

LIPOMAS INTRAMUSCULARES

J. DARGALLO, J. GASULL

Los lipomas son unos de los tumores más frecuentes en la clínica quirúrgica. Sin embargo, determinadas localizaciones son raras y aún excepcionales. El desconocimiento por parte del médico práctico de estas especiales localizaciones puede ser causa de graves errores diagnósticos y terapéuticos (FEVRE).

En los dos últimos años hemos tenido ocasión de estudiar e intervenir tres casos de lipomas intramusculares en adultos, los cuales sumados a otras dos observaciones infantiles (una correspondiente al bíceps de un lactante, publicada en colaboración con los doctores PUIG SERRATE y J. CORTADELLAS y otra de localización lingual, publicada en colaboración con el doctor F. MUR), elevan a cinco el número de casos propios de un proceso que sin ser excepcional es considerado como raro.

En nuestra experiencia quirúrgica anterior tan sólo recordamos otra observación intervenida por uno de nuestros maestros y de la que sólo hacemos referencia. En cuatro de nuestras cinco observaciones llegamos al diagnóstico exacto preoperatoriamente, porcentaje muy alto ya que se piensa muy poco en este posible diagnóstico.

La premura del tiempo de que disponemos hace que presentemos los mismos en forma esquemática, sin adentrarnos en las peculiaridades propias de los mismos para realizar unos comentarios generales sobre los mismos.

OBSERVACIÓN 1. — R. T. L., de 3 años. Presenta una lesión al parecer congénita de la que la madre se dio cuenta a los 15 días de vida. Su tamaño apenas ha crecido. La lesión es de topografía lingual situada en su porción dorsal y próxima a la V lingual.

Lengua de aspecto normal a excepción de la zona dorsal que en la línea media presenta una zona romboidal con un aspecto liso, depapilado, que recuerda el de una cicatriz queiloidea. Dicha lesión abomba sobre la superficie lingual.

Con el diagnóstico de glositis romboidal o de displasia congénita por un fibroma lingual se procede a su extirpación el 9-X-1965. Extirpación bajo anestesia general. Se remite la pieza al doctor A. COMA FABRÉS, el cual al practicar el estudio de la pieza descubre la presencia de un lipoma intra-lingual por debajo de la lesión romboidal y extirpado en bloque con la lesión.

OBSERVACIÓN 2. — P. A. S., de 20 meses de edad. Natural de un pueblecito próximo a Barcelona.

Nos es remitido por su pediatra con el diagnóstico de probable sarcoma, para proceder a la extirpación de su extremidad superior.

Es visto el 13-XII-1968.

Enfermedad actual: Hace unos 4 ó 5 meses la madre se dio cuenta de que el pequeño presentaba el brazo izquierdo algo aumentado de volumen, pero como el pequeño no se quejaba y su estado general era floreciente no dio importancia al proceso.

Poco a poco el tumor aumenta de tamaño y la familia decide consultar al pediatra, el cual nos lo remite de urgencia con un estado de alarma familiar al haberles afirmado que era casi segura la necesidad de extirpar la extremidad afectada.

A la exploración el pequeño, rubio y de excelente aspecto, permite descubrir la presencia de una tumoración intramuscular situada en la cara externa y anterior del segmento braquial. Piel normal, sin adherir al tumor, el cual corresponde a los planos musculares y no adhiere al hueso, gozando de una gran motilidad transversal y escasa en sentido longitudinal. Su consistencia es blanduzca, pero al contraerse parece aumentar la consistencia y aún reducirse el tamaño.

A la exploración radiográfica de perfil se demuestra con nitidez la existencia de una masa de gran tamaño que deforma el contorno, y que incluida en la musculatura braquial, traduce una imagen lacunar clara de límites bastante precisos, lo que permite establecer el diagnóstico de lipoma o fibrolipoma intramuscular.

El 17-XII-1968 se procede a la extirpación bajo anestesia general. Extirpación de una masa fibrolipomatosa de límites bastante precisos. Remitido al laboratorio histopatológico nos confirman nuestro diagnóstico. Sin recidiva en su control a los cinco años de la intervención.

OBSERVACIÓN 3. — T. P. M., de 34 años. Natural de Barcelona. Madre de dos hijos.

No recuerda enfermedades de importancia, a excepción de pequeñas infecciones urinarias por la existencia de una duplicidad renouretal bilateral.

Enfermedad actual: Desde hace unos 3 ó 4 años que se sabe portadora de una tumoración pequeña en la cara anterior del antebrazo izquierdo. Dicha tumoración deforma el perfil de la parte alta del antebrazo. Su palpación es indolora, no adhiere al plano superficial, y es móvil en sentido transversal. Al contraerse la musculatura la tumoración queda mucho más fija.

Se establece el diagnóstico de posible lipoma intramuscular y se aconseja su intervención.

Intervención el 9 de enero de 1973. Anestesia local. Sección de la fina

aponeurosis de recubrimiento del supinador largo, a cuyo través se transparentaba ya el lipoma. Este estaba muy bien delimitado por lo que su extirpación fue muy fácil. Reconstrucción por planos de la región, con un especial cuidado del plano subcutáneo y cutáneo. Curso excelente y resultado estético satisfactorio.

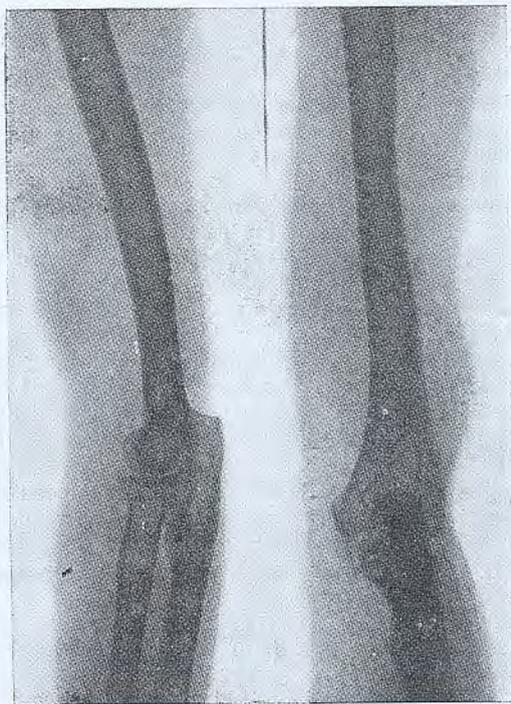


FIG. 1. — Imagen radiográfica de la observación 4.

OBSERVACIÓN 4. — M. M. G., de 51 años, casada. Natural de Lugo. Antecedentes banales. Menopáusica. Ha tenido tres hijos y un aborto. Sin antecedentes de interés. Enfermedad actual: Nos es remitida porque la paciente presenta una tumoración a nivel del tercio inferior del brazo derecho. La paciente atribuye esta tumoración, o se dio cuenta de la misma, a un traumatismo recibido hace unos 15 años. En los últimos meses parece haber crecido bastante. Es remitida por su médico de cabecera para descartar una posible degeneración del proceso.

A la exploración hallamos una paciente pícnica, menopáusica, con excelente estado general. Localmente se aprecia una tumoración del tamaño de

una naranja pequeña, que no adhiere al plano subcutáneo, ni al plano óseo. Al contraerse el bíceps la tumoración queda fija. No es dolorosa a la palpación.

A la exploración radiográfica se aprecia una imagen capsulada, que destaca por su claridad y transparencia en relación con las demás partes blandas. No se aprecian alteraciones óseas, siendo los límites suficientemente precisos para establecer el diagnóstico de posible lipoma intramuscular.

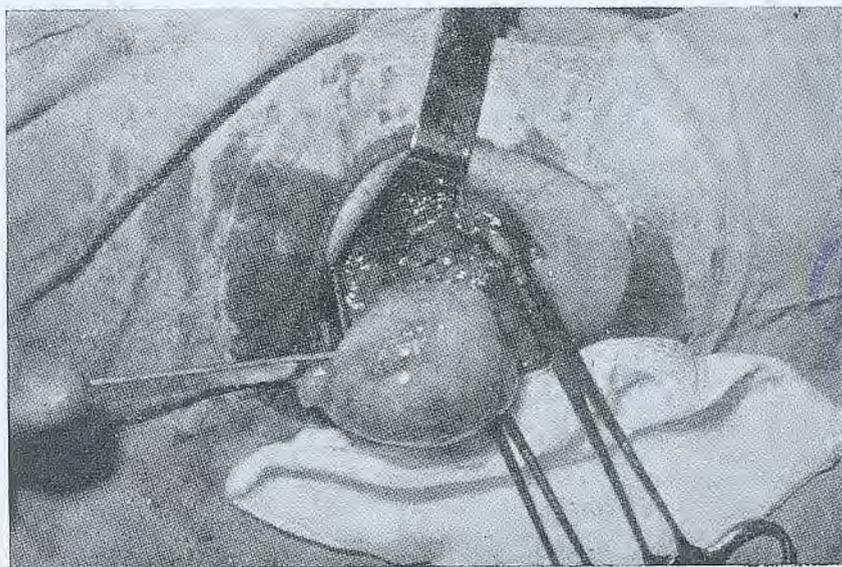


FIG. 2. — Aspecto operatorio de la observación 4 al finalizar la liberación.

Intervención (27 septiembre 1973). Anestesia local. Incisión longitudinal sobre la zona más prominente de la tumoración. Sección de la aponeurosis de recubrimiento se aprecia un lipoma intramuscular muy bien delimitado y de fácil extirpación sin apenas hemorragia. Reconstrucción de la aponeurosis. Plano subcutáneo con puntos sueltos de catgut de 000 y piel con seda negra. En la misma sesión operatoria se extirpa una pequeña tumoración de la planta del pie, muy dolorosa. Se remiten ambas tumoraciones al Servicio de Anatomía Patológica. Dictamen histopatológico. Doctor DIEGO FERRER. El tumor mayor se halla constituido por una masa de células esféricas de núcleo excéntrico, tipo adiposo. En el conjunto se aprecia una distribución lobulillar con tabiques fibrosos, y en uno de sus extremos se observan fibras musculares estriadas que se entremezclan con los lobulillos del tumor.

El tumor pequeño corresponde a una formación hemangiomasitosa con caracteres equiparable a los de un tumor glómico.

OBSERVACIÓN 5. — C. A. L., de 56 años. Natural de Barcelona.

Antecedentes sin importancia a excepción de un posible ulcus duodenal. Menopausia desde los 49 años.

Enfermedad actual: Hace 18 años, en forma casual se descubrió una tumoración del tamaño de una almendra en la cara anterior del muslo izquierdo. Hace unos cinco años que esta tumoración empezó a crecer, hasta adquirir el tamaño de un melón pequeño, hallándose situada en el cuádriceps, desde las proximidades de la rodilla hasta unos 8 cm. de la ingle.

A la exploración, esta tumoración se presenta de una consistencia blanda, renitente, con unos bordes bastante bien limitados, prácticamente indolora a la exploración, pero por el desplazamiento de los nervios en el crecimiento tumoral, la paciente (muy nerviosa y sensible) se queja de unas parestesias irradiadas hacia la rótula. Se practican radiografías, las cuales son poco demostrativas, posiblemente por la gran masa del tumor y por su situación profunda, ya que topográficamente afecta la parte más profunda del cuádriceps. Los análisis practicados demuestran tan sólo una ligera anemia hipocroma, con normalidad de las restantes pruebas hematológicas practicadas.

Intervención (5-III-1974): Incisión en la cara externa del muslo. Abierto el plano aponeurótico se aísla y separa una capa muscular superficial del cuádriceps. Por debajo de la misma se aprecia una gran tumoración de aspecto fibrolipomatoso, si bien su consistencia y aspecto difiere algo de los demás casos antes referidos. La tumoración está bastante bien delimitada, hallándose aplicada sobre el periostio femoral del que se despega con facilidad. En los polos superior e inferior es necesario sacrificar una pequeña cantidad de músculo para lograr una extirpación completa. Se deja un drenaje de depresión de Redon, se reconstruye el plano muscular y aponeurótico. Sutura de la piel con seda, colocando un vendaje de tipo compresivo.

Curso postoperatorio excelente. Se retira el Redon a las 48 horas. Protección antibiótica los primeros tres días. Alta a los 12 días de la intervención. Dictamen histopatológico (Dr. DIEGO FERRER): Desarrollo neoplásico de elementos mesenquimatosos jóvenes de núcleo en reposo y citoplasma de aspecto muy variado. Unas veces alargado, redondeado o algo estrellado. Según las zonas los citoplasmas se cargan de una o varias vesículas adiposas provocando la lateralización del núcleo en forma más o menos intensa hasta adquirir el típico aspecto del adipocito. En otras zonas predominan la sustancia fundamental amorfa con escasa diferenciación fibrilar. Extensas zonas de necrosis colicuativa. Se trata de un mixo-fibro-lipoma intramuscular.

COMENTARIOS. — El lipoma es el tumor compuesto de tejido adiposo. Ha recibido también los nombres de lipocitoma (URTUBEY) y de lipoblastoma (BORST) denominaciones tal vez más correctas, pero que no han entrado en la nomenclatura médica usual.

El aspecto macroscópico de estos tumores es característico en sus formas usuales. Constituyen tumoraciones firmes, elásticas, redondeadas, de ordinario multilobuladas, no encapsuladas, pero claramente delimitadas de los tejidos vecinos. En general, su consistencia es la del tejido adiposo corriente o lipoma blando. Pero con relativa frecuencia se presentan variaciones estructurales, según la riqueza de tejidos acom-

pañantes. Así, cuando se acompaña de abundantes elementos fibrosos, se designa como fibrolipoma, con una consistencia mayor; su mezcla con vasos sanguíneos da origen a la forma de lipoma telangiectásico o cavernoso; su asociación con abundantes vasos linfáticos más o menos dilatados constituye el lipolinfangioma, que tantas veces acompaña a las anormogénesis de diversos tipos. Además puede sufrir diversos tipos de degeneración, ya sea por precipitación calcárea (lipoma pétreo), la cual puede ir seguida de osificación total o parcial (lipoma pétreo



FIG. 3. — Aspecto del muslo de la paciente de la observación 5.

osificante de Virchow); degeneración oleosa (lipoma oleoquístico); degeneración mucinosa (colonema de Müller), etc. Entre los tumores mesoblásticos y en especial en el fibroma, el lipoma y el condroma la presencia de zonas mixomatosas es bastante frecuente. Como ya señalaba EWING es muy difícil determinar en tales casos si la porción mixomatosa es originariamente de este tipo o si representa una degeneración

de tejido adulto. En el primer caso la terminología sería de mixolipoma, y en el segundo de lipoma mixomatoso.

La relación entre el lipoma y el mixoma ya fue señalada por VIRCHOW, el cual pensaba que el mixoma estaba íntimamente relacionado con el lipoma y se originaría en el tejido adiposo embrionario. Tal hipótesis no ha sido demostrada, pero la asociación y coexistencia de ambos procesos es frecuente y de difícil interpretación. En la observación número 5, el cuadro se superponen en parte con el de los mixomas intramusculares, de los cuales el más característico sería el fibrocitoma mixoide de Moulounguet, cuyo aspecto recuerda en parte al del fibrolipoma y en parte al del fibrosarcoma y cuya identificación es difícil y a veces incierta (MASSE).

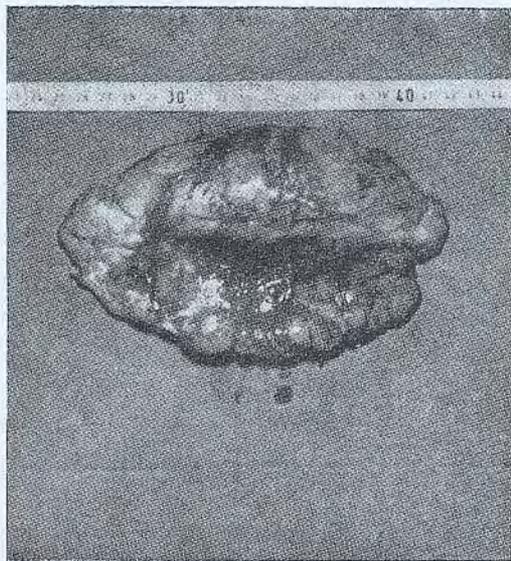


FIG. 4.— Aspecto del tumor correspondiente al caso 5, de naturaleza fibromixolipomatosa. Destaca el canal de impresión producido por el fémur.

Los lipomas derivan generalmente de gérmenes embrionarios desconectados. Tal es por lo menos el criterio de COENEN, quien aduce, a favor de tal afirmación, la existencia frecuente de lipomas en las fisuras vertebrales, espinas bífidas ocultas, en costillas cervicales, teratomas sacroxigeos, etc., y en la existencia de una especial disposición vascular.

Es bien sabido que los lipomas presentan una especial disposición

vascular, ya que cada uno de los múltiples lóbulos que constituyen el tumor crece alrededor de una rama del vaso principal. Las anastomosis laterales de estos vasos son escasas y aún inexistentes; ello es causa de que los tumores lipomatosos crezcan por expansión y sean fácilmente enucleables sin hemorragia. La composición química, estudiada cuidadosamente por WELLS, no demuestra cambios estructurales que justifiquen la dificultad de movilización de la grasa de los lipomas. Sabido es que el lipoma se muestra independiente del organismo que lo aloja, y así en las grandes catástrofes orgánicas, caquexias, tisis, gastritis crónicas, sprúe, ayunos voluntarios, etc., no sólo no disminuyen sino que incluso son capaces de proseguir su crecimiento.

Desde el punto de vista de su localización, los lipomas pueden ser: subcutáneos, evidentemente los más frecuentes y con una frecuencia mucho menor, yuxtaherniarios, submucosos, subaponeuróticos, subserosos, mesentéricos, retroperitoneales, intramusculares y los que ya deben ser considerados excepcionales, cardíacos, subserosos, mediastínicos, etc.

Aunque por sus caracteres los lipomas en los niños sean idénticos a los de los adultos su frecuencia es mucho más reducida. Así, KLEIN, revisando los protocolos de 10 años de las clínicas de Gohrband y Karger, sólo registra 16 casos. FEVRE, en 23 años, registra 34 casos infantiles, de los cuales un buen número estaba asociado a una anorogénesis.

Frente a una tumoración de topografía intramuscular, COENEN señala que debe prestarse gran atención a la posible existencia de un lipoma, en especial frente a los tumores musculares de las extremidades. Pensar en dicha posibilidad puede evitar un grave error diagnóstico con el sarcoma. Fácilmente se comprende que un error diagnóstico en este caso puede conducir a una terapéutica gravemente mutiladora. En este sentido han llamado la atención BEHRENDEN en los adultos y FEVRE en los niños.

Entre los tumores benignos que afectan al sistema muscular estriado destacan tres tipos, cada uno de ellos con una característica peculiar (si bien alguna de ellas puede ser inconstante).

1.º El linfangioma, que presenta o puede presentar una transluminación positiva, en especial en su forma de grandes quistes, sin hemorragias en su interior. En casos de quistes pequeños, con fibrosis asociada, hemorragias intraquisticas o con una espesa capa muscular enrededor, este signo puede ser negativo.

2.º El hemangioma que es doloroso a la presión, pero que en dos observaciones propias no presentaba esta característica considerada típica.

3.º El lipoma que es de caracteres roentgenológicos muy típicos, por lo menos en las formas limitadas o circunscritas. Puede sin embargo, confundirse con el mixoma, en especial en las formas mixtas en las que el lipoma presenta una degeneración parcialmente mixomatosa.

El lipoma intramuscular puede ser o disponerse en forma circunscrita y bien delimitada, o por el contrario disponerse en forma difusa o infiltrante (fig. 5). En esta última disposición puede presentarse en forma fasciculada, es decir, con bandas alternantes de músculo y de lipoma, lo que da al músculo afecto el aspecto de una degeneración grasa de las fibras musculares que puede macroscópicamente desorientar al cirujano. Tal disposición dificulta extraordinariamente la exéresis quirúrgica, obligando al cirujano a resecciones más amplias.

lipomas intramusculares

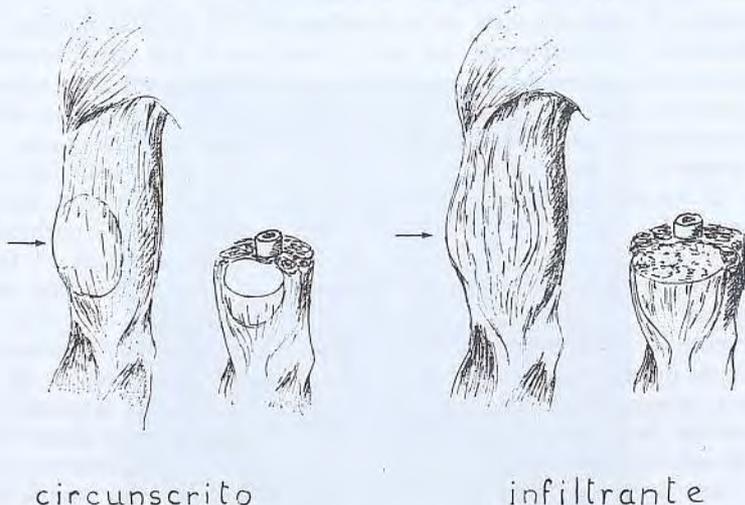


FIG. 5. — Esquema de las disposiciones circunscrita y difusa que pueden presentar los lipomas intramusculares.

FEVRE ha señalado en algunos casos la existencia de un pedículo fibrograsoso o fibroso, que se puede prolongar hacia el tendón (como se pudo constatar claramente en la observación 2) o se inserta en el periostio (como en observación 5) disposición que suele apreciarse en aquellos lipomas que afectan los planos profundos musculares en contacto con el hueso.

Clínicamente, el tumor se caracteriza por una masa que deforma el perfil del músculo. No se acompaña de alteraciones dérmicas y su exploración es indolora. En las localizaciones de las extremidades la masa tumoral es muy móvil en sentido transversal o perpendicular al eje del miembro. Por el contrario, lo es mucho menos en el sentido de las fibras musculares. La fijación de la tumoración por la contracción muscular

suele ser muy evidente, pero es difícil de conseguir en los niños y principalmente el lipoma intramuscular no corresponde a una extremidad.

La sensación de palpar una masa blanduzca y aún claramente fluctuante es a veces difícil de apreciar en los niños, principalmente por la falta de colaboración y por la sensación fisiológica de blandura de los músculos en reposo. La prueba del endurecimiento del lipoma con cloruro de etilo tan útil en los lipomas subcutáneos, lo es muy poco en las formas intramusculares.

Existe afortunadamente un dato auxiliar de gran valor en el diagnóstico de los lipomas intramusculares, y principalmente en las extremidades. Tal es la exploración radiológica, que en los casos circunscritos determinan la aparición de una transparencia o claridad de límites precisos.

RESUMEN CASUÍSTICO

<i>Caso</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>Localización</i>	<i>Tiempo de evolución</i>	<i>Tipo anatomoclínico</i>
1	3 años	V.	Lingual	Desde el nacimiento	Localizado (con Glositis romboidal)
2	20 meses	V.	Bíceps	Desde tres meses antes	Localizado
3	34 años	H.	Supinador L	Desde cuatro años antes	Localizado
4	51 años	H.	Bíceps	Desde seis años antes	Localizado
5	56 años	H.	Cuadríceps	Desde unos 18-19 años	Algo infiltrante (Míxo-fibro lipoma)

Por el contrario, en las formas difusas e infiltrantes la presencia de claridades alterna con zonas de sombra muscular en una imagen típica de «hojaldre» de capas alternantes.

Dejando aparte los tumores de tipo linfangioma y hemangioma muscular, los lipomas deben diferenciarse de los mixomas, muchas veces difíciles de diferenciar incluso en el estudio anatomopatológico, de los quistes hidatídicos, pero principalmente de los tumores propios de la fibra muscular estriada, desgraciadamente casi siempre de tipo maligno.

Cuando los lipomas intramusculares están asociados a una anomalía o anormogénesis pueden permanecer estacionarios (DARGALLO y MUR). Sin embargo, en la mayoría de casos, el crecimiento es progresivo.

Prácticamente, el único tratamiento eficaz es la extirpación, que en los casos de tipo limitado suele ser fácil, pues sólo afecta a un único músculo. Por el contrario, en las formas infiltrantes y fasciculadas, la exéresis puede ser difícil, obligando a veces al sacrificio de tejidos vecinos, posiblemente sanos, para ponerse al abrigo de posibles recidivas.

Somos partidarios de la extirpación precoz, ya que evita el ulterior crecimiento y previene la rara pero posible degeneración sarcomatosa.

Hospital Municipal de Nuestra Señora de la Esperanza. Barcelona
Servicio de Cirugía General (J. DARGALLO)

BIBLIOGRAFIA

1. ASCHOFF, L.: Anatomía Patológica. Ed. Labor, 1934.
2. BAILEY, H.: Semiología Quirúrgica. Ed. Toray, 1963.
3. BASTOS, M.: Tratado de Patología General Quirúrgica. Ed. Labor, 1943.
4. COENEN, H.: Cirugía de los Tumores. T. II de Cirugía de Kirschner-Nordmann. Ed. Labor, 1943.
5. COSSAVELLA, E. J.: Enfermedades quirúrgicas de los músculos. En T. 2 de Patología Quirúrgica de J. R. Michans. Ed. El Ateneo, 1971.
6. DARGALLO, J.; PUIG SERRATE, J.; CORTADELLAS, J.: Lipoma intramuscular del bíceps en un lactante. Cuadernos Clínicos del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, 2, 46, 1972.
7. DARGALLO, J.; MUR VILAFRANCA, F.: Lipoma congénito del dorso de la lengua. Barcelona Quirúrgica, 3, 181, 1967.
8. DIETRICH, A.: Patología General y Anatomía Patológica. Ed. T. Seix, 1941.
9. EWING, J.: Oncología. Ed. Salvat, 1948.
10. FEVRE, M.; HUGUENIN, R.: Malformations Tumorales et Tumeurs de l'enfant. E. Masson, 1954.
11. FEVRE, M.: Chirurgie Infantile et Orthopedie. Ed. Med. Flammarion, 1967.
12. GOHRBANDT, KARGER, BERGMANN: Tratado de Patología Quirúrgica de la Infancia. Ed. M. Marín, 1932.
13. GROB, M.: Patología Quirúrgica Infantil. Ed. Científico-Médica, 1958.
14. HOMANS, J.: Patología Quirúrgica. La Prensa Médica Mexicana, 1948.
15. KAUFFMAN, S. L.; STOUT, A. P.: Lipoblastic tumors of children. Cancer, 12, 912, 1959.
16. OEHME, J.; GUTZEIT, D.: Neoformaciones del tejido conjuntivo. En el T. VIII-2 de la Enciclopedia Pediátrica Opitz Schmid. Ed. Morata, 1974.
17. OMBREDANNE, L.: Précis clinique et opératoire de Chirurgie Infantile. Ed. 5.ª. Ed. Masson, 1949.
18. STANLEY, L. R.: Tratado de Patología. Ed. Interamericana, 1968.
19. URTUBEY, L.: Los Tumores. Ed. Científico-Médica, 1942.