



**CENTRO UNIVERSITÁRIO AGES
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**

**ALINE STEFANY DE ANDRADE
ANDRELYNA VITÓRIA LEAL OLIVEIRA**

**LIPOMA INTRAORAL LOCALIZADO EM BORDA LINGUAL:
RELATO DE CASO PROSERVADO DURANTE UM ANO E OITO
MESES**

**PARIPIRANGA-BA
2022**

**ALINE STEFANY DE ANDRADE
ANDRELYNA VITÓRIA LEAL OLIVEIRA**

**LIPOMA INTRAORAL LOCALIZADO EM BORDA LINGUAL:
RELATO DE CASO PROSERVADO DURANTE UM ANO E OITO
MESES**

Artigo científico apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso do Centro Universitário AGES, como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia, sob orientação Prof. Fábio Luiz Oliveira de Carvalho.

**PARIPIRANGA-BA
2022**

**ALINE STEFANY DE ANDRADE
ANDRELYNA VITÓRIA LEAL OLIVEIRA**

**LIPOMA INTRAORAL LOCALIZADO EM BORDA LINGUAL:
RELATO DE CASO PROSERVADO DURANTE UM ANO E OITO
MESES**

Artigo apresentado no curso de graduação
do Centro Universitário AGES, como um
dos pré-requisitos para a obtenção do título
de Bacharel em Odontologia.
Paripiranga, 13 de dezembro de 2022

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Fábio Luiz Oliveira de Carvalho
UniAGES

Prof. Esp. Dalmo de Moura Costa
UniAGES

Prof. Dr. Wilson Déda Gonçalves Júnior
UniAGES

Prof. Esp. Fernando José Santana Carregosa
UniAGES

Prof. Dr. Allan Andrade Rezende
UniAGES

RESUMO

O presente estudo está estruturado por meio de uma revisão de literatura associada a um relato de caso clínico de paciente masculino, 58 anos, melanoderma, ex-fumante, ex-etilista, hipertenso e em uso contínuo das medicações losartana potássica, besilato de anlodipino e Ácido Acetilsalicílico (AAS) infantil, que compareceu ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Mugival Messias Santos para consulta na especialidade de diagnóstico bucal, relatando “caroço na boca e dificuldade de falar”, manifestado há 3 meses. Ao exame intraoral observou-se nódulo único, sésil, de coloração branca-avermelhada, consistência mole e superfície lisa, com bordas rasas, contorno irregular e deslizamento fixo, sem sintomatologia dolorosa ou ulcerações secundárias, localizado em borda lingual esquerda, medindo 1,5 cm de diâmetro. Para tanto, o objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso com revisão de literatura acerca de um Lipoma Intraoral (LI) localizado em borda lingual esquerda de paciente masculino, descrevendo o pré-operatório, transoperatório, pós-operatório e preservação do caso durante um ano e oito meses. Frente às informações colhidas na anamnese, incluindo histórico médico e familiar e características observadas no exame intraoral, optou-se pela realização de Biópsia Excisional (BE), que atuou como tratamento e método de diagnóstico através do encaminhamento da peça cirúrgica para Exame Histopatológico (EH), no laudo consta que o nódulo é constituído por tecido adiposo maduro, em lóbulos, separados por septos fibrosos e finos com depósito de material amorfo mixóide, apresentando vasos sanguíneos ectasiados, logo, como possíveis diagnósticos estão o Lipoma Mixóide (LM) e o Angiolipoma Mixóide (AM), sugerindo a critério clínico o estudo imunohistoquímico complementar, que não chegou a ser solicitado, afinal, não traria diferenças relevantes ao tratamento e prognóstico. Durante a consulta de 45 dias de pós-operatório, observou-se lesão residual de 0,3 cm, essa desde então tem sido preservada sem demonstrar quaisquer sinais de evolução, logo, sem justificativa plausível para reintervenção cirúrgica imediata ao longo de um ano e oito meses. Ainda, acerca da dificuldade de fala, o paciente não apresentou melhora e foi encaminhado à fonoaudiologia, por não demonstrar adesão ao tratamento proposto e recusar-se a realizar os exercícios em casa, teve melhora discreta. Destarte, o tratamento proposto e a técnica cirúrgica realizada proporcionaram resultados estéticos, funcionais e emocionais satisfatórios ao paciente, devolvendo-lhe funções importantes do sistema estomatognático, especialmente fala, mastigação e deglutição.

Palavras-chave: Lipoma. Doenças da língua. Neoplasia benigna e Língua.

ABSTRACT

This study is structured through a literature review associated with a clinical case report of a male patient, 58 years old, melanoderma, former smoker, former alcoholic, hypertensive and in continuous use of the medications losartan potassium, amlodipine besylate and Acetylsalicylic Acid (ASA) for children, who attended the Dental Specialties Center (CEO) Mugival Messias Santos for consultation in the specialty of oral diagnosis, reporting “lump in the mouth and difficulty speaking”, manifested 3 months ago. On intraoral examination it was detected a single sessile nodule, with white-reddish coloration, soft consistency and smooth surface, with shallow edges, irregular contour and fixed sliding, without painful symptoms or secondary ulcerations, located on the left lingual border, measuring 1.5 cm. in diameter. Therefore, this work's objective is to present a case report with a literature review about an Intraoral Lipoma (IL) located in the left lingual border of a male patient, describing the preoperative, intraoperative, postoperative and complement of the case during one year and eight months. Considering the information collected in the anamnesis, including medical and family history and characteristics observed in the intraoral examination, it was decided to perform an Excisional Biopsy (EB), which operated as a treatment and diagnostic method by sending the surgical specimen for Histopathological Examination (EH), the report states that the nodule consists of mature adipose tissue, in lobules, separated by fibrous and thin septa with a deposit of amorphous myxoid material, presenting ectatic blood vessels, therefore, possible diagnoses are Myxoid Lipoma (LM) and Myxoid angioliipoma (AM), suggesting the complementary immuno-histochemical study at clinical discretion, which was not requested, after all, it would not be of relevance to the treatment and prognosis. During the consultation of 45 days after the operation, a residual lesion of 0.3 cm was observed, which has since been maintained without showing any evolution signs, therefore, without plausible justification for immediate surgical re-intervention over a year and eight months. Still, regarding the speech difficulty, the patient did not show improvement and was referred to speech therapy, for not demonstrating adherence to the proposed treatment and refusing to perform the exercises at home, he had a slight improvement. Thus, the proposed treatment and the surgical technique performed provided satisfactory aesthetic, functional and emotional results to the patient, restoring important functions of the stomatognathic system, especially speech, chewing and swallowing.

Keywords: Lipoma. Tongue diseases. Benign Neoplasm and Tongue.

LISTA DE ABREVIATÖES

AAS	Ácido Acetilsalicílico
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AM	Angiolipoma Mixóide
BE	Biópsia Excisional
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EH	Exame Histopatológico
LC	Lipoma Convencional
LI	Lipoma Intraoral
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LM	Lipoma Mixóide
PAAF	Punção Aspirativa por Agulha Fina
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01: Fluxograma detalhando a seleção dos artigos.....	11
FIGURA 02: Lesão tumoral medindo 1,5 cm no diâmetro horizontal.....	17
FIGURA 03: Lesão tumoral medindo 1,5 cm no diâmetro vertical.....	17
FIGURA 04: Incisão elíptica em bordo lateral de língua.....	18
FIGURA 05: Tensionamento das bordas do retalho.....	18
FIGURA 06: Tensionamento das bordas do retalho.....	19
FIGURA 07: Tensionamento das bordas do retalho e exposição total da lesão..	19
FIGURA 08: Tensionamento da lesão.....	19
FIGURA 09: Divulsão do tecido e remoção da lesão.....	19
FIGURA 10: Lesão nodular removida.....	20
FIGURA 11: Massa nodular flutuante em formol tamponado a 10%, devido ao seu conteúdo lipomatoso.....	20
FIGURA 12: Sutura.....	20
FIGURA 13: Sutura.....	20
FIGURA 14: Aspecto da borda lingual após remoção de sutura.....	21
FIGURA 15: Aspecto da borda lingual no pós-operatório de sete dias.....	21
FIGURA 16: Laudo histopatológico.....	22
FIGURA 17: Tecido adiposo maduro, em lóbulos separados por traves fibrosas finas, com depósito de material amorfo mixóide apresentando vasos sanguíneos ectasiados	23
FIGURA 18: Tecido adiposo maduro, em lóbulos separados por traves fibrosas finas, com depósito de material amorfo mixóide apresentando vasos sanguíneos ectasiados	23
FIGURA 19: Lesão residual após quarenta e cinco dias de pós-operatório.....	24
FIGURA 20: Lesão residual após quarenta e cinco dias de pós-operatório.....	24
FIGURA 21: Lesão residual após um ano e três meses de pós-operatório.....	25
FIGURA 22: Lesão residual após um ano e oito meses de pós-operatório.....	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo geral	9
2.2 Objetivos específicos	10
3 METODOLOGIAS.....	10
4 REVISÃO DE LITERATURA	11
5 RELATO DE CASO.....	16
6 DISCUSSÃO.....	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	21
ANEXO.....	33
AGRADECIMENTOS.....	34

1 INTRODUÇÃO

O lipoma é uma neoplasia benigna, indolor, de origem mesenquimal, composto essencialmente por tecido adiposo (PEREZ-SAYÁNS et al., 2019). É caracterizado por um aumento de volume nodular, de superfície lisa e consistência macia. Embora represente 50% dos casos de tumores benignos dos tecidos moles, apenas 1 a 4% dos casos se apresentam intraoralmente, ainda que a maior parte destes (15 a 20%) seja observada em região de cabeça e pescoço (KINI, 2020). As regiões de vestibulo da boca e mucosa jugal normalmente são as localizações mais comuns do Lipoma Intraoral (LI), sendo que, a ocorrência em região de língua, assoalho bucal e lábios é mais rara (NEVILLE, 2009).

De etiologia incerta, os lipomas podem sofrer algumas variações histológicas, as quais determinarão seu subtipo, em decorrência da junção de elementos mesenquimais e de suas demais características microscópicas específicas (LINARES et al., 2019). O LI não possui predileção fidedigna por gênero, de acordo com a maior parte da literatura, apesar de haver controvérsias entre autores; ademais, nota-se que a maioria dos pacientes que apresentam essa patologia possuem idade acima de 40 anos (NEVILLE, 2009).

Clinicamente, esse tipo de tumor de células adiposas, em sua apresentação mais clássica, possui uma aparência muito característica, a mucosa de revestimento apresenta aspecto e coloração normais, em contraste, a lesão propriamente dita possui coloração amarelada e traz uma variação de tamanho entre 1,1 cm a 3 cm; normalmente uma excisão local conservadora é a conduta de escolha para o tratamento dessa patologia que apresenta baixos níveis de recidiva (COELHO et al., 2017; PIRES et al., 2021).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Apresentar um relato de caso com revisão de literatura acerca de um

lipoma intraoral localizado em borda lingual esquerda de paciente masculino, descrevendo o pré-operatório, transoperatório, pós-operatório e preservação do caso durante um ano e oito meses.

2.2 Objetivos Específicos

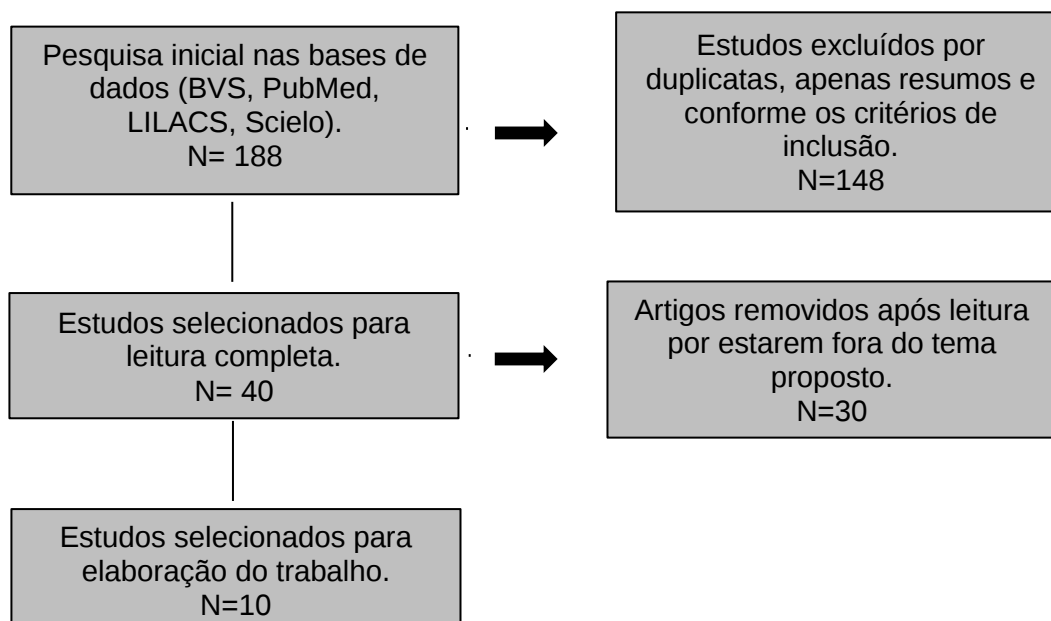
- Desenvolver uma revisão de literatura acerca de lipomas intraorais e as especificidades dessa patologia;
- Expor um relato de caso acerca de um lipoma intraoral localizado em borda lingual esquerda diagnosticado em paciente masculino, descrevendo o pré-operatório, transoperatório, pós-operatório e preservação do caso durante um ano e oito meses;
- Elucidar características clínicas, histopatológicas e critérios de diagnóstico do lipoma intraoral.

3 METODOLOGIAS

Este estudo caracteriza-se como um relato de caso com revisão de literatura, para tanto, os procedimentos técnicos utilizados para sua produção foram análise documental, pesquisa bibliográfica e estudo de caso.

Com esse intuito, a busca por artigos foi realizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo), PubMed, Portal regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Lipoma, Doenças da língua, Neoplasia benigna e Língua. Um total de 188 artigos foram encontrados por meio da busca dos indexadores e suas associações, sem qualquer filtragem. Contudo, para a confecção do presente estudo apenas 10 artigos foram selecionados após a remoção de resumos e duplicatas e ante os critérios de inclusão: atualidade (últimos 5 anos – 2017 a 2022), QUALIS periódicos (apenas revistas A1, A2, B1 e B2 para o campo da Odontologia), abordagem e compatibilidade com o tema, datados de 2017 a 2021, em inglês.

Figura 1 - Fluxograma detalhando a seleção dos artigos



Fonte: Criação das autoras (novembro de 2022)

Ademais, para a elaboração deste estudo também foram utilizados os livros “Patologia Oral e Maxilofacial”, de Brad Neville et al. (2009) e “Tommasi: Diagnóstico em Patologia Bucal”, de Antonio Fernando Tommasi (2014), considerados referências e leituras obrigatórias na área de patologia bucal.

4 REVISÃO DE LITERATURA

O lipoma é descrito como uma neoplasia mesenquimal benigna de tecidos moles derivada do tecido adiposo, composta principalmente por adipócitos maduros, com quantidade variável de feixes de colágenos e vasos. E apesar de acometer diversas regiões anatômicas, a entidade clínico-patológica é frequentemente encontrada no tronco, axilas, ombros e pescoço, mais raramente acomete a cavidade oral, nesse caso pode se desenvolver na mucosa bucal, língua, área vestibular, assoalho bucal, lábios (especialmente inferior), palato duro e mole e eventualmente o coxim adiposo bucal (PEREZ-SÁYANS et al., 2019; GOUTZANIS; CHLAOUTAKIS; KALYVAS, 2019; SANCTIS; ZARA; SFASCIOTTI, 2020; KINI et al., 2020; TOMMASI, 2014).

O termo “lipoma” não representa somente o Lipoma Convencional (LC), clássico ou simples, que é o diagnóstico mais comum, mas também uma diversidade de subtipos que diferem entre si histológica e clinicamente, dado que a proliferação de adipócitos maduros pode seguir diversos padrões e com a mistura de outros elementos mesenquimais, como: fibrolipoma, LM, angiolipoma, AM, angiomiolipoma, miolipoma, mielolipoma, lipoma de células fusiformes/lipoma pleomórfico, lipoma infiltrativo ou intramuscular, lipoma intermuscular, hibernoma, lipomatose, lipoblastoma/lipoblastomatose, sialolipomas, tumores lipomatosos atípicos, osteolipoma, condrolipoma e lipoma esclerótico. Ainda, é possível classificá-los como superficiais (subcutâneos profundos) e intramusculares (PIRES et al., 2021; PEREZ-SÁYANS et al., 2019; SANCTIS; ZARA; SFASCIOTTI, 2020; TOMMASI, 2014).

Nesse contexto, apenas 15% a 20% dos lipomas se desenvolvem em região de cabeça e pescoço, estima-se uma porcentagem ainda mais reduzida na cavidade oral, variando de 1% a 4%; representa 0,1% a 5% de todos os tumores benignos que acometem esse sítio, também representa de 0,12% a 4,4% das lesões diagnosticadas em laboratório através de EH (PIRES et al., 2021).

No que concerne à predileção por gênero, a maioria dos estudos descartam que haja alguma preferência, mostrando que o LI afeta homens e mulheres na mesma proporção. Entretanto, apesar da possibilidade de acometer indivíduos de qualquer idade e dispor de ampla faixa etária, a maior parte da literatura tem como consenso a idade média da 6ª a 7ª décadas de vida (PEREZ-SÁYANS et al., 2019; TOMMASI, 2014; COELHO et al., 2017; LINARES et al., 2019).

A etiologia dessa patologia permanece incerta, contudo, há especulações sobre a influência de fatores hereditários, mecânicos e endócrinos, traumas, processos inflamatórios e infecciosos, ninho de células embrionárias lipoblásticas, degeneração gordurosa, histórico de infarto, metáfase de células musculares, hipercolesterolemia e/ou obesidade. E apesar de estar frequentemente presente em indivíduos obesos, é válido ressaltar que o tumor tem metabolismo independente da gordura corpórea e a perda de gordura

corporal não é um método efetivo para reduzir a lesão (SANCTIS; ZARA; SFASCIOTTI, 2020; COELHO et al., 2017; NEVILLE, 2009).

Lado a lado, a maior parte dos lipomas ocorre na porção posterior do pescoço, tal que, os sítios anatômicos intraorais mais acometidos são mucosa bucal (especialmente, por dispor de tecido adiposo abundante), vestíbulo bucal, lábios, assoalho da boca e glândulas salivares. Ainda passíveis de serem acometidos, mas, em menor proporção, tendo em vista a quantidade reduzida de tecido adiposo estão o palato duro e a língua; ademais, em raros casos a neoplasia pode se encontrar intraóssea, nos maxilares (SANCTIS; ZARA; SFASCIOTTI, 2020; IMAI; NAKAZAWA; UZAWA, 2019; LINARES et al., 2019).

O subtipo histológico afeta significativamente a aparência clínica, portanto, pode ser descrito como aumento de volume nodular solitários ou múltiplo que se encontra em diferentes profundidades dentro dos tecidos, varia de bem circunscrito a lobulado e/ou mal definido, é frequentemente encapsulado, de base séssil, pedunculada e eventualmente submucoso, submerso ou intraósseo, normalmente indolor, exceto por ulcerações secundárias, sua superfície é comumente lisa e compressível, a textura pode variar de mole a fibrosa. No que se refere à coloração, pode-se apresentar como rósea, isto é, de coloração normocrômica (principalmente aquelas lesões mais profundas) ou amarelada (discreta ou óbvia), influenciada pela profundidade da lesão e do subtipo, normalmente é o LC que conta com a coloração amarelada óbvia, um excelente critério para diagnóstico diferencial (NEVILLE, 2009; SANCTIS; ZARA; SFASCIOTTI, 2020; PIRES et al., 2021; LINARES et al., 2019; KAMIL et al., 2020).

Paralelamente, o tamanho do tumor está associado ao local em que se apresenta, o tamanho médio varia de 1,1 cm a 3,0 cm, e apesar de raramente ultrapassar os 2,5 cm, eventualmente torna-se maior, nesse caso, normalmente interfere nas funções do sistema estomatognático, sobretudo, na fala e mastigação, além de prejudicar a estética. Na condição de indolor e de lenta evolução (apesar de variável) costuma ser diagnosticado mais tardiamente. Outrossim, naqueles casos em que são observadas lesões múltiplas deve-se procurar sinais e sintomas coerentes com o diagnóstico de síndromes como

neurofibromatose, síndrome de Gardner, doença de Dercum, lipomatose múltipla familiar, síndrome de Proteus ou síndrome de Cowden, (PEREZ-SAYÁNS et al., 2019; PIRES et al., 2021; TOMMASI, 2014; SANCTIS; ZARA; SFASCIOTTI, 2020).

Desse modo, desenvolver habilidades sólidas na inspeção clínica do LI é difícil frente às diversas formas de apresentação da mesma entidade clínico-patológica nos diferentes subtipos, sendo assim, é importante avaliar criteriosamente, pois garantir o manejo adequado leva ao diagnóstico precoce e tratamento imediato e ideal, que por sua vez induzem um melhor prognóstico e melhor qualidade de vida ao paciente, a curto e longo prazo (KAMIL et al., 2020).

Histologicamente, os LCs são neoplasias mesenquimais sem evidência de atipia celular, caracterizados pela proliferação de adipócitos maduros que se diferenciam microscopicamente do tecido adiposo circunjacente normal, juntamente com quantidades variáveis de tecido conjuntivo fibroso contendo feixes de fibras colágenas, esse tecido forma os septos que atuam subdividindo as células de gordura em lóbulos, além de vasos sanguíneos; podem estar presentes outros elementos mesenquimais e também podem apresentar fina cápsula fibrosa, ao passo que a proliferação de adipócitos apresenta limite bem definido para o tecido normal. Os demais subtipos apresentam diversas especificidades em sua composição (NEVILLE, 2009; COELHO et al., 2017; PIRES et al., 2021).

O LM, uma das possibilidades diagnósticas do caso discutido no presente estudo, caracteriza-se pela presença de fundo mixóide ou mucóide, que se associa e substitui de maneira parcial o tecido adiposo proliferativo, ainda, deve-se descartar o diagnóstico de LC, lipoma de células fusiformes e lipossarcoma mixóide, pois esses também podem apresentar áreas mixóides. Paralelamente, a outra possibilidade de diagnóstico é o subtipo AM, que além das características supracitadas relativas ao LM, também contém numerosos pequenos vasos sanguíneos, entretanto, apenas a presença de vasos associados às células de tecido adiposo maduro não é determinante para estabelecer o diagnóstico, tal que, deve-se observar a presença de trombos de fibrina (PIRES et al., 2021; NEVILLE, 2009).

Nesse viés, o diagnóstico definitivo se dá através do EH e embora a observação histológica e a análise imuno-histoquímica sejam o padrão ouro do diagnóstico dos lipomas, a Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) pode ser uma alternativa válida para diagnóstico complementar e pode ser realizada em consultório de maneira simples, rápida, segura e pouco invasiva. Ademais, uma particularidade do lipoma pode ser observada após a realização da BE quando a peça é colocada no formol 10% para conservação, pois a peça não afundará na solução fixadora, visto que a gordura é mais leve que essa (SANCTIS; ZARA; SFASCIOTTI, 2020; TOMMASI, 2014; KINI et al., 2020).

Ainda, em virtude da variabilidade de características entre os diversos subtipos da patologia, é necessário considerar e descartar todos os diagnósticos diferenciais, entre eles: tumores de glândulas salivares e neoplasias mesenquimais benignas, fibromas ou hiperplasias fibroepiteliais, schwannoma, neurofibroma, cistos dermóide e, epidermóide ou cisto linfoepitelial oral, hibernoma, coristoma, tumor de células granulares, hematomas, paniculite, outros tumores adipócitos, sarcoidose, infecções, eritema nodoso, nódulos vasculíticos, mucocle, rânula e linfoma (SANCTIS; ZARA; SFASCIOTTI, 2020; PEREZ-SAYÁNS et al., 2019; KINI et al., 2020).

Destarte, os LIs são idealmente tratados através da excisão cirúrgica local completa (preferencialmente a partir de acessos intraorais, evitando comprometimento estético da face) para minimizar a chance de malignização (rara) e recidiva, que é incomum na grande maioria das variedades microscópicas, exceto nos casos de lipomas intramusculares, que contam com maior probabilidade de recorrência devido a dificuldade de excisão total associada ao padrão de crescimento infiltrativo, entretanto, são tumores raríssimos na região maxilofacial. Para tanto, o planejamento da conduta do tratamento, isto é, do procedimento de excisão cirúrgica local está diretamente ligado à localização do tumor, comportamento biológico e tamanho, apesar de que o prognóstico da lesão costuma ser semelhante e positivo na maior parte dos subtipos (NEVILLE, 2009; COELHO et al., 2017; IMAI; NAKAZAWA; UZAWA, 2019).

Não obstante, outras opções vêm sendo consideradas, ainda que menos

populares que a excisão cirúrgica, entre elas destaca-se a lipólise por compostos injetáveis de fosfatidilcolina/desoxicolato de sódio na gordura subcutânea. Tão logo, planejar e decidir o tratamento ideal para cada caso, na condição de individual, sempre baseando-se em evidências científicas é essencial, principalmente naqueles pacientes que necessitam de manejo complexo de diversas doenças bucais concomitantes ao LI, assim, o gerenciamento multidisciplinar é indispensável para garantir cuidados abrangentes e holísticos no pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, além de manutenção da saúde bucal a longo prazo (KINI et al., 2020; IMAI; NAKAZAWA; UZAWA, 2019).

5 RELATO DE CASO

Paciente G. G. M, 58 anos, melanoderma, gênero masculino, ex-fumante, ex-etilista, foi referenciado através da cirurgiã-dentista da Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu bairro ao CEO Mugival Messias Santos na cidade de Nossa Senhora do Socorro (SE), para a especialidade de diagnóstico bucal. Em sua primeira consulta no CEO (maio de 2020), o paciente queixava-se da presença de “caroço na boca e dificuldade de falar” e relatava o seu surgimento há mais ou menos três meses; durante anamnese afirma se expor ao sol esporadicamente, todavia, quando se expõe não utiliza quaisquer proteção solar, além de ser hipertenso e fazer uso contínuo das medicações losartana potássica, besilato de anlodipino e AAS infantil.

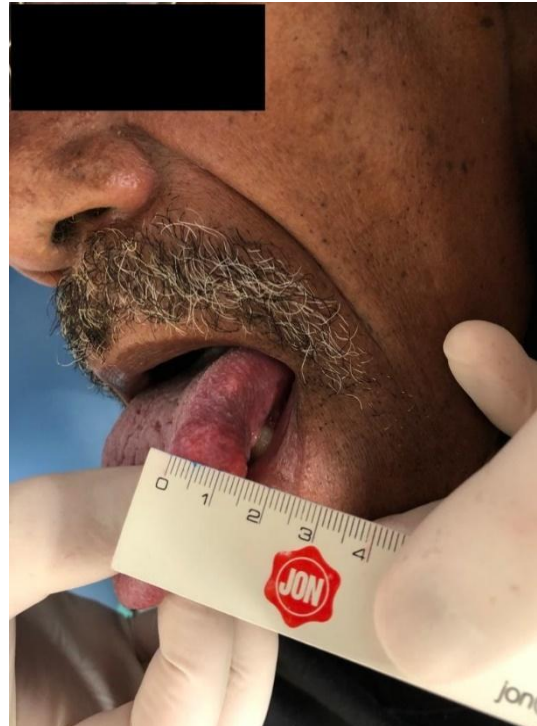
Ao exame intraoral, nota-se um nódulo único, séssil, de manifestação primitiva, sintomatologia dolorosa ausente, localizado em borda lateral esquerda da língua, medindo 1,5 cm de diâmetro (Figuras 02 e 03). A lesão possui coloração branca-avermelhada, de consistência mole e superfície lisa, com bordas rasas, contorno irregular e deslizamento fixo, sem fator traumático associado. A conduta proposta pelo profissional foi uma BE para envio da peça cirúrgica ao EH.

Figura 02 - Lesão tumoral medindo 1,5 cm no diâmetro horizontal



Fonte: Criação das autoras (maio de 2020)

Figura 03 - Lesão tumoral medindo 1,5 cm no diâmetro vertical



Fonte: Criação das autoras (maio de 2020)

⇒ Passo a passo cirúrgico

- Bochecho com Clorexidina 0,12%;
- Antissepsia extraoral com Povidine® utilizando gaze estéril e pinça Allis;
- Anestesia local infiltrativa no ápice lingual utilizando em sua totalidade $\frac{1}{4}$ de tubete de Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100000 como anestésico local, com agulha curta;
- Bloqueio do nervo lingual esquerdo associado à anestesia local infiltrativa ao redor da lesão utilizando em sua totalidade 1 tubete de Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100000 como anestésico local, com agulha curta;
- Com auxílio de lâmina 15 foi realizada incisão de formato elíptico (Figuras 04 e 05);
- Tensionamento das bordas do retalho (Figuras 06 e 07);
- Divulsão do tecido com pinça Kelly curva e remoção da lesão utilizando pinça

Dietrich, sem compressão ou manuseio excessivos (Figuras 08 e 09);

- Irrigação com soro estéril e aspiração foram realizadas copiosas e constantemente durante o procedimento cirúrgico;
- A peça foi armazenada em um recipiente de boca larga contendo Formol 10% como agente fixador, volume mínimo de 10x maior que a peça (Figuras 10 e 11);
- Foi realizada sutura no bordo lingual esquerdo, mais especificamente seis pontos simples com fio de Nylon 4-0 (Figuras 12 e 13);
- O paciente recebeu orientações pós-operatórias referentes ao repouso, alimentação, higiene, cuidados com a ferida e uso de medicação;
- A peça foi devidamente encaminhada para a avaliação laboratorial.

**Figura 04 - Incisão elíptica em
bordo lateral de
língua**



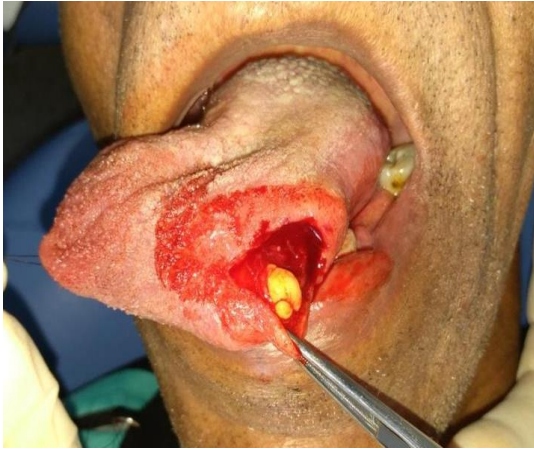
Fonte: Criação das autoras (maio de 2020)

**Figura 05 - Tensionamento das
bordas do retalho**



Fonte: Criação das autoras (maio de 2020)

Figura 06 - Tensionamento das bordas do retalho



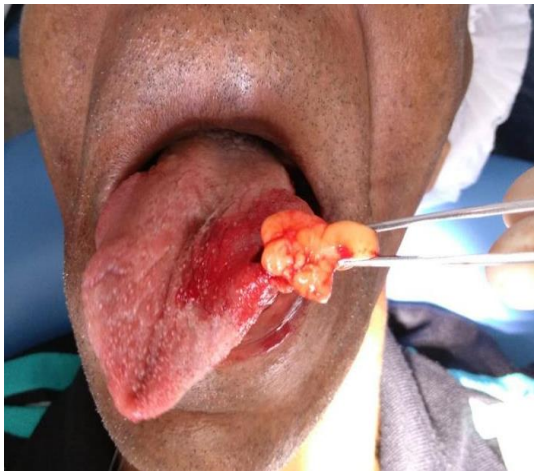
Fonte: Criação das autoras (maio de 2020)

Figura 07 - Tensionamento das bordas do retalho e exposição total da lesão



Fonte: Criação das autoras (maio de 2020)

Figura 08 - Tensionamento da lesão



Fonte: Criação das autoras (maio de 2020)

Figura 09 - Divulsão do tecido e remoção da lesão



Fonte: Criação das autoras (maio de 2020)

Figura 10 - **Lesão nodular removida**



Fonte: Criação das autoras (maio de 2020)

Figura 11 - **Massa nodular flutuante em formol tamponado a 10%, devido ao seu conteúdo**



Fonte: Criação das autoras (maio de 2020)

Figura 12 - **Sutura**



Fonte: Criação das autoras (maio de 2020)

Figura 13 - **Sutura**



Fonte: Criação das autoras (maio de 2020)

⇒ **Consulta de sete dias de pós-operatório**

O paciente retornou após sete dias para remoção da sutura, mostrando higienização precária, porém, cicatrização satisfatória, apesar do edema; e relatando pós-operatório livre de intercorrências. Contudo, a fala ainda se mostrava comprometida, optou-se por aguardar diminuição do edema para melhor observar. Ademais, ele foi orientado sobre como higienizar a língua.

Figura 14 - **Aspecto da borda lingual após remoção de sutura**



Fonte: Criação das autoras (maio de 2020)

Figura 15 - **Aspecto da borda lingual no pós-operatório de sete**



Fonte: Criação das autoras (maio de 2020)

⇒ **Laudo histopatológico**

Com oito dias após a cirurgia, o resultado da análise histopatológica concluiu que a lesão é sugestiva de LM ou AM/angiomixolipoma, recomendando estudo histoquímico complementar (Figura 16).

Figura 16 - Laudo histopatológico



LAPMA

LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Laboratório de Anatomia Patológica Dra. Mônica de Araújo
Certificado pela Sociedade Brasileira de Patologia - PICQ

Dra. Mônica Lima de Araújo - CRM 2170 - Diretora Técnica

Dra. Ana Carolina P. Coimbra - CRM 3366

Dr. Antônio Roberto de O. Ramalho - CRM 2904

Dra. Luise Meurer - CRM 4960

Dra. Lucila Bohme Pellicani - CRM 6261

Dr. Marco Aurélio Pilorgetta da Silva - CRM 6249

Dr. Silvio Constantino Valle - CRM 4491



RELATÓRIO MÉDICO

NOME: [REDACTED] IDADE: 58 Ano(s) 9 Mês(es) Nº EXAME: 026753-20

MÉDICO: Dr. (a) [REDACTED] SEXO: M R.G: [REDACTED] DATA ENTRADA: 22/10/2020

PROCEDÊNCIA: AMBULATORIAL CIDADE: N. S. do Socorro - Se DATA SAÍDA: 30/10/2020

CONVÊNIO: AMB

MATERIAL: 1: Lesão em borda lateral da língua

RESUMO CLÍNICO: - Lipoma.

PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO

MACROSCOPIA:

Material recebido em formol consta de 01 formação ovóide, de coloração amarelada e consistência elástica, medindo 2,0 x 1,6 x 1,3 cm e pesando 2g. Aos cortes, vê-se tecido amarelado, multilobulado e brilhante. (IT/05F/02B).

MICROSCOPIA:

Nódulo constituído por tecido adiposo maduro, em lóbulos, separados por traves fibrosas finas, com depósito de material amorfo mixóide, apresentando vasos sanguíneos ectasiados.

CONCLUSÃO:

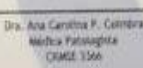
- PROLIFERAÇÃO LIPOMATOSA MIXÓIDE, SUGESTIVO DE LIPOMA MIXÓIDE/ ANGIOMIXOLIPOMA.

NOTA: RECOMENDA-SE, A CRITÉRIO CLÍNICO ESTUDO IMUNOHISTOQUÍMICO COMPLEMENTAR.

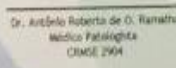
Araçuaí, 30, outubro, 2020



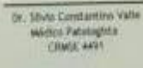
Dra. Mônica Lima de Araújo
Médica Patologista
CRM 2170



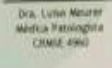
Dra. Ana Carolina P. Coimbra
Médica Patologista
CRM 3366



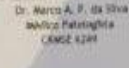
Dr. Antônio Roberto de O. Ramalho
Médico Patologista
CRM 2904



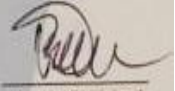
Dr. Silvio Constantino Valle
Médico Patologista
CRM 4491



Dra. Luise Meurer
Médica Patologista
CRM 4960



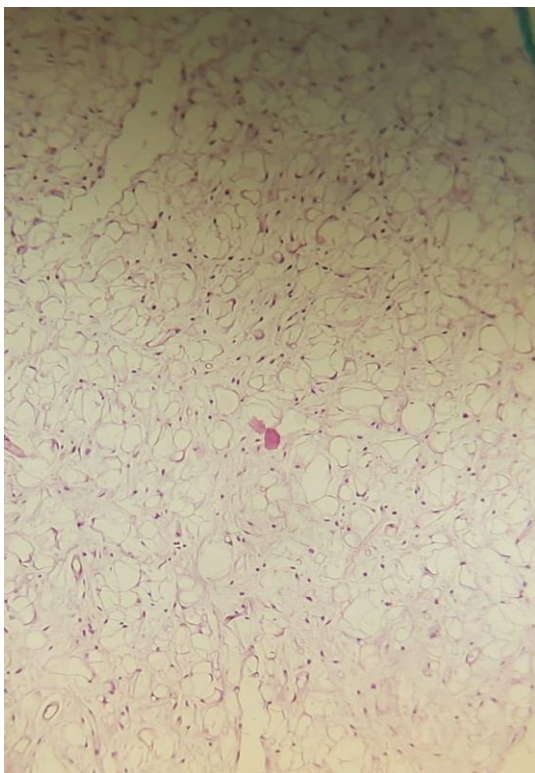
Dr. Marco Aurélio Pilorgetta da Silva
Médico Patologista
CRM 6249



Dra. Lucila Bohme Pellicani
Médica Patologista
CRM 6261

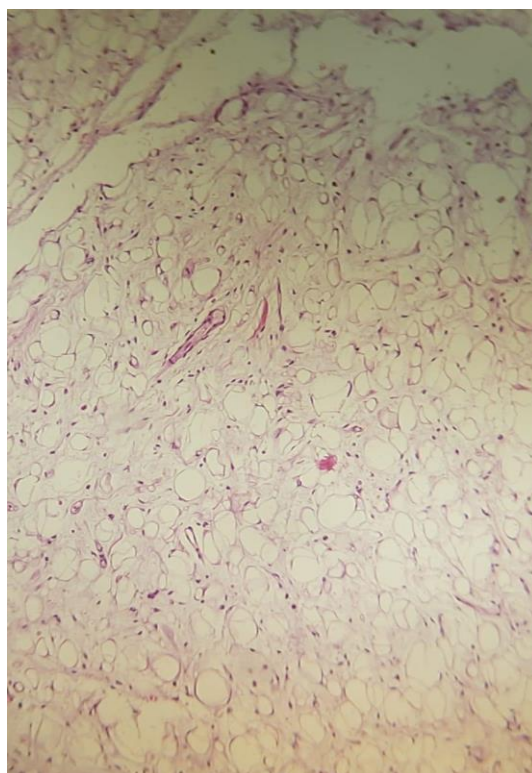
Fonte: Criação das autoras (maio de 2020)

Figura 17 - Tecido adiposo maduro, em lóbulos separados por traves fibrosas finas, com depósito de material amorfo mixóide apresentando vasos sanguíneos ectasiados



Fonte: Criação das autoras (maio de 2020)

Figura 18 - Tecido adiposo maduro, em lóbulos separados por traves fibrosas finas, com depósito de material amorfo mixóide apresentando vasos sanguíneos ectasiados

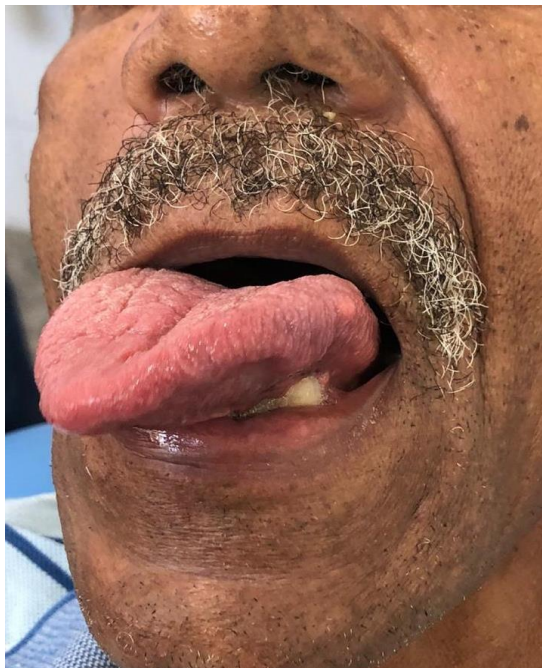


Fonte: Criação das autoras (maio de 2020)

⇒ **Consulta de quarenta e cinco dias de pós-operatório**

Observa-se higienização significativamente melhor e presença de lesão residual medindo em torno de 0,3 cm. Nesse contexto, a conduta escolhida foi a preservação da lesão. Frente à pouca melhora na fala, foi encaminhado para a fonoaudiologia.

Figura 19 - Lesão residual após quarenta e cinco dias de pós-operatório



Fonte: Criação das autoras (julho de 2020)

Figura 20 - Lesão residual após quarenta e cinco dias de pós-operatório



Fonte: Criação das autoras (julho de 2020)

⇒ **Consulta de um ano e três meses de pós-operatório**

Ainda nota-se lesão medindo em torno de 0,3 cm sem presença de edema e quaisquer sinais de fator traumático associado e sem sinais de evolução. O tamanho da lesão apresentada não justifica nesse momento quaisquer intervenções do ponto de vista cirúrgico. O paciente foi à fonoaudióloga, entretanto, recusou-se a fazer os exercícios em casa, logo, apresentou pouca melhora e se deu por satisfeito.

Figura 21 - Lesão residual após um ano e três meses de pós-operatório



Fonte: Criação das autoras (agosto de 2021)

⇒ **Consulta de um ano e oito meses de pós-operatório**

Nota-se que a lesão residual permanece medindo em torno de 0,3 cm, isto é, não foi observado crescimento e/ou evolução que justifique reintervenção cirúrgica, nem quaisquer ulcerações nas proximidades da lesão. A higienização oral voltou ao estado anterior de ineficácia; clinicamente observava-se a língua saburrosa, logo, foram reforçadas as instruções de higiene e solicitado retorno em 5 meses.

Figura 22 - Lesão residual após um ano e oito meses de pós-operatório



Fonte: Criação das autoras (janeiro de 2022)

Até o momento da última consulta, a conduta tem se mostrado efetiva, e apesar da lesão residual, ao final, foi devolvido estética e função ao paciente, que seguirá fazendo visitas regulares para observação da evolução. Ainda, é válido salientar que o paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando o uso de sua imagem para fins científicos.

6 DISCUSSÃO

Os LIs representam 0,12% a 4,4% dentre os vastos diagnósticos de patologia oral, e embora possuam variações coerentes com seu subtipo, de maneira geral, apresentam-se como tumefações móveis submucosas, amareladas e rosadas, variando de consistência mole a fibrosa recobertas por mucosa oral normal (PIRES et al., 2021). No caso em questão a lesão é descrita com coloração branca-avermelhada de consistência mole e superfície lisa.

O LI do caso é localizado na borda lingual e no que diz respeito à incidência de sítios anatômicos mais acometidos por esse tipo de lesão há significativa divergência entre autores; para Coelho et al. (2017), a mucosa

bucal é o local mais comum, em paralelo, Imai, Nakazawa e Uzawa (2019), além de concordarem com os autores supracitados incluem a língua como o segundo maior sítio de desenvolvimento do LI, seguido pelo assoalho bucal. Associadamente, Sanctis, Zara e Sfasciotti (2020) justificam que a mucosa bucal é o local mais comum para o desenvolvimento desse tipo de lesão dado que a região possui tecido adiposo abundante, em contrapartida, discordam com a afirmativa de Imai, Nakazawa e Uzawa (2019), quando dizem que a língua é o segundo maior sítio de desenvolvimento do LI e fundamentam que o palato duro e língua são localizações de menos frequência embasados no fato de que, anatomicamente, essas regiões possuem menos tecido adiposo.

Neville (2009) concorda que o sítio de menos ocorrência é a língua e assegura que 50% de todos os casos de lipoma intraorais localizam-se na mucosa jugal e vestibulo bucal, também, chama atenção para o diagnóstico desse tipo de tumor benigno em mucosa jugal, visto que, muitos deles não representam lipomas verdadeiros e sim uma herniação do coxim gorduroso através do músculo bucinador, em sua grande maioria oriundo de fatores traumáticos.

Perez-Saýans et al. (2019), em estudo multicêntrico de 97 casos de LI concluíram que do ponto de vista microscópico a maioria dos lipomas analisados eram do tipo clássico ou simples (77%), logo depois fibrolipomas (20%) e lipoma de células fusiformes (3%); entretanto, não trouxeram dados numéricos sobre a prevalência dos LM e AM, hipóteses diagnósticas do caso em pauta, assim como discutiram sobre a dificuldade do diagnóstico diferencial entre esses e demais subtipos em razão das modificações relativas dos aspectos histológicos. Nesse contexto, um diagnóstico final preciso é obtido por meio de um estudo imunohistoquímico complementar, exame que permite a detecção específica de antígenos e imunofenotipagem de tecidos e agentes infecciosos, tal qual sugerido no laudo do caso discutido, pois a conclusão diagnóstica não foi determinante quanto ao tipo de lipoma, revelando proliferação lipomatosa mixóide, sugestivo de LM ou AM.

Nessa conjuntura, o laudo da peça cirúrgica do caso enviada para EH revelou na microscopia um nódulo constituído por tecido adiposo maduro, em

lóbulo, separados por traves finas, com depósito de material amorfo mixóide, apresentando vasos sanguíneos ectasiados. Segundo Pires et al. (2021), a análise para diagnóstico do LM é cautelosa, pois ele é reconhecido pela presença de um fundo mixóide que substitui em partes o tecido adiposo proliferativo; contudo, os LCs e os lipomas de células fusiformes também podem apresentar áreas mixóides, para tanto, é indispensável descartar esses dois tipos de tumores antes do diagnóstico final. Tão logo, motivados pelas variações de arranjos histológicos Perez-Sayans et al. (2019) justificam a importância do exame imunohistoquímico.

De acordo com Tomassi (2014), as neoplasias de origem mesenquimal correspondem de 15% a 20% das neoplasias que se desenvolvem em região de cabeça e pescoço; Kini et al. (2020) complementam que dessa faixa de porcentagem anteriormente mencionada, apenas 1% a 4% representam casos de LIs e isso corresponde de 0,1% a 5% dos diagnósticos de tumores benignos da cavidade oral. Pelo exposto, infere-se o quão inabitual é o caso exibido e discutido.

No que concerne à idade mediana para o diagnóstico de lipoma, a literatura apresenta grandes variações em virtude de uma ampla faixa etária passível de acometimento. Para Perez et al. (2015), os casos desse tumor são frequentemente encontrados entre a 2ª e a 9ª décadas de vida, por outro lado e em conformidade com a idade do paciente do caso (58 anos), Coelho et al. (2017) diminuem a amplitude dessa faixa etária e sustentam que a predileção é pela 5ª e 6ª décadas de vida, não obstante, Linares et al. (2019) declaram a preferência entre a 6ª e 7ª décadas de vida, apesar de relatarem que excepcionalmente os LIs podem acometer até mesmo as crianças. Pires et al. (2021) concordam com a predileção etária citada por Linares et al. (2019) e completam que a maioria dos pacientes acometidos encontram-se na faixa dos 40 aos 60 anos, desse modo corroboram relativamente com a posição de Perez et al. (2015).

Lado a lado, assim como a faixa média de idade, a predileção por gênero dos casos de LIs é muito discutida pela comunidade científica. A maior parte dos autores está em consenso acerca da divisão igualitária da predileção entre

gêneros, entre eles: Tomassi (2014), Coelho et al. (2017). Já Neville (2009), apesar de concordar com os autores mencionados anteriormente, chama atenção para os resultados de um grande estudo mais recente evidenciando uma marcante predileção pelo gênero masculino, diferentemente de Pires et al. (2021), que trazem à luz estudos indicando prevalência por mulheres. O paciente masculino do desta investigação pode corroborar com as constatações de divisão igualitária entre os gêneros e/ou com predileção pelo gênero masculino.

Ainda, segundo Perez-Sayáns et al. (2019), o diagnóstico de LIs ocorre com frequência por meio de uma causalidade quanto ao tamanho da lesão, comprometimento estético e da fala, tal qual relatado pelo paciente do caso, que disse “tenho um caroço na língua e está atrapalhando na minha fala”.

Destarte, quanto ao tratamento desse tipo de lesão, Coelho et al. (2017) afirmam que na maioria dos casos a excisão cirúrgica completa do tumor é a melhor alternativa; Kini et al. (2020) justificam que a excisão completa é o tratamento de eleição porque as chances de recorrência e malignização desse tipo de tumor é rara. Além disso, Kamil et al. (2020) assentem que o tratamento mais adequado é aquele que inclui manejo completo para o paciente, englobando a participação multidisciplinar de outros profissionais nos cuidados abrangentes pós-operatórios e reabilitação para restabelecimento das condições normais do sistema estomatognático, conduta que pôde ser observada no encaminhamento do paciente G. G. M. ao profissional de fonoaudiologia.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O LI é uma neoplasia benigna, indolor, de origem mesenquimal, composto essencialmente por tecido adiposo, deste modo, o padrão assintomático dessa lesão reflete no crescimento despercebido pelo paciente resultando numa lesão de tamanho variável e desproporcional que pode ocasionar traumas autoinfligidos e injúrias ao sistema estomatognático quanto à fala e mastigação, além da dificuldade de higienização e danos estéticos. Esse tipo de lesão pode

ser desenvolvida por indivíduos de qualquer idade, entretanto há maior prevalência entre a 6ª e a 7ª década de vida; por outro lado, a predileção por gênero é bastante discutida, em suma, homens e mulheres são afetados igualmente. A mucosa bucal, língua e assoalho bucal são de maneira geral os sítios anatômicos de maior incidência.

O diagnóstico diferencial é essencial, seguido do tratamento de maior sucesso para essa patologia que consiste basicamente na BE da lesão e EH. A recorrência de LIs é rara e devido à sua natureza benigna, a lesão não necessita de terapias complementares mais agressivas, somente acompanhamento clínico do cirurgião-dentista e demais profissionais quando envolvidos no processo de recuperação pós-operatória; logo, a avaliação oral minuciosa e contínua é importante para permitir a detecção precoce e o manejo de qualquer lesão bucal, bem como reforçar os cuidados preventivos.

Em conformidade com a literatura, apesar da lesão residual, a conduta adotada no caso em pauta foi adequada para a patologia e capaz de proporcionar bem-estar físico e emocional ao paciente, que continua fazendo consultas periódicas para preservação.

REFERÊNCIAS

COELHO, Rodrigo Carvalho Pinto; OLIVEIRA, Eduardo Morato; SILVA, Guilherme Costa Carvalho; AGUIAR, Evandro Guimarães; MOREIRA, Allyson Nogueira; SOUZA, Leandro Napier. Intraoral Excision of a Huge Cheek Lipoma. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 29, n. 1, p. 96-97, 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/Abstract/2018/01000/Intraoral_Excision_of_a_Huge_Cheek_Lipoma.94.aspx. Acesso em: 20 agosto. 2022.

GOUTZANIS, Lampros; CHLIAOUTAKIS, Agamenon; KALYVAS, Demos. Bilateral buccal space lipoma: A rare case presentation. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 11, n. 6, p. 558, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6645264/>. Acesso em: 20 agosto. 2022.

IMAI, Tomoaki; NAKAZAWA, Mitsuhiro; UZAWA, Narikazu. Lipoma Rarely Involving Multiple Suprahyoid Fascial Spaces: A Large Lesion Removed With Bimanual Transcervical Finger Dissection Using a “Push–Pull Down” Maneuver. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 30, n. 8, p. 717-719, 2019. Disponível em: https://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/Abstract/2019/12000/Lipoma_Rarely_Involving_Multiple_Suprahyoid.118.aspx. Acesso em: 20 agosto. 2022.

KAMIL, Wan Nurhazirah Wan Ahmad; ZAINAL, Mukarramah; OMAR, Aminda Faizura; JAMALUDDIN, Tengku Intan Baizura Tengku; AHMAD, Mas Suryalis. Dificuldades de fala e mastigação após tratamento com “dentista de rua”: um caso de lipoma oral. **Cuidados Especiais em Odontologia**, v. 41, n. 1, p. 129-134, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scd.12536>. Acesso em: 20 agosto. 2022.

KINI, Yogesh; HAMAT, Anish; NAVALKLA; Komal, NAYAN, Swapna; MANDLIK, Geetanjali; GUPTA, Damini. Coexistência de lipoma intramuscular oral e hemangioma capilar lobular: relato de caso raro. **International Journal of Surgery Case Reports**, v. 77, p. 704-707, 2020. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2210261220310804?token=4CD80FA2F14124E39B18B2F8C2FECB73ADACE717D4C56FAFD8873D088D06D1AE5108042499A3E4AB40D4C9B57E4BA0A1&originRegion=us-east-1&originCreation=20221121235524>. Acesso em: 20 agosto. 2022.

LEMOES, Iolanda-Zanotelli; CABRAL, Laís Romeiro Lopes Guerra; DE SOUZA, Nicolás Souza; MEDEIROS, Paulo José D’Albuquerque; PIRES, Fábio Ramoa. Grande lipoma de células fusiformes intrabuciais. **Revista de Odontologia Clínica e Experimental**, v. 13, n. 8, p. 845, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8412806/>. Acesso em: 20 agosto. 2022.

LINARES, Matheus-Ferreira; LEONEL, Augusto César Leal da Silva; CARVALHO, Elaine Judite de Amorim; CASTRO, Jurema Freire Lisboa de; ALMEIDA, Oslei Paes de; PEREZ, Danyel Elias da Cruz. Lipomas intraorais: estudo clínico-patológico de 43 casos, incluindo quatro casos do subtipo fusiforme/pleomórfico. **Medicina oral, patologia oral e cirurgia bucal**, v. 24, n. 3, p. 373, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6530947/>. Acesso em: 20 agosto. 2022.

NEVILLE, Brad W.; DAMM, Douglas D.; ALLEN, Carl M.; BOUQUOT, Jerry E. **Patologia**

oral e maxilofacial. Tradução de Danielle Resende Camisasca Barroso. 3. ed. Brasil: Elsevier, 2009, p. 525-526.

PEREZ-SAYÁNS, Mario; BLANCO-CARRIÓN, Andrés; OLIVEIRA-ALVES, Monica G.; ALMEIDA, Janete Dias; ANBINDER, Ana Lia; LAFUENTE-IBÁÑEZ, Irene de Mendoza. Multicentre retrospective study of 97 cases of intraoral lipoma. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 48, n. 6, p. 499-504, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jop.12859>. Acesso em: 20 agosto. 2022.

PIRES, Fábio Ramôa; SOUZA, Lucas; ARRUDA, Rafael; CANTISANO, Marília Heffer; PICCIANI, Bruna Lavinias Sayed; SANTOS, Teresa Cristina Ribeiro Bartholomeu dos. Intraoral soft tissue lipomas: clinicopathological features from 91 cases diagnosed in a single Oral Pathology service. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 26, n. 1, p. 90-96, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7806349/>. Acesso em: 20 agosto. 2022.

SANCTIS, Cláudio Maria de; ZARA, Francesca; SFASCIOTTI, Gian Luca. Intraoral Lipoma: A Case Report and Literature Review. **The American Journal of Case Reports**, v. 21, p. 923503-1, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7327751/>. Acesso em: 20 agosto. 2022.

TOMMASI, Antonio Fernando. **Diagnóstico em patologia bucal**. 4. ed. Brasil: Elsevier, 2014, p. 514-515.

ANEXO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Conforme CNS, Resolução 196 de 10/10/96)

Termo de esclarecimento

Venho através deste esclarecer que o senhor(a) está sendo convidado (a) a participar de um estudo que objetiva: Lipoma intraoral localizado em borda lingual: Relato de caso preservado durante um ano e oito meses. Caso o senhor(a) participe, será necessário responder algumas perguntas. Não será feito procedimento nenhum que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. O seu nome não será apresentado.

O Senhor(a) poderá ter acesso a todas as informações que quiserem, podendo não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Não haverá despesas para o senhor (a).

Termo de Consentimento Livre, após esclarecimento

Eu, _____, li o esclarecimento e compreendi a serventia desse estudo e qual procedimento serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper a participação a qualquer momento. Sei que o meu nome não será divulgado, que não terei despesas para participar do estudo.

Eu concordo em participar do estudo.

Paripiranga-Ba, ____ de _____ de 2022.

Assinatura do voluntário: _____

Assinatura do pesquisador responsável: Aline Stefany de Andrade
Telefone: (XX) xxxxx-xxxx

Assinatura do pesquisador responsável: Andrelyna Vitória Leal Oliveira
Telefone: (XX) xxxxx-xxxx

Assinatura do pesquisador orientador: Fabio Luiz Oliveira de Carvalho
Telefone: (XX) xxxxx-xxxx

AGRADECIMENTOS

Este estudo é fruto de um esforço coletivo, nele, diversas pessoas participaram direta e/ou indiretamente, mas, essencialmente da nossa amizade e parceria, na qual compartilhamos nosso amor pela Odontologia e pela ciência.

Somos inenarravelmente gratas ao professor Mark Sabey, nosso mentor, que nos concedeu por intermédio do seu amor e dedicação pela docência diversas oportunidades de crescimento e aprendizagem nas áreas de cirurgia e patologia oral, dentre elas o estágio supervisionado extracurricular no CEO de Nossa Senhora do Socorro (SE), onde passamos diversas segundas e terças-feiras no decorrer desses últimos anos de faculdade, vivenciando a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e aprendendo a lidar com suas fragilidades, sobretudo, com a fragilidade humana.

Ainda, conhecemos pessoas incríveis que nos ensinaram muito sobre gentileza, proatividade, cuidado e trabalho em equipe, especialmente, às Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) Honaide, que nos acolheu, presenteou, nos tratou como filhas, nos deu a sensação de casa e teve paciência para expandir nossa visão limitada e acostumada com os privilégios da faculdade; e Rosa, por nos tratar com carinho, rir conosco e notar nossas pequenas evoluções.

Não obstante, a cirurgiã-dentista Dra. Alliny Bastos, sempre gentil e cordial conosco, que nos permitiu observar e aprender com diversos casos de patologia oral, nos fazendo aguçar nossa mente e olho clínico para estabelecer diagnósticos e mostrando a importância de ouvir o paciente. Somos gratas, sobretudo, pelo caso relatado neste estudo, no qual ela gentilmente nos ajudou fornecendo material para sua confecção e se disponibilizando para eventuais dúvidas.

Também somos imensamente gratas ao nosso querido professor Wilson Déda, com quem aprendemos tanto sobre Odontologia e sobre vida, e de quem eu, Aline, tive o privilégio de conhecer e acompanhar enquanto monitora de Estomatopatologia, acentuando ainda mais meu apreço pela área e admiração por ele. Ademais, estendemos nossa gratidão a todos os professores, dentistas ou não, que fizeram parte de nossa trajetória com a Odontologia e que

contribuíram ativamente para nossa construção profissional e nos fizeram valorizar a interdisciplinaridade.

Ao nosso orientador e professor de anatomia humana Fábio Luiz, que nos inspirou com sua trajetória de vida e paixão ilimitada pelo saber e nos introduziu de maneira tão didática ao universo da saúde humana, marcando o início e o fim da nossa graduação. Além disso, agradecemos à Instituição e aos demais colaboradores, por fazerem parte deste sonho.

Aos nossos amigos de graduação, com quem trocamos confissões, partilhamos incertezas, angústias, alegrias, momentos de diversão e dividimos conhecimentos e experiências adquiridas ao longo desta jornada. Desejamos que vocês sejam imensamente felizes e prósperos na Odontologia.

Acima de tudo, eu, Andrelyna, sou profundamente grata àquele que é minha fortaleza e refúgio, Deus. Ele que esteve presente incansavelmente e se manteve no controle de todos os momentos dessa difícil e prazerosa jornada, me ensinando que as tempestades chegam para desafiar os meus planos, mas, sobretudo, que a calma e a minha fé são alimentos de confiança no Seu propósito. O Seu agir está sendo lindo e perseverante continuarei na minha missão.

Por fim, dedicamos este trabalho aos nossos pais Aroaldo, Acácio (*in memoriam*), Selma e Nadjane, avós João Oliveira, João Francisco, Iracema, Josefa/“Vozinha” (*in memoriam*), Manoel (*in memoriam*), Luzinete (*in memoriam*) e tios, por todo amor e encorajamento; aos nossos irmãos e mais novas gerações da família, no intuito de incentivá-los a buscar conhecimento. E aos nossos pacientes, por terem assegurado seus corpos em nossas mãos para que deles fizéssemos instrumento de conhecimento e ciência.

Quem come do fruto do conhecimento, é
sempre expulso de algum paraíso
(MELANIE KLEIN).