

## LIPOAMELE: TUMORI RARE ALE GLANDEI PAROTIDE

Daniela Trandafir, D. Gogălniceanu, Violeta Trandafir, Carmen Vicol, V.V. Costan  
Clinica Chirurgie Orală și Maxilo-Facială  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași  
Facultatea de Medicină Dentară

**LIPOMAS: RARE TUMORS OF THE PAROTID GLAND (Abstract):** Lipomas are the most commonly encountered benign mesenchymal tumors, arising in any location where fat is normally present. Their occurrence in the head and neck area is relatively rare (25% of lipomas). Lipomatous lesions accounted for only 0.6-4.4% of all parotid tumors and, therefore, are often not considered in the initial differential diagnosis of a parotid mass. 14 cases of lipomatous tumors of the parotid glands (1.5% of all parotid tumors) have been diagnosed and treated in our department during 15 year-period (1992-2006); six were focal lesions and eight were diffuse lipomatosis. The most common presentation was that of a slowly enlarging, soft and painless mass. Clinical examination alone is insufficient to identify the nature and location of parotid lipomas. Ultrasonography, high-resolution CT scanning, magnetic resonance imaging (MRI) and fine needle aspiration biopsy (FNAB) may be helpful in diagnosis. None of these preoperative examinations allows an absolute reliable distinction between a lipoma and a liposarcoma. All patients were treated by surgical excision. Superficial parotidectomy was the treatment of choice and no recurrence was detected in 3 years (mean period) of follow-up. Surgical intervention in these tumors is challenging because of the proximity of the facial nerve, and thus, knowledge of the anatomy and meticulous surgical technique are essential. The postoperative aesthetic and functional results were the major concerns. The complete surgical excision will minimize the possibility of a recurrence and will also lead to a definitive diagnosis.

KEY WORDS: PAROTID GLAND, TUMOR, LIPOMA

Correspondență: Dr. Trandafir Violeta, Clinica Chirurgie Orală și Maxilo-Facială, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași, Bd. Independenței, nr. 1, 70011, Iași; e-mail: trandv1969@yahoo.com\*

### INTRODUCERE

Lipoamele sunt tumorile benigne mezenchimale cel mai frecvent întâlnite, care seamănă histologic cu țesutul adipos matur, însă prezența capsulei fibroase ajută la diferențierea lor de simplele agregări grăsoase [1]. Doar 25% dintre lipoame (și variantele lor) apar în regiunile capului și gâtului [2], cele mai multe fiind localizate subcutanat cervical posterior [3,4]. Obișnuite în acele regiuni ale corpului unde țesutul adipos este prezent, lipoamele sunt totuși rare la nivelul feței [5]. Și mai rar se pot dezvolta în glanda parotidă, incidențele raportate variind între 0,6-4,4%, cu o frecvență mai mare în decadele 5 și 6 de viață și o predominanță netă la sexul masculin [6]. După topografia exactă pe lobul parotidian (superficial sau profund), lipoamele interesând lobul profund parotidian sunt extrem de rare [7]. Datorită rarității lor, adesea lipoamele nu sunt luate în discuție în diagnosticul diferențial inițial al tumorilor glandei parotide [8].

### MATERIAL ȘI METODĂ

Am efectuat un studiu retrospectiv al tumorilor benigne de glande parotide diagnosticate și tratate în Clinica Chirurgie Orală și Maxilo-Facială Iași, într-o perioadă de 15 ani (1992-2006), concentrându-ne atenția pe tumorile lipomatoase dezvoltate la acest nivel.

Foile de observație clinică, protocoalele operatorii și buletinele cu rezultate histopatologice au fost analizate pentru următorii parametri: debutul și evoluția clinică a leziunii până la consultul din clinica noastră, motivele adresabilității medicale, explorări paraclinice pentru aflarea caracterelor structurale ale tumorii și localizarea ei, metoda de

---

\* received date: 29.01.2007  
accepted date: 8.02.2007

tratament chirurgical pentru care s-a optat, rezultat histopatologic, rezultate post-operatorii, complicații.

### REZULTATE

Într-o perioadă de 15 ani (1992-2006), în Clinica de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială din spitalul „Sf. Spiridon” Iași au fost diagnosticate și tratate 933 tumori benigne ale glandelor parotide, dintre care 14 au fost tumori lipomatoase (1,5%). În șase cazuri (0,64%) am constatat lipomul ca leziune focală intraparotidiană (mai precis, interesând doar lobul superficial) în timp ce alte opt cazuri (0,85%) s-au dovedit a fi leziuni lipomatoase difuze parotidiene. Precizăm că nu am luat în calcul, la raportarea acestor rezultate, infiltrările lipomatoase ale glandelor parotide care fac parte din tabloul clinic general al unor entități definite, cum ar fi lipomatoza simetrică multiplă cu predominanță cervico-facială (boala Madelung sau sindromul Launois-Bensaude).

Dintre cele 6 lipoame (adevărate) parotidiene, 5 au interesat sexul masculin (rata după sex, bărbați/femei= 5/1), cu vârste cuprinse între 41 respectiv 51 ani (media de vârst -47 ani).

Examenul clinic al acestor tumori parotidiene a relevat în fiecare caz o masă (unică sau lobulată) asimptomatică, cu creștere lentă, mobilă odată cu glanda, moale, nedureroasă. Perioada medie de la debutul tumorii până la consultul clinic a fost de 4 ani, ajungând la un diametru final de 6 cm (valoarea medie a celui mai mare ax). Motivul adresabilității a fost doar considerentul estetic, niciuna dintre formațiuni nefiind însoțită de semne ale disfuncției de nerv facial corespondent.

Principala problemă în diagnosticul diferențial al acestor mase palpabile în regiunea parotidiană a reprezentat-o deosebirea față de celelalte tumori benigne ale glandelor salivare parotidiene. Cu suspiciunea clinică de lipom parotidian s-a procedat în continuare la studiul imagistic: ecografie -2 cazuri, ecografie urmată de examen computer-tomografic -2 cazuri, ecografie urmată de imagistică prin rezonanță magnetică -2 cazuri, în ultimele 4 cazuri enumerate conturându-se preoperator diagnosticul de certitudine de lipom intraparotidian.



Fig. 1 Lipom parotidian – aspect preoperator

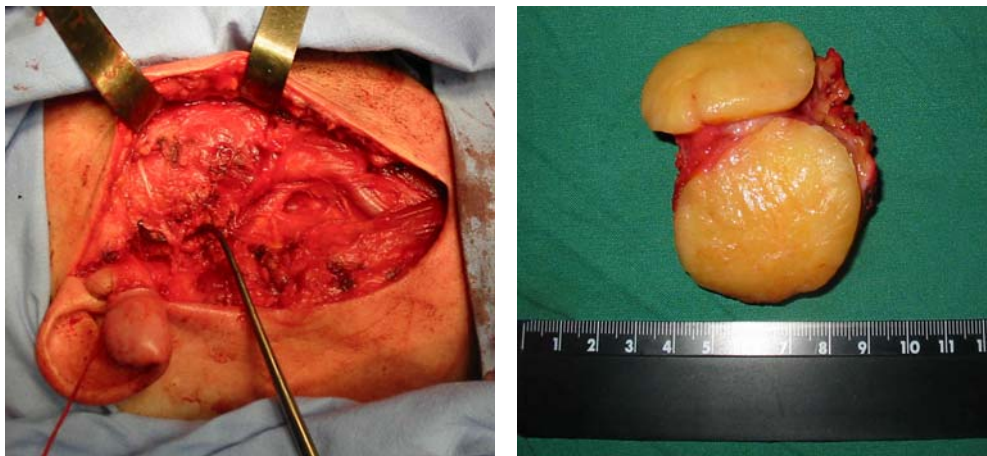
În toate cazurile analizate ale lipoamelor parotidiene diagnosticate în serviciul nostru, s-a optat pentru extirparea lor chirurgicală prin parotidectomie superficială. Evoluția postoperatorie a fost simplă, cu rezultate (estetice și funcționale) foarte bune. Nu s-au consemnat recidive locale într-o perioadă medie de urmărire de 3 ani.

Menționăm că din punct de vedere al analizei histopatologice a pieselor operatorii s-au înregistrat lipoame obișnuite, neregăsind pentru lipoamele cu localizare parotidiană, variante ale acestei tumori adipoase, cu particularități histologice, rar citate în literatură.

Prezentăm sintetic cazul unui pacient în vârstă de 41 ani, din mediul rural, lucrător în industria lemnului, care a fost diagnosticat și tratat în clinica noastră pentru un lipom intraparotidian drept, în martie 2004.

La internare s-a constatat o deformare a regiunii parotidiene drepte printr-o formațiune tumorală cu limite imprecise, de circa 4-5cm, ca o masă moale, mobilă odată cu glanda, nedureroasă (Fig. 1) cu evoluție de creștere progresivă în dimensiuni într-o perioadă de 4 ani, fără a-și modifica ritmul de creștere în ultimele 3 luni.

Tegumentul suprajacent nemodificat era mobil pe formațiunea descrisă și nu s-au observat semne ale disfuncției nervului facial drept. Considerentul estetic a fost singurul motiv de adresabilitate. În rest, examenul clinic nu a decelat alte modificări. Explorările biumorale au avut rezultate în limite normale (inclusiv cele ale metabolismului lipidic). Ecografia parotidiană dreaptă descrie o formațiune de părți moi centrată pe parotida dreaptă spre polul inferior, cu fenomene congestive inflamatorii și vascularizație superficială crescută. Examenul CT evidențiază în aria parotidiană dreaptă, la nivelul lobului superficial, o masă omogenă cu densitate de țesut adipos, cu puține septuri, care nu își crește densitatea la administrarea substanței de contrast. Se intervine chirurgical, sub anestezie generală, cu o incizie cutanată standard pretragiană și laterocervicală, și se efectuează extirparea tumorii adipoase prin parotidectomie superficială, cu conservarea nervului facial și mioplastie din sternocleidomastoidian (Fig. 2).



**Fig. 2 Lipom parotidian**

- a) aspect intraoperator – evidențierea nervului facial;  
b) piesa operatorie

Evoluția postoperatorie a fost simplă, cu rezultate cosmetice și funcționale foarte bune (Fig. 3). Controalele efectuate la o lună, 6 luni, un an și respectiv 2 ani postoperator nu au decelat alte modificări și nici recidivă locală.

## DISCUȚII

Lipomul este o tumoră benignă comună alcătuită din celule adipoase mature, și apare predominant la nivel dorsal superior, al umerilor și abdomenului. Rar se dezvoltă în regiunea glandei parotide, prezentându-se ca o masă intra-sau para-parotidiană, moale, nedureroasă, mobilă, cu creștere lentă [9,10]. Paralizia de facial sau durerea sunt simptome neobișnuite pentru lipomul parotidian [6]. Probabil datorită modelului de creștere lentă și flexibilă nu există aceste simptome în primii ani de evoluție.

Diagnosticul corect preoperator nu este întotdeauna doar unul clinic, principala problemă în fața unei mase palpabile în aria parotidiană constituind-o diferențierea între

diversele tumori benigne ale glandei parotide, întrucât nu există trăsături clinice unice prin care lipomul să se deosebească de celelalte entități [10,11]. Diagnosticul clinic al lipomului de parotidă este, în general, dificil; examenul clinic este insuficient pentru a identifica natura leziunii și localizarea lipomului (în lobul superficial sau profund ori în ambele). Examinarea imagistică preoperatorie (ultrasonografie, computer-tomografie (CT), imagistică prin rezonanță magnetică (IRM)) pot fi utile în diagnostic.

În cazurile suspectate a fi lipoame, în aria cap-gât, studiul imagistic inițial s-a realizat prin ecografie [12,13]. În comparație cu examenul CT și IRM, ecografia se efectuează mai rapid și ușor, este puțin costisitoare iar prin folosirea traductorilor de frecvență înaltă este mai adecvată pentru structurile superficiale [14].



**Fig. 3 Aspect postoperator, control la 1 lună**

La examenul CT, lipoamele au caractere tipice – mase omogene, cu valori între -50 până la -150 unități Hounsfield, și nu își cresc densitatea la administrarea mediului de contrast [13,15].

IRM poate de asemenea, diagnostica lipoamele (preoperator, cu acuratețe) prin compararea intensității semnalului pe imaginile în secțiunile T-1 (semnal tipic hiperintens) și T-2 [15]. Mai mult, limita unui lipom este clar definită prin IRM ca un lizereu „negru”, permițând lipoamelor să fie deosebite de țesutul adipos înconjurător, diferențiere care nu poate fi făcută pe imaginile CT [16]. Deși IRM poate furniza caracteristici mai precise despre marginile tumorii adipoase, scanarea CT (cu rezoluție înaltă) cu înregistrarea radiodensității specifice țesutului adipos pare să fie investigația preoperatorie preferată [14], probabil și din motivul costului IRM (de 3 ori mai mare decât al examenului CT).

Biopsia prin aspirație cu ac fin (FNAB – Fine Needle Aspiration Biopsy) necesită un citologist experimentat și are încă o rată semnificativă de rezultate fals negative în diagnosticul tumorilor de glande salivare, inclusiv a lipoamelor de parotidă [7,16]. Unii autori, incriminează fibroza sau aderența între ramurile nervului facial și capsula lipomului după FNAB, măbind riscul lezării nervului facial în timpul operației [14].

Niciuna dintre aceste explorări preoperatorii nu permite o diferențiere în siguranță între un lipom și un liposarcom [17]. Examenul histopatologic al piesei operatorii este necesar pentru a exclude malignitatea [10]. Diagnosticul diferențial trebuie să includă și variantele rare de lipoame (sialolipomul și lipomul pleomorf) [10] precum și diferențierea între lipomul obișnuit și lipomatoză [18-20].

În ce privește evoluția lipoamelor parotidiene, se menționează în literatură posibilitatea extensiei posteromediane, între mușchii sternocleidomastoidian și digastric cu apariția unei mase moi asimptomatice laterocervical superior sau extensia în spațiul

laterofaringian (în cazul lipoamelor profunde parotidiene) cauzând deplasarea peretelui faringian lateral și/ sau a amigdalei [14].

Cunoașterea localizării exacte a lipomului intraparotidian este un considerent important pentru alegerea tehnicii chirurgicale potrivite. Spre deosebire de lipoamele cu alte localizări, cele din glanda parotidă nu pot fi ușor extirpate prin simplă disecție. Îndepărtarea acestor tumori necesită expunerea în întregime a segmentului intraparotidian al nervului facial [7].

Managementul chirurgical al lipoamelor parotidiene recunoaște în literatură mai multe procedee: enucleere [21-23], parotidectomie superficială [21,24,25], extirparea în totalitate a lipomului lobului profund parotidian, după parotidectomie superficială [9,22], parotidectomie totală conservatoare [21,26], disecția lobului superficial parotidian, îndepărtarea lipomului lobului profund, re poziționarea și păstrarea lobului parotidian superficial ridicat în disecție [14].

Procedura cu păstrarea lobului parotidian superficial are următoarele avantaje: a) ajută la menținerea mai bună a conturului facial; b) evită excizia surplusului de piele; c) scade incidența sindromului Frey<sup>†</sup> postoperator [14].

Este posibilă și urmărirea conservatoare a pacienților reticenți la actul chirurgical a căror leziuni parotidiene (de tip adipos benign) au fost corect diagnosticate prin CT sau IRM, practicând periodic aceleași explorări imagistice, atâta timp cât nu evoluează [9,14,26].

Dintre complicațiile posibile postoperatorii se remarcă disfuncția tranzitorie a nervului facial (este necesară o disecție meticuloasă și monitorizarea în permanență intraoperator a nervului facial) [7,16]. Alte morbidități postoperatorii sunt: cicatricea feței, asimetria conturului și sindromul Frey. Toate acestea trebuie explicate pacienților înainte de intervenția chirurgicală [14].

Rezultatele estetice și funcționale trebuie să reprezinte principala preocupare în tratamentul chirurgical al lipoamelor de parotidă care trebuie practicat de chirurghi experimentați în disecția minuțioasă a nervului facial. Dacă este corect extirpat, lipomul nu recidivează [10].

## CONCLUZII

Deși sunt cele mai comune tumori benigne mezenchimale, lipoamele se dezvoltă rar în glanda parotidă (0,6-4,4% dintre tumorile de parotidă) și de aceea, nu fac parte din entitățile care se discută obișnuit în diagnosticul diferențial al unei mase tumorale cu localizare parotidiană.

Lipomul de parotidă se prezintă adeseori ca o tumoră asimptomatică, moale, nedureroasă, mobilă odată cu glanda, cu creștere lentă dar diagnosticul corect preoperator este dificil de stabilit fără ajutorul explorărilor imagistice (ecografie, computer-tomografie sau prin rezonanță magnetică).

În alegerea metodei de tratament chirurgical se are în vedere topografia tumorii adipoase (lobul superficial mai frecvent, lobul profund mai rar implicat sau chiar ambele).

Pentru extirparea unui lipom parotidian se pot efectua (în funcție de localizarea acestuia) următoarele tipuri de intervenții: enucleere, parotidectomie superficială, extirparea lipomului lobului profund după parotidectomia superficială formală, parotidectomie totală conservatoare sau extirparea lipomului lobului profund după disecția lobului superficial parotidian cu re poziționarea și păstrarea lobului superficial parotidian.

Practicate de chirurghi experimentați în disecția meticuloasă a ramurilor nervului facial, intervențiile chirurgicale de extirpare a lipoamelor parotidiene vor avea rezultate estetice și funcționale foarte bune, fără recidive.

<sup>†</sup> hiperhidroza unilaterală, sindromul auriculo-temporal (transpirații sau/și flush după ingestia alimentelor)

**BIBLIOGRAFIE**

1. Kim YH, Reiner L. Ultrastructure of lipoma. *Cancer*. 1982; 50: 102-106.
2. Kransdorf MJ. Benign soft-tissue tumors in a large referral population: distribution of specific diagnoses by age, sex and location. *Am J Roentgenol*. 1995; 164: 395-402.
3. El-Nomem MH, Gaafar AH, Magdy EA. Lipomas of the head and neck: presentation variability and diagnostic work-up. *J Laryngol Otol*. 2006; 120: 47-55.
4. Som PM, Scherl MP, Rao VM, Biller HF. Rare presentations of ordinary lipomas of the head and neck: a review. *Am J Neuroradiol*. 1986; 7: 657-664.
5. Nanavati SD, Nanavati PS. Solitary subcutaneous lipoma in the parotid region. *J Oral Maxillofac Surg*. 1983; 41: 151-153.
6. Walts AE, Perzik SL. Lipomatous lesions of the parotid area. *Arch Otolaryngol*. 1976; 102: 230-232.
7. Ulku CH, Uyar Y, Unaldi D. Management of lipomas arising from deep lobe of the parotid gland. *Auris Nasus Larynx*. 2005; 32: 49-53.
8. Ryu JW, Lee MC, Myong NH, Chung M, Park DK, Kim JT, Lee DS, Lee CY. Lipoma of the parotid gland. *J Korean Med Sci*. 1996; 11: 522-525.
9. Ozcan C, Unal M, Talas D, Gorur K. Deep lobe parotid gland lipoma. *J Oral Maxillofac Surg*. 2002; 60: 449-450.
10. Ansari MH. Superficial lobe parotid gland lipoma. Case report. *J CranioMaxillofac Surg*. 2006; 34: 47-49.
11. Houston GD, Brannon RB. Lipoma of the parotid gland. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1985; 60: 72-74.
12. Ahuja AT, King AD, Kew J, King W, Metreweli C. Head and neck lipomas: sonographic appearance. *Am J Neuroradiol*. 1998; 19: 505-508.
13. Gritzmann N, Schratter M, Traxler M, Helmer M. Sonography and computed tomography in deep cervical lipomas and lipomatosis of the neck. *J Ultrasound Med*. 1988; 7: 451-456.
14. Wu Cw, Chi HP, Chiang FY, Hsu YC, Chan LP, Kuo WR. Giant lipoma arising from deep lobe of the parotid gland. *World J Surg Oncol*. 2006; 4: 28-33.
15. Chikui T, Yonetsu K, Yoshiura K, Miwa K, Kanda S, Ozeki S, Shinohara M. 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.
16. Kimura Y, Ishikawa N, Gontsu K, Kitamura K, Kishimoto S. Lipoma in the deep lobe of the parotid gland: a case report. *Auris Nasus Larynx* 2002; 29: 391-393.
17. Gooskens I, Manni JJ. Lipoma of the Deep Lobe of the Parotid Gland. Report of 3 Cases. *ORL*. 2006; 68: 290-295.
18. Graham CT, Roberts AH, Padel AF. Pleomorphic lipoma of the parotid gland. *J Laryngol Otol*. 1998; 112: 202-203.
19. Nagao T, Sugano I, Ishida Y, Asoh A, Munakata S, Yamazaki K, Konno A, Kondo Y, Nagao K. Sialolipoma: a report of seven cases of a new variant of salivary gland lipoma. *Histopathology*. 2001; 38: 30-36.
20. Leroy X, Wacrenier A, Augusto D, Leteurtre E, Desaulty A, Gosselin B. Lipomatous pleomorphic adenoma of the parotid. *Ann Pathol*. 2002; 22: 219-221.
21. Janecka IP, Conley J, Perzin KH, Pitman G. Lipomas presenting as parotid tumors. *Laryngoscope*. 1977; 87(6): 1007-1010.
22. Weiner GM, Pahor AL. Deep lobe parotid: a case report. *J Laryngol Otol*. 1995; 109: 772-773.
23. Srinivasan V, Ganesan S, Premachandra DJ. Lipoma of the parotid gland presenting with facial palsy. *J Laryngol Otol*. 1996; 110: 93-95.
24. Malave DA, Ziccardi VB, Greco R, Patterson GT. Lipoma of the parotid gland. Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg*. 1994; 52: 408-411.
25. Baker SE, Jensen JL, Correl RW. Lipomas of the parotid gland. *Oral Surg*. 1981; 52: 167-170.
26. Korentager R, Noyek AM, Chapnik JS, Steinhardt M, Luk SC, Cooter N. Lipoma and liposarcoma of the parotid gland: high-resolution preoperative imaging diagnosis. *Laryngoscope*. 1988; 98: 967-971.