

Lipomatosis extradural lumbar. A propósito de un caso y revisión bibliográfica

Extradural lumbar lipomatosis. A case report and a bibliographic examination

**Esteo Pérez, I.
Quintero Quesada, J.
Gálvez Sánchez-Rando, S.
De Galvez Aranda, I.
Abad Rico, J. I.**

Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
(J. I. Abad Rico.)

RESUMEN

Se presenta un caso de lipomatosis extradural lumbar en un paciente de cincuenta y dos años que debutó con un cuadro de dolor lumbar de larga evolución, sospechándose en un principio discopatía degenerativa, por lo que se hizo una resonancia magnética que mostró imágenes de aumento de la grasa peridural y cuyo diagnóstico se confirmó con la anatomía patológica.

ABSTRACT

A case of extradural lumbar lipomatosis was presented in a 52 year old patient which began with a set of pain symptoms in the lumbar region over a long period of time. Initially a degenerative discopathy was suspected; for this reason a magnetic resonance was carried out which showed images of an increase in the peridural fat and the pathology confirmed the diagnosis.

Palabras clave: Raquis lumbar. Lipomatosis extradural.

Key words: Lumbar spine. Extradural lipomatosis.

INTRODUCCIÓN

La lipomatosis extradural es una rara entidad de la que hay menos de 100 casos descritos en la literatura (1), de ellos menos de cinco que se hayan presentado en la columna lumbar (2) y ninguno tan extenso. Cursa con un excesivo crecimiento de tejido adiposo en el espacio epidural, que puede

originar episodios de dorsolumbalgia, llegando a producir compromiso del saco dural por compresión, que lleva en muchas ocasiones a déficit sensitivomotores e incluso a paraplejia (3). Es importante distinguir entre dos entidades anatómopatológicas distintas: el angiolipoma y el auténtico lipoma (1, 4). Estas dos neoplasias tienen distinta distribución en cuanto a edad y lugar de

Correspondencia: Dra. María Inmaculada Esteo Pérez.
La Colina. Apart. Los Tres Caballos, 162, 3.º C. 29630 Torremolinos (Málaga).

Recepción: 11-VIII-2000. *Aceptación:* 4-IX-2001
N.º Código: 1529

aparición. La evolución también suele ser distinta si consideramos los significativamente mayores problemas técnicos que el auténtico lipoma extradural puede causar a la hora de ser resecado.

El origen de esta enfermedad permanece aún poco definido, relacionándose con la toma de corticoides (4-8) o radioterapia (9), pero en la mayoría de las ocasiones no se ha podido hallar etiología alguna.

La resonancia magnética es normalmente la prueba complementaria de elección para la evaluación de la compresión medular, pero cuando no estaba disponible, la TAC con la medición de la densidad del tejido epidural y la mielografía para asegurar la extensión de la lesión eran necesarias (10).

La cirugía descompresiva, con laminectomías y flavectomías, suele ser eficaz para resolver el problema neurológico de estos pacientes (10, 12, 13).

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de cincuenta y dos años, albáñil de profesión, que desde hacía más de diez años venía refiriendo lumbalgias de repetición. Acudió a la consulta por presentar dolor lumbociático bilateral intenso, déficit motor y sensitivo que le incapacitaba para la actividad diaria. Como únicos antecedentes refería ser fumador de un paquete diario y padecer hiperuricemia.

A la exploración se constató un déficit motor y sensitivo en territorios correspondientes a las metámeras L3 a S1, por lo que se sospechó discopatía degenerativa a ese nivel. Se realizó resonancia magnética, en donde se apreció gran cantidad de tejido de densidad grasa en el espacio epidural, que abombaba el ligamento amarillo, dándole un aspecto arrosariado, y la presencia de hernia de disco en los espacios L2-L3, L3-L4 y L4-L5 (Figs. 1, 2 y 3).

Fue intervenido quirúrgicamente, realizándosele laminectomías descompresivas y discectomías con artrodesis instrumentada con fijador vertebral desde L2 a L5 con injerto óseo autólogo (Figs. 4 y 5). Durante la cirugía se constató la existencia de gran hipertrofia grasa a tensión en el espacio epidural que se envió a Anatomía Patológica, siendo etiquetada la muestra como tejido fibroadiposo maduro, compatible con lipoma.

Tras la descompresión quirúrgica, el paciente mejoró clínicamente de forma significativa. Fue dado de alta con un corsé que se retiró a los cuatro meses, permaneciendo posteriormente asintomático.

La última revisión realizada dos años y medio tras la intervención pone de manifiesto que el paciente realiza una vida normal, con ligeras molestias lumbares y en la radiografía se comprueba una incorporación del injerto al segmento lumbar artrodesado (Figs. 6 y 7).

DISCUSIÓN

La lipomatosis espinal extradural lumbar es

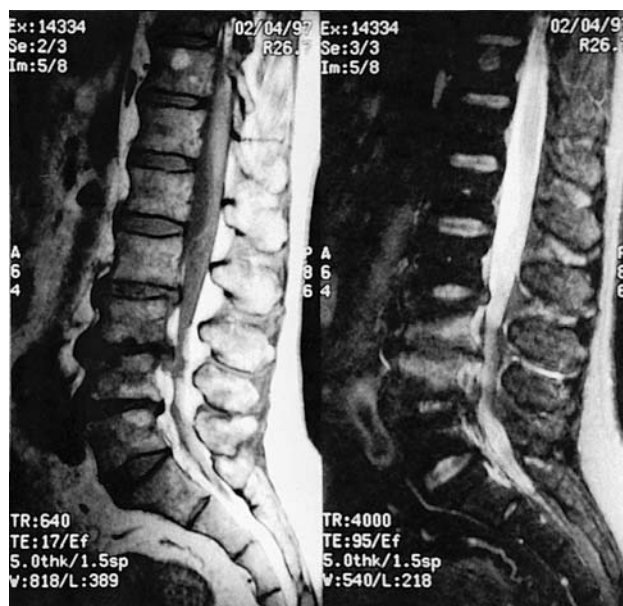


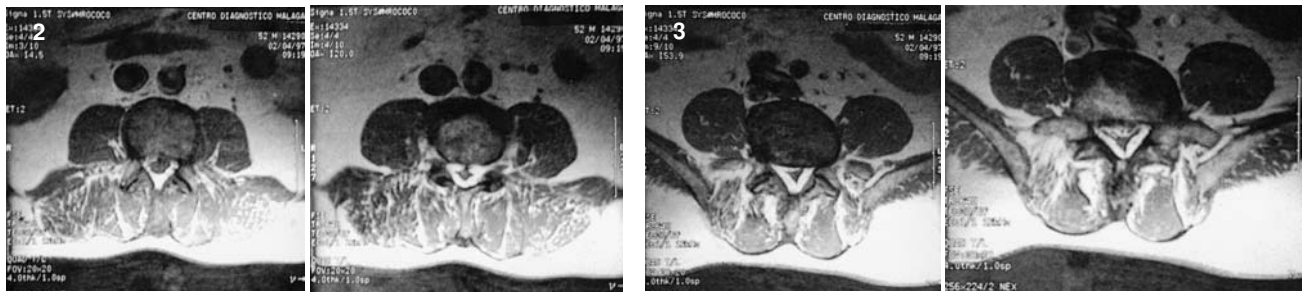
Fig. 1.—Plano sagital de RNM (T1, T2): se observa incremento de la cantidad de grasa epidural con gran abombamiento del ligamento amarillo que le da un aspecto arrosariado y compresión extradural a nivel de los espacios L3-L5.

Fig. 1.—Sagittal MRI scan (T1, T2): an increase of the epidural fat with great protrusion of the yellow ligament is observed, which gives it a nodular appearance and extradural compression at the level of the L3 and L5 spaces.

una lesión tumoral benigna poco frecuente que puede producir dolor de espalda y compresión de la médula espinal por sobrecrecimiento e hipertrofia de la grasa epidural, que puede ocasionar déficit neurológicos consistentes en parestesias, pérdidas de sensibilidad y paresias a dicho nivel, según el territorio de las raíces afectadas (12).

En la mayoría de los casos el origen es desconocido (13). En la literatura médica se describen casos relacionados con el tratamiento prolongado con esteroides (14). El efecto de los esteroides sistémicos en la distribución de la grasa corporal es bien conocido, como la formación de una giba dorsal alta o cuello de búfalo, lipomatosis mediastínica (15). No se tienen referencias de que la inyección local de esteroides en el espacio epidural sea causa de esta enfermedad.

Macroscópicamente durante la intervención se observó protrusión importante del tejido graso bajo el ligamento amarillo que afloraba desde el espacio epidural al realizar las flavectomías. El examen microscópico reveló la existencia de un tejido adiposo maduro que algunas veces está limitado por



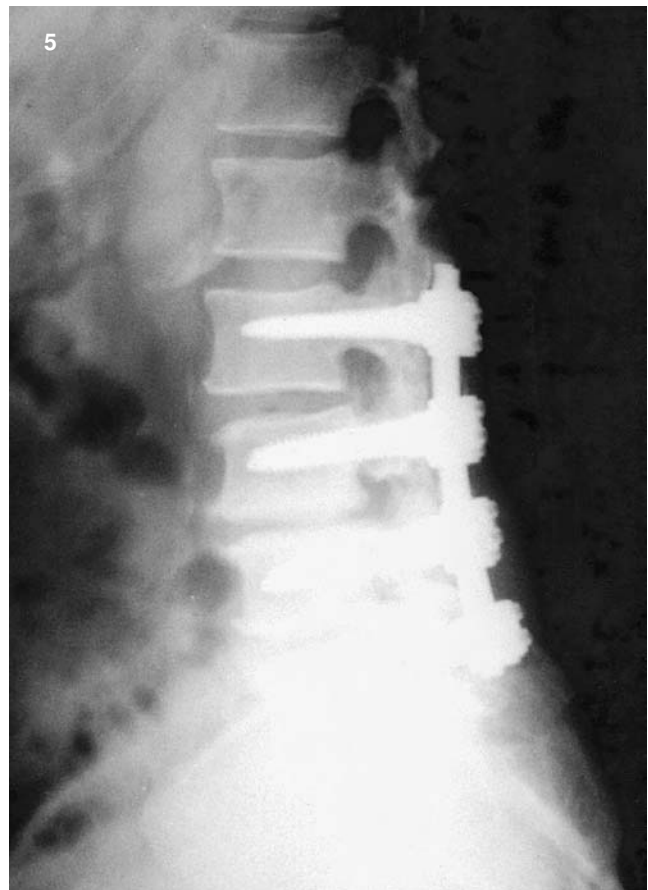
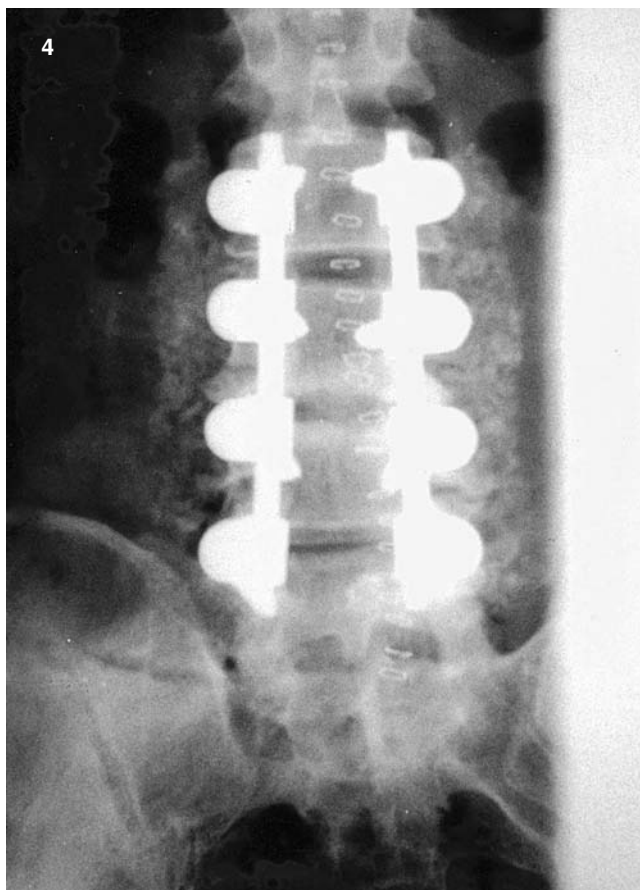
Figs. 2 y 3.—Plano axial de RNM: se aprecia importante estenosis del saco dural por un volumen excesivo de grasa en el canal.

Figs. 2 and 3.—Axial MRI scan: a significant stenosis of the dural sac is observed due to an excessive amount of fat in the canal.

una cápsula fibrosa. Es importante el diagnóstico diferencial con el angioliopoma, con el que puede confundirse. El estudio histológico revela que es un tumor formador de tejido adiposo maduro, con un entramado fibroso e hipervascularizado (16, 17).

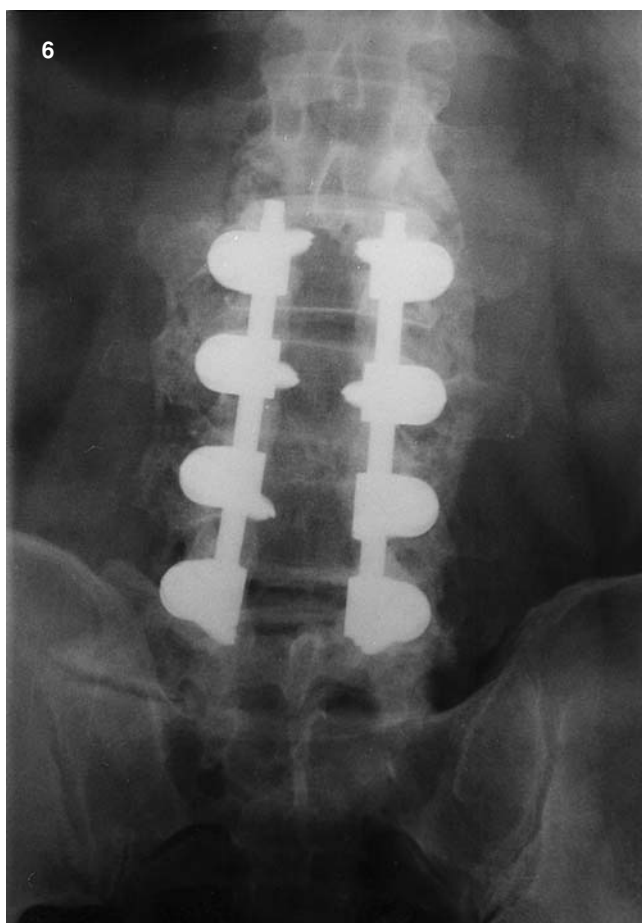
El diagnóstico clínico debe establecerse en una

exploración clínica detallada, en la que el paciente pone de manifiesto el dolor lumbar, que a veces es de varios años de evolución, con aparición de progresivos déficits neurológicos en extremidades inferiores y en ocasiones trastornos intermitentes de las funciones sexual y vesical que traducen una



Figs. 4 y 5.—Radiografías anteroposterior y lateral lumbar postoperatorias. Se observa el fijador vertebral y el abundante injerto colocado en el espacio interpedicular.

Figs. 4 and 5.—Anteroposterior and lateral postoperative lumbar radiographs. The vertebral fixator and the substantial graft positioned in the interpedicle space is observed.



Figs. 6 y 7.—Radiografías anteroposterior y lateral lumbar dos años y medio tras la intervención. Se ha conseguido una artrodesis efectiva con la incorporación del injerto óseo.

Figs. 6 and 7.—Anteroposterior and lateral lumbar radiographs two and a half years after the operation. An effective arthrodesis was achieved with the incorporation of the bone graft.

compresión de la cauda equina (8). La radiología simple no es de una gran utilidad. En las imágenes de TAC podemos ver aumento de la cantidad de grasa epidural situada dorsalmente con respecto a la duramadre y que comprime el cordón. El acúmulo graso es fácilmente identificable por su baja densidad o señal (18).

La mielografía es una prueba que en la actualidad se realiza muy poco al ser una prueba de imagen con una técnica invasiva, pero que en años precedentes se utilizaba para conocer la extensión de la lesión y el nivel afectado. La RNM es la prueba de elección en la evaluación de esta patología. Las imágenes en T1 demuestran la compresión extradural y el aumento de la grasa que da una señal hiperintensa, siendo esta imagen generalmente diagnóstica de este cuadro.

El tratamiento indicado para esta patología es quirúrgico, dado que cuando el paciente consulta es debido a la aparición de trastornos neurológicos secundarios a fenómenos de compresión. La intervención quirúrgica consiste en flavectomías y laminectomías descompresivas, que consiguen una mejoría inmediata de los síntomas del paciente, remitiendo en la mayoría de los casos (4).

CONCLUSIONES

La lipomatosis extradural es una entidad poco frecuente que puede presentarse en pacientes con tratamientos prolongados de esteroides, aunque lo más habitual es que sea de origen desconocido. Es causa de déficits neurológicos periféricos, siendo el cuadro clínico compatible con fenómenos com-

presivos de las raíces nerviosas secundarios a discopatías degenerativas. La recuperación de los síntomas ocurre, en la mayoría de los casos, después de laminectomía descompresiva simple.

BIBLIOGRAFÍA

1. Butti G, Gaetani P, Scelsi M, Pezzotta S. Extradural spinal lipomas. Report of two cases and review of the literature. *Neurochirurgia* 1984;27:28-30.
2. Marks SM, Miles JB, Shaw. Idiopathic spinal extradural lipomas: three cases and review of the literature. *Surg Neurol* 1985;23:153-6.
3. Frank AM, Trappe AE, Goebel WE. Dorsal extradural lipoma as cause of spinal claudication. Case report and review of the literature. *Zentralbl Neurochir* 1988; 59:23-6.
4. Guegan Y, Fardoun R, Launois B, Pecker J. Spinal cord compression by extradural fat after prolonged corticosteroid therapy. *J Neurosurg* 1982;56: 267-9.
5. Selmi F, Davies KG, Sharma RR, Redfern RM. Idiopathic spinal extradural lipomatosis in a non-obese otherwise healthy man. *Br J Neurosurg* 1994;8:355-8.
6. Taborn J. Epidural lipomatosis as a cause of spinal cord compression in polymyalgia rheumatica. *J Rheumatol*, 1991;18:286-8.
7. Godeau P, Brunet P, Wechsler B, Fohanno D. Lipomatose extradurale compressive, accident inhabituel de la corticothérapie. Une observation. *Nouv Presse Med* 1979;8:3889-91.
8. Millwater CJ, Jacobson I, Howard GC. Idiopathic epidural lipomatosis as a cause of pain and neurological symptoms attributed initially to radiation damage. *Clin Oncol* 1992;4:333-4.
9. Greiner FG, Takhtani D. Neuroradiology case of the day. Extradural lipomatosis. *Radiographics* 1999;19:1397-400.
10. Santini, LC, Williams JL. Mediastinal widening (presumably lipomatosis) in Cushing's syndrome. *N Engl Med* 1971;284:1357-9.
11. Randall BC, Muraki AS, Osborn RE, Brown F. Epidural lipomatosis with lumbar radiculopathy: CT appearance. *J Comput Assist Tomogr* 1986;19:1039-40.
12. Robertson SC, Traynelis VC, Follet KA, Menzes AH. Idiopathic spinal epidural lipomatosis. *Neurosurgery* 1997;41: 68-75.
13. Fessler RG, Johnson DL, Brown FD, Erickson RK, Reid SA, Kranzler L. Epidural lipomatosis in steroid-treated patients. *Spine* 1992;17:183-8.
14. Koerner HJ, Sun DIC. Mediastinal lipomatosis due to steroid therapy. *AJR* 1966;98:461-4.
15. Kujas M, Lopes M, Lalam TF, Fohanno D, Poirier J. Infiltrating extradural spinal angiolipoma. *Clin Neuropathol* 1999;18:93-8.
16. Quint DJ, Boulous RS, Sanders WP, Metha BA, Patel SC, Tiel RL. Epidural lipomatosis. *Radiology* 1988;169:485-90.

Lipomatosi extradurale lombare. A proposito di un caso e revisione bibliografica

RIASSUNTO

Si presenta un caso di lipomatosi extradurale lombare in un paziente di 52 anni che presentava un quadro di dolore lombare di lunga evoluzione, sospettandosi all'inizio una discopatia degenerativa, per cui si fece una risonanza magnetica che mostrò immagini di aumento del grasso peridurale. Questo diagnostico venne confermato con l'anatomia patologica.

Lipomatose extra durale lombaire. A propos d'un cas et révision bibliographique

RÉSUMÉ

Nous présentons un cas de lipomatose extra-durale lombaire chez un patient de 52 ans, le cas débutant par un cadre de douleur lombaire d'évolution longue. Au début, nous soupçonnions une discopathie dégénérative, ce qui explique la réalisation d'une résonance magnétique qui montra des images d'augmentation de la graisse périurale et dont le diagnostic fut confirmé par l'anatomie pathologique.

Extradurale Lenden-Lipomatose. Apropos eines Falles und Durchsicht der Literatur

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird ein Fall einer extraduralen Lenden-Lipomatose bei einem Patienten mit 52 Jahren, der mit einem Krankheitsbild langfristig entwickelter Lendenschmerzen begonnen hatte, wobei am Anfang eine degenerative Scheibenpathologie vermutet wurde, weshalb eine Untersuchung mit Magnetecho gemacht wurde, die Bilder mit Anzeichen der Zunahme des periduralen Fettes vermittelt hat, dessen Diagnose durch die pathologische Anatomie bestätigt wurde.
