

AMBULATORIO «HNOS. MERAS MAQUA» DE LA SEGURIDAD SOCIAL
MIERES (ASTURIAS)

Directora: J. VICENTE URUEÑA

Lipomas óseos

Revisión bibliográfica a propósito de un caso de lipoma óseo parostal

F. CIENFUEGOS HEVIA y E. GONZALEZ IBAÑEZ

RESUMEN

Se presenta un caso de Lipoma Óseo Parostal por su escasa incidencia y rara aparición en las publicaciones habituales, tanto mundiales como en nuestro medio.

Es un tumor óseo benigno, de origen subperióstico y a cuyo diagnóstico se llega a partir de un estudio radiológico (radiología simple, ecografía, xerografía, TAC). El Scanner es un medio muy útil para su diagnóstico topográfico.

De pronóstico favorable, sólo es de indicación quirúrgica en los casos en que no exista un diagnóstico de certeza.

Descriptores: Lipoma óseo parostal.

SUMMARY

A case of paraosteal lipoma in a sixty-four year old woman neighbouring the upper end of the shaft of left femur is reported.

The bibliography of this uncommon tumor is collected.

The diagnosis value of the scanner is emphasized.

Key words: Paraosteal lipoma.

Introducción

En el conjunto de la patología tumoral del aparato locomotor, los lipomas óseos son tumores raros y la casuística es escasa, aunque por lo general no plantean problemas diagnósticos serios.

En esta línea, el Lipoma Parostal es un tumor óseo benigno cuya característica denominativa consiste en su capacidad osteogénica yuxtaperióstica: «Lipoma perióstico osificante».

El interés de esta publicación estriba en la rareza de presentación de estos lipomas y

en la posibilidad de aportación de un nuevo caso a la corta estadística de nuestro país.

La baja frecuencia de estos tumores se demuestra por la pobre incidencia de los mismos en las series de DAHLIN (2) recogidas de los archivos de la Clínica Mayo entre 1956 y 1975 en que se revisaron 6.221 tumores óseos encontrando solamente 5 lipomas óseos, de los que ninguno era parostal. MOOREFIELD y cols. (10) en su trabajo en 1976 se refieren también a la rareza de estos tumores. En nuestro país CAÑADELL (16) en 1980 hace una revisión de los lipomas intraóseos y recoge solamente 36 en toda la li-

teratura mundial. Aporta 4 nuevos casos personales. SCHAJOWICZ (13) tiene recogidos en su memoria 4 casos de lipomas intraóseos y 3 de lipomas parostales. Esto de una estadística de 4.193 tumores óseos y 1.100 lesiones pseudotumorales, es fiel reflejo de una incidencia francamente baja de este tipo de tumores. Otros autores, también de reco-

nocida seriedad, como RESNICK (11) o EDEIKEN (4) presentan en sus trabajos series muy cortas. Así, la última publicación recogida que data de agosto de 1984, de TERRENCE DEMOS y cols. (15), se refiere a un máximo de un centenar de casos reflejados en la literatura mundial.

En nuestro país las revisiones de este

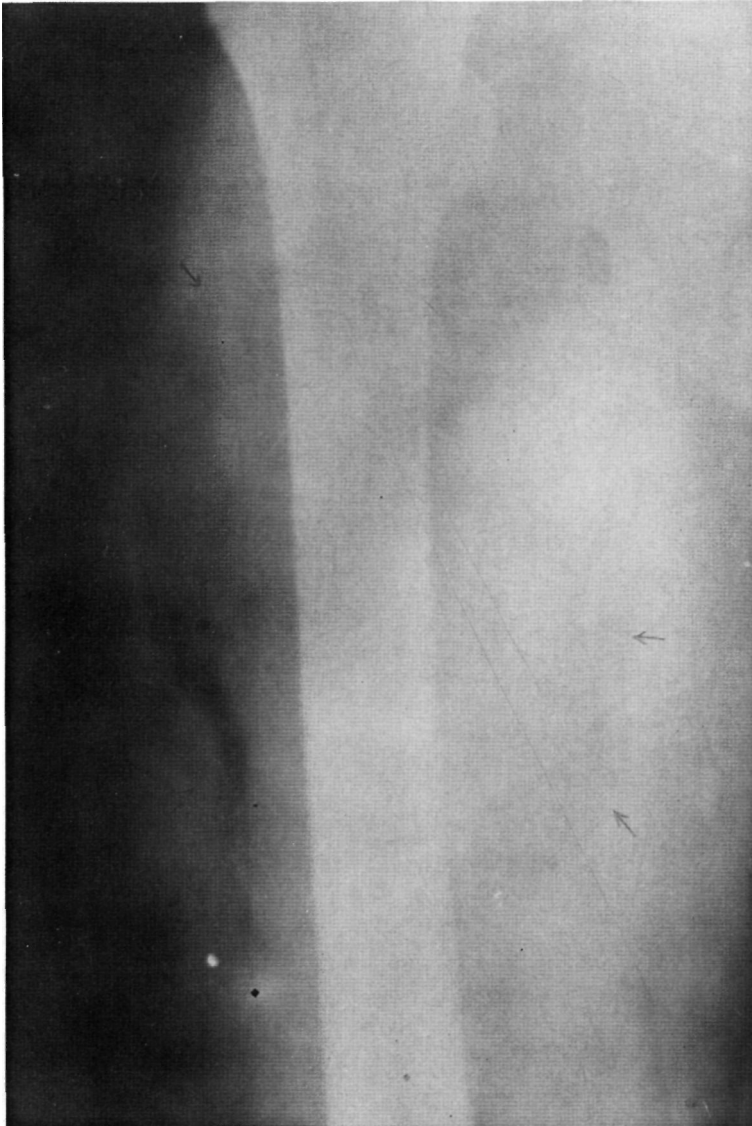


FIG. 1.

tipo de tumor son aún más escasas y en la última década sólo hemos encontrado publicado dos casos, uno en peroné y otro en húmero por el grupo de MUNUERA (8).

Caso clínico

Se trata de una paciente de 64 años de edad, labradora, entre cuyos antecedentes destaca solamente una HTA esencial, una enfermedad de Dupuytren operada y algún episodio aislado de periartrosis escapulo-humeral.

El proceso actual comenzó con la aparición de una masa tumoral en cara anterior de muslo izquierdo, de dos años y medio de evolución, de

crecimiento lento, hasta hace 6 semanas en que comienza a aumentar de tamaño, lo que motiva la consulta médica.

Es una tumoración indolora, sin características inflamatorias, no fluctuante ni desplazable, de consistencia blanda y de un tamaño aproximado de 20 x 20 cm. No presenta compresiones neurovasculares distales.

Radiológicamente se aprecia una masa de partes blandas, ovalada, translúcida, de gran tamaño, bien delimitada y localizada en cara antero-lateral de tercio superior de muslo izquierdo. Se encuentra en íntimo contacto con la cortical del fémur y con una imagen de reacción proliferativa a ese nivel. No aparecen alteraciones estructurales óseas, líticas ni esclerosas. (Fig. 1 y 2).



FIG. 2

Se practicó una T.A.C. (Fig. 3) que confirmó la localización y tamaño de las masas así como de la hiperostosis en cara anterolateral del fémur. El tamaño de esta última era de unos 2 ó 3 cm. y su forma espiculada. Nos indica la situación topográfica del tumor. Así se aprecia como la musculatura anterior del muslo es rechazada hacia delante y el tumor se halla en íntimo contacto con el fémur. La tumoración es de consistencia grasa y en el fémur no se aprecian tampoco alteraciones estructurales. Sus límites son perfectamente nítidos.

Con el diagnóstico de presunción de lipoma parostal y tras un intento de diagnóstico por punción, es intervenida, practicándose una exeresis completa por vía anterior, longitudinal, confirmando en el acto quirúrgico el tamaño, forma y localización del tumor. Es fácilmente separado de las estructuras vecinas y sólo está adherido a la cara anterior del fémur por un pedículo osteoperióstico. Se reseca la hiperostosis y se envía todo el material al servicio de anatomía patológica. Macroscópicamente tiene el aspecto habitual de cualquier lipoma, destacando únicamente el fragmento perióstico al que se encuentra adherido. El análisis de la pieza confirmó el diagnóstico de lipoma y la estructura ósea no presentó caracteres especiales.

La evolución de la paciente, aunque corta, hasta estos momentos ha sido satisfactoria. No hay signos de recidiva. Seguimos su evolución.

Discusión

«Los lipomas óseos son tumores óseos benignos, constituidos exclusivamente por tejido adiposo maduro y sin evidencias de atipia celular». (Schajowicz).

Son tumores óseos raros, a pesar de que el tejido adiposo es un componente importante y abundante en la médula ósea. Son clasificados por la mayoría de los autores en intraóseos y periósteos o parostales, según el origen y la localización del tejido primario.

Los lipomas intraóseos, más raros, se originan en la cavidad medular y expanden el hueso desde su interior. Por algún autor no son considerados como verdaderos tumores óseos. Así, LICHTENSTEIN (7) dice no haberlos visto jamás. Para este autor se trata-



FIG. 3

rían de imágenes radiológicas de secuelas de antiguas fracturas, infartos óseos u osteoporosis localizadas, pero no verdaderos tumores. Sin embargo la mayoría sí acepta su etiología tumoral. CAÑADELL (16) en 1980 publica una revisión de la literatura mundial en la que localiza 36 lipomas intraóseos y aporta 4 nuevos casos, afirmando la naturaleza tumoral de estas lesiones. De la misma opinión son HART (6) y DE LEE (3).

El lipoma parostal, del que es ejemplo típico nuestro caso, algo más frecuente que el intraóseo, a pesar de que en las series de Dahlin y Schajowicz hay menos casos recogidos, es una tumoración que se origina según estos autores en el tejido óseo subperióstico e induce a una reacción espiculada o radiada. No están de acuerdo con aquéllos como MOOREFIELD y cols. (10) que lo consideran un tumor extraóseo, de partes blandas, de localización yuxtaperiostica y que erosiona la cortical ósea. Para Schajowicz y Dahlin, así como para otros autores con importantes series estudiadas como es FLEMING y cols. (5) en 1962, son tumores óseos de origen subperióstico.

Clínicamente suelen ser anodinos y salvo en los casos de manifiesta tumoración, el diagnóstico es casual, en una exploración radiológica por otro motivo. Son indoloros, de crecimiento lento y no presentan manifestaciones externas específicas.

El diagnóstico, como ya se ha dicho, en la mayoría de las ocasiones es radiológico. Se trata de una masa de partes blandas, translúcida, redondeada u oval, bien delimitada y de localización yuxtaperiostica. No infiltra los tejidos vecinos. Es característica la reacción hiperostósica, bien espiculada o radiada, aunque sin lesiones del tejido óseo subyacente.

Una gran ayuda en el diagnóstico, sobre todo topográfico, es la T.A.C. útil para definir el tamaño y localización precisos y la relación con los tejidos vecinos. Nos indica fielmente la densidad de la masa y el estado del tejido óseo sub y peritumoral.

Las localizaciones más frecuentes son la extremidad proximal de los huesos largos de las extremidades. Así los tres casos de Schajowicz se localizan en tercio proximal de fémur y húmero. Sin embargo hay localizaciones más raras como es la mandíbula, descrita por MARTIN STEINER (14).

No existe una diferencia de sexos importante en las diferentes estadísticas y en lo que se refiere a la edad, son lesiones de aparición después de la cuarta década. El diagnóstico diferencial debe realizarse con todos aquellos tumores cuyo origen o asiento sea perióstico y con posible propagación hacia partes blandas. De esta forma hay que tener en cuenta sobre todos al Liposarcoma, sin olvidar por sus caracteres exofíticos al fibrosarcoma perióstico, al mesenquimoma maligno y al condrosarcoma periférico. En general todos estos tumores son de características malignas muy marcadas y no suele ser difícil la diferenciación con el lipoma parostal.

En lo referente a la histología de estos tumores, macroscópicamente destaca que son lipomas habituales en forma de masas blandas, lobuladas, bien delimitadas y de un color amarillo brillante. Lo único destacable es la depresión cortical con formación hiperostósica en la base del tumor. Microscópicamente son acúmulos del tejido adiposo maduro, que ocasionalmente presentan trabeculaciones óseas atróficas, aunque no exigidas para el diagnóstico.

El pronóstico, por sus características de tumor benigno, ha de ser favorable y el tratamiento en la mayoría de los casos conservador. No se han publicado casos de degeneración maligna secundaria. El tratamiento sólo será quirúrgico en caso de no tener un diagnóstico de certeza o por complicaciones locales de tipo compresivo sobre estructuras neurovasculares. Tales complicaciones, aunque infrecuentes están descritas a nivel del radio, con afectación del nervio interoso posterior (1, 9, 12).

Conclusiones

1) El lipoma parostal es verdaderamente un tumor óseo.

2) Su frecuencia de aparición es muy pequeña y así lo demuestran el corto número de publicaciones, muy reducido en nuestro país.

3) Clínica y radiológicamente se caracteriza por una reacción perióstica espiculada o radiada que es como el pedículo del tumor.

4) No plantea problemas de diagnóstico diferencial salvo con el liposarcoma y sólo en estos casos junto con los ya comentados de compresiones nerviosas, está indicada la intervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

1. BERRY, J. B. y MOIEL, R. H. (1973): Parosteal Lipoma producing paralysis of the deep radial nerve. *South. Med. J.*, 66: 1298.
2. DAHLIN: Tumores óseos. Charles C. Thomas, Publishers, Illinois, USA. 1969. 2.ª Edición. Ed. Toray, Barcelona, 1980.
3. DE LEE, J. C. (1979): Intraosseus Lipoma of the Proximal Part of the Femur. *J. Bone Jt. Surg.*, 61 A: 601.
4. EDEIKEN, J. y HODES, P. J. (1982): Diagnóstico radiológico de las enfermedades de los huesos. 1.ª edición, pág. 1077. Ed. Panamericana. Buenos Aires.
5. FLEMING, R. J.; ALBERT, M. y GARCÍA, A. (1962): Parosteal Lipoma. *Am. J. Roentgenol, Radium Ther Nucl Med.*, 87: 1075-1083.
6. HART, J. A. (1973): Intraosseus Lipoma. *J. Bone Jt. Surg.*, 55 B: 624.
7. LICHTENSTEIN (1952): Bone Tumors. Ed. Mosby. St. Louis, Missouri.
8. T. MARTÍN, C. RODRÍGUEZ, R. BOTIA BECERRA y F. LÓPEZ-BAREA (1985): Lipoma Parostal. *Rev. de Ortop. y Trauma.*, 29 IB, n.º 4 (423-429).
9. MOON, N. y MARMOR, L. (1964): Parostal Lipoma of the proximal part of the radius. *J. Bone Jt. Surg.*, 46 A: 608.
10. MOOREFIELD, W. J., Jr.; URBANIAK, J. R. y GONZALVO, A. A. A. (1976): Intramedullary Lipoma of the Distal Femur. *South. Med. J.*, 69: 1210-1211.
11. RESNICK (1981): Diagnosis of Bone and Joint disorders. Ed. Saunders.
12. RICHMON, D. A. (1953): Lipoma Casuing a posterior interosseous nerve lesion. *J. Bone Jt. Surg.*, 35 B: 83.
13. SCHAJOWICZ (1982): Tumores óseos y lesiones seudotumorales de huesos y articulaciones. Ed. Panamericana. Buenos Aires.
14. STEINER, M.; GOULD, A. R.; RASMUSSEN, J. y LABRIOLA, D. (1981): Parosteal Lipoma of the Mandible. *Oral Surg.*, 52, 61.
15. TERRENCE, C.; EDWARD BRUNO, ALIREZA ARMIN and WILLIAN R. DOBOZI (1984): Parosteal Lipoma with Enlarging Osteochondroma. *Am. J. Roentgenol.* Agosto, 143: 365-366.
16. J. R. VALENTI, C. VILAS, J. TRESERRA y J. CAÑADELL (1980): Lipoma intraóseo. *Rev. de Ortop. y Trauma.*, n.º 2, pág. 281.