

# Lipomas profundos

P. CARPINTERO BENÍTEZ, A. GARCIA FRASQUET, R. ENTRENAS AUMENTE,  
P. LÓPEZ CASTRO y F. MUÑOZ LUNA

*Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.  
Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Resumen.**—Se han revisado retrospectivamente 10 lipomas profundos localizados en los miembros. Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente y el diagnóstico de certeza fue histopatológico. Siete de los casos eran lipomas intra o intermusculares y los restantes angiolipoma, hibernoma y fibrolipoma intraneural, respectivamente. El seguimiento medio postoperatorio fue de 48 meses (mínimo: 14, y máximo: 84). No ha habido recidiva en ningún caso.

## DEEP LIPOMATA

**Summary.**—This article is a retrospective review of 10 deep lipomata localized in the limbs. In all the cases the treatment required surgery, and the diagnosis was made by histopathological analysis. Seven cases were intra or intermuscular lipomata, and the other three were angiolipoma, hibernoma and endoneural fibrolipoma. The average postoperative follow-up time was 48 months (14 min-84 max). None showed recurrence at review.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores benignos derivados del tejido adiposo son probablemente los que con más frecuencia se presentan en la clínica (3, 4). El más frecuente de ellos es el lipoma subcutáneo, que prácticamente no causa ningún tipo de trastorno funcional ni problema diagnóstico. Sin embargo, hay otros tipos de lipomas de localización subfascial (lipomas profundos), mucho menos frecuentes, que pueden ser sintomáticos y sobre todo pueden plantear serias dudas en su diagnóstico (8). Enzinger (4) los encuadra en 3 grupos, pero en su conjunto estas lesiones son un cajón de sastre en donde se incluyen verdaderas neoplasias, hamartomas y proliferación de grasa normal:

1. *Variantes del lipoma.* Angiolipoma, *spindle cell* lipoma, lipoma pleomórfico, lipoblastoma benigno, angiomiolipoma.

2. *Lipomas heterotópicos.* Nacen o están íntimamente ligados a otros tejidos diferentes al adiposo (lipoma intramuscular, de vainas tendinosas, fibrolipoma neural y lipoma lumbosacro).

3. *Hibernoma.* Es un tumor benigno de grasa marrón de estirpe embrionaria.

El motivo del presente trabajo ha sido estudiar la localización de los lipomas profundos y los problemas diagnósticos que pueden plantear, así como su abordaje terapéutico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Desde 1990 han sido tratados en nuestra Unidad 10 lipomas de los considerados atípicos (profundos) con edades comprendidas entre los 27 y 61 años (media de 49 años). A los 10 casos se les estudió mediante exploración clínica, radiográfica y con TAC, RNM o ecografía. El diagnóstico de certeza se realizó en todos los casos mediante estudio anatómopatológico de la pieza.

El tratamiento fue siempre quirúrgico, realizando una extirpación marginal en 8 casos, compartimental en 1 caso que se trataba de un lipoma infiltrante intramuscular y sección del ligamento anular del carpo en otro que era un fibrolipoma neural que afectaba al nervio mediano en la muñeca y mano. El seguimiento de estos pacientes osciló entre 7 años y 14 meses.

*Correspondencia:*

Dr. P. CARPINTERO BENÍTEZ  
Mejorana, 33  
14012 Córdoba

**Tabla I:** Datos epidemiológicos de la serie de lipomas profundos

Caso	Edad	Sexo	Localización	Tratamiento	A. patológica	Seguimiento
1	52	H	M. isquiotibial	E. compartimental	Lipoma infiltrante	7 años
2	31	H	Bíceps braquial	E. marginal	Lipoma intermuscular	6 años/7 meses
3	42	H	Eminencia tenar	E. marginal	Lipoma intermuscular	5 años/10 meses
4	45	H	Tobillo	E. marginal	Angiolipoma	5 años/3 meses
5	61	H	Deltoides	E. marginal	Lipoma intermuscular	4 años/7 meses
6	27	H	Hombro	E. marginal	Hibernoma	3 años/10 meses
7	60	H	Antebrazo	E. marginal	Lipoma intramuscular	3 años/1 mes
8	50	H	Vasto externo	E. marginal	Lipoma intramuscular	2 años/2 meses
9	42	H	Nervio mediano	Sección lig. anular	Fibrolipoma neural	1 año/4 meses
10	46	V	Bíceps braquial	E. marginal	Lipoma intermuscular	1 año/2 meses

## RESULTADOS

Nueve de los pacientes pertenecían al sexo femenino, siendo la localización más frecuente en el miembro superior (7 casos) por tan sólo 3 en el miembro inferior y ninguno en el tronco (tabla I).

El motivo principal de la consulta fue en todos los casos la tumoración, exceptuando el hibernoma, que se trató de un hallazgo causal en el curso de una exploración mediante RNM por otro motivo. En 3 casos existía dolor tanto a la palpación como a la contracción muscular (eminencia tenar, músculos vasto externo e isquiotibiales) y en 2 casos en el que el lipoma afectaba a la musculatura flexora profunda del antebrazo y al nervio mediano los pacientes presentaban parestias del nervio radial y parestias del nervio mediano, respectivamente, comprobándose la afectación neural mediante electromiografía.

El examen radiográfico aportó pocos datos al diagnóstico, excepto en el caso de neurofibrolipoma, en que se apreció la afectación de los huesos de la mano (Fig. 1), y en el resto de los casos en que se descartó la existencia de afectación ósea. En el examen mediante TAC y RNM se apreció una tumoración profunda, bien delimitada y en situación intramuscular en 7 casos (Figs. 2 y 3). En los pacientes que padecían un lipoma infiltrante se apreciaban zonas de densidad heterogénea que coincidían con la coexistencia de fibras musculares y la infiltración grasa intramuscular (Figs. 4 y 5), lo que se pudo observar en la pieza anatómica (Fig. 6).

El diagnóstico anatomopatológico (tabla I) fue siempre el de tumoración con células de origen graso y sin atipias celulares, destacando el angiolipoma, el fibrolipoma endoneural y el hibernoma por su rareza relativa.

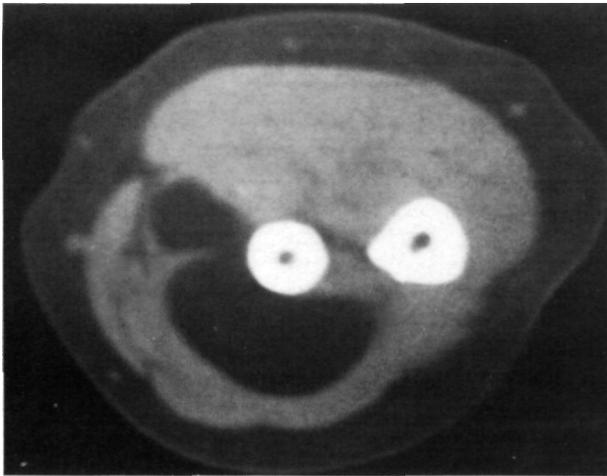
No hemos detectado recidiva en el seguimiento de los enfermos, aunque en 2 de ellos ha sido menor de 2 años.

## DISCUSIÓN

El llamado lipoma profundo es un tumor raro, habiendo pocos casos descritos en la literatura española (1, 9). Hemos podido comprobar que la



**Figura 1.** Fibrolipoma endoneural. Afectación ósea del II radio con aparición de huesos accesorios en las articulaciones carpometacarpianas y metacarpofalángicas. Atrofia de la falange distal.

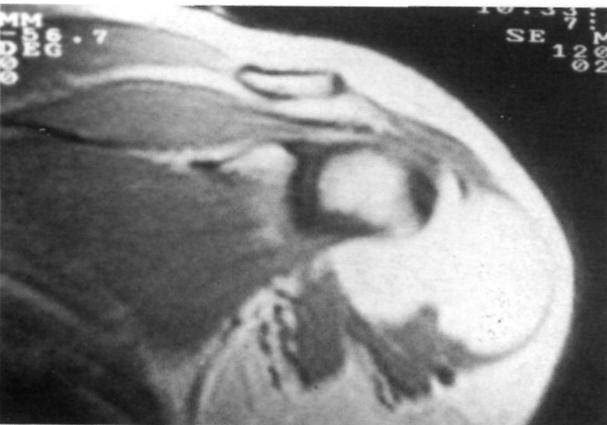


**Figura 2.** TAC de antebrazo derecho. Masa bien delimitada y bilobulada en el interior de la musculatura flexora profunda.

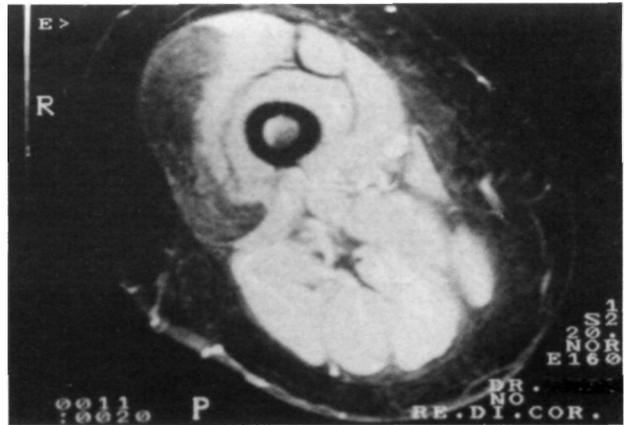
edad de nuestros casos coincide con lo publicado en la literatura (3, 4), pero no en cuanto al sexo, pues en nuestra serie dominaba claramente el sexo femenino (9/1), lo que contrasta con algún autor (4), que considera que no hay predilección por ningún sexo, pero que concuerda con lo comunicado por otros (8).

La localización de los tumores de nuestra serie tampoco concuerda con la comunicada por otros autores, que los sitúan en la raíz de los miembros (8). Asimismo hemos observado que poseen un tamaño mayor que los superficiales, posiblemente debido a su localización profunda no se diagnostican precozmente y tienen un mayor tiempo de crecimiento.

También hemos constatado la diferencia en su clínica respecto a los superficiales, ya que hemos encontrado algunos que presentaban dolor, posi-



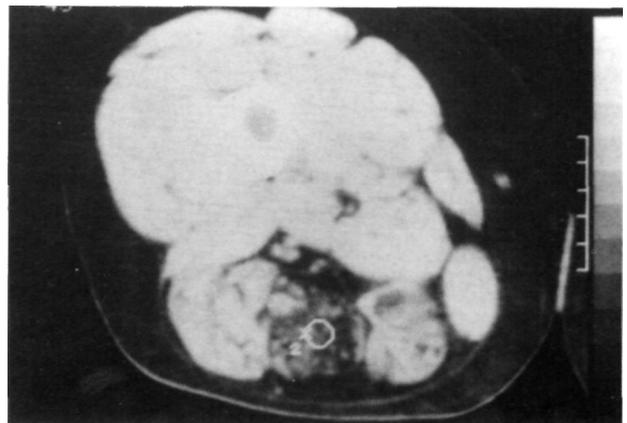
**Figura 3.** TAC de hombro izquierdo. Tumorción de bordes nítidos y contenido homogéneo, bilobulada, que invade casi la totalidad del deltoideos.



**Figura 4.** TAC de muslo derecho. Masa poco delimitada y con contenido de diferente densidad que infiltra el músculo vasto externo.

blemente por compresión de las estructuras vecinas (3, 4, 10), e incluso 1 caso de paresia del nervio radial y otro con parestesia del nervio mediano por infiltración de las estructuras nerviosas, en ambos casos mejoró con la intervención quirúrgica (2, 4, 6, 11).

El diagnóstico clínico y por imagen es difícil, ya que el examen radiográfico no suele darnos ningún tipo de datos, exceptuando los raros casos de fibrolipomas intraneurales, los cuales se asocian con alteraciones del crecimiento de los metacarpianos y falanges (4). En el examen mediante RNM y TAC sí puede apreciarse el tumor, que habitualmente aparece como una masa bien delimitada, pero también los sarcomas de partes blandas aparecen en determinados casos con la misma imagen debido a la pseudocápsula que poseen (3). No obstante, la homogeneidad de su estructura nos puede orientar en cuanto a su naturaleza benigna. Sin embargo, en ai-



**Figura 5.** TAC de muslo derecho. Desestructuración de la musculatura isquiotibial, coexistiendo zonas de hipo e hiperdensidad.



**Figura 6.** Pieza anatómica que corresponde a la paciente de la figura 5. Infiltración grasa del tejido muscular.

gunos tipos de lipomas, como ocurre con el fibrolipoma endoneural y el infiltrante endomuscular, presentan imágenes carentes de dicha homogeneidad al

coexistir dentro de la lesión fibras musculares o nerviosas con el tejido adiposo, lo que nos puede hacer pensar en un sarcoma, por lo que el diagnóstico de certeza, lo mismo que en otros tumores de partes blandas, será histopatológico (3-5, 7).

La efectividad del tratamiento quirúrgico y su escasa tendencia a la recidiva queda demostrada por la ausencia de recidiva en todos nuestros pacientes (aunque en 3 el seguimiento ha sido corto), lo que concuerda con la experiencia de otros autores (3, 4).

Por todo ello concluiríamos que aunque este tipo de tumores son raros, hay que tenerlos presentes en el diagnóstico diferencial de los sarcomas de partes blandas debido a que comparten determinados síntomas y/o signos de malignidad, como es su localización subfascial, su tamaño mayor de 5 cm habitualmente, su consistencia y a veces el dolor.

#### Bibliografía

1. Argüelles Sanginés JL, Torres Hurtado O, Mansor Ben-Mimoun. Lipoma intramuscular del bíceps. *Rev Esp Cir Ost* 1986; 21:389-92.
2. Babins DM, Lubahn JD. Palmar lipomas associated with compression of the median nerve. *J Bone Joint Surg* 1994;76:1360-2.
3. Campanacci M, Bertoni F, Bacchini P. Lipoma. En: Campanacci M, ed. *Bone and soft tissue tumors*. Wien: Springer-Verlag; 1990:902-14.
4. Enzinger FM. Benign lipomatous tumors. En: Enzinger FM, Weiss SW, eds. *Soft tissue tumors*. Saint Louis: The CV Mosby Company; 1988:301-45.
5. Fletcher CD, Martín-Bates E. Intramuscular and intermuscular lipoma: neglected diagnoses. *Histopathology* 1988;12:275-87.
6. Lambert J, Ledoux P, De Brouckere G, Mathei F, Ide V. Fibrolipome intra-neural du nerf median au poignet. A propos d'un cas et revue de la litterature. *Acta Orthop Belg* 1992;58:221-6.
7. Mankin HJ, Lange JA, Spanier SS. The hazard of biopsy in patients with malignant bone and soft tissue tumours. *J Bone Joint Surg* 1982;64:1121-7.
8. Pitcher ME, Karalis G, Howell J, Thomas JM. Deep lipoma in the differential diagnosis of soft tissue tumors. *Br J Surg* 1994;81:1140.
9. Rus Mompo A. Infiltración grasa del nervio mediano. *Rev Esp Cir Mano* 1988;16:25-8.
10. Warner JJ, Madsen N, Gerber C. Intramuscular lipoma of the deltoid causing shoulder pain. Report of two cases. *Clin Orthop* 1990;253:110-2.
11. Werner CO. Radial nerve paralysis and tumor. *Clin Orthop* 1991;268:223-5.