



<https://doi.org/10.24245/aorl.v66i4.5408>

Lipoma de lengua

Lipoma of the tongue.

Steven Benites-Andrade,¹ Marcelo Carrascosa,² Julio Casas-Ocando³

Resumen

ANTECEDENTES: El lipoma es una neoplasia mesenquimal benigna de tejidos blandos que se manifiesta con muy poca frecuencia en la cavidad oral. Aparece como una masa de crecimiento lento que progresivamente obstaculiza los procesos fisiológicos del área que ocupa.

CASOS CLÍNICOS: Se comunican dos casos reportados en diferentes países y trabajados en conjunto. El primer caso era un paciente masculino de 64 años que tuvo limitación de la movilidad lingual por un tumor en el tercio medio anterior derecho de la lengua de un año de evolución. Realizada su exéresis, el estudio histopatológico reveló proliferación de células adiposas sin atipias compatible con lipoma. El segundo caso corresponde a una paciente de 68 años con tumor único, amarillo, en el borde lateral derecho y la cara ventral de la lengua que fue evaluado por tomografía computada. Se realizó la exéresis quirúrgica con diagnóstico presuntivo de lipoma, que se confirmó por histología como proliferación de adipocitos maduros de disposición lobular.

CONCLUSIONES: Los tumores en la lengua, que son bien definidos, poco sintomáticos y de crecimiento lento, obligan a pensar en el diagnóstico diferencial de lipomas. Su localización en la lengua es poco frecuente; se han reportado pocos casos en la bibliografía. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica y rara vez se observa recurrencia.

PALABRAS CLAVE: Lengua; lipoma; tumor benigno de lengua.

Abstract

BACKGROUND: Lipoma is a benign soft tissue mesenchymal neoplasm that rarely occurs in the oral cavity. It appears as a slow-growing mass that progressively hampers the physiological processes of the area it occupies.

CLINICAL CASES: This paper reports two cases assisted in different countries and worked together. The first case was a 64-year-old male patient who presented limitation of tongue mobility due to a tumor in the right anterior middle third of the tongue of one year of evolution. Once excised, the histopathological study reported proliferation of adipose cells without atypia compatible with lipoma. In the second case, a 68-year-old patient with a single yellow tumor on the right lateral border and ventral aspect of the tongue was evaluated by computed tomography. Surgical excision was performed with a presumptive diagnosis of lipoma, confirmed by histology as the proliferation of mature lobular adipocytes.

CONCLUSIONS: Tumors on the tongue that are well defined, not very symptomatic, and slow-growing, make necessary to think about the differential diagnosis of lipomas. Tongue location is rare, a few cases have been reported in the literature. The treatment of choice is surgical resection, and recurrence is uncommon.

KEYWORDS: Tongue; Lipoma; Benign tongue tumor.

¹ Otorrinolaringólogo.

² Jefe del Servicio.

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Municipal de Vicente López Prof. Bernardo A Houssay, Florida, Buenos Aires, Argentina.

³ Otorrinolaringólogo, Departamento de Otorrinolaringología-Cirugía de Cabeza y Cuello, Clínica Glamor, La Guaira, Venezuela.

Recibido: 1 de marzo 2021

Aceptado: 27 de octubre 2021

Correspondencia

Julio Casas Ocando
jcasasve2006@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:

Benites-Andrade S, Carrascosa M, Casas-Ocando J. Lipoma de lengua. An Orl Mex. 2021; 66 (4): 358-366.



ANTECEDENTES

El lipoma es un tumor mesenquimatoso benigno con un 15 al 20% de los casos distribuidos en la región de la cabeza y el cuello. De éstos, el 4% se manifiesta en la cavidad oral, catalogados como una afección rara¹ en la lengua por la escasez de tejido adiposo en la lámina propia,² representa el 0.3% de todos los tumores en ese órgano.^{3,4} En términos histológicos, es similar al tejido adiposo normal, pero difiere de éste en el metabolismo de los lípidos, no dando lugar a gluconeogénesis durante el ayuno.⁵ Desde el punto de vista clínico, se manifiesta como una lesión tumoral lobulada de color amarillo, sésil o pediculada, de superficie lisa con telangiectasias y crecimiento lento, poco sintomática, móvil y de consistencia blanda que generalmente mide menos de 10 mm de diámetro,^{4,5} aunque se han reportado lipomas intraorales de mayores dimensiones, incluyendo uno de 80 mm en la mejilla.⁶

Se manifiesta en orden de frecuencia en la mucosa yugal, la lengua, el labio, el paladar, el piso de la boca, el vestíbulo, la zona retromolar y las encías en personas entre 40 y 60 años⁷ sin predominio entre ambos sexos,⁸ la lengua es el sitio más frecuente de aparición de lipomas en la cavidad bucal,^{9,10} en el tejido conectivo submucoso superficial.¹¹

Su etiopatogenia se desconoce; sin embargo, se sugieren las hipótesis de la metaplasia del tejido conjuntivo perivascular, enfermedades metabólicas como hipercolesterolemia, diabetes y obesidad, infecciones locales, irritación crónica, radiación, nidos de células embrionales lipoblásticas, alteraciones cromosómicas, ya que la mayor parte de los lipomas tienen translocación que involucra el 12q13-15, delección intersticial del 13q y reordenamiento del 6p21-23.^{5,12} Pueden ser ocasionados también por traumatismos previos según otras dos hipótesis: debido al prolapso del tejido adiposo a través de las fascias

o por formación de hematomas donde median las citocinas en la diferenciación y proliferación de preadipocitos que resultan en la formación de los lipomas.¹³

En la microscopía, las células se observan como adipocitos maduros con citoplasma amplio vacuolado con contenido de grasas neutras; bordes demarcados y núcleo excéntrico con cromatina prominente desplazado contra la membrana celular. En términos macroscópicos, los lipomas se organizan en lóbulos irregulares dentro de una cápsula, separados por tabiques de tejido fibroso vascularizado. Contienen lípidos metabólicamente inactivos.^{14,15}

El tratamiento del lipoma es quirúrgico y habitualmente tiene buen pronóstico, sin tendencia a la recurrencia;^{1,7,14} sin embargo, la invasión intramuscular constituye un factor predisponente para la recurrencia local.¹⁴

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente masculino de 64 años que fue evaluado por padecer un tumor lingual de un año de evolución con dificultad para la movilidad, la deglución y el habla. Al examen físico se observó una lesión ubicada en el tercio anterior y borde lateral derecho de la lengua, de 4 cm, única, de consistencia blanda, superficie lisa e indolora (**Figura 1**). Con presunción clínica de lipoma se solicitó una tomografía computada que reportó una imagen hipodensa de densidad grasa ubicada en el borde lateral derecho que medía 2.7 x 2.18 x 2.9 cm. Se planificó cirugía bajo anestesia general que evidenció tumor único, amarillento, lobulado, discretamente sangrante y recubierto de cápsula fibrosa (**Figura 2**). El reporte de anatomía patológica fue de tejido de 3 x 2.7 x 1.9 cm (**Figura 3**) de consistencia blanda y superficie de corte sólido y blanque-

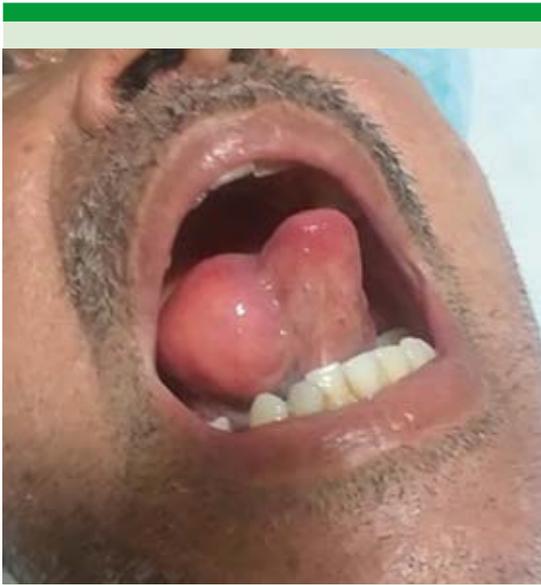


Figura 1. Tumor que ocupa el tercio anterior y el borde lateral derecho de la lengua.

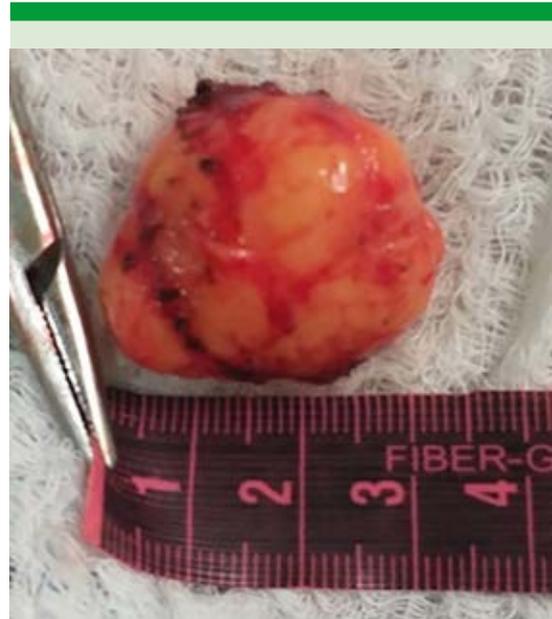


Figura 3. Tumor de 3 x 2.7 x 1.9 cm.

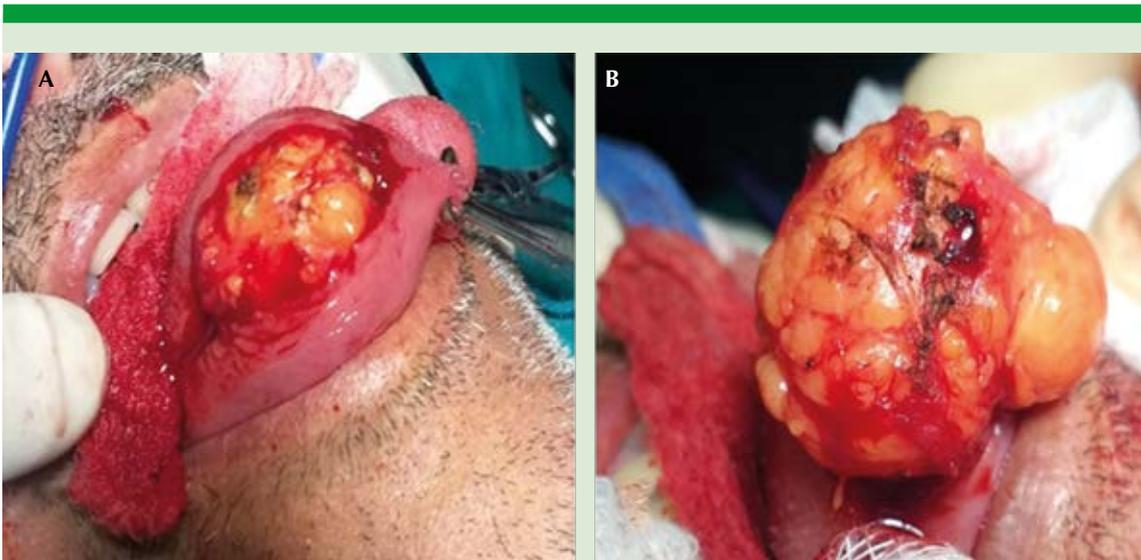


Figura 2. A. Incisión en el borde lingual. **B.** Tumor amarillo encapsulado.



cino; al examen microscópico, proliferación de adipocitos maduros con núcleo excéntrico normocromático con abundante citoplasma claro, lóbulos adiposos separados por delgados septos fibrosos, ausencia de red vascular; no se observaron mitosis, necrosis ni atipias (**Figura 4**). Se realizó el seguimiento posoperatorio durante 6 meses sin evidencia de recurrencias o secuelas motoras ni sensoriales.

Caso 2

Paciente femenina de 68 años que acudió al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Municipal de Vicente López Prof. BA Houssay por padecer un tumor ovalado en el borde lateral derecho de la lengua que afectaba la región ventral, de color amarillo, sésil, superficie lisa y consistencia blanda, indoloro, de 6 años de evolución (**Figura 5**). En la tomografía computada se reconoció un nódulo ovoideo de 22 mm de diámetro, de contorno bien delimitado y densidad lipídica. Se propuso la resección quirúrgica (**Figura 6**). Macroscópicamente la pieza operatoria resultó un tumor encapsulado de 1.6 x 1.5 x 1.5 cm, homogéneo, amarillento al corte y la microscopia reveló proliferación de adipocitos

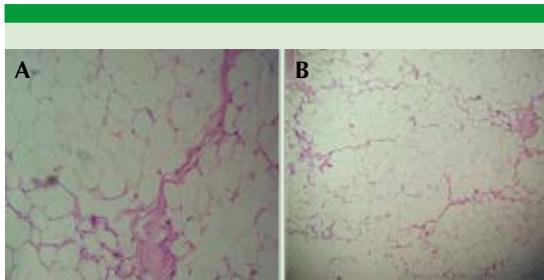


Figura 4. Proliferación de adipocitos maduros con núcleo excéntrico normocromático con abundante citoplasma claro, lóbulos adiposos separados por delgados septos fibrosos, ausencia de red vascular; no se observaron mitosis, necrosis ni atipias (H&E. **A.** X40. **B.** X20).



Figura 5. Tumor en el borde lateral derecho de la lengua que afecta la región ventral.



Figura 6. Exéresis quirúrgica de tumor lingual.

maduros con disposición lobular, sólida, separada por tabiques fibroconectivos compatible con lipoma simple; no se encontraron lipoblastos ni células de alto índice mitótico. La evolución posquirúrgica fue satisfactoria con la restauración de las funciones normales de la lengua y sin recurrencia en cuatro años de seguimiento.

El diagnóstico y el tratamiento del lipoma lingual, y la revisión sistemática de la biblio-

grafía (Medline-Pubmed, SciELO, Medigraphic, Google académico, Cochrane, Researchgate) de casos publicados desde el año 1900 a 2020 se realizaron bajo las palabras claves: lipoma lingual, lipoma de lengua y *tongue lipoma*. El criterio de selección incluyó revisión de la bibliografía en inglés y español, reporte de casos y serie de casos en humanos que debían incluir información del autor, año de publicación, sexo, edad, tamaño, localización y número de

casos (**Cuadro 1**).^{16,17} Inicialmente se encontraron 100 artículos, después de aplicar los criterios de selección se redujeron a 79 series de casos de lipomas linguales, con promedio de edad de 56.7 años en un intervalo comprendido entre 8 meses y 85 años. Tres casos ocurrieron en pacientes masculinos en edad pediátrica (edad < 18 años), del total de casos 43/79 (54,43%) ocurrieron en pacientes masculinos y 36/79 (45,56%) en mujeres. La localización

Cuadro 1. Casos reportados de lipoma lingual de 1909 a 2020^{16,17} (continúa en la siguiente página)

Caso	Autor (año)	Edad	Localización	Tamaño en centímetros
1	Shattoc, et al. (1909)	76a/M	Base	3.8
2	Low (1912)	69a/ND	Borde lateral derecho	ND
3	Coakley, et al. (1946)	ND/ND	Lengua	ND
4	Braunstein (1949)	58a/F	Borde lateral derecho	2.0
5	Bertelliade (1965)	ND/ND	Lengua	ND
6	Mashberg (1965)	ND/ND	Lengua	ND
7	Moss, et al. (1970)	ND/ND	Ambos bordes	ND
8	Burzynski, et al. (1971)	ND/ND	Lengua	ND
9	Bergman (1972)	ND/ND	Lengua	ND
10	Bennhoff (1978)	68a/M	Borde lateral derecho	2.2
11	Lekkas, et al. (1979)	ND/ND	Lengua	ND
12	Rybak (1980)	ND/ND	Lengua	ND
13	Jablokow, et al. (1982)	ND/ND	Lengua	ND
14	Bradley, et al. (1983)	ND/ND	Lengua	ND
15	Coghlan (1983)	ND/ND	Lengua	ND
16	Levin, et al. (1983)	ND/ND	Lengua	ND
17	Copeland, et al. (1984)	ND/ND	Lengua	ND
18	Ma, et al. (1985)	54a/F	Cara ventral	1.5
19	Van Steensel, et al. (1986)	ND/ND	Lengua	ND
20	Garavaglia (1987)	38a/M	Borde lateral derecho	1.5
21	Shirasuna (1988)	56a/F	Cara ventral	1.8
22	Zhov, et al. (1989)	63a/M	Punta	6.0
23	Takeda (1989)	37a/M	ND	4.0
24	Dai, et al. (1990)	60a/F	Base	1.0
25	Dimitrakopoulos (1990)	20a/F	Lengua	ND
26	Wang (1991)	57a/F	Punta	2.0
27	LV (1991)	8m/M	Borde lateral derecho	0.6
28	Ling (1992)	4/M	Punta	1.5

Cuadro 1. Casos reportados de lipoma lingual de 1909 a 2020^{16,17} (continúa en la siguiente página)

Caso	Autor (año)	Edad	Localización	Tamaño en centímetros
29	Ling (1992)	63/F	Cara ventral	3.0
30	Richardson (1992)	ND/ND	Lengua	ND
31	Fang (1992)	66/F	Borde lateral derecho	0.5
32	Roles (1995)	ND/ND	Lengua	ND
33	Xie, et al. (1995)	32/F	Punta	2.0
34	Dattilo (1996)	ND/ND	Lengua	ND
35	Wang, et al. (1996)	32/F	Borde lateral izquierdo	0.5
36	Kacker (1996)	78/M	Borde lateral derecho	6.0
37	Weng (1997)	63/F	Borde lateral derecho	1.0
38	Fang (1998)	63/F	ND	6.0
39	Epivastian (2000)	64/F	Cara dorsal	3.0
40	Akyol (2000)	ND/ND	Lengua	ND
41	Epivastian (2000)	56/F	Cara dorsal	3.0
42	Kobayashi (2001)	60/F	Borde lateral izquierdo	2.7
43	Moore (2001)	43/M	Borde lateral derecho	1.0
44	Thomas (2002)	42/M	Ambos bordes	D: 4.0. I: 3.0
45	Keskin (2002)	54/M	Ambos bordes	D: 1.0. I: 1.0
46	Collela (2004)	54/M	Borde lateral izquierdo	2.5
47	Akbulut (2005)	50/F	Borde lateral derecho	0.6
48	Tanave (2006)	72/F	Borde lateral derecho	5.2
49	Chidzonga (2006)	58/F	Punta	11.0
50	Srinivasan (2007)	34/F	Borde lateral derecho	3.5
51	Chung, et al. (2007)	62/M	ND	6.0
52	Bandéca (2007)	62/F	Cara ventral	5.0
53	González de P (2008)	19/F	Cara dorsal	4.0
54	Torres (2009)	79/M	ND	0.6
55	Collela (2009)	75/M	Punta	10.0
56	Shi, et al. (2009)	54/M	Base	4.0
57	Orozco (2009)	23/F	Cara dorsal	2.0
58	Hoseini (2010)	63/M	Borde lateral izquierdo	1.0
59	García-Roco (2010)	43/F	Cara ventral	2.5
60	Cho (2010)	77/M	Borde lateral derecho	2.0
61	Rafeiyan (2010)	60/M	Cara ventral	1.0
62	Garg (2011)	55/M	Borde lateral izquierdo	1.0
63	Chadak (2012)	75/M	Cara ventral	9.0
64	Naruse (2012)	58/F	Borde lateral izquierdo	3.5
65	Taitó Takahashi (2012)	72/F	Cara ventral	6.0
66	Lee, et al. (2012)	71/F	Borde lateral derecho	0.6

Cuadro 1. Casos reportados de lipoma lingual de 1909 a 2020^{16,17} (continuación)

Caso	Autor (año)	Edad	Localización	Tamaño en centímetros
67	Tabarani (2012)	69/M	Cara ventral	3.0
68	Oliveira-Junior (2012)	85/F	Ambos bordes	D: 1.0. I: 1.8
69	Agrawal (2012)	12/M	Cara dorsal	0.6
70	Manikandan (2013)	48/M	Borde lateral izquierdo	1.5
71	Pattabi (2013)	48/M	Borde lateral izquierdo	1.5
72	Amizardeh (2013)	68/F	Punta	2.0
73	Magadum (2013)	60/M	Borde lateral derecho	3.0
74	Chadak, et al. (2013)	75/M	Ambos bordes, cara dorsal y ventral	9.0
75	Saxena (2014)	50/F	Borde lateral derecho	2.0
76	Xie, et al. (2014)	57/M	Punta	1.0
77	Sudha (2014)	75/M	Cara dorsal y borde lateral izquierdo	1.5
78	Bahonerkar (2015)	63/M	Borde lateral izquierdo	1.5
79	Palomeque (2015)	70/M	Ambos bordes	D: 3.0. I: 2.5
80	Damghani (2015)	30/F	Punta	8.0
81	Verona Ragusa (2015)	63/M	Borde lateral izquierdo y cara dorsal	4.0
82	Sikder (2015)	45/F	Borde lateral izquierdo y punta	3.0
83	Shu-Lai Lu (2015)	78/M	Cara ventral	2.2
84	Prabhala (2015)	75/M	Borde lateral izquierdo	1.5
85	Namoodiripad (2016)	60/F	Borde lateral derecho	1.0
86	Chung (2017)	62/M	Borde lateral izquierdo	6.0
87	Béogo (2017)	30/F	Base	8.0
88	Béogo (2017)	57/F	Borde lateral izquierdo	2.0
89	Yu-Hsueh Wu (2017)	48/M	Punta	1.0
90	Boza-Orcamuno (2017)	34/M	Borde lateral izquierdo	3.0
91	Kohinata (2018)	62/M	Cara ventral	2.0
92	Gamie (2018)	71/M	Cara dorsal	5.7
93	Abdrabuh (2018)	58/M	Borde lateral izquierdo	4.0
94	Fitzgerald (2018)	57/M	Borde lateral derecho	4.4
95	Monda (2019)	68/F	Borde lateral izquierdo	4.0
96	Varma (2020)	56/F	Cara dorsal y Borde lateral izquierdo	1.0
97	De Oliveira (2020)	76/M	Borde lateral derecho	2.0
98	Sung-Hnni (2020)	65/M	Borde lateral derecho	4.0
99	Casas Ocando (2021)	64/M	Borde lateral derecho y cara dorsal	3.0
100	Benites y Carrascosa (2021)	68/F	Borde lateral derecho	1.6

a: años; m: meses; M: masculino; F: femenino; D: derecho; I: izquierdo; ND: no descrito.



más frecuente de ocurrencia del lipoma lingual fue el borde lateral derecho (24/79), seguido del borde izquierdo (19/79) y el dorso (11/79). El promedio del tamaño de los lipomas linguales fue de 2.74 cm con un intervalo comprendido entre 0.5 y 11 cm.

DISCUSIÓN

El lipoma es un tumor mesenquimatoso benigno y frecuente con un 15 al 20% de los casos distribuidos en la región de la cabeza y el cuello. De éstos, 4% se manifiesta en la cavidad oral.^{1,2,3,7} Los lipomas son relativamente poco frecuentes en la lengua por la escasez de tejido adiposo en la lámina propia,² ocupan el 0.3% de todos los tumores de lengua.^{3,4} Con frecuencia se localizan en el borde de los dos tercios anteriores de la lengua. El primer caso reportado de lipoma lingual fue acreditado a Barling en 1858.¹⁸

Es histológicamente similar al tejido adiposo normal, pero difiere de éste en el metabolismo de los lípidos no dando lugar a gluconeogénesis durante el ayuno.⁵ En términos clínicos, se manifiesta como una lesión tumoral lobulada de color amarillo, sésil o pediculada, de superficie lisa con telangiectasias y crecimiento lento, poco sintomática, móvil y de consistencia blanda que generalmente mide menos de 10 mm de diámetro.^{4,5} Las lesiones que en lengua alcanzan un tamaño importante pueden modificar la deglución, la articulación y la relación maxilomandibular.¹⁹⁻²²

La manifestación clínica y los estudios de imagen bastan para tener una presunción diagnóstica de lipoma. En algunos casos en los que la ubicación es más profunda el tumor puede alcanzar dimensiones superiores al promedio antes de su manifestación franca y puede ser útil la punción-aspiración con aguja fina para tener la certeza histológica, ya que sus diagnósticos diferenciales son el fibroma, el quiste dermoide, los tumores

de glándulas salivales menores, el mucocele, el hemangioma, el linfangioma, el rabdomioma, el neuroma y el carcinoma mucoepidermoide.¹⁴ Los lipomas orales muestran variaciones clínicas e histológicas subdividiéndose en lipoma simple, fibrolipoma, angioliipoma, lipoma mixoide, lipoma pleomórfico, lipoma fusocelular o lipoma atípico, lipoma infiltrante, lipoma intermuscular, mioliipoma, mieloliipoma, lipoma condroide, osteoliipoma, condroliipoma, lipoblastoma, sioliipomas, lipomatosis e hibernoma o tumor de la grasa parda.^{7,14}

La exéresis quirúrgica sigue siendo el tratamiento de elección, como se muestra en los dos casos comunicados, aunque también se ha propuesto el tratamiento médico a través de inyecciones de corticosteroides que resultan en atrofia local de la grasa, reduciendo así el tamaño del tumor. Este tratamiento médico puede indicarse en lipomas que tienen menos de 2.5 centímetros de diámetro, una inyección mensual repetida de lidocaína y triamcinolona en iguales proporciones en la región central del tumor puede ser útil para tratar la regresión de la lesión.¹⁵

CONCLUSIONES

El lipoma simple de lengua es una enfermedad benigna, rara, excepcional en edad pediátrica, cuyo tratamiento de elección, a pesar de existir otras opciones, sigue siendo la exéresis amplia, especialmente si interfiere con el habla o la masticación.^{23,24} Debe tenerse en cuenta que los lipomas linguales intramusculares pueden mostrar, ocasionalmente, recurrencia debido a su patrón de crecimiento infiltrativo.

Los tratamientos no quirúrgicos son aún controvertidos y se necesitan más estudios que corroboren su efectividad, razón por la cual se los reserva como alternativa para casos en los que el paciente no pudiera ser sometido a una intervención quirúrgica.

REFERENCIAS

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 (1): 49-53. DOI:10.1054/ijom.2002.0317.
2. Vasconcelos B, Granja PG, De Aguilá Soares CG, López R. Lipomas of the oral cavity. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2007; 73 (6): 848. DOI: 10.1016/S1808-8694(15)31182-4.
3. Jabllokow VR, Bavafa S. Lipomas of tongue-report of two cases. *J Surg Oncol* 1982; 21: 114-6. DOI: 10.1002/jso.2930210210.
4. Roles DM. Lipoma of the tongue. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1995; 33: 196-7. DOI: 10.1016/0266-4356(95)90307-0.
5. Kumaraswamy SV, Madan N, Keerthi R, Shakti S. Lipomas of oral cavity: case reports with review of literature. *J Maxillofac Oral Surg* 2009; 8 (4): 394-7. DOI:10.1007/s12663-009-0096-6.
6. Scariot R, Giovanini AF, Torres Pereira CC, Piazzetta CM, Costa DJ, Rebellato NL, Müller PR. Massive growth of an intraoral lipoma. *J Contemp Dent Pract* 2008; 9 (7): 115-121.
7. Pires FR, Souza L, Arruda R, Cantisano MH, Picciani BL, Dos Santos TC. Intraoral soft tissue lipomas: clinicopathological features from 91 cases diagnosed in a single Oral Pathology service. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2020; 24023. DOI:10.4317/medoral.24023.
8. Ayasaka N, Chino T Jr, Chino T, Antoh M, et al. Infiltrating lipoma of the mental region: report of case. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1993; 31: 388-90. DOI: 10.1016/0266-4356(93)90196-4.
9. Nelson W, Chuprevich T, Galbraith D, Enlarging tongue mass. *J Oral Maxillofac Surg* 1998; 56: 224-7. DOI: 10.1016/s0278-2391(98)90873-4.
10. Lawoyin JO, Alcande OO, Kolude B, Agbaje JO. Lipoma of the oral cavity: clinicopathological review of seven cases from Ibadan. *Niger J Med* 2001; 10 (4): 189-91.
11. Srinivasan K, Hariharan N, Parthiban P, Shyamala R. Lipoma of tongue – A rare site for common tumour. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 59: 83-84. DOI: 10.1007/s12070-007-0027-0.
12. Brkić A, Ozçamur C, Gürkan-Köseoğlu B, Olgac V. Angiofibrolipoma of the buccal mucosa: a case report. *J Oral Sci* 2010; 52 (1): 173-6. doi:10.2334/josnusd.52.173.
13. Aust MC, Spies M, Kall S, Jokuszies A, Gohritz A, Vogt P. Posttraumatic lipoma: fact or fiction? *Skinmed* 2007; 6: 266-277. DOI:10.1111/j.1540-9740.2007.06361.x.
14. Furlong MA, Fanburg-Smith JC, Childers EL. Lipoma of the oral and maxillofacial region: Site and subclassification of 125 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98 (4): 441-50. DOI:10.1016/j.tripleo.2004.02.071.
15. Kumar LK, Kurien NM, Raghavan VB, Menon PV, Kham SA. Intraoral lipoma: A case report. *Case Rep Med* 2014; 2014: 480130. DOI:10.1155/2014/480130.
16. Baonekar H, Vora M, Sorathia R, Shinde S. The lipoma of the tongue- a rare site for a tumor: Case report and review of literature. *Indian J Dent* 2015; 6 (4): 207-210. DOI:10.4103/0975-962X.168520.
17. Lu SL, Zheng JJ, Wu H, Li T, et al. Tongue lipoma in older male: A case report and literature review of patients with tongue lipoma reported in China. *Oncol Lett* 2016; 11 (1): 419-22. DOI:10.3892/ol.2015.3865.
18. Guillou L, Dehon A, Charlin B, Madernas P. Pleomorphic lipoma of tongue. *J. Otolaryngol* 1986; 15: 313-6.
19. Manjunatha B, Deepak G, Shah V. Oral fibrolipoma – A rare histopathological entity: report of 3 cases and review of literature. *J Dent (Tehran)* 2010; 7(4): 226-231.
20. Linares MF, Leonel AC, Carvalho E, de Castro J, et al. Intraoral lipomas: A clinicopathological study of 43 cases, including four cases of spindle cell/pleomorphic subtype. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2019; 24 (3): e373-8. DOI: 10.4317/medoral.22931.
21. Del Castillo-Pardo J, Cebrián J, Gómez E. Úlcera crónica lingual inducida por lipoma de la cavidad oral. Caso clínico. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004; 9: 163-7.
22. Chidzonga M, Mahomva L, Marimo C. Gigantic tongue lipoma: A case report. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11 (5).
23. Naruse T, Yanamoto S, Yamada S, Rokutanda S, et al. Lipomas of the oral cavity: clinicopathological and immunohistochemical study of 24 cases and review of the literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2015; 67 (Suppl 1): 67-73. DOI: 10.1007/s12070-014-0765-8.
24. Manor E, Sion-Vardy N, Joshua BZ, Bodner L. Oral lipoma: analyses of 58 new cases and review of the literature. *Ann Diagn Pathol* 2011; 15 (4): 257-261. DOI: 10.1016/j.anndiagpath.2011.01.003.