

Lipoma intra-oral: revisão da literatura e relato de 3 casos clínicos

Lipoma of the oral cavity: a literature review and a report on three clinical cases

Tereza Cristina Petrocello¹, Patrícia Perez Iucif Pereira², Viator Ferreira Reis Filho¹, Alessandro Antônio Costa Pereira², Luciano José Pereira²

RESUMO

Os lipomas são tumores benignos comuns do tecido mesenquimal, raros na cavidade oral. O objetivo do presente estudo foi apresentar uma revisão de literatura e o relato de três casos de lipomas intra-orais. Os casos relatados (2 mulheres e 1 homem) apresentaram os aspectos clínicos característicos encontrados na literatura relativos à idade entre 40 a 70 anos, coloração amarelada, tamanho variando entre 0,5 e 8cm e sintomatologia ausente. Dois pacientes apresentaram lipomas localizados em mucosa jugal e outro em assoalho de boca. O acompanhamento dos casos tem sido feito, não apresentando, até então, recidivas após 2 anos de preservação.

Descritores: Lipoma. Manifestações bucais. Odontologia.

INTRODUÇÃO

Os lipomas são tumores benignos comuns do tecido mesenquimal¹⁻⁴. Entretanto, estes são relativamente raros na cavidade oral e região maxilofacial^{5,6}. A prevalência varia entre 15% a 20% envolvendo cabeça e pescoço⁶⁻⁸ e 1% a 4,4 % na cavidade oral^{8,1,2,9}.

A localização dos lipomas de cabeça e pescoço pode variar muito, sendo mais comum na região posterior de pescoço e raro na região anterior como fossa infratemporal, cavidade oral, laringe, área tonsilar, parótida⁵, hipofaringe, nasofaringe, e espaço retrofaringeano⁶. Lipomas intra-ósseos na mandíbula são extremamente raros e devem ser diferenciados da medula óssea gordurosa¹⁰. Sítios de aparecimento de lipomas intra bucais são: mucosa jugal, fundo de saco de vestibulo, assoalho de boca, língua, face interna dos lábios, rebordo alveolar, palato e glândulas salivares^{3,11}. Fregnani *et al.*¹ avaliando 46 casos de lipomas em cavidade oral, encontraram que 21 destes foram localizados em mucosa jugal, 6 em língua, e 6 em assoalho de boca. Furlong *et al.*¹² em 125 casos encontraram predileção pela parótida (n=30) e mucosa bucal (n=29), seguido de lábios (n=21), região submandibular (n=17), língua (n=15), palato (n=6), assoalho de boca (n=50), e vestibulo (n=2).

A faixa etária mais afetada se concentra entre 30 a 70 anos de idade, sendo raro em indivíduos com menos de 20 anos^{1,3,10,11}. Os lipomas não apresentam predileção por sexo¹³⁻¹⁵. Entretanto, Furlong *et al.*¹² encontrou predileção por homens (91 casos) quando comparados à incidência em mulheres (33 casos), sendo que destes, somente 4 eram em indivíduos abaixo de 18 anos. Homens adultos são mais acometidos em região de glândula parótida e na mucosa bucal¹⁰.

Clinicamente, os lipomas apresentam-se como lesões de crescimento lento¹⁵ e expansivo^{3,11}. As lesões geralmente são únicas, sésseis, podendo ser pedunculadas, nodulares e assintomáticas, recobertas por tecido de mucosa normal^{1,20}, geralmente amarelado, quando próximas ao epitélio¹⁰. A presença de telangiectasia é frequente^{3,11} e normalmente não há presença de ulceração, a não ser quando traumatizados¹⁵. Os lipomas podem produzir ligeira elevação na superfície e permanecer com a coloração da mucosa adjacente, dificultando o diagnóstico clínico¹. Quanto à palpação, a lesão pode dar a aparência de líquido, algumas vezes com pseudo-flutuação, podendo levar ao diagnóstico errôneo de rânula¹⁵.

As lesões podem interferir na mastigação¹⁶,

¹Programa de Pós Graduação em Clínica Odontológica, Faculdade de Odontologia, Universidade Vale do Rio Verde (UNINCOR), Três Corações, MG, Brasil

²Faculdade de Odontologia, Universidade Vale do Rio Verde (UNINCOR), Três Corações, MG, Brasil
Contato: lucianojosepereira@yahoo.com.br

deglutição, fala adaptação de próteses. Em casos raros, clinicamente podem ter um comportamento semelhante ao de lesões malignas, quando comprimem estruturas anatômicas vizinhas produzindo sintomatologia¹⁴. Kennedy *et al.*¹⁷ verificaram presença de fibrolipoma em parafaringe com comprometimento do fluxo carotídeo e jugular e diminuição da luz das vias aéreas. As lesões superficiais podem tornar-se grandes o suficiente para causar deformidades estéticas, enquanto que as profundas podem causar sintomatologia por compressão¹⁰. Há relatos de úlcera crônica associada a lipoma¹⁴.

A etiologia dos lipomas ainda permanece incerta, tendo como proposição de possíveis causas a hereditariedade e alterações endócrinas, trauma e infecções sem fator estabelecido pelo aparecimento¹⁵. As possíveis teorias para o aparecimento desta lesão incluem origem embriológica (metáfase de células musculares), degeneração gordurosa, hereditariedade, causa hormonal, trauma, infecção e irritação crônica⁸. Seu acometimento é mais comum em pessoas obesas, entretanto, seu metabolismo é independente do metabolismo lipídico corporal¹³. Os indivíduos submetidos a dietas perdem gordura dos adipócitos normais e o lipoma permanece sem variação, pois os precursores dos ácidos graxos são incorporados mais facilmente à gordura normal, enquanto que a atividade da lipase lipoproteína está reduzida¹¹.

Os lipomas podem ser duplos (bilaterais) ou múltiplos em casos raros. Quando múltiplos estão em geral relacionados a lipomatoses como neurofibromatose (doença cutânea de von Recklinghausen), Síndrome de Gardner e adipose dolorosa ou Síndrome de Dercum³, sendo nestes casos considerados neoplasia, pois sua gênese é decorrente de distúrbios endócrinos¹. Os lipomas devem ser diferenciados por provas diagnósticas de rânula, cisto dermóide, mesenquimoma benigno (possui elementos angiolipomatosos), leiomiobromas, tumores de células granulares, neurofibroma, fibroma traumático, lesões granulares (mucocele, adenoma pleomórfico) e outras doenças lipomatosas¹¹.

O tamanho dos lipomas normalmente varia entre 0,5 a 8cm, sendo a média 2,2cm¹². Entretanto, foi relatado recentemente um lipoma de língua medindo 11cm de diâmetro⁵. Mainenti¹¹, em revisão de literatura, encontrou lipomas em língua pesando 180g e 320g. O tempo de duração até a excisão da lesão varia de 6 meses a 15 anos estando a média situada em 3 anos. Entretanto, existe na literatura relato de lipoma com 50 anos de duração¹².

Histopatologicamente, o lipoma é um tumor

composto de tecido adiposo, bem diferenciado, embebido por estroma de tecido conjuntivo envolvido por cápsula de tecido conjuntivo fibroso¹⁸. Embora morfológicamente indistinguíveis das células adiposas normais, as células tumorais são metabolicamente mais ativas. As células dos lipomas são sempre maduras¹⁹, vacuoladas, contendo gorduras neutras e núcleo achatado e repellido para a periferia. Este núcleo contém lípide em sua massa de cromatina. Algumas vezes a cápsula pode estar ausente ou rompida¹⁵. O estroma apresenta-se fibroso, dividindo em septos fibrosos a gordura (adipócitos) em lóbulos irregulares, e esses septos contêm vasos sanguíneos de pequeno calibre⁶. Às vezes há necessidade de análise imunohistoquímica para quando há dúvida de seu comportamento maligno ou benigno¹⁸.

Os lipomas podem apresentar-se como lipomas puros (formados somente por tecido gorduroso) ou com associação com outros tecidos. Essa singularidade ocorre porque os tumores mesodérmicos têm a propriedade de formar construção tecidual mesenquimatosa. Pode-se então encontrar componentes musculares, ósseos, fibrosos, cartilagosos e angiomatosos, formando neoplasmas mesenquimais²⁰. Portanto, os lipomas podem ser classificados em lipomas simples, fibrolipomas, lipomas de células fusiformes, intramusculares ou lipomas infiltrativos, angiolipomas, lipomas de glândulas salivares, lipomas pleomórficos, lipomas mixóides, e lipomas atípicos¹. A classificação desta lesão estabelece os seguintes subtipos: lipoma, fibrolipoma, lipoma intramuscular, lipoma de glândulas salivares menores, lipoma de células espinhosas e lipoma intra-ósseo^{1,15,21}. O lipoma intramuscular ocorre em pacientes jovens principalmente na língua¹⁵. O lipoma de células escamosas é uma variante rara, apresentando poucos casos relatados na literatura. Said-Al-Naief *et al.*²² verificaram apenas dois casos deste subtipo numa revisão de 164 casos de lipomas intra-orais, confirmando a raridade da lesão.

Fregnani *et al.*¹ em uma avaliação de 46 lesões de tecido lipídico intra-oral, encontraram que 21 (45,7%) eram lipomas, 18 (39,1%) fibrolipomas, 4 (8,65%) lipomas intramusculares, 2 (4,4%) eram lipomas de glândulas salivares menores, e 1 caso (2,2%) era lipoma de células fusiformes. Furlong *et al.*¹² encontraram segundo classificação histológica, um predomínio acentuado de lipomas clássicos (n=62) e de células fusiformes/lipomas pleomórficos (n=59); seguido de fibrolipomas (n=2) e lipomas condróides (n=2).

Secundariamente, os lipomas podem sofrer atrofia e mudanças como necroses e hialinização, sendo classificados como lipomas indiferenciados ou

lipossarcoma bem diferenciados¹². Lipomas de células fusiformes podem assemelhar-se histologicamente à lipossarcoma distinguindo-se destes por não apresentarem atipia celular e lipoblastos⁵.

Em relação à transformação lipossarcomatosas, há controvérsias entre os autores. Entretanto, malignização é rara e a maioria das variantes microscópicas não afeta o tratamento e prognóstico^{10,13,23,24}.

Existem relatos na literatura onde os lipomas podem fazer parte de alterações congênitas. Na síndrome oro-facial-digital tipo II há uma variante que apresenta lipomas intraorais, em geral na região lingual, e um relato na literatura²⁵ onde a lesão congênita lipomatosa estava associada à fenda palatina¹⁵.

O diagnóstico seguro é feito mediante exame histopatológico, embora possamos fazer diagnóstico presuntivo mediante exame por imagem e clínico. Lesões profundas de cabeça e pescoço podem ser diagnosticadas utilizando-se análise tomográfica computadorizada⁶ e angiografia^{11,17}. Tsunoda⁷ mostrou densidade específica para a lesão por exame de tomografia computadorizada, variando de -134 a -83 unidades Houunsfield, com margens bem ou mal definidas afastando o tecido mole subjacente. Já na ultra-sonografia, apresenta-se como uma lesão redonda ou elíptica, tendo sua cápsula intacta ou quase intacta, hipoeoica com linhas ecogênicas ou manchadas⁹, e na ressonância magnética aparece como áreas hiperintensas em T1 e T2²⁶.

O tratamento dos lipomas é a completa excisão cirúrgica conservadora, através de biópsia excisional¹¹ principalmente nos casos de caráter infiltrativo⁶. As recidivas são raras^{5,10,11,13,15,19} quando a lesão é excisada totalmente¹. Essa manobra é facilitada pela presença da pseudocápsula que separa a lesão dos tecidos circunvizinhos. No tratamento dos lipomas intra-orais são úteis também o uso do laser e a eletrocirurgia¹⁵.

O objetivo deste estudo foi apresentar uma revisão de literatura e o relato de três casos de lipomas intra-orais, evidenciando os aspectos clínicos, cirúrgicos e histopatológicos.

RELATO DOS CASOS

1º Caso

Paciente CFRS, sexo feminino, 43 anos, leucoderma, do lar, compareceu ao serviço de estomatologia da UNINCOR, com queixa de inchaço na mandíbula, que apareceu há 1 ano. Ao exame clínico extra-oral apresentava aumento de volume na face direita da mandíbula externamente e internamente. O assoalho de boca encontrava-se

também aumentado. Ao exame clínico intra-oral havia presença de lesão única, assintomática, medindo aproximadamente 2cm, coloração semelhante à mucosa subjacente, superfície lisa, consistência mole (Figuras 1A/1B). Foi feita biópsia excisional e o material foi encaminhado para análise histopatológica. O exame histopatológico foi conclusivo para lipoma (Figura 2A).

2º Caso

Paciente PAT, sexo masculino, 57 anos, leucoderma, autônomo, compareceu ao serviço de estomatologia da UNINCOR, para avaliação de lesão intra-oral. O paciente relatou que a lesão havia surgido há aproximadamente 5 anos. Ao exame constatada lesão única, localizada na mucosa jugal direita, avermelhada, indolor, pedunculada, com superfície lisa, medindo aproximadamente 2 cm (Figuras 1C/1D). Foi feita biópsia excisional e o exame histopatológico confirmou a hipótese diagnóstica de lipoma (Figura 2B)

3º Caso

Paciente GO, gênero masculino, leucoderma, 78 anos, compareceu ao serviço de estomatologia

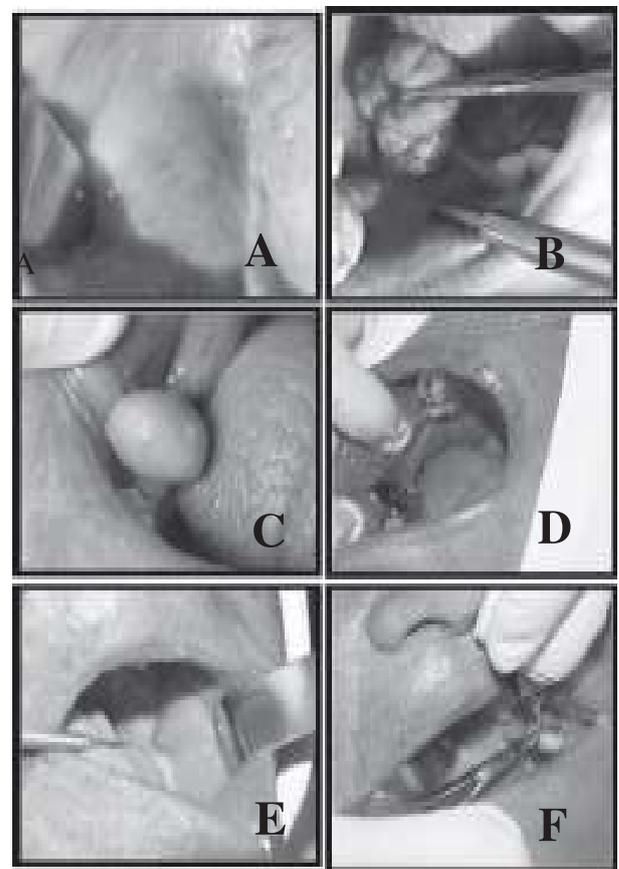


Figura 1 - Aspectos clínicos e cirúrgicos dos casos clínicos apresentados. (A e B) paciente CFRS (C e D) paciente PAT (E e F) paciente GO

da UNINCOR, com queixa de uma lesão na mucosa oral. O mesmo era portador de esclerose múltipla. Segundo o relato do paciente, a lesão estava presente há somente 3 meses. Ao exame intra-oral foi constatada lesão única, localizada na mucosa jugal

esquerda, medindo 1,5cm (Figuras 1E/1F). A lesão apresentava coloração amarelada, formato ovóide, livre, de consistência firme, dura, indolor. Foi feita biópsia excisional e o exame histopatológico confirmou a hipótese diagnóstica de lipoma (Figura 2C).

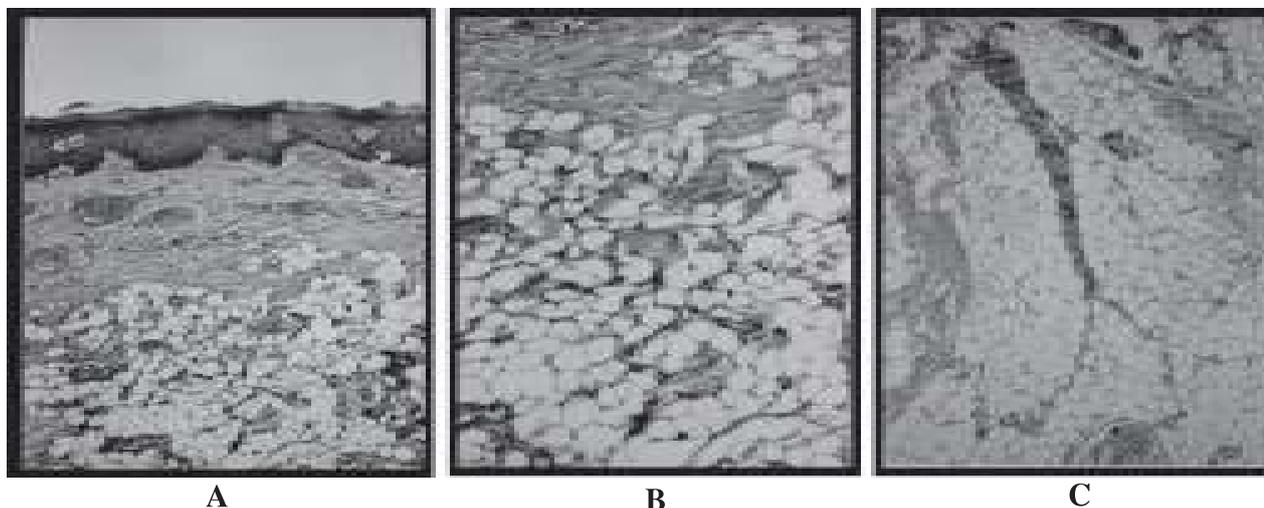


Figura 2 - Cortes histológicos dos casos clínicos apresentados. (A) paciente CFRS (B) paciente PAT (C) paciente GO

DISCUSSÃO

Os casos apresentados foram localizados em pacientes entre 40 e 80 anos de idade, faixa etária esta de maior prevalência na literatura^{1,3,10,11}. A presença de lipomas em pacientes jovens é rara. Furlong *et al.*¹² em 125 casos encontraram variação de idade entre 9 a 92 anos, sendo a média situada em 51,9 anos.

Quanto ao aspecto clínico, os casos relatados estão de acordo com a literatura em relação ao tamanho, cor e sintomatologia. Clinicamente, duas lesões foram descritas como de crescimento lento¹⁵ devido ao longo período de entre o início da lesão e o tamanho da mesma no momento da avaliação. Um dos casos apresentou crescimento rápido (3 meses). Entretanto, o paciente era portador de esclerose múltipla e com idade avançada. Desta forma, o relato de 3 meses de acometimento não pôde ser conclusivo. Não há na literatura relatos de associação entre o acometimento de esclerose múltipla e a presença de lipomas.

Todas as três lesões eram expansivas^{3,11}, únicas, sésseis, e assintomáticas, sendo recobertas por tecido de mucosa normal^{1,20}. Somente uma das lesões (3º caso) apresentava-se amarelada, pois estava próxima à superfície, sendo que as outras duas apresentavam cor semelhante ao epitélio¹⁰. Nenhuma apresentou telangectasia, que segundo Mainent¹¹ e Prado *et al.*³ é frequente. Nenhuma apresentou ulceração, o que confere com Martorelli

*et al.*¹⁵, pois essa só ocorre quando há traumatismo. Todas as três lesões examinadas apresentavam-se com aspecto gelatinoso e mole à palpação, com duas delas apresentando ligeira elevação na superfície e permanecendo com a coloração da mucosa adjacente¹. Conforme Martorelli *et al.*¹⁵ quanto à palpação, a lesão infiltrativa pode dar a aparência de líquido, algumas vezes com pseudo-flutuação, podendo levar ao diagnóstico errôneo de cisto, e em assoalho de boca ser confundida com rânula, portanto, no 1º caso relatado foi imprescindível a execução da punção explorativa antes do ato cirúrgico.

Há divergência de opinião quanto à localização e histopatológico predominante dos lipomas intra-orais. Fregnani *et al.*¹ em 46 casos estudados encontraram predominância em mucosa bucal de lipoma e fibrolipoma. Furlong *et al.*¹² em 125 casos estudados encontraram predileção pela parótida (n=30) e mucosa bucal (n=29), seguido de lábios (n=21), e quanto ao histopatológico foi evidente a predileção pelos lipomas clássicos. Rosenthal *et al.*²⁷ descreveram a raridade de lipomas de células fusiformes em glândula parótida citando 3 casos, o que não se confirma em Furlong *et al.*¹². Nos 3 casos relatados o histopatológico confirmou se tratar de lipomas clássicos. As diferentes variantes microscópicas possuem o mesmo prognóstico, muito embora os lipomas intramusculares mostrem um alto poder de recidiva devido ao seu padrão de crescimento infiltrativo, apesar de ser uma condição

bastante rara na região oral e maxilofacial^{15,28}.

Os lipomas são alvo de discrepâncias entre autores no que tange a transformação em lipossarcoma, portanto a prudência em conduzir uma preservação criteriosa deve ser utilizada sempre⁸. Nas três lesões relatadas estão sendo feitos acompanhamentos de 3 em 3 meses e não houve, até então, recidivas. Reibel *et al.*²⁴ relataram o aparecimento de um fibrossarcoma 9 anos após a remoção de um fibrolipoma em faringe.

O tratamento instituído nas três lesões foi excisão cirúrgica conservadora, através de biópsia excisional^{1,11} convencional (uso de bisturi), em vez do uso do laser e da eletrocirurgia¹⁵. Essa manobra conforme Martorelli *et al.*¹⁵ foi facilitada pela presença da pseudocápsula que separa a lesão dos tecidos circunvizinhos. Devido ao tamanho das lesões e facilidade de acesso a opção terapêutica foi realizada de maneira adequada sem a necessidade de outras técnicas cirúrgicas diferenciadas. As lesões foram removidas por completo tomando cuidado na manutenção da pseudocápsula.

Verifica-se que é fundamental a orientação dos pacientes a procurar um serviço odontológico, evitando os transtornos causados por uma lesão de maior extensão na cavidade bucal¹⁵. Diante disso foi observado que, apenas quando a lesão se torna sintomática por ulceração ou por incômodo de uso da prótese, por exemplo, é que há procura pelo serviço odontológico.

CONCLUSÃO

Todos os três casos relatados conferem com a descrição na literatura quanto ao aspecto histológico (predominância de lipoma simples), clínico (assintomático, encapsulado, redondo, de cor amarelada ou semelhante à mucosa, liso sem ulceração, a não ser quando traumatizado), e média de idade (entre 40 a 70 anos). Pode-se observar que ainda existe resistência na procura do paciente aos serviços odontológicos especializados quando há alguma lesão oral, uma vez que o tempo de constatação da lesão e a primeira consulta foram longos.

ABSTRACT

Lipomas are benign tumors of the mesenchymal tissue, which are rare in the oral cavity. The aim of the present research is to present a literature review and a report on three cases of intraoral lipomas. The current reports were found in 2 women and 1 man, and the clinical characteristics of the lipomas were similar to those found in the literature: age (between 40 and 70 years old), yellow-like lesion whose sizes varied between 0.5 and 8

cm, and an absence of symptoms. Two lipomas were located on the buccal mucosa and one on the floor of the mouth. Patient follow-up has been conducted for two years with no traces of recurrence.

Uniterms: Lipoma. Oral manifestations. Dentistry.

REFERÊNCIAS

1. Fregnani ER, Pires FR, Falzoni R, Lopes MA, Vargas PA. Lipomas of the oral cavity: clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2003;32:49-53.
2. Dattilo DJ, Ige JT, Nwana, EJC. Intraoral lipoma of the tongue and submandibular space. *J Oral Maxillofac Surg.* 1996;54:915-17.
3. Prado R, Ribeiro DPB, Fontoura RA, Sampaio RKPL, Moreira LC. A case of sublingual lipoma. *RBO.* 1998;55:226-28.
4. Ferrer MJ, Carrasco M, Amorós LI, Molla CL, Faubel M, Gil VT, et al. Lipoma pleomorfo de orofaringe. *ORL-DIPS.* 2001;28:212-4.
5. Chidzonga MM, Mahomva L, Marimo C. Gigantic tongue lipoma: a case report. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006;11:E437-9.
6. 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;24:283-6.
7. Tsunoda A. Lipoma in the peri-tonsillar space. *J Laryngol Otol.* 1994;108:693-5.
8. Tan MS, Singh B. Difficulties in diagnosing lesion in the floor of the mouth: report of two rare cases. *Ann Acad Med.* 2004;33:72-6.
9. Zhong LP, Zhao SF, Chen GF, Ping FY. Ultrasonographic appearance of lipoma in the oral and maxillofacial region. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004;98:738-40.
10. Darling MR, Darley TD. Intraoral chondroid lipoma a case report and immunohistochemical investigation. *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;99:331-3.
11. Mainenti P. Fibrolipoma of the cheek: literature review and a case report. *Rev CROMG.* 1999;5:185-91.
12. Furlong MA, Fanburg-Smith JC, Childers ELB. Lipoma of the oral and maxillofacial region: site and subclassification of 125 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004;98:441-50.
13. Neville BW, et al. *Soft tissue lesions. Oral and maxillofacial pathology.* Philadelphia: WB; 2002.

14. Del Castillo-Pardo de Vera JL, Cebrián-Carretero JL, Gómez-García E. Ulcera crónica lingual inducida por lipoma de la cavidad oral: caso clínico. *Med Oral*. 2004;9:163-7.
15. Martorelli SBF, Gueiros LAM, Junior AA, Albuquerque RS, Martorelli FO. Intraoral Lipoma of uncommon size *Odontologia. Clín Científ*. 2005;4:57-62.
16. Keskin G, Ustundag E, Ercin C. Multiple infiltrating lipomas of the tongue. *J Laryngol Otol*. 2002;116:395-7.
17. Kennedy KS, Wotowic PJ, St John JN. Parapharyngeal fibrolipoma. *Head Neck*. 1990;12:84-7.
18. Epivatianos A, Markopoulos AK, Papanayotou P. Benign tumours of adipose tissue of the oral cavity: a clinicopathologic study of 13 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2000;58:1113-7.
19. Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal: correlações clinicopatológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
20. Weiss SW, Goldblum JR. Benign lipomatous tumours. In: *Engineer and Weiss's soft tissue tumours*. 4ªed. St. Louis: Mosby; 2001. p.571-639.
21. Buric N, Krasic D, Visnjic M, Katic V. Intraosseous mandibular lipoma: a case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001;59:1367-71.
22. Said-Al-Naief N, Zahurullah FR, Sciubba JJ. Oral spindle cell lipoma. *Ann Diagn Pathol*. 2001;5:207-15.
23. Jesberg N. Fibrolipoma of the pyriforme sinuses: thirty-seven year follow up. *Laryngoscope*. 1982;92:1157-9.
24. Reibel JF, et al. Lipossarcoma arising in the pharynx nine years after fibrolipoma excision. *Otolaryngology: head and neck surgery*. 1995; 12:599-602.
25. Mahabir RC, Mohammad JA, Courtmanche DJ. Lipoma of the cleft soft palate: a case report of a rare congenital anomaly. *Cleft Palate Craniofac J*. 2000;37:503-5.
26. Chikui T, Yonetsu K, Yoshiura K, et al. Imaging findings of lipomas in the orofacial region with CT, US and MRI. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997;84:88-95.
27. Rosenthal LS, Garzon S, Setty S, Yao M. Left-sided facial mass. spindle cell lipoma of the parotid gland. *Arch Pathol Lab Med*. 2006;130:875-6.
28. Thomas S, Varghese BT, Sebastian P, Koshy CM, Mathews A, Abraham EK. Intramuscular lipomatosis of tongue. *Postgrad Med J*. 2002;78:295-7.

Recebido em 26/11/2008 - Aceito em 10/03/2009