

# Lipoma de localización atípica.

**EDUARDO SÁNCHEZ JORGE**

Médico residente de 4to año de dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

**EMMA GUZMÁN**

Médico cirujano - dermatólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

**DIVA MALECK**

Médico residente 1er. año de cirugía dermatológica, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

**ELIBETH NOLASCO**

Médico residente de 4to. año de dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

Correspondencia: dermasanchezjorge@gmail.com

**Resumen.** El lipoma es una neoplasia benigna con diferenciación adiposa madura, pueden ser únicos o múltiples, con muchas variantes morfológicas, la mayoría se presentan en la mitad superior del tronco y su tratamiento es básicamente la escisión quirúrgica. Se presenta un caso de localización atípica en una femenina de 73 años. **Palabras claves:** *Lipoma, tumor benigno, células grasas maduras.*

## Lipoma of atypical location.

**Abstract.** Lipoma is a benign neoplasm with mature adipose differentiation that may be single or multiple, with many morphological variants, most occur in the upper trunk and the treatment is primarily surgical excision. We report a case of atypical location in a 73 year old female.

**Keywords:** *Lipoma, benign tumor, mature fat cells.*

## INTRODUCCIÓN

Los lipomas son los tumores benignos más comunes, los cuales están compuestos por células grasas maduras. Se encuentran en el tejido subcutáneo y menos frecuente en órganos internos. Los lugares habituales de desarrollo son cuello, torso y piernas.<sup>1</sup>

Los de la unidad ungueal son extremadamente raros. Ocurren con poca frecuencia en la mano y dedo del pie y los relacionados con los dedos son muy raros, un 0,2-0,8% de todos los tumores benignos.<sup>2</sup> Se han identificado en todas las edades, pero por lo general aparecen por primera vez entre los 40 y 60 años de edad,<sup>3</sup> predominantemente en el sexo femenino.<sup>4,5</sup>

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 73 años de edad, ama de casa, fototipo Fitzpatrick IV, procedente y residente en Santo Domingo, que acude por dermatosis que afecta segundo orjejo de pie derecho, de un año de evolución, asintomático. Al interrogatorio no hubo ningún hallazgo contributorio al caso actual.

Al examen físico presenta dermatosis constituida por neoformación única redondeada, cubierta por piel normal, consistencia blanda, móvil, no doloroso de 3.5cm de diámetro. *Figura 1.*



**Fig. 1.** Neoformación única redondeada, cubierta por piel normal, consistencia blanda, móvil, no doloroso de 3.5cm de diámetro.

Se indican estudios de laboratorio: hemograma, glucemia, urea, creatinina, examen general de orina, VIH, HbsAg, HCV, VDRL, todos dentro de valores de referencia, negativos y no reactivo respectivamente.

Previa evaluación cardiovascular se decide realizar extirpación biopsia de lesión.

Descripción del procedimiento quirúrgico: Previa asepsia y antisepsia se delimita lesión, se infiltra con lidocaína al 1% sin epinefrina, realizándose incisión lineal y extirpándose masa tumoral blanca-amarillenta, friable, de contornos irregulares y consistencia grasosa. *Figura 2.* Posteriormente se sutura con nylon 4-0, puntos simples interrumpidos y se cubre herida quirúrgica con apósito compuesto. *Figura 3.*



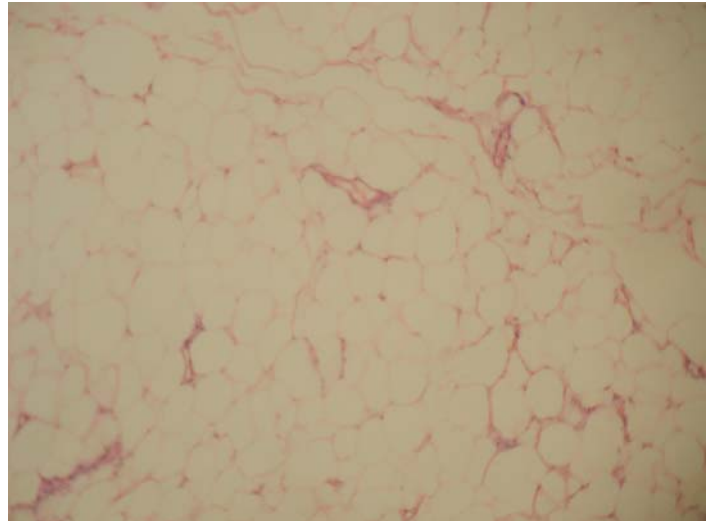
*Fig. 2. Masa tumoral blanca-amarillenta, friable, de contornos irregulares y de consistencia grasosa.*



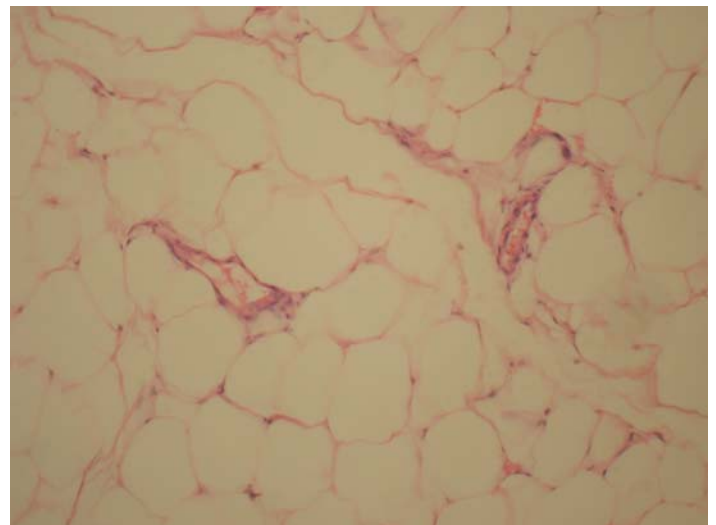
*Fig. 3. Sutura del defecto con nylon 4-0, puntos simples interrumpidos.*

Tratamiento post-quirúrgico con ácido mefenámico 250mg c/8hrs V.O. más azitromicina 500mg c/24hrs V.O. por 3 días. Se cita paciente al segundo día de post-quirúrgico, donde se realiza cura y cambio de apósitos, se retira sutura a los 20 días pos-quirúrgicos.

El estudio histopatológico muestra neoplasia mesenquimal encapsulada de células adiposas maduras. *Figuras 4-5.*



*Fig. 4. Neoplasia mesenquimal encapsulada de células adiposas maduras, dispuestas en grupos y algunos vasos sanguíneos. HE10x.*



*Fig. 5. En detalle células adiposas maduras y escasos vasos sanguíneos. HE 20x.*

#### **DISCUSIÓN.**

El lipoma es un tumor mesenquimatoso que ocupa el primer lugar en frecuencia entre los tumores de partes blandas, lo que varía, según distintos autores, entre un 16-50%. Representa, a su vez, el 1% de los tumores benignos.<sup>1</sup>

La localización más común de los lipomas se encuentra en zonas de abundante tejido adiposo. Informes de un lipoma en el pie existen,

pero los lipomas del dedo del pie son extremadamente raros.<sup>6</sup> También se pueden encontrar en los tejidos más profundos, como los tabiques intermusculares, los órganos abdominales, la cavidad oral, el conducto auditivo interno, el ángulo ponto-cerebeloso y tórax.<sup>2</sup> Presentan crecimiento lento, casi siempre benignos, y clínicamente se manifiestan como masas redondas, móviles, y de consistencia blanda a la palpación.<sup>3</sup> La palpación es indolora y cuando existe sensación de dolor, se debe a compresión de nervios periféricos o por variedades especiales del mismo tumor.<sup>1</sup> Se han identificado en todos los grupos de edad, pero generalmente aparecen entre los 40-60 años. Lipomas congénitos se han observado en niños.<sup>3</sup> Se cita su mayor presentación en el sexo femenino, que muchos atribuyen a la consulta por razones estéticas.<sup>1</sup> La subyacente patogenia es desconocida pero mediante inmunomarcación se pudo demostrar que en el tejido normal se encuentran dos tipos de lipasa lipoproteica, una parcialmente sensible de 55 KDa y otra totalmente sensible de 52 KDa. En los lipomas hay mayor secreción de las subunidades parcialmente sensibles y por lo tanto mayor actividad. Demostrando que existe fusión, o activación transcripcional de HMGA2 gen (highmobilitygroup A2) una familia de factores de transcripción arquitecturales. La translocación HMGA2 / LPP gen (lipoma preferredpartner) es la más frecuentemente encontrada.<sup>1</sup>

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 y sus estructuras son profundas intraóseas, intermusculares e intramusculares. Esta última forma es mucho menos frecuente, su localización y crecimiento lento pueden pasar por desapercibido, además toman un patrón de crecimiento infiltrativo a través de las fibras musculares estriadas.<sup>5</sup>

Existen además diferentes variantes histológicas descritas del lipoma, entre las que se destacan:<sup>1, 5, 7</sup>

**1. Angiolipoma:** es de localización acral y más frecuente en hombres, con un 10% de historia familiar, desencadena dolor al intentar su movilización o a la presión externa.

**2. De células fusiformes:** comprende el 1.5% de todos los tumores grasos. Tiene una topografía electiva como lo es el cuello en su parte posterior y en la cintura escapular; se presenta en varones de más de 50 años de edad. Anatomopatológicamente existe sustitución del tejido adiposo maduro por células fusiformes formadoras de colágeno. Su diagnóstico se basa en la presencia de células mitóticamente inactivas entremezcladas con adipocitos y haces colágenos cordonaes.

**3. Pleomórfico:** con afectación más frecuente en hombres, en la cintura escapular y pelviana. Su conocimiento es importante ya que plantea problemas diagnósticos con el liposarcoma, encuadrándose por ello y junto con el de las células fusiformes en las llamadas pseudo-malignidades. La microscopía ofrece elementos fusiforme antes mencionado, pero junto a células multinucleadas con núcleos hiper cromáticos, dispuestos a manera de "grumos" o similares a los pétalos de una flor.

**4. Lipoma Intramuscular:** pueden alcanzar gran tamaño, es muy común localizarlo en las extremidades inferiores. Infiltran el músculo y crecen alrededor de los nervios periféricos.

En el estudio histológico, los lipomas están compuestos por adipocitos maduros dispuestos en lóbulos, muchos de los cuales están rodeados por una cápsula fibrosa.<sup>3</sup>

El diagnóstico se realiza por palpación e inspección visual.<sup>8</sup> El desarrollo de nuevas técnicas de imagen puede ayudar al clínico en el diagnóstico de los que presentan localización inusual.<sup>2</sup> En ultrasonografía se evidencian varias formas de presentación, puede ser muy hipocogénico, similar al tejido adiposo subcutáneo adyacente. Pueden presentar septos ecogénicos que corresponde a tejido fibroso entre los lobulillos adiposos. Y en otros casos son heterogéneos con presencia de septos ecogénicos. Es una lesión hipovascular al doppler color.<sup>9</sup>

Se debe realizar diagnóstico diferencial con el quiste epidermoide, tumores subcutáneos, liposarcoma, tumores metastáticos, eritema nudoso y sarcoidosis.<sup>3</sup>

El tratamiento tradicional incluye la extirpación quirúrgica o la liposucción, dependiendo del tamaño, localización anatómica y características clínicas.<sup>10</sup> Un método ideal sería emplear una técnica quirúrgica que no deje cicatriz visible.<sup>11</sup> El tratamiento no excisional, incluye inyecciones de esteroides y liposucción.<sup>3</sup> Así como inyecciones de fosfatidilcolinasolubilizada con desoxicolato, una sal biliar, que se han utilizado para reducir las acumulaciones indeseables de grasa.<sup>10</sup>

La extirpación quirúrgica o excisional elíptica de los lipomas a menudo resulta en una cura.<sup>3</sup> Para los pacientes con lipomas múltiples, se ha utilizado el punzón en sacabocados de biopsia cutánea común, el cual se puede utilizar para eliminar la mayoría de los lipomas en una variedad de ubicaciones.<sup>8</sup> Lipomas pequeños pueden ser removidos por enucleación. Se hace una incisión de 3- 4mm sobre el lipoma. Una cureta se coloca dentro de la herida y se utiliza para liberar el lipoma del tejido circundante. Las suturas en general, no son necesarios.<sup>3</sup>

Las complicaciones de la escisión incluyen: infección quirúrgica, celulitis, fascitis, hematoma, equimosis, afectación de nervios vecinos con anestesia y parestesia permanente, cicatrización excesiva con deformidad cosmética, embolo graso y serosa.<sup>10</sup>

El pronóstico es bueno. Existe la posibilidad de recidiva tras la exéresis, pues el adiposito, es capaz de producir citoquinas mediante la multiplicidad de receptores de superficie que contiene, y de reaccionar ante diversos estímulos nerviosos, inmunológicos y hormonales.<sup>5</sup>

## CONCLUSIÓN.

El lipoma se puede encontrar en cualquier parte del cuerpo donde la grasa está presente normalmente, debiéndose tener presente entre los diagnósticos diferenciales especialmente en zonas como los ortijos donde representa un reto diagnóstico debido a lo infrecuente de esta localización.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. L Huczak, N E Driban. Lipoma y Lipomatosis. Revista Argentina de Dermatología. 2007; 88 (1).
2. B Richert, J André, A Choffray, S Rahier, M de la Brassinne. Periungual lipoma: About three cases. Journal of the American Academy of Dermatology. 2004; 51 (2): 91-93.
3. Gohar A. Salam. Lipoma Excision. Michigan State University. 2004; 65 (5): 901-905.
4. Yusimí Rosales León. Lipoma. Revista cubana de Ortopedia y Traumatología. 2006; 51 (1): 123-125.
5. Julio AJ Vergara, Yovanny Ferrer Lozano, Juan C. Rodríguez Reyna, María E. Medina. Lipoma con patrón infiltrativo muscular. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología. 2006; 20 (2).
6. Azam A, Rajagopalan S, Niezywinski WA. A rapidly expanding massive lipoma of the toe. Department of Trauma and Orthopaedics, Grantham and District Hospital, UK. 2007; 46 (6): 499-501.
7. Alejandro Rojo Sebastián, Carlos Santonja Garriga, Felisa Sánchez-Mariscal Díaz. Lipoma de células fusiformes en la planta del pie. Revista Española de Patología. 2005; 38 (1): 48-50.
8. Leslie Christenson, James Patterson, David Davis. Surgical Pearl: Use of the cutaneous punch for the removal of lipomas. Journal of the American Academy of Dermatology. 2000; 42 (4): 675-676.
9. Carolina Whittle P, Gina Baldassare P. Ultrasonografía de piel y anexos. Revista Chilena de Radiología. 2004; 10 (2): 81-88.
10. Adam M. Rotunda, Glynis Ablon, Michael S. Kolodney. Lipomas treated with subcutaneous deoxycholate injections. Journal of the American Academy of Dermatology. 2005; 53 (6): 973-978.
11. Emi Funayama, Hidehiko Minakawa, Akihiko Oyama. Forehead lipoma resection via a small remote incision using a surgical raspator. Journal of the American Academy of Dermatology. 2007; 56 (3): 458-459.