



Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

www.elsevier.es/rot



CARTAS AL DIRECTOR

Re: Lipomas intramusculares: bultos grandes y profundos que no hay que menospreciar. Revisión de una serie de 51 casos



Re: Intramuscular lipomas: Large and deep benign lumps not to be underestimated. Review of a series of 51 cases

Estimado editor:

Hemos leído con gran interés el artículo de los doctores Ramos-Pascua et al. titulado «Lipomas intramusculares: bultos grandes y profundos que no hay que menospreciar. Revisión de una serie de 51 casos» publicado en la Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología¹. El artículo revisa un gran número de lipomas intra e intermusculares, una patología relativamente rara. En esta carta al editor nos gustaría subrayar algunos puntos en relación con el artículo en particular y con los lipomas intramusculares en general.

En primer lugar, creemos que los lipomas intra e intermusculares no deberían incluirse en el mismo grupo. Si bien estos lipomas tienen histopatología similar, tienen sus propias características clínicas, histológicas y de imagen. Aunque los autores claramente diferencian las dos entidades en partes del texto, usan el término «lipoma intramuscular» para referirse a toda la muestra, lo que crea confusión al lector. Quizás «lipomas de asiento profundo» es un término mejor para referirse a la variedad de diferentes subtipos de lipomas localizados debajo de la fascia. Además, los lipomas intramusculares pueden ser subclasificados en subtipos infiltrativos (no capsulados), bien definidos (capsulados) y mixtos (con áreas de infiltración y áreas de encapsulación). Excepto el lipoma intramuscular capsulado, que es el menos común, los lipomas intramusculares presentan histológicamente adipocitos maduros que infiltran los músculos circundantes. Esto se corresponde con las características imágenes en las que se observan vetas de diferente espesor (representando fibras musculares y

tejido fibroso) con interrupciones ocasionales². Esto puede diferenciarse de los lipomas intermusculares, donde normalmente no hay fibras musculares en la masa y las vetas son delgadas y continuas, representando tejido fibroso intermuscular.

En segundo lugar, un hallazgo interesante de la muestra es la mayor prevalencia de hombres frente a mujeres. Esto contrasta con otros estudios que describen que los lipomas intramusculares fueron todos, o en su mayoría, mujeres^{2–4}. Adicionalmente, Nishida et al. encontraron una mayor prevalencia de hombres en un grupo de 27 lipomas intermusculares. Uno puede preguntarse si la combinación de lipomas intramusculares e intermusculares en el estudio de Ramos-Pascua et al. habría cambiado la prevalencia hacia hombres. Sería bueno saber el dato epidemiológico del género de los pacientes en cada subtipo de lipomas de asiento profundo.

En tercer lugar, el porcentaje de recidiva de lipomas intra e intermusculares puede depender de diferentes factores. Por ejemplo, en el caso de los lipomas intramusculares que recidivan puede depender de una resección inadecuada del tumor debido a su naturaleza infiltrativa y a menudo a la falta de una cápsula bien definida. Su et al. sugirieron que se hiciera una cuidadosa planificación preoperatoria y secciones congeladas para asegurar márgenes sanos³. Contrariamente a esto, los lipomas intermusculares están habitualmente bien definidos sin infiltración local del tejido adyacente, del que se separan con facilidad. Por otra parte, para definir el porcentaje correcto de recidiva, se requiere un periodo más largo de seguimiento. Esto es por lo que algunas de estas lesiones tienden a recidivar más de 10 años después de la resección inicial. Estamos de acuerdo con Ramos-Pascua et al. en que su seguimiento fue corto para sacar conclusiones exactas sobre las recidivas.

En cuarto lugar, pensamos que los tests citogenéticos serían un abordaje común en el diagnóstico de los lipomas intramusculares⁵. Su utilidad se ha demostrado e incluirá lesiones lipoma-like que previamente se consideraban como lipomas intramusculares. Quizás con un mayor conocimiento de la citogenética de los lipomas intramusculares podremos diferenciar mejor y conocer esta patología.

En conclusión, pensamos que lipomas intra e intermusculares deberían ser abordados como dos subtipos diferentes en el grupo de los lipomas de asiento profundo.

Véase contenido relacionado en DOIs:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2014.05.001>,
<http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2013.09.010>

Nivel de evidencia

Nivel de evidencia v.

Bibliografía

1. Ramos-Pascua LR, Guerra-Alvarez OA, Sanchez-Herraez S, Izquierdo-Garcia FM, Maderuelo-Fernandez JA. Intramuscular lipomas: Large and deep benign lumps not to be underestimated. Review of a series of 51 cases. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2013;57:391-7.
2. Nishida J, Morita T, Ogoe A, Okada K, Kakizaki H, Tajino T, et al. Imaging characteristics of deep-seated lipomatous tumors: intramuscular lipoma, intermuscular lipoma, and lipoma-like liposarcoma. *J Orthop Sci.* 2007;12:533-41.
3. Su CH, Hung JK, Chang IL. Surgical treatment of intramuscular, infiltrating lipoma. *Int Surg.* 2011;96:56-9.
4. Bjerregaard P, Hagen K, Daugaard S, Kofoed H. Intramuscular lipoma of the lower limb. Long-term follow up after local resection. *J Bone Joint Surg Br.* 1989;71:812-5.
5. Bassett MD, Schuetze SM, Distche C, Norwood TH, Swisshelm K, Chen X, et al. Deep-seated, well differentiated lipomatous tumors of the chest wall and extremities: the role of cytogenetics in classification and prognostication. *Cancer.* 2005;103:409-16.

S. Mctighe, A. Yi e I. Chernev*

West Virginia School of Osteopathic Medicine, Lewisburg, West Virginia, Estados Unidos

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ivantchernev@yahoo.com (I. Chernev).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2014.03.009>

Respuesta a «Re: Lipomas intramusculares: bultos grandes y profundos que no hay que menospreciar. Revisión de una serie de 51 casos»



Answer to: "Re: Intramuscular lipomas: large and deep benign lumps not to be underestimated. Review of a series of 51 cases"

En relación con las puntualizaciones realizadas por el Dr. Ivan Chernev a nuestro trabajo, en primer lugar queremos agradecerlas por su pertinencia. Como dijimos al comienzo de la discusión del artículo, «los tumores lipomatosos benignos comprenden una gran y compleja variedad de lesiones». Dicho esto, el término de «lipoma de asiento profundo» efectivamente es más adecuado y menos «comprometido» para referirnos a una patología que no está perfectamente definida y que probablemente englobe a más entidades que los lipomas intra e intermusculares, como podrían ser los hibernomas y otros.

En nuestra serie, en el apartado de resultados, se describen un 78% de lipomas intramusculares y un 20% de lipomas intermusculares en base a los hallazgos de la RM, puesto que clínica e histopatológicamente fueron, en nuestras manos, indistinguibles. De cualquier forma, la distinción mediante imágenes tampoco es fácil habida cuenta de que en un mismo paciente el tumor puede parecer, o ser,

intramuscular en un corte e intermuscular en otro. Como el enfoque del artículo era fundamentalmente clínico y general, en el segundo párrafo de la discusión ya apuntamos que utilizaríamos el término de «lipoma intramuscular» para referirnos a entidades en las que se incluirían tumores de localización profunda a la fascia que asientan dentro de un músculo o entre grupos musculares. La precisión de distinguirlos y de analizarlos por separado, como ya hicieron Fletcher y Martin Bates en 1988¹ y, antes, Kindblom et al.², es muy acertada, aunque no fue el objetivo de nuestro estudio. De hecho, también en el apartado de las limitaciones volvemos a insistir en la decisión de agrupar bajo el epígrafe de «lipoma intramuscular» a todos ellos.

La relación hombres/mujeres en nuestra serie efectivamente se aproximó a 3/1. Aunque no lo especificamos, tras ser revisado con motivo de esta observación, la relación fue todavía mayor a favor de los hombres en el grupo de los lipomas intramusculares. Adicionalmente y refrendando el dato epidemiológico apuntado, desde la publicación del artículo hemos intervenido cuatro nuevos pacientes con lipomas de asiento profundo en una mujer (un lipoma intermuscular) y 3 hombres (tres lipomas intramusculares).

En relación con las observaciones tercera y cuarta estamos absolutamente de acuerdo. Con respecto a la que hace referencia a las recidivas, la baja incidencia en nuestra serie debe interpretarse con la precaución a la que obliga la limitación de un seguimiento medio de 33 meses.

Finalmente, compartimos la importancia de añadir a la conclusión de nuestro trabajo la conveniencia de distinguir los diferentes subtipos de lipomas de asiento profundo, así como la necesidad de profundizar en el conocimiento de la patología.

Nivel de evidencia

Nivel de evidencia V.

Véase contenido relacionado en DOIs:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2014.03.009>,

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2013.09.010>