

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA  
FACULTAD DE MEDICINA. EXTENSIÓN DE LÉRIDA  
UNIDAD DOCENTE HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA

## Lipoma Intraóseo

**J. J. FERNÁNDEZ MARTÍNEZ; F. HERRUZO GALLEGO; G. CORBELLA GARCÍA; J. MASSONS ALBAREDA**

### RESUMEN:

Se comunica un caso clínico de Lipoma Intraóseo de tibia con diagnóstico anatomopatológico confirmado, que constituye en la revisión bibliográfica el número 35.

Se realiza, a propósito de este caso clínico, el estudio de otras lesiones con las que es obligado establecer el diagnóstico diferencial.

Descriptores: Lipoma intraóseo

### SUMMARY:

**The authors describe a medical case of Intrabone Tibial Lypoma with anatomical-pathology confirmed that constitutes in the bibliographical revision number 35.**

**They realize, abolit this clinic case the review of other lesions with which they must establish the differential diagnosis.**

### Introducción

Presentamos un caso clínico con el diagnóstico de Lipoma Intraóseo, interesante no solo por la problemática terapéutica que el mismo presenta, sino por la rareza de su hallazgo.

El primer caso de lipoma intraóseo publicado en la literatura mundial fue descrito en 1901, y la última revisión consultada en nuestro país fue llevada a cabo por los Drs. VAQUERO y FERRER BLANCO (1), en 1979, encontrándose 32 casos entre las publicaciones mundiales.

Por nuestra parte, en la literatura consultada hemos encontrado un caso

de Lipoma de peroné publicado por E. LAUF (2) y otro situado en húmero y comunicado por H. A. PETERSEN (3).

El nuestro con localización en tibia ocuparía el nº 35.

### Observación Clínica

Paciente de 66 años, varón que acude a consulta por cuadro de gonalgia y claudicación en rodilla izquierda de 20 años de evolución. El dolor, que localiza fundamentalmente en región pretibial, es de carácter mecánico, habiendo aumentado su intensidad durante los últimos tres meses.

En la exploración encontramos:

— En la rodilla derecha con genu varo, arco

de movilidad de 130°, desde una extensión normal, no derrame, no inestabilidades, no puntos de dolor, maniobras meniscales sin patología, no afectación femoro-patelar.

- La rodilla izquierda presenta genu varo más acusado que el lado derecho, arco móvil de 90° con límites entre -10° de extensión y 100° de flexión, empastamiento sinovial dándole aspecto de rodilla-globulosa, no derrame articular, ausencia de calor buena estabilidad ligamentosa, maniobras meniscales normales y no puntos de dolor a excepción de la presión en cara anterior de metáfisis tibial. El compartimiento femorapatelar presentaba evidentemente signo de cepillo.

No existían alteraciones en otras articulaciones.

La radiología simple de la rodilla izquierda realizada en proyecciones anteroposterior y lateral ponía de manifiesto, pinzamiento del compartimiento femorotibial y fundamentalmente de la hemicara interna, refuerzo de ambos platillos tibiales y la aparición de una imagen geódica de 7 x 6 cm. circular, de contornos nítidos y enmarcados por una fina línea de osteocondensación, localizada en la metáfisis proximal de la tibia. La lesión no presentaba signos de insuflación ósea, ni tampoco se veía reacción perióstica.

El estudio tomográfico no aporta ningún dato nuevo, salvo su localización central, con tendencia anterior (Figuras nº 1 y 2).

El examen de laboratorio realizando determinaciones en sangre de células, proteínas, fosfatasas alcalinas, calcio y fósforo es normal y únicamente se aprecia una VSG



Figura nº 1: Proyecciones Ap y L de la rodilla izquierda. Imagen osteolítica central en metáfisis tibial.

de 21 en la primera hora.

La biopsia realizada bajo anestesia general puso de relieve unas partes blandas (piel y tejido celular subcutáneo) sin anormalidades. Un periostio y cortical de la cara anterior de la metáfisis tibial sin patología. La perforación de la cortical dejó al descubierto un tejido amarillento brillante, lobulillado, con tractos fibrosos aislados que recuerda al tejido lipomatoso.

El informe anamopatológico indica la existencia de un tejido adiposo maduro, con mínima fibrosis, sin signos inflamatorios ni atípicos que se diagnostica como LIPOMA intraóseo (Figura nº 3).

### Discusión

Siendo el lipoma uno de los tumores más frecuentes de la economía, es sorprendente que se encuentre entre las

más raras neoformaciones de los huesos. Se distinguen:

I.- LIPOMAS PAROSTALES (periósticos), que van a originarse del tejido subperióstico y que frecuentemente provocan reacción perióstica.

II.- LIPOMAS INTRAÓSEOS: que asientan en la cavidad medular pudiendo expandir el hueso desde dentro (esta variedad es la más rara). Su incidencia en el contexto de la patología tumoral ósea es escasa; DAHLIN (4), anotó un 1/1000 del total de tumores óseos en la Mayo Clinic. En 1973 una cuidadosa búsqueda realizada por HART (5) reveló 28 casos comprobados en 75 años de publicaciones; y una revisión llevada a cabo por los Drs. VAQUERO GONZALEZ/FERRER BLANCO (1) (1979) reve-

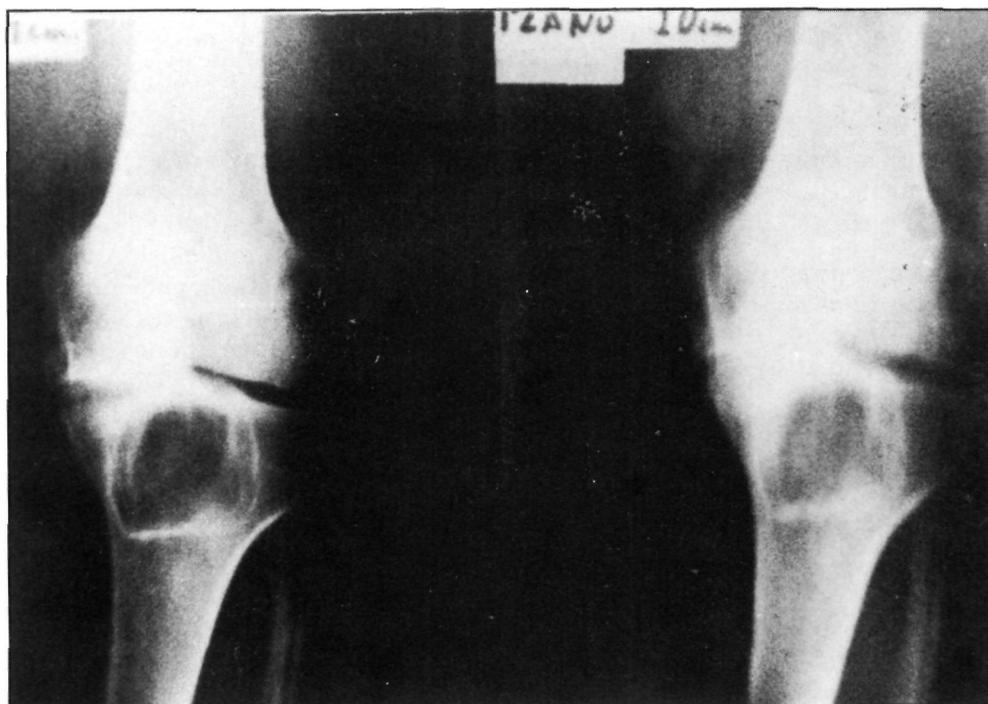
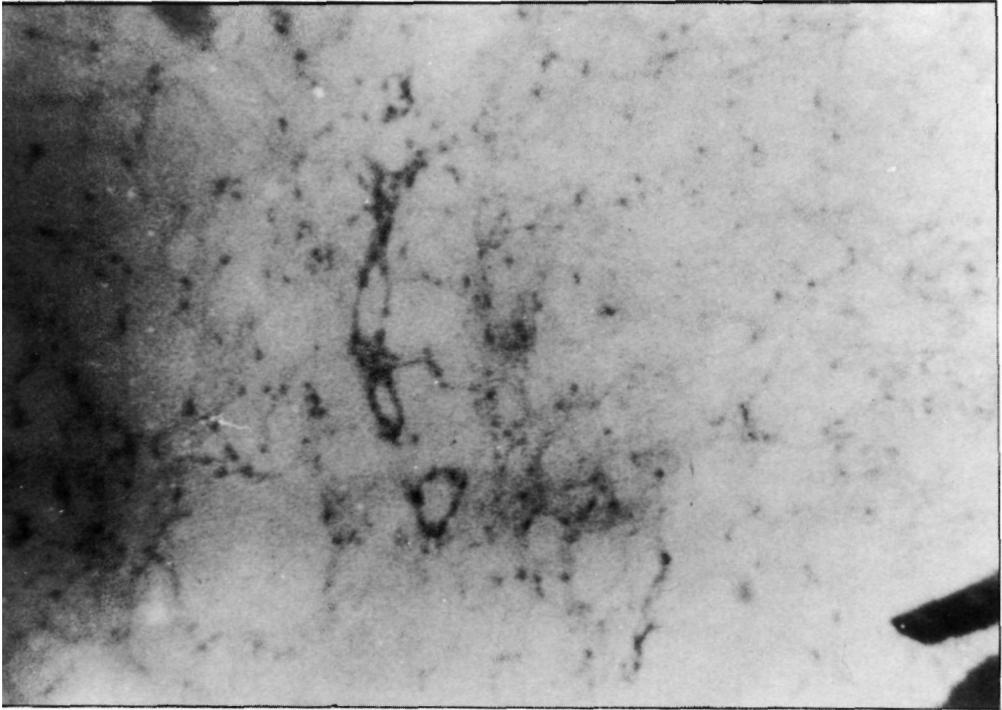


Figura nº 2: Imágenes tomográficas de la misma tumoración.



**Figura nº 3:** Estudio AP. Tejido adiposo con moderado patrón vascular; ausencia de tejido hemtopoyético; se observa un resto de trabécula ósea. Dr. J. Solé y Ramón.

ló la existencia de 32 casos en toda la literatura mundial que junto con los dos casos que nosotros anotamos y el nuestro resultaría un total de 35 casos.

La edad promedio de aparición se sitúa sobre los 40 años SCHAJOVICZ (6) entre 5 y 70, sin predominio por grupo de edad alguno.

En el 60% de los casos estaban comprometidos los huesos largos, siendo lo más frecuente, la tibia y peroné y preferentemente de localización metafisaria; pero también se han descrito en costillas, cráneo y falanges.

El diagnóstico suele realizarse por hallazgo accidental siendo el dolor y la tumefacción los síntomas más frecuentes en el resto de los casos. En los LIPO-

MAS PAROSTALES, suele ser la deformidad, a consecuencia de su crecimiento excéntrico, el signo más importante. Radiológicamente se caracterizan por un área quística radiolúcida generalmente bien delimitada; pudiendo observarse expansión en tumores situados en peroné y costillas pero nunca en huesos mayores, en ocasiones puede romper la cortical provocando una leve reacción perióstica. En algunos casos puede observarse aspecto trabecular con apariencia lobular.

En cuanto a la anatomía patológica: Macroscópicamente observaremos unas masas de tejido blando de color amarillo brillante. Microscópicamente masas lobuladas de tejido adiposo maduro sin atipias celulares.

El tratamiento va a consistir en resección segmentaria o bien curetaje con o sin injerto óseo autólogo en relación con la localización tamaño e importancia funcional de la región ósea afecta sin tener hasta el momento constancia de recidiva local ni a distancia de la tumoración. Obliga a establecer diagnosis diferencial con:

1. TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES: JAFFE, LICHTENSTEIN (7), raro antes de la pubertad y más frecuente entre 20 y 40 años es de localización predominantemente epifisaria y más extensa. Radiológicamente se caracteriza por imagen osteolítica de bordes más o menos delimitados, que tienen trabeculos óseos en su interior y que pueden romper la cortical dando reacción periósticae invasión de partes blandas. En ocasiones puede darnos la típica imagen multilobulada de "pompas de jabón".

2. QUISTE OSEO SOLITARIO: Más frecuente en niños y adolescentes, de localización metafisaria excéntrica, es más frecuente en la extremidad superior del húmero, y también en fémur y tibia. Radiológicamente observaremos ensanchamiento fusiforme del hueso con cortical adelgazada, y realizando controles seriados observaremos alejamiento progresivo de la epífisis.

3. FIBROMANO OSIFICANTE: En niños de localización metafisaria. Las imágenes radiográficas son de lesión bien delimitada, de bordes escleróticos, sin insuflación ósea, siendo posible encontrar dos lesiones en el mismo hueso.

4 FIBROMA DESMOPLASTICO: De localización más diafisaria. A Rx borde más irregular.

5. HEMANGIOMA: De localización

más frecuente en cráneo y columna vertebral (70%). En los huesos largos va a provocar a Rx expansión fusiforme del hueso sin reacción perióstica.

6. ENCONDROMA: Más frecuente entre 10 y 30 años localización más diafisaria. A Rx observaremos lesión osteolítica central bien delimitada con finas calcificaciones en su interior.

7. CONDROBLASTOMA BENIGNO: Suele aparecer antes de los 20 años. Es más frecuente en los huesos largos y de localización epifisaria con extensión a metáfisis. A Rx: zona de osteolisis central con bordes escleróticos finos depósitos cálcicos en su interior; si se extiende a metáfisis o aumenta de tamaño puede abombar la cortical y provocar leve reacción perióstica.

### Bibliografía

1. VAQUERO, J.; FARRE, B.: Lipoma Oseo. Rev. Ortop. Traum. 1979, 23-3: 317-333.
2. LAUF, L.: Intraosseus of distal fibula. Biomechanical considerations for successful treatment. Podiatry Assoc. 1984, 74: 9-13.
3. PETERSEN, A.: Intramedullary humerous lipoma. Ugeskr. Laeger 1983, 18: 2227-2228.
4. DAHLIN, C: Tumores óseos. Ed. Toray, S. A. Barcelona 1969, 106-110.
5. HART, L.: Intraosseus lipoma. J. Bone Jt. Surg. 1973, 55-B: 624-632.
6. SCHAJOWICZ, F.: Tumores y lesiones pseudotumorales de huesos y articulaciones. Panamericana Buenos Aires 1928, 345-349.
7. JAFE, L.; LICHTENSTEIN, L.; PORTIS, B.: Giant cell. Tumor of bone: Its pathologic opperance, granding, supposed variants and treatment. Arch. Patol. 1940, 30: 993-1031.