

Revista del
Centro Dermatológico Pascua




Volumen **14** Número **3** Septiembre-Diciembre **2005**
Volume Number September-December

Artículo:




Casos para el diagnóstico

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***

Casos para el diagnóstico

Dr. Julio Enríquez Merino,* Dra. Iliana López Zaragoza,** Dra. Gisela Navarrete***



Figura 1. Neoformación esférica pediculada.

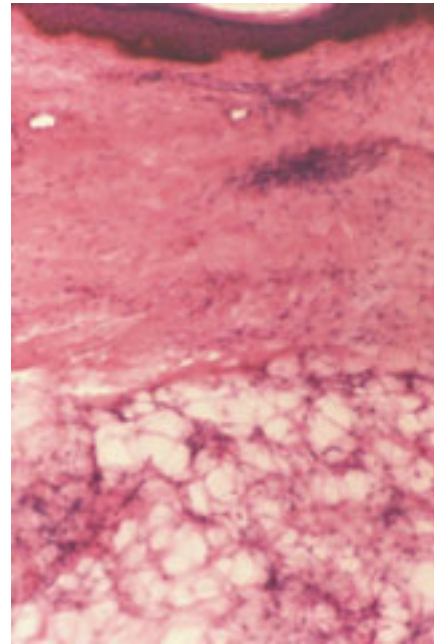


Figura 2. Acantosis discreta e irregular lobulillos de tejido adiposo normal separados por tabiques de colágeno.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 50 años de edad dedicada al hogar, originaria y residente del Distrito Federal. Presenta dermatosis localizada a extremidad inferior derecha de la que afecta cara posterior de muslo en su tercio superior. Está constituida por una neoformación esférica, pediculada del color de la piel, de 4 cm de diámetro, superficie lobulada (*Figura 1*). Crónica y asintomática. La paciente refiere haber iniciado hace 10 años con la aparición de una bolita que presentó crecimiento progresivo. No recibió ningún tratamiento.

En el resto de la piel no se encontraron datos patológicos.

HISTOPATOLOGÍA

Se realizó una biopsia excisional de la lesión que reportó epidermis con capa córnea ortoqueratósica, acantosis discreta e irregular. En la dermis superficial se encontraron infiltrados linfocitarios discretos perivasculares y en la dermis media y profunda lobulillos de tejido adiposo normal, separados por tabiques de colágeno (*Figura 2*).

¿Con los datos clínicos e histológicos cuál es su diagnóstico?



* Jefe de Cirugía Dermatológica CDP.
** Residente 2º año Dermatología CDP.
*** Dermatopatóloga del CDP.

Diagnóstico: Fibrolipoma

Los lipomas son tumores relativamente comunes, normalmente asintomáticos, con predilección por la parte superior del tronco, extremidades superiores, muslos y cuello. Son más frecuentes en individuos de 50-60 años de edad.¹ Los lipomas constituyen el 90% o más de los tumores de células grasas. No existe una clara evidencia de predominio por grupo étnico, siendo la incidencia global similar en ambos sexos.¹⁻⁵ Clínicamente se presentan como neoformaciones únicas 80-95% de los casos, el lipoma típico es una tumoración homogénea, bien circunscrita, constituida por una proliferación de adipocitos maduros con núcleos uniformes, idénticos a la grasa normal del adulto. Se localiza en los tejidos subcutáneos superficiales (lipoma superficial), en los espacios profundos (lipoma profundo) o en el seno de los músculos (lipoma intramuscular).

Generalmente los hallazgos clínicos se resumen en el descubrimiento de una tumoración de lento crecimiento, localizada, de consistencia blanda, no dolorosa, móvil respecto a los planos profundos, sin adherencias aponeuróticas ni musculares. La piel que lo recubre no está inflamada y es móvil respecto al tumor. El tamaño del lipoma es variable en función del tiempo de evolución y del potencial de crecimiento, en el 80% de los casos su tamaño no supera los 5 cm, aunque se han descrito algunos que han alcanzado en su eje mayor hasta 20 cm.⁶

Histopatológicamente se componen de láminas de grasa inmadura separada por finos tabiques fibrosos incompletos, que contienen pocos vasos sanguíneos. Se presenta una fina cápsula fibrosa y se han descrito algunas variantes; por ejemplo, si existe tejido estromal difuso aumentado recibe el nombre de **fibrolipoma**. Si los vasos sanguíneos constituyen más del 5% de la masa se considera a la lesión como un angioliipoma. Raramente se presentan conductos sudoríparos ecri-

nos, y estas variantes se denominan adenoliipomas.⁶ El nombre con que se designan están en relación a los hallazgos histopatológicos encontrados, esto es, la existencia de otro tejido que no sea grasa; así, existen algunas variantes como el angioliipoma, mieloliipoma, hibernoma, lipoblastoma, etc.^{7,8}

El diagnóstico es clínico, la necesidad de recurrir a exámenes complementarios es excepcional. El diagnóstico diferencial es muy variable y se realiza en función de la localización, considerándose al linfangioma cavernoso, hamartoma lipomatoso, fibroma blando con eje lipomatoso, espiradenoma ecrino, etc. El tratamiento consiste en la exéresis. En los lipomas de gran tamaño puede realizarse una liposucción con asepsia rigurosa. Las recidivas son poco frecuentes. Una tercera técnica consiste en la extracción manual tras haber perforado la cápsula con un trócar de 6-8 mm de diámetro.^{5,7,8}

BIBLIOGRAFÍA

1. Allen PW. *Tumors and proliferations of adipose tissue. A clinicopathologic approach*. New York: Masson Publishing USA, 1981.
2. Ackerman JR. Tejidos blandos. En: *Patología quirúrgica*. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1983; t1: 1465-6.
3. Raspall G. Tumores del tejido adiposo. En: *Tumores de la cara, boca, cabeza y cuello*. Barcelona: Salvat, 1986: 165-70.
4. Vinayak BC, Reddy KT. Lipoma in the parotid region. *J Laryngol Otol* 1993; 107(3): 257-8.
5. Nogita T, Wong T-Y, Hidano A et al. Pedunculated lipofibroma. A clinicopathologic study of thirty-two cases supporting a simplified nomenclature. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31: 235-240.
6. Hitchcock MG, Hurt MA, Santa Cruz DJ. Adenoliipoma of the skin: a report of nine cases. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 82-85.
7. Weedon D. *Tumors of fat*. In: Weedon D ed. *Skin pathology*. Edinburgh: Churchill: Livingstone, 1997: 787-794.
8. McKee PH. *Tumors of the dermis and subcutaneous fat*. In: McKee PH ed. *Pathology of the skin*. London: Mosby Wolfe, 1996.