: report of a case. *J Contemp Dent Pract.* 2006;7(4):89-97.
14. Brooke RI. Traumatic herniation of buccal pad of fat (traumatic pseudolipoma). A review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1978;45(5):689-91. PMID: 353625 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220\(78\)90141-X](http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220(78)90141-X)
15. Rotunda AM, Jones DH. Human immunodeficiency virus-associated lipohypertrophy (buccal fat pad lipoma-like lesions) reduced with subcutaneously injected sodium deoxycholate. *Dermatol Surg.* 2010;36(8):1348-54.
16. Kim DS, Kwon H, You G, Jung SN. Surgical treatment of a giant lipoma in the parotid gland. *J Craniofac Surg.* 2009;20(5):1601-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SCS.0b013e3181b1464e>
17. Conley J, Angel MF. Surgery on the buccal fat pad in masseter transfer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1988;114(3):287-90. PMID: 3342121 DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archotol.1988.01860150069017>
18. Yousuf S, Tubbs RS, Wartmann CT, Kapos T, Cohen-Gadol AA, Loukas M. A review of the gross anatomy, functions, pathology, and clinical uses of the buccal fat pad. *Surg Radiol Anat.* 2010;32(5):427-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00276-009-0596-6>
19. Dubin B, Jackson IT, Halim A, Triplett WW, Ferreira M. Anatomy of the buccal fat pad and its clinical significance. *Plast Reconstr Surg.* 1989;83(2):257-64. PMID: 2911625 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-198902000-00009>
20. Zhang HM, Yan YP, Qi KM, Wang JQ, Liu ZF. Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109(7):2509-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-200206000-00052>
21. Piattelli A, Fioroni M, Rubini C. Intramuscular lipoma of the cheek: a case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000;58(7):817-9. PMID: 10883702 DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/joms.2000.7281>
22. Pyon JK, Park BJ, Mun GH, Cha MK, Lim SY, Bang SI, et al. Endoscopic excision of cheek lipomas. *Ann Plast Surg.* 2008;61(4):413-8. PMID: 18812713 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SAP0b013e318168d304>
23. Assis GM, Silva SRP, Moraes HM, Amaral JIQ, Germano AR. Lipoma Facial Removido por Acesso Intrabucal: Caso Clínico. *Rev Bras Cir Buco-Maxilo-Fac.* 2010;10(2):89-93.

**\*Autor correspondente:**

**Chang Yung Chia**

Rua Carlos Oswald, 140 bloco 1 apto. 206, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

CEP 22793-120

E-mail: [changplastica@gmail.com](mailto:changplastica@gmail.com)