

PRESENTACIÓN DE CASO

Presentación de caso de un Lipoma Calcificado

Calcified Lipoma, a Case Presentation

Autores: Dr. Pedro Rafael Casado Méndez*, Dr. Héctor Aurelio Méndez López**, Dra. Carmen Elena Ferrer Magadan***, Dr. Roberto López Labrada****, Lic. Martha Elena Solís Yero*****.

* Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de primer año en Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente “Celia Sánchez Manduley”, Manzanillo, Provincia de Granma.

** Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Rural “Gral. Mariano Pérez Bali”, Bartolomé Masó, Provincia de Granma.

*** Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Anatomía Patológica. Profesora Asistente. Facultad de Ciencias Médicas “Celia Sánchez Manduley”, Manzanillo, Provincia de Granma.

**** Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Nefrología. Profesor Instructor. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente “Celia Sánchez Manduley”, Manzanillo, Provincia de Granma.

***** Licenciada en Psicología .Master en Medicina Natural y Tradicional. Profesor Instructor. Facultad de Ciencias Médicas “Zoilo E. Marinello Vidaurreta”, Las Tunas.

Correspondencia a:

Dr. Pedro Rafael Casado Méndez

E-mail: pcasado@grannet.grm.sld.cu

RESUMEN

El adipoma o lipoma es el tumor de partes blandas más frecuente en la población, pero sus complicaciones resultan ser de tal rareza que apenas el dos por ciento de ellos las sufre. Se presentó el caso de un paciente masculino, de 53 años de edad, con antecedentes de una masa tumoral en la región mamilar derecha de más o menos seis años de evolución, que se mostró asintomático, pero que le preocupaba el tumor que le ha estado creciendo. Se le realizó examen físico completo y radiografía de tórax en dos

vistas, resultando sugestivo de proceso tumoral de carácter neoplásico. El caso fue remitido a la consulta de cirugía general, donde se le practicó Tomografía Axial Computarizada, no conclusiva, pero que sugirió proceso oncoproliferativo del tipo rhabdomiosarcoma. El paciente fue intervenido quirúrgicamente mediante incisión losángica y se logró la exéresis total del tumor, que se envió para estudio anatomopatológico. Se envió pieza quirúrgica que, al ser seccionada a la mitad, se mostró de color blanco-nácar y consistencia dura y firme. El estudio reveló un lipoma calcificado. El paciente fue dado de alta con reconsulta al mes, donde se le dio alta definitiva.

Palabras clave: LIPOMA; RABDOMIOSARCOMA; LIPOMA CALCIFICADO.

Descriptor: LIPOMATOSIS.

SUMMARY

Adipoma or lipoma is the most frequent tumor of fatty tissue found in the population, but its complications appear so rarely that only 2% of the people suffer from them. A 53-year-old male patient with a past medical history of a tumoral mass in the right mammary region of about 6 years of evolution, presented to consultation. He was asymptomatic, but was worried because the tumor had been growing. A complete physical examination was done. A two-sight chest x-ray suggested a tumoral process with neoplastic characteristics. The case was referred to the general surgery department where a CT scan was performed. The results, although non-conclusive, suggested an onco-proliferative process of type rhabdomyosarcoma. The patient was operated on by means of a thorax incision and a complete exeresis of the tumor was achieved which was sent for a pathologic study. The surgical piece was sent to the laboratory and cut into two parts which appeared nacre-like whitish, hard and firm. The study revealed a calcified lipoma. The patient was discharged from the hospital with a follow-up a month later when he had an absolute discharge.

Key words: LIPOMA; RHABDOMYOSARCOMA; CALCIFIED LIPOMA.

Descriptor: LIPOMATOSIS.

INTRODUCCIÓN

El famoso alemán Rudolph Virchow (1812-1902) sentenció que la patología debe referirse también a la célula. El médico, arqueólogo y antropólogo, nacido en Shivelbein, fue el primero en anunciar y demostrar que la teoría celular se aplicaba tanto a los tejidos enfermos, como a los tejidos sanos, ya que de las células normales derivan las enfermas. (2) Se le atribuye a Virchow el privilegio de describir la piel como un órgano de

revestimiento protector de las vísceras internas más delicadas y funcionalmente sofisticadas. (1)

La piel recubre la superficie del cuerpo y está constituida por una porción epitelial originada en el ectodermo (epidermis), y otra porción conjuntiva originada en el mesodermo (dermis e hipodermis o tejido celular subcutáneo). La hipodermis no forma parte de la piel y tan solo le sirve a esta de soporte y unión con los órganos subyacentes. Su composición histológica es a base de tejido conjuntivo laxo, y su función principal es la de permitir el deslizamiento de la piel sobre las estructuras en las que descansa. (3)

Las zonas de la piel tradicionalmente reconocidas incluyen a la epidermis, la dermis y la hipodermis. Esta última, como zona más interna, constituida por voluminosos lóbulos de adipocitos o lipocitos, separados por tractos conjuntivos, varía considerablemente en grosor, según las diferentes partes del cuerpo y el sexo. (4)

A toda lesión localizada dentro de los límites de la piel, el periostio que envuelve a los huesos y el peritoneo, se consideran tumores y quistes de partes blandas. Son un grupo muy heterogéneo de tumores, que se originan de dos fuentes primitivas: el mesodermo y el neuroectodermo. (5)

Los tumores de partes blandas son entidades frecuentes, motivo por el cual son causas de ocupación y preocupación de los cirujanos generales, porque, muchos de ellos provocan molestias en enfermos, en ocasiones le producen cierta limitación en sus actividades y pueden también representar problemas estéticos.

Estos tumores pueden catalogarse según la clasificación internacional de los tumores de los tejidos blandos de F. M. Enzinger y colaboradores, (7) o de forma más operativa, según su comportamiento biológico o principios de la clasificación internacional de los tumores de partes blandas. (6)

Lesiones benignas:

Lipomas, histiocitoma fibroso, fascitis nodular, neoplasia neurogénica, hemangiomas, fibromatosis, sinovitis pigmentada, gangliones quístico y otros.

Lesiones malignas:

Fibrohistiocitoma maligno, fibrosarcoma, liposarcoma, sarcomas inespecíficos de células fusiformes, rhabdomyosarcoma, dermatofibrosarcoma protuberans, sarcoma sinovial y otros.

Los tumores de partes blandas se pueden presentar en cualquier localización. La literatura recoge que del 50 al 60% de los casos ocurre en las extremidades, el 15 a 25% e el tronco, el 15% en el retroperitoneo y el 10% en la cabeza y el cuello. (8)

El cuadro clínico depende de su localización y su diagnóstico, se fundamenta en el examen clínico, exámenes imagenológicos e histopatológicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 53 años de edad, que acude a consulta por presentar un tumor de crecimiento lento, hace más o menos nueve años, en el tórax, negando otra sintomatología o antecedentes de salud y no se recogen datos de patologías en la familia. Al examen físico, en el hemitórax derecho se encuentra tumor de 16 cm de diámetro, de contornos irregulares, superficie que impresiona nodular, consistencia dura, fijo, que desplaza la mamila hacia la porción ínfero externa de dicho hemitórax (**figura 1**).

FIGURA 1. Paciente con tumoración pectoral vista lateral



Exámenes complementarios:

- Hemoglobina 146 g/l..
- Fracción de volumen eritrocitario 54.
- Glucemia: 110 mg/dl.
- Velocidad de sedimentación globular: 33 mm/h.
- Rayos X de Tórax (vista anteroposterior): Radiopacidad que abarca los 2/3 superiores del pulmón derecho.
- Rayos X de Tórax (vista lateral): Radiopacidad que se localiza por fuera de los arcos costales.
- Tomografía Axial Computarizada: se observa imagen radiodensa en hemitorax derecho, que en una vista impresiona penetrar a la cavidad torácica entre la 4ta y la 5ta costillas. No se descarta proceso oncoproliferativo del tipo rabdomiosarcoma.

Tratamiento quirúrgico

Se realizó incisión losángica alrededor del tumor, respetando la areola de la mama derecha, encontrando gran masa tumoral de color blanco nacarado, de características nodulares, pétreas, que llega hasta la región axilar de 18 cm de tamaño. En su porción interna se encontraba adherido al borde inferior de la cuarta costilla, que parecía hacer cuerpo con esta. En su parte central estaba adherido firmemente a una porción del pectoral mayor, que dificultaba su separación. Se logró hacer la exéresis total del tumor, se exploraron las cadenas ganglionares axilares, no encontrando alteraciones de los mismos. Se cerraron los planos, dejando drenaje de hemovax, enviando la pieza para estudio anatomopatológico (ver **figuras 2, 3, 4 y 5**).

FIGURA 2. Momento donde se está extirpando el tumor

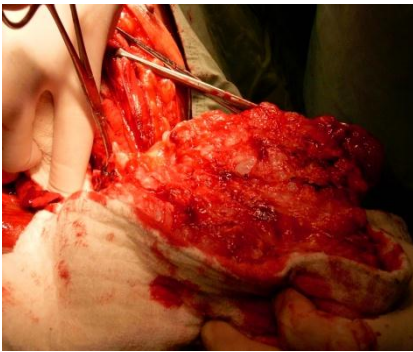


FIGURA 3. Cierre de la incisión quirúrgica, una vez retirado el tumor



FIGURA 4. Pieza quirúrgica resecada y seccionada a la mitad



FIGURA 5. Paciente de 20 horas de operado



El informe del departamento de Anatomía Patológica concluye el caso como un lipoma calcificado. Se da alta médica con consulta al mes, donde se le da alta definitiva.

DISCUSIÓN

El rhabdiosarcoma es el tumor canceroso de los tejidos blandos, que incluye los músculos, tendones y tejidos conectivos. Es una formación maligna, derivada del tejido muscular estriado, más frecuente en la niñez y la adolescencia. Su frecuencia de aparición en la adultez es baja y por razones desconocidas afecta a los hombres en una proporción mayor que a las mujeres. (9-12)

El lipoma es una formación benigna, constituida exclusivamente por células maduras de tejido adiposo, sin atipia celular. Es uno de los tumores más frecuentes de las partes blandas. Se presentan como masas homogéneas de tejido adiposo bien definidas, encapsuladas, trabeculadas, dependiendo del grado de tejido fibroso asociado (fibrolipomas), dentro o entre los músculos, por lo general bien diferenciados de los tejidos vecinos, salvo cuando son muy superficiales. (6,13)

Su aparición es frecuente por encima de los 40 años de edad en mujeres y en cualquier parte del cuerpo donde haya tejido adiposo, predominando en los hombros, la espalda, el cuello y las regiones glúteas. Se han reportado casos de localización mediastinal, retroperitoneal, colónica, intramuscular e incluidas en el cuerpo calloso. (6)

Tradicionalmente se describe a los lipomas como tumores indoloros, que aparecen por encima de la aponeurosis y que pueden presentarse de siete formas clínicas diferentes:

1. Lipomatosis difusa.
2. Lipoma fusocelular.
3. Angiolipomas.
4. Lipomatosis dolorosa de percum.
5. Lipoblastomatosis (lipoma fetal).
6. Lipomatosis simétrica benigna.
7. Hibernoma. (5)

Oras clasificaciones definen a las lesiones tumorales lipomatosas en categorías: lipoma clásico, lipoma variants como el angiolipoma, lipoma condroide, miolipoma y lipoma pleomorfo, lesiones hamartomatosas, proliferaciones lipomatosas difusas e hibernomas. (13)

Los lipomas son tumores de crecimiento lento que tardan años en alcanzar grandes proporciones y su tratamiento es exclusivamente quirúrgico, el cual debe llevar la extirpación de la cápsula y sus prolongaciones. (5)

La degeneración del lipoma en liposarcoma es aún discutida, habiendo autores que aseguran la aparición de un liposarcoma por cada 120 lipomas. Estos tumores rara vez sufren complicaciones y la calcificación es excepcional. (5)

El diagnóstico se estableció por estudios histopatológicos de la pieza quirúrgica. La sistemática de estudio de los tumores de partes blandas comienza con una anamnesis y examen físico exhaustivo, que orienten al médico acerca del origen y malignidad del tumor en cuestión. La experiencia y los estudios señalan una necesidad imperiosa de remisión inmediata al especialista, ante la sospecha de una tumoración de origen en las partes blandas, con signos que sugieran malignidad. No existe pretexto para demorar la remisión de un paciente portador de este tipo de tumor.

La evaluación imagenológica de estas tumoraciones debe partir de los estudios radiológicos simple. La radiografía simple puede mostrar la verdadera dependencia de las partes blandas del tumor, en otras ocasiones puede brindar información complementaria de la agresividad del tumor. La ecografía permite la diferenciación en quístico o sólido de un proceso tumoral, dependiente de las partes blandas, además, brinda información acerca del tamaño, la consistencia, la confirmación de una masa y no de un edema. Esta modalidad imagenológica no permite la diferenciación en maligno o benigno de un tumor, pero guía la aguja que tomará una muestra para estudio anatopatológico (biopsia aspirativa con aguja fina).

La ecografía es una técnica poco específica y la introducción del Doppler ha mejorado el conocimiento acerca del grado de vascularización de un tumor. Algunos autores sugieren a la ecografía como primer examen complementario, pero siempre el próximo paso será la práctica de una Tomografía Axial Computarizada, complementada o no de una Resonancia Magnética Nuclear. Estas técnicas tienen una mayor resolución de contraste y son medulares en el estadiamiento de los tumores. El diagnóstico definitivo se establece por estudios histopatológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Virchow, R. Celular Pathology. London. Jhon Churchill, 1860, p 33.
2. Pérez Pérez, Orlando F. De los Albores a los Albores. Un recorrido por la Historia de la medicina. Editorial Ciencias Médicas. La Habana 2011. pp 207-210
3. Junqueira, L. Carneiro J. Histología Básica. Cuarta edición. Editorial Masson. 1996. España. Capítulo 18. pp 339-346
4. Manzur Katrib, J. Díaz Almeida J. Cortes Hernández M. Dermatología. Editorial Ciencias Médicas. La Habana 2002. Capítulo 1. pp 1-3
5. Pardo Gómez, G; García Gutiérrez, A.. Temas de Cirugía. Tomo I. Editorial Ciencias Médicas. La Habana 2011. Parte VII. Cap 36. pp 381-383
6. Valls Pérez, O. Ecografía del aparato locomotor. Editorial Ciencias Médicas. La Habana 2003. Capítulo 15. pp 175-187
7. Enzinger, F. Weiss, S. Soft tissue tumors. In: Weiss SW, Goldblum Jr, eds. Benign soft tissue tumors and pseudotumors of miscellaneous type. 4th ed. St Louis, Mo: Mosby, 2001; 1425 – 1436.
8. Sua LF, Silva NM. Report of the first case of myxoid liposarcoma in Colombia: a rare tumor. Colomb Med [revista en Internet]. 2010 [cited 20 Mar 2010] ; 41 (3): [aprox. 10p]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342010000300010&nrm=iso&tlng=pt
9. Delgado, L; Ingen-Housz-Oro, S. Enfermedades del tejido adiposo: lipomas, lipomatosis, lipodistrofias. EMC - Dermatología, Volume 46, Issue 1, March 2012, Pages 1-9. [citado 2012 Oct 26]; 2(1):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761289612608309>
10. López Pozas Moisés, López Piloto Orestes, Valdés Leyva Fidel Raúl, Vilaplana Santaló Carlos, Martínez Santana Julio C, Escarpanter Buliés Julio César. Back giant fibrolipoma. Rev Cubana Ortop Traumatol [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2012 Enero 30]; 25(2): 179-187. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2011000200009&lng=es.
11. Sarmiento-Sánchez J, Torres-Ajá L, Gozález-Díaz D. Liposarcoma pleomorfo grado II de pared torácica. Presentación de un caso. Revista Finlay [revista en Internet]. 2012 [citado 2012 Nov 11]; 2(1):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/96>
12. Robbins S.L. Patología estructural y funcional. 5ta edición. Vol 4. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana 1995: 1385-1386

13. Mogedas Vegara Alfonso, Rubal Ledo Xose, Gutiérrez Santamaría Javier, Sierra Perilla Nicolás, Pamias Romero Jorge, Raspall Guillermo. Lipoma cervical gigante: A propósito de un caso. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2012 Dic 9]; 34(3): 118-121. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582012000300005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2011.08.007>.