

Lipoma intraóseo de calcáneo

E. CAICOYA, L. F. LLANOS, A. COELLO, J. DAVILA y F. M. TELLO

RESUMEN

Los autores presentan un caso de lipoma intraóseo de calcáneo haciendo una revisión de la bibliografía actual, con consideraciones de tipo radiográfico diferenciándolo de otros procesos óseos que pueden inducir a error.

Descriptores: Lipoma intraóseo. Lipoma intraóseo del calcáneo.

SUMMARY

The authors report a case of calcaneous intraosseous lipoma, making a review of the modern bibliography, their radiological considerations and the differences with other osseous processes alike.

Key words: Lipoma of calcaneous.

A pesar de la elevada concentración de tejido graso existente en la cavidad medular, el lipoma intraóseo es un tumor benigno muy poco frecuente. RÖSSLE (1944) únicamente encontró dos casos: uno comunicado por BRAULT en 1901 localizando en fémur, y otro por WEHRING (1910) en peroné.

La incidencia del lipoma intraóseo según DAHLIN (1967) fue de 1/1.000 entre los tumores óseos de la Clínica Mayo. HART en 1973 encuentra 28 casos en la literatura. En nuestra revisión hemos encontrado 14 más (1, 8, 11, 12, 13, 18, 20, 24, 26, 27, 29). El total de los casos publicados es de 43. Nuestro propósito es el de comunicar un nuevo caso de este tumor localizado en el calcáneo y discutir sus características clínico-patológicas y su posible etiopatogenia, habiendo realizado una revisión de este tema en la literatura.

Caso clínico: F. G., historia 306.000. Mujer de 38 años que consulta por dolor a nivel de tobillo izquierdo y de esguinces de repetición desde hace un año. Había sido sometida sin éxito a diversos tratamientos conservadores. Acude precisamente

por haber sufrido un nuevo episodio de torcedura de tobillo, presentando dolor e hinchazón local a nivel de región inframaleolar externa.

Radiográficamente aparece a nivel del cuerpo del calcáneo, por debajo de la articulación subastragalina anterior, una imagen lítica, de forma trapezoidal, con bordes nítidos, poca esclerosis y sin que en su interior se aprecien calcificaciones ni imágenes de tejido óseo, como puede observarse en la figura 1.

Con fecha 11 de septiembre de 1976 se realizó curetaje de la lesión y relleno de la misma con hueso esponjoso.

El estudio macroscópico reveló, junto a fragmentos de hueso cortical y esponjoso, masas de tejido de color amarillento, de superficie brillante y consistencia moderadamente firme en las que al tacto se reconocían escasísimas espículas de consistencia ósea. El estudio microscópico reveló tejido adiposo adulto, en el que se encontraban grupos sueltos de vasos sanguíneos, de gruesas paredes. En el seno del tejido adiposo discurrían finas y aisladas trabéculas óseas que no mostraban actividad osteoblástica ni osteoclástica (fig. 2 a y b).

En el último control realizado el 5-11-81, se aprecia la buena evolución del injerto. Clínicamente el resultado es bueno.

Discusión

HART en 1973 revisando los casos publicados encontró 28 lipomas. Si nosotros añá-

dimos los 14 casos revisados posteriormente y el de la presente comunicación, el total de casos es de 44. Hemos resumido su localización en la tabla I. Queremos reseñar la incidencia importante en el calcáneo, que corresponde a 1/5 de los casos.

La edad media hallada en 36 casos era de 41 años, similar a la de HART de 38'5, con edades extremas de 5'5 años y 79 años. En cuanto a la distribución por sexo, hemos encontrado sobre 37 casos, 17 mujeres y 20 hombres.

La clínica de este tumor es casi constante: dolor y eventual hinchazón, especialmente a la marcha, en los localizados en miembros inferiores.

Radiológicamente, la imagen típica del lipoma es osteolítica, con bordes bien definidos, no es muy expresiva. A veces se ob-



FIG. 1.— Radiografía de la lesión.

TABLA I.— Localización

Hueso			
Calcáneo	8	Cuerpo	
Tibia	7	Distal 4	Proximal 3
Peroné	6	Distal 2	Proximal 4
Fémur	6	Distal 4	Proximal 2
Costilla	4		
Maxilar inferior	3		
Húmero	3	Proximal 3	
Cúbito	1	Distal	
Pulgar	1	Falange distal	
Frontal	1		
Parietal	1		
Maxilar superior ...	1		
Sacro	1		
Múltiple	1	Astrágalo 2	Tibia 2

servan trabeculaciones que le prestan aspecto lobulado; puede insuflarse sin reacción perióstica en los huesos largos y no en los anchos, donde se aprecia únicamente un adelgazamiento de la cortical.

VAQUERO habla de una imagen de «osteolisis relativa» que presenta el tumor, aparte de la zona geódica, interpretándola como presencia de «algo interpuesto entre las trabéculas y el hueso, que las separa, aunque sin apariencia de potencial destructor. GUNTENBERG habla de un «área esclerótica central» hallada en calcáneo y otros autores de un «nido central esclerótico». Habrá que convenir no obstante, en que como indican HODES y EDEIKEN «los raros lipomas que se presentan en el hueso son indistinguibles de otros tumores del conectivo». LICHTENSTEIN, por su parte afirma que no son diagnosticables por examen radiológico.

Macroscópicamente los lipomas óseos se reconocen por su color amarillo brillante, presentan tamaños que oscilan entre 2 y 14 cm y aparecen bastante bien delimitados respecto al tejido óseo circundante. Sin embargo, en el estudio histológico se apreció que los lóbulos de tejido adiposo maduro se encuentran surcados por escasas trabéculas óseas, hecho referido en el 60 por 100 de estos tumores descritos. Ello suscita la pre-

gunta de si el llamado lipoma intraóseo, es un verdadero tumor del hueso. Mientras que el aspecto macroscópico, va en favor de una naturaleza neoplásica; el hecho de encontrar trabéculas óseas en el seno del tejido adiposo adulto hace pensar en que la naturaleza de la lesión sea otra. En este sentido se ha especulado con las siguientes hipótesis: 1, que una antigua lesión traumática hubiera ocasionado una fractura y cicatriz posterior, que hubiera sufrido finalmente una lipomatosis (MÜELLER). 2, que se tratara de un antiguo infarto óseo (BAGNOUD). 3, que se trata de una osteoporosis localizada (COLLIS). 4, finalmente se ha relacionado el lipoma óseo con tumores vasculares (JAFFE).

Si bien en seis pacientes, hubo un antecedente traumático, es difícil el establecer una relación causa-efecto definitiva y en la mayoría de los casos no se evidenció un antecedente traumático. La presencia de expansión ósea en más del 50 por 100 de los casos y la falta de esclerosis radiológica, no apoyan la teoría del infarto, además cuando se ha estudiado, no se ha observado hueso avascular ni en la lesión ni en el tejido adyacente. Los lipomas descritos por MAKRYCOSTAS, localizados en los cuerpos vertebrales fueron interpretados por SCHMORL, como focos circunscritos de medula ósea adiposa y no como auténticos tumores.

Finalmente, JAFFE indica la posible relación del hemangioma vertebral con el lipoma de los cuerpos vertebrales. En efecto, la presencia de numerosos vasos de gruesas paredes es llamativa en el seno de la lesión.

A causa de todas estas consideraciones, podremos decir que sin el estudio anatómopatológico es imposible hacer un diagnóstico cierto.

En cuanto al pronóstico, la lesión es benigna y después de un tratamiento correcto, no se ha presentado ningún caso de recidiva. Quizá en este sentido el mayor interés del diagnóstico esté en evitar la confusión con otros tumores. De hecho varios autores afirman haberse planteado el diagnóstico dife-

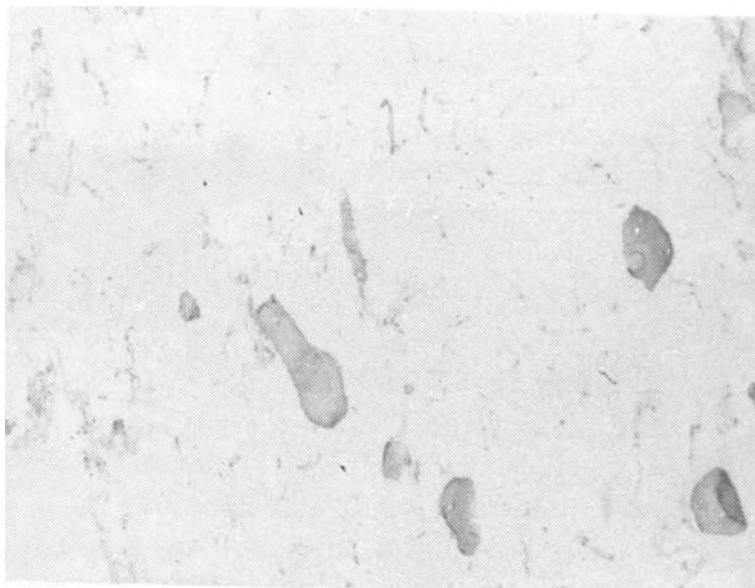


FIG. 2. a) (100 × H. E.) la lesión muestra un tejido adiposo adulto en el cual se encuentran trabéculas óseas aisladas y algunos vasos sanguíneos.

rencial con tumores tales como: quiste óseo esencial, tumor de células gigantes, fibroma condromixoide o fibroma no osificante.

En cuanto al tratamiento, existe unanimidad en realizar un curetaje del tumor y relleno de la cavidad con hueso esponjoso. Incluso el mismo curetaje ha proporcionado un buen resultado (SMITH). En casos de localización especial algunos autores han realizado resección segmentaria (VAQUERO) en

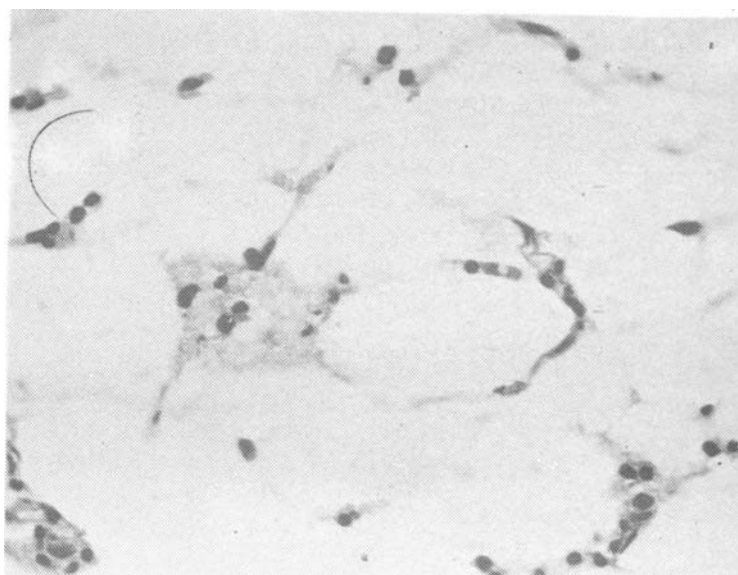


FIG. 2. b) (400 × H. E.) detalle de las células que constituyen la lesión.

extremidad proximal del peroné o bien osteosíntesis profiláctica en el cuello femoral (DE LEE).

Conclusión

El hecho de que hasta 1969 se hayan comunicado 28 casos de lipoma intraóseo y que en los últimos seis años aparezcan 16 casos más, indica un mejor diagnóstico de la lesión estos últimos años. Debemos de pensar más en este tipo de tumor, ante una imagen osteolítica uni o multilocular, de localización preferente en metafisis de huesos largos o en cortos de estructura esponjosa, con una historia a veces larga, acompañada de leve o moderada incapacidad.

BIBLIOGRAFIA

- APPENZELLER, J. y WEIZNER, S. (1974): Intraosseous lipoma of os calcis. Case report and review literature of intraosseous lipoma of extremities. *Clin. Orthop.*, 101, 171-75.
- BAGNOUD, F., THEVOZ, F. y TAILLARD, W. (1967): Le lipome intra-osseux, expression d'un infarctus chronique. *J. Clin.*, 94, 165.
- BRAULT, A. (1901): *Manuel d'Histologie Pathologique*. Cornil V., Ranvier L. Paris.
- COLLINS, D. H. (1966): *Pathology of bone*. Butterworths. London.
- CARUOLO, J. y DAHLIN, D. (1953): Lipoma involving bone and stimulating malignant bone tumor: report of case. *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, 28, 361.
- CHILD, P. (1955): Lipoma of the os calcis: report of a case. *Am. J. Clin. Path.*, 25, 1050.
- DAHLIN, D. (1967): *Bone tumors*. Springfield Illinois. Ch. Thomas.
- DE LEE, J. (1979): Intraosseous lipoma of the proximal part of the femur. *J. Bone Joint Surg. (Am. Vol.)* 61, 4, 601-603.
- DICKSON, A., AYRES, W., MASON, M. y MILLER, W. (1951): Lipoma of bone of intraosseous origin. *J. Bone Joint Surg. (Am. Vol.)* 33, 1, 257-259.
- EDEIKEN, J. y HODES, P. (1978): *Diagnóstico radiológico de las enfermedades de los huesos*. Ed. Panamericana. Buenos Aires.
- FREIBERG, R. A., AIR, G. W., GLUECK, CH. J., ISHIKAWA, T., y ABRAMS, N. R. (1974): Multiple intraosseous lipoma with tipe IV-hiperlipoproteinemia. *J. Bone Joint Surg. (Am. Vol.)* 56, 1729-1732.
- GARRASTAZU, M. T. (1977): Lipoma óseo. *Med. Cli.* 69, 34.
- GUNTERBERG, B. y KINDBLOM, L. C. (1978): Intraosseous lipoma. *Acta Orthop. Scand.* 49, 95-97.
- HART, J. (1973): Intraosseous lipoma. *J. Bone Joint Surg. (Br. Vol.)* 55, 3, 624-632.
- JAFFE, H. (1958): *Tumores y estados tumorales de huesos y articulaciones*. Filadelfia.
- LICHTENSTEIN, L. (1972): *Tumores óseos*. 4.^a Ed. Mosby.
- MAKRYCOSTAS, K. (1927): Uber das Wirbelangioma, lipom und osteom. *Virchows Arch. Pathol. Anat.* 265, 259-303.
- MOOREFIELD, N. G., URBANIAK, J. R. y GONZALVO, A. A. (1976): Intramedullary lipoma of the distal femur. *South. Med. J.* 69, 1210-1211.
- MUELLER, M. y ROBBINS, J. (1960): Intramedullary lipoma of bone. *J. Bone Joint Surg. (Am. Vol.)* 42, 3, 517-520.
- POUSSA, M. y HOLMSTOM, T. (1976): Intraosseous lipoma of the calcaneus. *Acta Orthop. Scand.* 47, 5, 570-573.
- ROSSLE, R. (1944): Spezielle Pathologie des Skeletts und seiner Teile. Handbuch der Speziellen pathologischen Anatomie und Histologie von F. Henke und O. Libarsch. Bd. 9, Abt. 5, 50-55. Berlin.
- SCHMORL, G. (1932): *Die gesunde und kranke Wirbelsäule in Röntgenbild*. Georg Thieme 77, Leipzig.
- SMITH, W. (1957): Intraosseous lipoma of bone. *Cancer*, 10, 1151-1152.
- SPECCHIULLI, F., FLORIO, V. y MORI, F. (1976): Il lipoma intraosseo. *Ital. J. Orthop. Traumatol.* 2, 293.
- TRIFAUD, A. (1959): *Tumeurs benignes des os*. Masson Ed. Paris.
- VALENTI, J. R., VILLAS, C., TRESSERRA, J. y CAÑADELL, J. (1980): Lipoma intraóseo. *Rev. Ortop. Traum.* 24 IB. 2.
- VAQUERO, F. y FERRER, M. (1971): Un caso de lipoma óseo. *Hosp. Gen.* Mayo 243-248.
- WEHRING, G. (1910): *Lipom des Knochenmarks*. Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. 21, 243.
- ZORN, D. T., CORDRAY, D. R. y RANDELS, P. H. (1971): Intraosseous lipoma of bone involving the sacrum. *J. Bone Joint Surg. (Am. Vol.)* 53, 1201-1204.