

Lipoma gigante de primer espacio de mano. Diagnóstico diferencial con liposarcoma

Miguel Ángel Bretón Gutiérrez,* Denisse Hernández Cervantes,**
José Jorge Celio Mancera,*** Alfredo Lima Romero*

RESUMEN

Los tumores de la mano de origen en tejidos blandos son a menudo encontrados y los médicos deben ser capaces de distinguir entre las entidades benignas típicas y las entidades malignas que ponen en peligro la vida. El lipoma de la mano ocupa sólo 5% de los tumores y hay que hacer un diagnóstico diferencial con liposarcoma en caso de lipomas gigantes, dolorosos o de crecimiento rápido y progresivo. Se reporta el seguimiento de dos casos de tumores gigantes de la mano, reportando histológicamente: lipoma y liposarcoma.

Palabras clave: *Lipoma gigante, tumores de mano, liposarcoma.*

ABSTRACT

Tumors of the hands of origin in soft tissues are often found and doctors should be able to distinguish between benign typical entities and entities that malignant life threatening. The lipoma of the hand occupies only 5% of tumors and differential diagnosis must be done with liposarcoma if lipomas giant, painful, or fast growing and progressive. We report tracking two cases of giant tumors of the hand, reporting histologically: lipoma and liposarcoma.

Key words: *Giant lipoma, tumors of the hand, liposarcoma.*

INTRODUCCIÓN

La patología tumoral del miembro torácico es diversa en su localización, forma, origen, presentación clínica, evolución y tratamiento. La presencia de lesiones tumorales de origen benigno así como maligno son de importancia clínica derivada de las diferencias de la modalidad en el tratamiento y, por ende, del pronóstico funcional de la mano.¹

En la práctica médica cotidiana nos encontramos con lesiones variadas en localización, forma, tiempo de inicio de síntomas, asimismo frecuentemente las lesiones del miembro superior ya han sido tratadas por algún otro médico antes de llegar al especialista de mano, lo que modifica la presentación clínica.

Lo anterior aunado al retraso en el tratamiento adecuado puede influir en el pronóstico tanto funcional como estético del paciente.

Las lesiones benignas en la mano superan en número a las malignas y de esta forma se subestima importantemente la patología maligna.

Es frecuente que en la presencia de tumores en la mano exista como antecedente un traumatismo o infección, lo que retrasa y complica el diagnóstico y por ello el tratamiento.²

En 3% de las causas de atención de lesiones en mano son representadas por tumores. En 92% son tumores de tejidos blandos. De cada 100 tumores benignos uno es maligno.³

El quiste sinovial abarca 69% de los casos en asociación al quiste mucoso y de inclusión. El tumor de células gigantes ocupa el segundo lugar seguidos por la patología fibrosa tumoral como los dermatofibromas, fibroquistes, fibrosis nodular y quistes desmoides.⁴

Otro apartado está representado por los tumores vasculares como el hemangioma que es más común en niños, el granuloma piógeno que representa un pseudotumor propiamente y el tumor glómico que tiene peculiaridades histológicas.⁵

El tumor benigno que nos ocupa es el lipoma, que en general es raro en el miembro torácico; sin embargo, su localización en antebrazo y brazo supera por mucho a los que se presentan en la mano.

El lipoma de la mano tiene origen mesodérmico, por lo general se presenta en compartimentos aislados, aunque se han visto casos multicompartimentales. La causa es desco-

* Médico Adscrito al Servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva, Hospital Juárez de México.

** Residente de 3er año de Cirugía General, Hospital Juárez de México.

*** Jefe de Servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva, Hospital Juárez de México.

nocida, pero se asocia al antecedente de un traumatismo crónico específico sobre la región afectada en campesinos o trabajadores de la construcción.⁶⁻⁷

De todos los tumores de la mano abarca 5% de los casos. Siendo de 1 a 2 cm 90% de los mismos, de 2 a 4 cm 10% y mayores de 5 cm 2%.⁸

Por lo general se presentan en la región flexora de la mano siendo extracompartamentales. En el caso de los tumores intracompartamentales son más frecuentes en espacios laxos como el primer espacio de la mano.⁸

La presencia de una masa tumoral indolente en la mano obliga al paciente a buscar atención médica de forma tardía.

Dentro de los exámenes paraclínicos más útiles está la placa simple de rayos que revela anomalía en los espacios involucrados de la mano. Es importante la placa de rayos de tórax cuando se sospecha de una lesión maligna para descartar la presencia de metástasis.⁹

Es de utilidad pues demuestra la presencia de calcificaciones que nos hablan de tumores de origen vascular o de crecimiento rápido.

La resonancia magnética puede darnos indicios del origen tumoral y su similitud con tejidos adyacentes como músculo, nervio o vasos sanguíneos.⁹

La evaluación sistemática de la lesión debe ser la regla para obtener un diagnóstico adecuado, puesto que una vez que se presenta el crecimiento importante de la masa (ganglios) o deterioro del estado general, ya es tarde para un tratamiento conservador.

Una vez que se determina la etapa clínica de la lesión por medios no invasivos se continúa con la biopsia. La biopsia juega un papel determinante en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones tumorales en mano, ya que dicta el pronóstico y la necesidad de adyuvantes.¹⁰

La presencia de aberraciones cromosómicas tumorales son frecuentes y de ahí la utilidad del estudio citogenético de las muestras.¹¹

En el examen integral de los tumores de la mano los aspectos importantes a tomar en cuenta son el grado histológico del tumor, la extensión anatómica y la presencia de metástasis.¹²

El propósito de nuestro trabajo es ejemplificar la importancia de la diferenciación de la patología tumoral tanto benigna como maligna en la mano.

Presentamos la casuística respecto de los tumores benignos de la mano, con especial atención en uno de los tumores menos frecuentes en dicha región, y su contraparte maligna de mal pronóstico, como lo es el caso de lipoma gigante de primer espacio y liposarcoma del primer espacio de la mano.

REPORTE DEL CASO

Caso 1

El primer caso se trata de masculino, campesino de 60 años de edad con masa tumoral renitente de 10 x 4 cm en el primer espacio de la mano, con imposibilidad para la flexión completa de los dos primeros dedos, fija a planos profundos e indolente (Figuras 1 y 2). Con una evolución de cinco años observando únicamente crecimiento lento de la lesión.

Se realizó ultrasonido de la lesión y placa de rayos x de mano, mostrando opacidad de la región y una masa de aspecto liso, semisólida, sin calcificaciones, hipovascular y bien delimitada con diagnóstico sugestivo de lipoma.



Figura 1. Masculino de 60 años con tumor en mano de 10 x 4 cm. Cara palmar.



Figura 2. Tumor que sobresale por cara dorsal de la mano.

El paciente fue operado realizando escisión completa del tumor con disección bajo magnificación, preservando pedículos vasculares y nerviosos, y reseando de forma microscópica la zona reactiva (Figuras 3-5).



Figura 3. Se realiza incisión longitudinal, observando tejido con cubierta areolar laxa.



Figura 4. Se diseca por completo tumoración blanda, no calcificada de 10 x 5 cm.



Figura 5. Tumoración contenida por tejido areolar laxo, respetando estructuras neurovasculares.

El estudio histopatológico mostró el diagnóstico definitivo de lipoma con cápsula íntegra; el paciente evolucionó de forma satisfactoria y tras cinco años de seguimiento no presentó recidiva.

Caso 2

El segundo caso se trata de masculino, obrero de 24 años de edad con masa tumoral renitente de 10 x 14 cm en el primer espacio de la mano, con imposibilidad para la flexión completa de los dos primeros dedos, fija a planos profundos e indolente, de aspecto vascular semisólido (Figuras 6 y 7).

Con una evolución de tres meses observando únicamente crecimiento de la lesión y ataque al estado general con pérdida de peso, siendo atendido por varios médicos antes de su diagnóstico definitivo.

Se realizó ultrasonido de la lesión y placa de rayos x de mano, mostrando opacidad de la región y una



Figura 6. Masculino 24 años con tumoración en cara palmar de 10 x 14 cm.



Figura 7. Tumoración que incapacita la movilidad de 1ro y 2do dedo.

masa de aspecto liso, semisólida, con gradiente vascular y crepitación gaseosa, así como necrosis. Bien delimitada y con diagnóstico sugestivo de lipoma (Figuras 8 y 9).

Debido al ataque general del paciente y pérdida de peso, así como a la sospecha de malignidad, se realizó resonancia magnética de la lesión y del tórax, encontrando imágenes sugestivas de metástasis tumorales.

Dos semanas después de que el paciente fue captado, fue sometido a biopsia insicisional de la lesión, que diagnosticó liposarcoma maligno de alto grado, siendo posteriormente el paciente amputado de la mano hasta la región de tercio distal de antebrazo e iniciando tratamiento con quimioterapia (Figuras 10 y 11).

DISCUSIÓN

Los tumores de mano son entidades comunes y la mayoría son benignas. Los lipomas son proliferaciones benignas de adipocitos, derivados en la mano y en otras partes del cuerpo. Regularmente están circunscritos por una capa de tejido areolar flojo. Ellos pueden surgir en cualquier parte de la mano, incluido el túnel carpiano, el canal de Guyon, eminencias tenar e hipotenar y espacios profundos.¹²⁻¹⁴

Aunque hay una buena cantidad de grasa en la región palmar de la mano, el tumor que se plantea con respecto a su origen es el lipoma, el cual es raramente visto en esta ubicación. Muchos autores han destacado la rareza de esta lesión en la palma, aunque no hay aparente razón para ello.



Figura 8. Placa simple de mano proyección AP, que demuestra tumoración.



Figura 10. Evolución de tumoración de dos semanas, que muestra ulceración.



Figura 9. USG. Tumoración, semisólida con gradiente vascular, bien delimitado.



Figura 11. Vista lateral de tumoración dos semanas después, previo a toma de biopsia.

Los lipomas fueron clasificados por Mason en 1937 como superficial y profunda; las más profundas son menos comunes que la superficial.¹⁵

El lipoma en la mano se presenta típicamente como hinchazón indolora y usualmente alcanza un gran tamaño para cuando el paciente busca atención médica.

Los lipomas tienen bajo riesgo de degeneración maligna a liposarcoma, pero el crecimiento rápido o lipomas de gran tamaño sugieren la pronta sospecha de degeneración maligna.¹⁶

Otras características de malignidad que reporta la literatura son dolor en reposo, tamaño superior a 5 cm, síntomas constitucionales y signos radiológicos de invasión local en los tejidos.¹⁷

El liposarcoma tiene una tasa de supervivencia a cinco años de 73%. Debido a que la frecuencia de degeneración maligna es baja, los lipomas se extirpan frecuentemente sólo cuando hay compromiso funcional o estético. Un cirujano entrenado en cirugía de la mano debe de preferencia hacer la cirugía. El cirujano debería prever el gran tamaño del tumor y planificar la incisión en consecuencia.¹⁸

Para la mayoría de lesiones benignas, la cirugía sola es el método preferido de tratamiento; para malignas de cáncer esta estrategia puede ir acompañada de radioterapia o quimioterapia adyuvante en una o neoadyuvante base, en función del tumor.

CONCLUSIÓN

Con el presente trabajo podemos concluir que la patología de la mano es variada en todos sentidos; no se deben subestimar los tumores en el miembro torácico hasta no tener el diagnóstico definitivo por biopsia o resección tumoral.

Los estudios de radiología e imagen son sugestivos de lesión; sin embargo, pueden desorientar si no se observan en el ambiente clínico.

En la actualidad los tumores son más frecuentemente diagnosticados; sin embargo, los pacientes son atendidos de forma tardía e incompleta.

Sugerimos siempre tener en mente la posibilidad de un tumor maligno hasta que no se descarte lo contrario.

Si hay sospecha clínica de un tumor maligno, la resonancia magnética de la mano es de ayuda, siempre y cuando sea seguida de la biopsia adecuada, sea insisional o escisional o por resección completa de la lesión.

El pronóstico dependerá de un buen diagnóstico a tiempo de las lesiones de la mano.

REFERENCIAS

1. Leffert RD. Lipomas of the upper extremity. J Bone Joint Surg 1972; 54A: 1262-6.

2. Mason ML. Tumors of hand. Surg Gynec Obstet 1937; 64: 129-35.
3. Hentz VR, Yao J. Tumours of the hand. Lancet Oncol 2007; 8(2): 157-66.
4. Oster LH, William FB, Curtis MS. Large lipomas in the deep palmar space. J Hand Surg 1989; 14A: 700-4.
5. Garcia CJ, Wylock P. Hand palm and finger lipomas: four case reports and review of the literature. Euro J Plast Surg 2005; 28(2): 243-6.
6. Phalen GS, Kendrick JL, Rodriguez JM. Lipoma of the upper extremity: A series of fifteen tumors in the hand and wrist and six tumors causing nerve compression. Am J Surg 1971; 121: 298-306.
7. Abenavoli FM. An unusual foot lipoma. Plast Reconstr Surg 2000; 105: 1906.
8. Kamath BJ, Kamath KR, Bhardwaj P. A Giant Lipoma in the hand Report of a rare case. Online J Health Allied Scs 2006; 1: 6. Available from URL <http://www.Ojhas.org/issue17/2006-1-6.htm>
9. Garcia J, Bianchi S. Diagnostic imaging of tumors of the hand and wrist. Eur Radiol 2001; 11: 1470-82.
10. Richert B, André J, Choffray A, Rahier S, Brassinne M. Periungual lipoma: about three cases. J Am Acad Dermatol 2004; 51(Suppl. 2): S91-S93.
11. Ingari JV, Faillace JJ. Benign tumors of fibrous tissue and adipose tissue in the hand. Hand Clin 2004; 20: 243-8.
12. Johnson CJ, Pynsent PB, Grimer RJ. Clinical features of soft tissue sarcomas. Ann Roy Coll Surg Eng 2001; 83: 203-5.
13. Pearlstone DB, Pisters PW, Bold RJ, et al. Patterns of recurrence in extremity liposarcoma: implications for staging and follow-up. Cancer 1999; 85: 85-92.
14. Walsh JJ, Eady JL. Vascular tumors. Hand Clin 2004; 20: 261-8.
15. Wittig JC, Simpson BM, Bickels J, Kellar-Graney KL, Malawer MM. Giant cell tumor of the hand: superior results with curettage, cryosurgery, and cementation. J Hand Surg [Am] 2001; 26: 546-55.
16. Athanasian EA. Malignant bone and soft-tissue sarcomas of the hand. J Am Soc Surg Hand 2004; 4: 60-72.
17. Athanasian EA. Bone and soft tissue tumors. In: Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC (eds.). Green's operative hand surgery. 4th Ed. New York: Churchill Livingstone; 1999, p. 2222-53.
18. Murray PM. Soft tissue sarcoma of the upper extremity. Hand Clin 2004; 20: 325-33.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Miguel Ángel Bretón Gutiérrez
Servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional 5160
Col. Magdalena de las Salinas
C.P. 07760, México, D.F.
Correo electrónico: mbretong@prodigy.net.mx