

CLINICA QUIRÚRGICA UNIVERSITARIA DE VALENCIA

Director: Prof. GOMAR

Lipoma intramuscular del bíceps

F. ARGÜELLES SANGINÉS, J. I. TORRES HURTADO, O. MANSOR BEN-MIMOUN

RESUMEN

Presentamos un caso de lipoma intramuscular del bíceps izquierdo, señalando la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial con otros tumores de tejidos blandos. Se hace una valoración del resultado del tratamiento quirúrgico de esta lesión.

Descriptores: Tumoración bíceps braquial, Lipoma intramuscular.

SUMMARY

Discussion and report of an unusual case of lipome biceps muscle. General considerations about the pathology, prognosis and treatment are discussed.

Key words: Lipoma of biceps muscle.

El interés de esta comunicación clínica se debe a la rareza de esta lesión.

El lipoma es uno de los tumores benignos más frecuentes, que se puede presentar a cualquier edad, siendo raro en los niños (PUIG SERRATE, 1972) en los que se suele acompañar de alguna malformación, como hernia, criptorquidia, espina bifida oculta, neurofibromatosis, etc. Puede afectar ambos sexos, pero con ligero predominio en mujeres de mediana edad.

También se le ha llamado lipocitoma (URTUBEY) y lipoblastoma (BORST) pero sin embargo, esta denominación no se usa en la terminología médica actual.

La primera descripción clínica fue hecha por PAGET (1853) y la primera aportación la realizó HOFFMAN en 1941. Posteriormente se han añadido sucesivas revisiones: STIMPSON presentó 1 caso con afectación en cuello; J. PUIG y cols. en 1972 describen 1 caso en el bíceps de un lactante; KLEIN aporta 6 casos en niños, y FEVRE otros 34

casos también en niños. En 1974 DIONNE y SEEMAYER revisaron la literatura mundial y aportaron 7 casos, con lo que se totalizó 27 tumores, de los que 13 eran lipomatosis infiltrante y 14 angioliomatosis infiltrante; todos los casos afectaban a las extremidades superiores o inferiores.

En 1974 KINDBLOM y cols. aportaron otros 34 casos de lipoma intramuscular que afectaban tronco o extremidades.

BENHOFF y WOOD en 1978 describen dos casos que afectaban el área submandibular y lengua respectivamente. En 1983 MATTEL y cols. describen 1 caso que afecta al músculo esternocleidomastoideo.

Variantes del lipoma

Se han descrito varias formas de lipoma según la composición de sus tejidos:

- fibrolipoma, en el que predomina el tejido fibroso.

– angioliipoma, en el que predominan los vasos sanguíneos, también se llama lipoma telangiectásico.

– lipolinfangioma, cuando tiene vasos linfáticos.

– lipoma petrificado, cuando presenta degeneración calcárea.

– lipoma oleoquístico, cuando la degeneración es oleosa.

– lipoma de adipocitos fetales, formado por células espumosas y vacuoladas.

– angiomiolipoma, que se forma en el riñón y está formado por músculo liso, vasos y grasa.

– mielolipoma, que se puede formar en la médula suprarrenal, contiene elementos de la médula ósea.

– lipoblastomatosis, cuando predomina grasa embrionaria. Es frecuente en lactantes.

– lipoma arborescente, que afecta la sinovial y en algunos casos el periostio.

– lipomatosis infiltrante, más comúnmente del músculo esquelético.

Topografía

Pueden localizarse en el tejido subcutáneo de las extremidades, y en el tronco, donde son los más frecuentes; también pueden ser subaponeuróticos, subserosos, retroperitoneales, mesentéricos, intramusculares, y más raramente subperiósticos y del sistema nervioso central.

Diagnóstico

Para su diagnóstico hemos de valorar:

Signos clínicos: los lipomas aún siendo asintomáticos, por su tamaño y la presión que ocasionan sobre los tejidos vecinos, pueden causar problemas compresivos o es-

téticos. El lipoma intramuscular se caracteriza por ser una masa indolora, que deforma los contornos musculares, es móvil en sentido transversal al eje del miembro, blanda con el músculo en reposo y más consistente y pronunciada cuando se contrae.

Signos radiográficos: la radiografía anteroposterior es poco demostrativa, pero la proyección lateral demuestra la presencia de una masa radiolúcida de bordes precisos y localizada en el tejido blando.

Biopsia: es una técnica quirúrgica apropiada para su diagnóstico, y si es correctamente realizada y localizada, no interfiere con el tratamiento.

T.A.C.: método diagnóstico recientemente aportado por la técnica, puede definir además la localización anatómica del tumor, siendo de mayor valor para el plan preoperatorio que la angiografía cuando el tumor no está estrechamente relacionado con los principales vasos.

Excisión: es aceptable cuando el lipoma es pequeño y superficial, sirviendo de esta manera como diagnóstico y tratamiento.

Diagnóstico diferencial

Se deben tener en cuenta las múltiples neoplasias de tejidos blandos, hernias musculares, hematomas, fibromiositis, carcinoma metastásico, etc. Hay que evitar que un error diagnóstico conduzca a una terapéutica mutilante.

Anatomía patológica

Al estudio macroscópico, el lipoma se presenta como una masa suave, finamente encapsulada, generalmente de color amarillo oscuro, a veces de color naranja y se distingue de la grasa ordinaria porque los lóbulos grasos del lipoma son más grandes, y su consistencia más firme.

FIG. 1

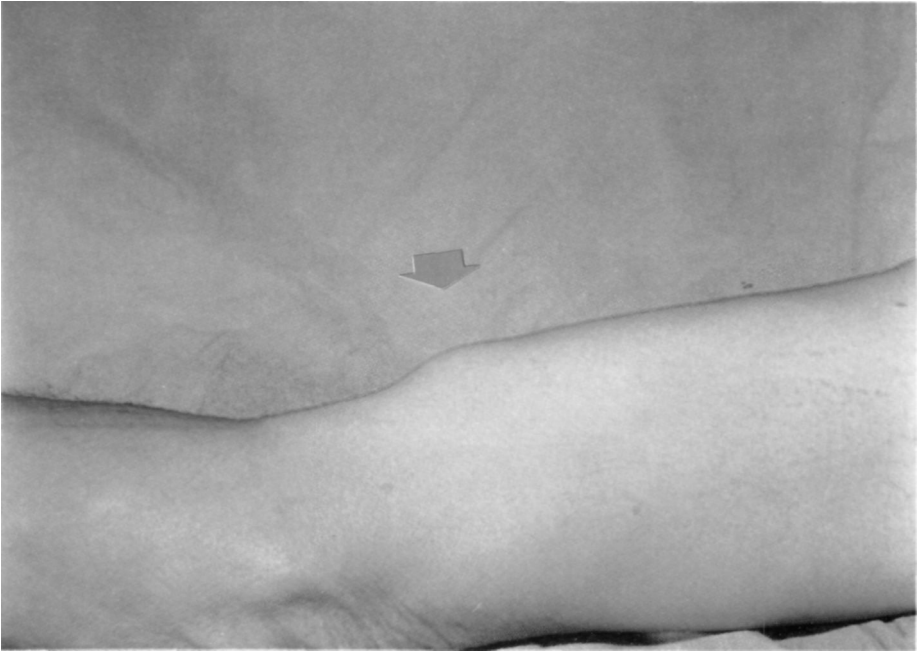


FIG. 2



FIG. 1.- Aspecto clínico de la tumoración alojada en el bíceps y que se moviliza con la contracción del mismo. FIG. 2.- Radiología a nivel de la lesión, que no muestra aspectos patológicos de partes blandas correspondientes sobre la región donde se encuentra la tumoración.

FIG. 3



FIG. 4

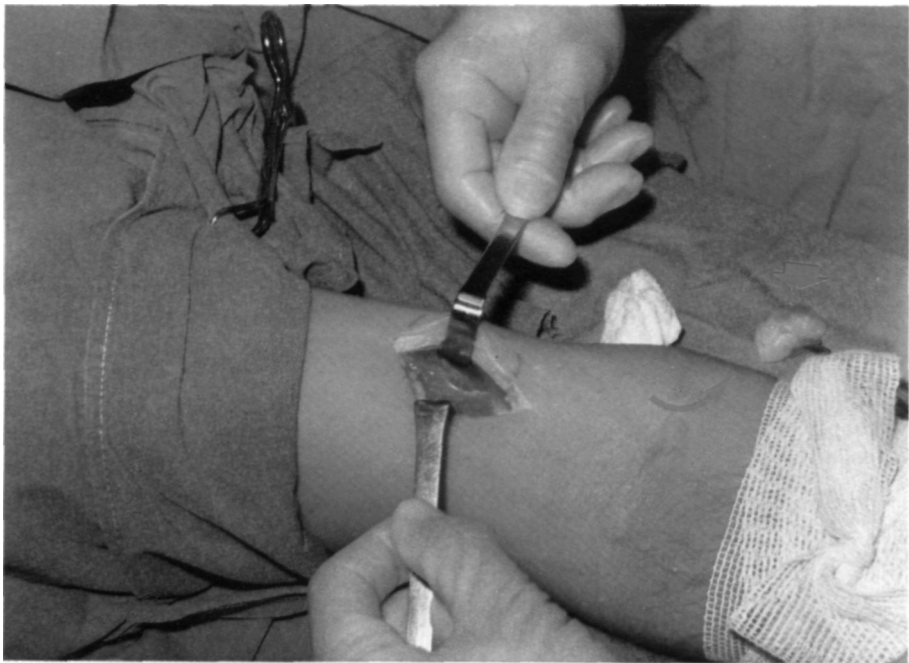


FIG. 3.— Localización de la tumoración dentro de la masa muscular del biceps una vez incindida su aponeurosis y diseccionando longitudinalmente sus fibras hasta su visualización. FIG. 4.— Exéresis completa de la tumoración. Obsérvense según indican las flechas, su aspecto y tamaño macroscópico.

Al microscopio, el lipoma contiene células adiposas maduras con una delgada membrana celular y poco tejido conectivo intercelular; hay infiltración con disociación de fibras musculares, las cuales frecuentemente muestran cambios degenerativos.

Se diferencia con facilidad del liposarcoma por los rasgos altamente celulares, la proliferación lipoblástica, la diferenciación mixoide, el pleomorfismo y la mitosis de éste.

Tratamiento

El tratamiento aconsejado por todos los autores es la escisión quirúrgica que debe ser completa.

Presentación del caso

J.C.C. varón de 56 años, casado, que acude a consulta por presentar una ligera tumoración en brazo izquierdo, y que es indolora (Fig. 1).

No relata ningún antecedente de importancia, y a la exploración física se palpa una masa pequeña, blanda, móvil, adherida a planos profundos y localizada en cara anterior del brazo izquierdo. Radiográficamente no hay hallazgos patológicos (Fig. 2).

El diagnóstico es el de lipoma, que se extirpa bajo anestesia local (Figs. 3 y 4).

El estudio anatomopatológico (n.º 83.094) informa macroscópicamente un fragmento de aspecto graso de 2'5 cm.

Microscópicamente hay fascículos de tejido muscular dislacerados por la infiltración de tejido graso maduro que forma la mayor parte del material remitido. Diagnóstico del informe anatomopatológico: lipoma intramuscular del bíceps izquierdo.

Discusión

Siendo el lipoma un tumor benigno y común en el adulto, la variante infiltrante del músculo esquelético es rara.

BATSAKIS y cols. (1980) diferenciaron dos formas distintas:

– forma intermuscular, la más frecuente, el lipoma crece entre los haces musculares e infiltra secundariamente al músculo adyacente.

– formas intramusculares: raras. Se origina entre las fibras musculares del haz infiltrado, pudiendo infiltrar también la fascia intermuscular. Las fibras musculares pueden sufrir cambios degenerativos.

COENEN (1943) afirma que los lipomas proceden de esbozos embrionarios desconectados, de ahí que se los pueda encontrar en las espinas bífidas ocultas, teratomas sacrocoxígeos y costillas cervicales.

AEGERTER (1975) los considera como un trastorno metabólico señalando que el metabolismo del tumor está gobernado por un metabolismo diferente al de otros depósitos grasos, lo cual se ha confirmado en los estados de inanición, caquexia... en los que el lipoma continúa creciendo mientras otros depósitos grasos ya se han agotado.

La degeneración maligna del lipoma es muy rara.

En relación a los métodos diagnósticos, es interesante volver sobre la T.A.C. ya que como apuntábamos anteriormente, además de efectuar el diagnóstico, nos da a conocer su localización anatómica de una forma más precisa y por otra parte es posible diferenciarlo del liposarcoma, que es menos delimitado y no es homogéneo. De esta manera, el T.A.C. desplazaría a la radiografía y la biopsia, también evitaría la cirugía primaria, innecesariamente extensa sin un diagnóstico histológico.

Como hemos dicho, el único tratamiento eficaz es la exéresis del tumor. En los tumores pequeños, superficiales y bien delimitados la técnica es fácil. Se palpa la masa previamente, se marca con tinta y con anestesia local, se hace una incisión sobre la piel y con maniobras suaves de disección, se libera y se extrae el lipoma dejando una cavidad muy circunscrita.

Por el contrario, en las formas infiltran-

tes, la extirpación puede ser difícil, viéndose en ocasiones obligado el cirujano a escindir tejido vecino sano para evitar la recurrencia, que según DIONNE y SEEMAYER (1974) era del 62'5 por 100 con seguimiento de 4 meses a 20 años, con un promedio de 7'5 años.

Ellos creen que una escisión inadecuada contribuyó a este alto porcentaje.

BIBLIOGRAFIA

- AEGERTER, E. E. (1975): *Ortopedia diseases*, 4 Th. Ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto.
- APPLEY, A. GRAHAM (1981): *Ortopedia y tratamiento de fracturas*, pág. 99.
- BATSAKIS, J. G. et al. (1980): The pathology of head and neck tumors: fibroadipose tissue and skeletal muscle. Part 8. *Head and neck surgery*, 3: 145-168.
- CAMPBELL (1981): *Cirugía ortopédica*, pág. 1345.
- COENEN, H. (1943): *Cirugía de los tumores*, T. II, de *Cirugía de Firschner-Nordman*, Ed. Labor.
- DIONNE, G. and SEEMAYER, T. (1974): Infiltrating lipomas and angiolipomas. *Revisited Cancer*, 33: 732-738.
- GREEMBERG, G. S. (1980): Lipomas: Discussion and report of an unusual case. *J. Foot Surg. Summer*, 19 (2): 68-70.
- HALLDORSDDOTTIR, A. et als. (1982): CT Diagnosis of lipomatous tumors of the soft tissues. *Arch. Orthop. Trauma. Surg.*, 100 (4): 211-6.
- HORDIN, F. F. (1982): A simple technique for removing lipomas. *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, May 8 (15): 316-7.
- MATTEL, S. F. et als. (1983): Infiltrating lipoma of the esternocleidomastoi muscle Laringoscope. Feb. 93 (2): 205-7.
- PUIG SERRATE, J. et als. (1972): Lipoma intramuscular del biceps en un lactante. *Cuadernos clinicos*, n.º 11, pág. 4699.