

Hospital Territorial Docente de Cárdenas "Julio M. Aristegui Villamil"
Cárdenas, Matanzas

Lipoma con patrón infiltrativo muscular

Dr. Julio AJ Vergara Pages,¹ Dr. Yovanny Ferrer Lozano,² Dr. Juan C. Rodríguez Reyna³ y Dra. María E. Medina González³

RESUMEN

Los lipomas 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 presentan estructuras profundas intraóseas, intermusculares e intramusculares. Esta última es poco usual, su localización puede pasar por desapercibida y toma un patrón de crecimiento infiltrativo a través de las fibras musculares estriadas, lo que hace necesario diferenciarlo de lesiones malignas del tejido graso. Por tal motivo, se realizó la presentación de un caso con lipoma infiltrativo muscular en el miembro inferior derecho.

Palabras clave: lipoma, músculo estriado, patrón infiltrativo.

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 desapercibido, 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

Existen cuatro variantes histológicas del lipoma:

- Angiolipoma: nódulo doloroso, hipodérmico, frecuentemente se presenta en el antebrazo del adulto. Puede ser múltiple y confundirse histológicamente con el sarcoma de Kaposi o el angiosarcoma.
- Lipoma fusocelular: nódulo indoloro, consistente, se localiza en el cuello y la espalda frecuentemente en hombres entre 40 y 75 años de edad. Histológicamente contiene células grasas en forma de huso bien diferenciadas.

- Lipoma pleomórfico: es una lesión rara junto a las células fusiformes y lipocitos, puede coexistir células gigantes extrañas que recuerdan a un tumor mesenquimal maligno.
- Lipoma Intramuscular e intermuscular: pueden alcanzar gran tamaño, es muy común localizarlo en las extremidades inferiores. Infiltran el músculo y crecen alrededor de los nervios periféricos, pero no en ellos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, mestiza, de 53 años de edad, ama de casa y de procedencia rural; con antecedentes de salud, que viene presentando desde hace aproximadamente 6 años dolor en la cara posterior de la pierna derecha con irradiación al calcáneo. Este cuadro clínico se interpretó como una tendinitis de Aquiles y se impuso tratamiento con analgésicos, vitaminas del complejo B y fisioterapia.

Se utilizó diversas variantes terapéuticas, en las que se incluyó el uso de inmovilización mediante yeso inguinopédico. Esta terapéutica logró aliviar parcialmente la sintomatología que recidivaba al inicio de la deambulación. La irradiación en estadios evolutivos más avanzados a la cara posterior del muslo y la cadera, hizo pensar en una irritación del ciático. Los estudios radiográficos realizados al calcáneo, rodilla, cadera y columna lumbosacra no aportaron elementos significativos que justificaran la magnitud del dolor.

Examen físico

Al examen físico se constató un aumento de volumen de la pierna derecha, con una diferencia de 2,5 cm de tamaño de un miembro con respecto al otro; además se observó imposibilidad de realizar una dorsoflexión pasiva del tobillo por la exacerbación del dolor. El reflejo aquileano estaba aumentado y los dedos del pie se mantenían en una dorsoflexión antálgica.

La paciente no podía deambular descalza, por la hiperextensión de la musculatura posterior de la pierna afectada. Esta actividad solo era posible realizarla con el uso de un tacón correcto que le permitiera disminuir la tensión del tríceps sural.

Mediante la palpación, se comprobó una zona de dolor bien definida sobre el cuerpo del gastrocnemio medial, en el tercio medio superior de la pierna afectada. (Fig.1)



Fig.1. Zona anatómica del dolor

En el ultrasonido de alta resolución se observó en la zona del dolor de la pierna afectada, una imagen heterogénea con presencia de septos ecogénicos, de aproximadamente 4,5 cm, que no se asociada a un plano óseo e infrafacial.

En el acto quirúrgico se encontró una masa tumoral blanca-amarillenta, friable, muy vascularizada, de contornos irregulares y de consistencia grasosa, que por debajo de los gastrocnemios envolvía al músculo soleo y se esparcía en su interior. (Fig.2)

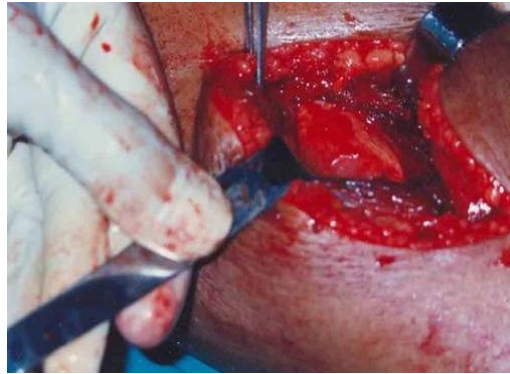


Fig.2. Masa tumoral extraída durante el acto quirúrgico

El estudio histológico demostró la presencia de tejido adiposo insertado entre las fibras musculares del soleo y se concluyó por expertos, como un lipoma originado en el músculo esquelético con patrón de crecimiento infiltrativo. (Fig.3)

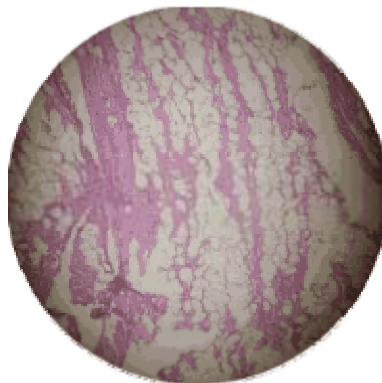


Fig.3. Corte histológico donde se evidencia la presencia de tejido adiposo insertado entre las fibras musculares

DISCUSIÓN

Poco es conocido sobre la histogénesis de los lipomas profundos o subfaciales. La variedad intramuscular que ocupa microscópicamente, está compuesta por lipocitos maduros insertados entre las fibras atrofiadas de secciones del músculo esquelético. Esta degeneración muscular puede tener un origen traumático previo.

Kanji Mori, describió que el daño muscular es selectivo, asociado a una alta movilidad aberrante de proteínas del grupo HMGs, lo que posibilita el crecimiento graso en el endomisio; de ahí el patrón infiltrante del lipoma.⁷

Además, la posibilidad de recidiva álgida tras la exéresis es elevada, pues el adiposito, parte íntegra del eje neuroinmunoendocrino, es capaz de producir numerosas citoquinas mediante la multiplicidad de receptores de superficie que contiene, y de reaccionar ante diversos estímulos nerviosos, inmunológicos y hormonales. El síndrome compartimental crónico mecánico que es producido, se asocia a la irritación química neurológica perilesional que provoca el dolor y su irradiación.⁸

SUMMARY

Lipoma with infiltrative muscular pattern

Lipomas may grow until reaching a large size and they are classified into 2 types: cutaneous or superficial, when they are encapsulated in the superficial soft tissues; and deep or subfascial, when its origin is delimited or diffuse and they present deep intraosteal, intermuscular and intramuscular structures. The latter is rare, its localization may be unnoticed, and it takes a pattern of infiltrative growth through the striated muscle fibers that makes necessary to differentiate it from the malignant lesions of the adipose tissue. That's why, a case with infiltrative muscular lipoma on the right lower limb was reported.

Key words: lipoma, striated muscle, infiltrative pattern.

RÉSUMÉ

Lipome à infiltration musculaire

Les lipomes peuvent atteindre une grande taille, et il en existe deux types : cutanés ou superficiels, quand ils sont encapsulés dans les tissus souples superficiels ; et profonds ou sous-cutanés, quand leur siège est peu délimité ou diffus et ils présentent des structures profondes intra-osseuse, inter- et intramusculaire. Cette dernière est rare, sa localisation peut passer inaperçue, et elle suit un patron de croissance de la filtration à travers les fibres musculaires striées, c'est pourquoi il faut faire une distinction entre celle-ci et les lésions malignes du tissu gras. Ainsi, la présentation d'un cas de lipome à infiltration musculaire au niveau du membre inférieur droit, est réalisée.

Mots clés: lipome, muscle strié, patron d'infiltration.

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, Gonzalez A, Wallace J. Infiltrating lipomas of the thigh. Am J Clin Pathol. 1963; 39: 66-72.
5. Anon. 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. Kanji Mori TC, Keiji Matsumoto MI, Yoshitaka M, Hidetoshi O. Type-selective muscular degeneration promotes infiltrative growth of intramuscular lipoma BMC. Musculoskelet Disord. 2004; 5: 20.
8. Calderón H, Perla P. Tejido celular subcutáneo: un nuevo concepto en evolución. Rev Chil Dermatol, 2004; 20(2): 86-92

1- Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología.

2- Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Instructor FCM Matanzas. Investigador agregado.

3- Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Profesor Instructor FCM Matanzas.

Recibido: 2 de mayo de 2006

Aprobado: 20 de junio de 2006