

Lipomas gigantes intermusculares del brazo

Giant intermuscular lipomas of the arm

Los lipomas son los tumores más frecuentes del sistema osteomuscular, generalmente aparecen a nivel subcutáneo, en espalda y extremidades.

Por lo general, se presentan en adultos y aumentan con la edad, tienen un crecimiento lento, y habitualmente son asintomáticos; a la palpación tienen consistencia blanda y despiertan escaso interés entre los cirujanos.

Mucho más raros son los lipomas que nacen debajo de la fascia, que suelen alcanzar tamaños mayores, y a la palpación tienen consistencia más firme; éstos plantean dudas en cuanto a su diagnóstico con otros tumores, por lo que tienen mayor interés para los cirujanos.

Dentro de la clasificación de lipomas benignos de Weiss et al¹, entre los lipomas heterotópicos tendríamos los intramusculares o intermusculares, bastante infrecuentes, son los que suelen alcanzar mayor tamaño, son más habituales en varones; generalmente se localizan en tronco, muslos y cintura escapular.

Estos lipomas intramusculares o intermusculares, de forma muy poco frecuente, pueden aparecer en las extremidades superiores² y, al crecer alrededor de los nervios, causan su desplazamiento, que puede ocasionar parestesias y dificultar su resección quirúrgica.

También el diagnóstico es más difícil ya que resultan similares a los sarcomas, tanto en sus características físicas como en las imágenes por resonancia magnética (RM) y tomografía computarizada (TC), pues pueden mostrar imágenes heterogéneas, ya que los lipomas pueden contener cuerdas fibrosas o islas de hueso, que pueden interpretarse como un liposarcoma.

En lipomas intermusculares, el tratamiento de elección es la exéresis, especialmente en los casos de afectación nerviosa o duda diagnóstica.

Presentamos 2 casos de lipomas gigantes:

Caso 1. Varón de 62 años, con una voluminosa tumoración en el brazo derecho, de 4 años de evolución, con crecimiento

progresivo, que le ocasionaba molestias y discretas parestesias del territorio radial. Se realiza TC que informa de una tumoración homogénea entre húmero y tríceps, compatible con lipoma (fig. 1). Se realiza tratamiento quirúrgico, en que se separa el músculo tríceps, y se practica una exéresis en bloque de la tumoración que desplazaba el nervio radial, que se disecciona de la cápsula del lipoma (fig. 2). El paciente se recuperó sin ninguna secuela nerviosa ni muscular y el informe anatomopatológico fue de lipoma benigno.

Caso 2. Varón de 51 años, de profesión albañil, que previamente había sido intervenido en dos ocasiones en dos servicios de cirugía ortopédica y traumatología, por presentar parestesias en el brazo derecho de 8 años de evolución. Presentaba cicatrices en el hombro y el codo. Persistían parestesias y pérdida de fuerza del brazo derecho, con crecimiento de la tumoración del brazo. La electromiografía (EMG) confirma una discreta afectación radial, la RM (fig. 1) muestra una imagen compatible con lipoma intermuscular. Es intervenido mediante una apertura a través del músculo tríceps; se aísla el nervio radial y se extirpa el lipoma encapsulado. La EMG postoperatoria no mostró cambios respecto al preoperatorio. Histológicamente se confirmó que correspondía a un lipoma benigno.

Aunque el tratamiento de los lipomas superficiales es una de las intervenciones «menores» más frecuentes en la práctica de la cirugía general, cuando son profundos o voluminosos, pueden llegar a plantear dificultades diagnósticas, si son heterogéneos, y terapéuticas, especialmente cuando su localización es cercana a trayectos nerviosos.

Cuando se presentan en muslos o retroperitoneo, acostumbra ser asintomáticos y no se detectan hasta que alcanzan un gran volumen, que es cuando comienzan a dar algún signo o síntoma.

Otra circunstancia añadida es ¿quién debe diagnosticar y operar a estos pacientes? La mayoría de las afecciones y los tumores profundos de las extremidades son tratados por los

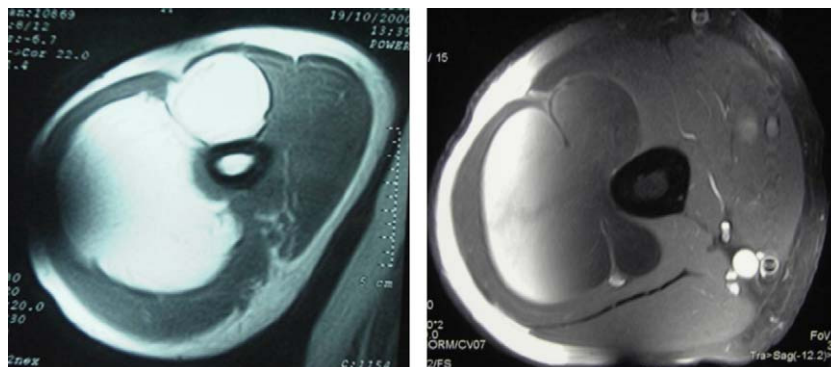


Figura 1 – Tomografía computarizada y resonancia magnética con imágenes de la masa bilobulada, homogénea, intermuscular, en contacto con el húmero, compatible con lipoma.

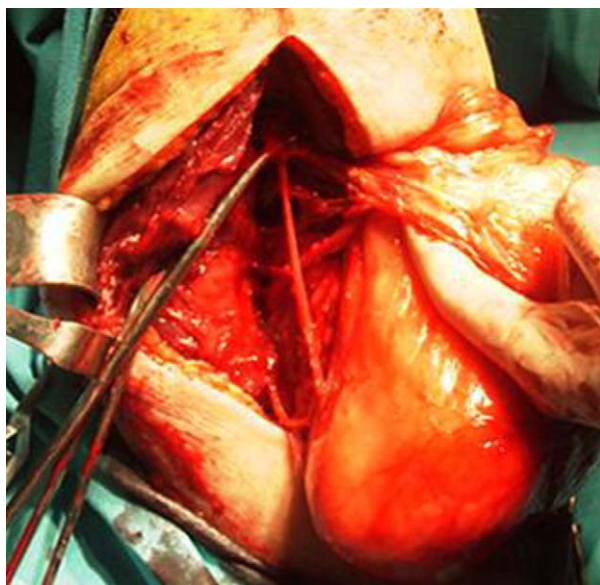


Figura 2 - Diseción del nervio radial que se separa de la cápsula del lipoma.

cirujanos ortopedas, pero en la práctica son pocos los que tienen experiencia en tumores que no sean estrictamente óseos.

La mayoría de las tumoraciones lipomatosas son benignas, pero siempre cabe la posibilidad de que se trate de un liposarcoma o un tumor de células redondas, duda que se plantea cuando la localización y el tamaño no son los habituales³.

La localización intramuscular o intermuscular es bastante infrecuente. Se considera que, aproximadamente, sólo un 1,8% de los lipomas son intermusculares y el 0,3%, intramusculares⁴.

Echenique et al⁵ publican 14 casos recogidos en 20 años, entre 3 hospitales, en los que predomina la localización en el muslo, pero ninguno en el brazo.

El diagnóstico mediante TC o RM suele ofrecer unas imágenes típicas en cuanto a su naturaleza y relación con estructuras vecinas, que ofrecen una interesante información para el cirujano que debe extirparlas, especialmente cuando está desplazada alguna estructura vascular o nerviosa.

Habitualmente, presentan trabeculaciones fibrosas que ayudan a orientar el diagnóstico de benignidad, especialmen-

te con exploraciones de RM o TC, con las que se puede establecer preoperatoriamente el diagnóstico por la imagen^{6,7}.

Ocasionalmente, pueden presentar una densidad heterogénea y, en estos casos, es aconsejable una biopsia previa para descartar un componente sarcomatoso.

Los dos casos que presentamos tenían una localización idéntica e infrecuente, entre el húmero y el tríceps, con una extensa porción en contacto con el nervio radial, que lo desplazaba y ocasionaba mayor o menor parestesia. El hecho de presentar una pseudocapsula facilitó su extirpación en bloque, fundamental para intentar prevenir las recidivas que, sobre todo en las variedades intramusculares, pueden llegar al 19%^{2,4}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weiss SW, Goldblum JR. Enzinger and Weiss's soft tissue tumors, 4.^a ed. Sant Louis: Mosby; 2001.
2. Mentzel T, Fletcher CDM. Lipomatous tumours of the soft tissues an update. Virchows Arch. 1995;427:353-63.
3. De la Peña Llerandi A. Lipomas. lipoma2.blogspot.com/2008/02.
4. Fletcher CD, Martin-Rates E. Intramuscular and intermuscular lipoma: neglected diagnosis. Histopathology. 1988;12:275.
5. Echenique M, Ispuzua A, Amondarain A. Lipomas intra e intermusculares. Cir Esp. 2001;70:307-9.
6. Matsumoto K, Okuda S, Ishizawa M, Chano T, Okabe H. MRI findings in intramuscular lipomas. Skeletal Radiol. 1999;28:145-52.
7. Caprio F, Lanza R, Amoroso L, Manzotti M, Cerioni M, Fabbri M. Computed tomographic findings and clinicopathologic features of intramuscular lipoma. Rays. 1985;10:39-42.

Josep Verge Schulte-Eversum^{a,*} y Xavier Piqueres Garcia^b

^aServicio de Cirugía General, Fundació Hospital-Residència Sant Camil, Sant Pere de Ribes, Barcelona, España

^bServicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Fundació Hospital-Residència Sant Camil, Sant Pere de Ribes, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 9828jvs@comb.es
(J. Verge Schulte-Eversum).