

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
CAPITÁN "ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"
MORÓN

Lipoma gigante. Presentación de un caso.
Giant Lipoma. A case presentation.

Jesús A. Alonso Morell (1), Jesús A. Alonso O'Reilly (2), Hiralio Collazo Alvarez (3), Tania O'Reilly Jiménez (4).

RESUMEN

Se presenta un paciente de 43 años que acudió a consulta por un aumento de volumen en la parte posterior del muslo izquierdo que le imposibilitaba vestirse y deambular normalmente. Al examen físico se constató un tumor de partes blandas no petreo ni adherido a planos profundos. Los exámenes complementarios hematológicos realizados fueron normales. Se realizó una biopsia por punción compatible con lipoma. Se le realizó la exéresis de toda la tumoración. El examen anatomopatológico confirmó el diagnóstico de lipoma. Se revisa la literatura sobre el tema presentado y no se encontró el reporte de ningún lipoma gigante con peso de 10,1Kg.

Palabras Clave: LIPOMA GIGANTE, CIRUGÍA, TUMORES PARTES BLANDAS.

1. Especialista de 1er Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Asistente.
2. Alumno de 2do Año de la Carrera de Medicina.
3. Especialista de 2do Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Auxiliar.
4. Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia.

INTRODUCCIÓN

Los tumores benignos del tejido adiposo pueden aparecer en cualquier localización del cuerpo que contenga grasa. La mayoría ocurren en la mitad superior del cuerpo, particularmente en el tronco y el cuello; otras situaciones comunes incluyen las porciones proximales del brazo, el muslo y los glúteos. (1-2)

Los lipomas se desarrollan principalmente en los adultos y su frecuencia aumenta con la edad, pueden crecer hasta alcanzar un gran tamaño y se clasifican en dos tipos: cutáneo o superficial, cuando se localizan encapsulados en los tejidos blandos superficiales; y profundo o subfascial, cuando su origen es poco delimitado o difuso y sus estructuras son profundas intraóseas, intermusculares e intramusculares. Esta última forma es mucho menos frecuente, su localización y crecimiento lento pueden pasar por inadvertido, además toman un patrón de crecimiento infiltrativo a través de las fibras musculares estriadas, por lo que es necesario diferenciarlo de lesiones malignas del tejido graso. (3-6)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo masculino y de raza negra con 43 años que acudió a consulta por presentar un aumento de volumen en la cara posterior del muslo, de más de 3 años de evolución, que le impedía caminar libremente y vestirse. Ver Figura 1.

Al examen físico se encontró un tumor en la cara posterior del muslo izquierdo de unos 30 cm. de longitud, móvil, no adherido a planos profundos, de consistencia dura pero no petrea, no doloroso, temperatura normal, no circulación colateral, no signos neurológicos distales, pulsos inguinal, poplíteo, pedio y tibial posterior presentes y sincrónicos, en la auscultación no había presencia de soplos. Ver Figura 1.

Los exámenes hematológicos fueron normales y en las radiografías simples sólo se observó aumento de las partes blandas. Se le realizó una biopsia por aspiración con aguja fina compatible con lipoma.

Intervención Quirúrgica

Se practicó un abordaje posterior del muslo en la línea media de 32.5 cm. y por medio de un decolamiento como se logró independizar completamente la masa de tumor de las partes blandas adyacentes, se localizó el pedículo vascular y se ligó. Se hizo una adecuada hemostasia con electrocauterio, dejamos un drenaje aspirativo y se cerró por planos. La masa tumoral pesó 10,1 Kg. Ver Figuras 2-5.

El tumor se envió a Anatomía Patológica y se corroboró el diagnóstico de lipoma.

En el post operatorio no se presentaron complicaciones infecciosas, estéticas ni funcionales. La alta clínica se dio a los 6 meses de operado.

DISCUSIÓN

En nuestro medio sólo tenemos el conocimiento de un lipoma gigante y también del muslo, que fue reportado por Oliver Martín (7), pero con las características de que pesó 3 220 gramos; mientras que el lipoma operado por nosotros pesó 10,1 Kg., o sea, 10100 gramos.

Los Lipomas son tumores benignos de crecimiento lento, que provienen de células de grasas, (8) y habitualmente están creciendo durante años sin manifestaciones clínicas, las cuales dependen de la parte del cuerpo, órgano o tejido circundante que afecte; a veces se heredan de familias y habitualmente son más de uno en todo el cuerpo y solamente entre el 5 y 7 % de los pacientes están afectados de lipomas múltiples. (8)

Morfológicamente los lipomas convencionales son la variedad más frecuente que existe, es una masa bien encapsulada de adipositos maduros y de tamaño muy variable; tal como el caso que presentamos. A veces es complejo el diagnóstico de un lipoma gigante por sus escasas manifestaciones clínicas y negatividad de los exámenes imagenológicos y hematológicos. Los tratamientos aplicados en el mundo son fundamentalmente la inyección de esteroides, la liposucción o la cirugía. Dada la magnitud del tumor es que se prefirió la cirugía exéresica en bloque. (8-9).

Dada la similitud del cuadro clínico de un lipoma gigante con otros procesos tumorales, principalmente con el liposarcoma (10), es de vital importancia para los médicos conocer la epidemiología y el algoritmo de diagnóstico y tratamiento: examen físico, estudios complementarios, ecografía de partes blandas, biopsia por punción y cirugía exéresica a la demanda; para evitar un diagnóstico erróneo que pueda dar al traste con la vida del paciente.

ABSTRACT

It's presented a 43 years old patient that visited our consultation room because of an increase of the volume of the posterior part of left thigh which enables him to dress himself or to saunter normally. In the physical exam it was found a tumour of soft parts neither petrous nor dipped to deep planes. The complementary haematic exams that were done were normal. There has been done a biopsy by compatible puncture with lipoma. There has been also done the exeresis of all tumours. The anatomopathological exam confirmed the diagnosis of lipoma. It's checked the bibliography of the presented topic and it was not found the report of any giant lipoma of 10,1kg.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Whittle C, Baldassare G. Ultrasonografía de piel y anexos. Rev Chil Radiol. 2004; 10 (2): 81-8.
- 2.- Celso T, Saad PP, Helder de Souza S. Parosteal lipoma of the rib: a case report. Radiol Bras. 2005; 38 (4): 317-9.
- 3.- Delucchi MG, Scavone CL, Delfino AE. Lipomas of the central nervous system in childhood. Apropos of 3 cases. Arch Inst Neurol. 2004; 7 (1): 5-8.

- 4.- Grennberg S, Isensee C, González A, Wallace J. Infiltrating lipomas of the thigh. *Am J Clin Pathol.* 1963; 39: 66-72.
- 5.- Image and diagnosis. *Lipoma West Indian Med J.* 2003; 52 (1): 52.
- 6.- D'Addino JL, Canteros G, Arabia R, Mayorga H. Lipoma intramuscular parafaríngeo. *Rev Argent Cir.* 2005; 88 (1-2): 22-4.
- 7.- Oliver Martin AE, Díaz de León W, Souza Bello R. Lipoma gigante en muslo. *Rev Cubana Ortop Traumatol.* [serie en Internet] jul.-dic. 2005; [citado 29 Ene 2007] 19(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-15X2005000200009&lng=es&nrm=iso
- 8.- Zografos GC, Kouerinis I, Kalliopi P. Giant lipoma of the thigh in a patient with morbid obesity. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 109 (4): 1467-8.
- 9.- Hunt JA, Thompson JF. Giant infiltrating lipoma of the thigh causing sciatica. *N Z J Surg.* 1997;67 (4): 225-6.
- 10.- Terzioglu A, Tuncali D, Yuksel A. Giant lipomas: a series of 12 consecutive cases and a giant liposarcoma of the thigh. *Dermatol Surg.* 2004; 30 (3): 463-7.

Figura 1



Figura 2

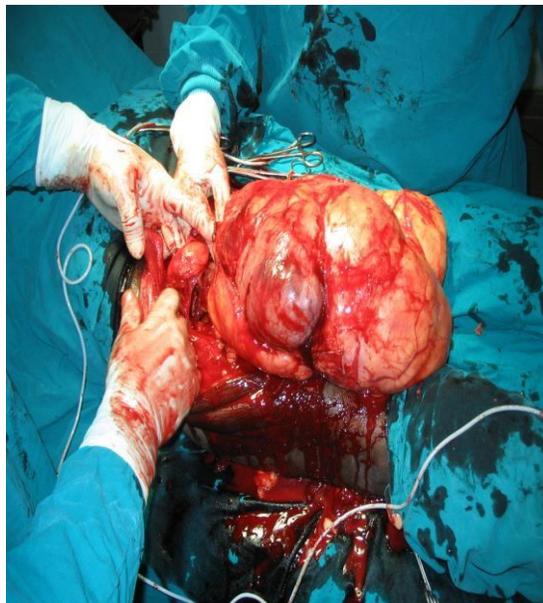


Figura 3



Figura 4



Figura 5

