

Caso clínico

Lipoma en falange

Julio Enríquez Merino,* Gisela Navarrete Franco,** Martín Nava Estrada,***
Natalia Espinosa Villaseñor****

RESUMEN

Los lipomas son tumores benignos formados por células grasas maduras que se encuentran en el tejido celular subcutáneo y, con menos frecuencia, en órganos internos. Generalmente, se localizan en las extremidades superiores y el tronco. En este artículo comunicamos un caso de lipoma en una topografía poco frecuente.

Palabras clave: Lipoma, tumor, células grasas maduras.

ABSTRACT

Lipomas are benign tumors composed of mature fat cells, which are found in the subcutaneous tissue and, less frequently, in internal organs. They locate generally in the upper limbs and trunk. In this article we report the case of a lipoma in an unusual presentation site.

Key words: Lipoma, tumor, mature fat cells.

INTRODUCCIÓN

Los lipomas (L) son tumores benignos constituidos por adipocitos maduros.^{1,2} Representan aproximadamente el 16% de los tumores mesenquimales de tejidos blandos.³ Pueden localizarse a nivel subcutáneo, intermuscular o intramuscular, y menos frecuentemente, en órganos internos.^{1,4}

Se pueden observar en cualquier grupo etario, aunque son más comunes en adultos jóvenes. La variante solitaria es más frecuente en el género femenino, y la múltiple, en los hombres (5% de los casos).^{5,6} La etiología exacta se desconoce. Se han propuesto múltiples factores causales, incluyendo disparadores genéticos, traumáticos y metabólicos.³ Recientemente, se han estudiado ciertas mutaciones genéticas en estos tumores, es especial a nivel de 12q13-15 y 6p13q.⁴

El aspecto clínico varía dependiendo de la localización. Por lo general, se manifiestan como neofor-

maciones subcutáneas bien delimitadas, móviles, de consistencia blanda (ahulada) y elástica. Su crecimiento es lento hasta alcanzar un tamaño estable (en promedio, de dos a 10 centímetros) y, generalmente, no producen sintomatología.^{5,6} Algunos crecen de manera considerable y se asocian a una gran variedad de síntomas que pueden afectar las actividades diarias del paciente.⁴

Su topografía habitual es el tronco y la parte proximal de las extremidades superiores.^{5,6} La localización en manos es poco frecuente: representa únicamente el 5% de los tumores benignos.^{4,7}

A nivel de la mano, la ubicación más común es en las regiones antebraquial, tenar e hipotenar. Los que involucran falanges son muy raros, con una incidencia aproximada del 1%.^{3,8} La localización en esta zona origina disminución en la función y movilidad de la mano y/o muñeca, caracterizada por una imagen de «dedo en gatillo», alteraciones de la flexión y de la función de pinza.³ Los pacientes pueden también manifestar síntomas neurológicos por compresión en los nervios periféricos de la mano (alteraciones en la sensibilidad, dolor, síndrome del túnel del carpo, etcétera).^{3,4,7,8} Asimismo, se pueden encontrar formando parte de algunos síndromes: lipomatosis congénita difusa, la benigna simétrica (enfermedad de Madelung) y la familiar múltiple, dolorosa y con equimosis (enfermedad de Dercum).⁶

El diagnóstico generalmente es clínico; sin embargo, en caso de duda, se puede realizar una resonancia magnéti-

* Jefe del Servicio de Cirugía Dermatológica.

** Jefe del Servicio de Dermatopatología.

*** Dermatooncólogo.

**** Residente del tercer año de Dermatología.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua». SSDF.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/dermatologopascua>

ca, lo cual es útil para establecer el plan quirúrgico, ya que este estudio muestra claramente la extensión de la lesión y su relación con estructuras importantes; la sensibilidad de este método es del 94%.⁴ Asimismo, se puede solicitar un ultrasonido de tejidos blandos, el cual mostrará una lesión homogénea, circunscrita e hiperecoica.³

El estudio histológico muestra que estas lesiones están constituidas por tejido adiposo que semeja el normal. Cuando se extirpa por completo, se puede observar una cápsula rodeando el agregado de adipocitos. Un grupo especial de L son los llamados hibernomas, constituidos por lipoblastos. En función del componente asociado, se habla de angioliipoma, fibrolipoma, angiofibrolipoma o lipoma polimorfo. Los diagnósticos diferenciales principales incluyen a los hibernomas, lipoblastomas, angioliipomas y neurofibromas.⁹

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Las indicaciones para realizar este procedimiento son la presencia de dolor y la compresión de estructuras neurocutáneas, lo que ocurre con mayor frecuencia cuando se localizan en espacios estrechos como la mano.^{3,4} El resultado posterior a la cirugía es generalmente bueno; sin embargo, debido a que se debe realizar una disección extensa, con movilización del paquete neurovascular, es posible que se produzca pérdida en la función o de la sensibilidad.^{3,4} La recurrencia de estos tumores benignos tras la cirugía es poco común.³

Recientemente, se ha descrito la mesoterapia con desoxicolato como opción terapéutica.¹⁰

CASO CLÍNICO

Mujer de 35 años, con dermatosis localizada en la extremidad superior derecha en la falange proximal del dedo medio, constituida por una neoformación subcutánea bien circunscrita, de aproximadamente 4 cm de diámetro, del color de la piel y consistencia blanda, que producía deformidad de la región; dolorosa, de un año de evolución (**Figura 1**). El resto de la piel y anexos no mostraron alteraciones. Al interrogatorio, la paciente refirió un crecimiento paulatino de la lesión, que en los últimos tres meses producía dolor intenso a la movilización del dedo.

Con lo antes descrito, se sospechó de un lipoma. Tomando en cuenta la topografía y tamaño de la lesión, se realizó el abordaje quirúrgico a través de una ventana hecha con incisiones en la cara lateral y distal de la falange (**Figuras 2 y 3**). Esta técnica permite un abordaje adecuado de la neoformación, sin comprometer el cierre quirúrgico. Se extirpó la totalidad de la lesión; se reparó el defecto quitando la piel excedente y suturando con Nylon 4-0 (**Figura 4**).

En el estudio histopatológico de la pieza extirpada, se observó un tejido sin epidermis constituido por numerosas células adiposas maduras de características normales, con lo cual se corroboró el diagnóstico clínico presuntivo (**Figura 5**).



Figura 1. Neoformación subcutánea que deformaba la falange proximal del dedo medio.



Figura 2. Abordaje quirúrgico de la lesión.



Figura 3. Neoformación expuesta.



Figura 4. Control posterior al cierre quirúrgico.

COMENTARIO

El caso presentado es de interés debido a su inusual topografía y al abordaje quirúrgico que fue necesario realizar para hacer posible la resección total del tumor sin lesionar las estructuras adyacentes. En la actualidad, la paciente se encuentra asintomática. Por otro lado, es importante tener en cuenta que este tipo de lesiones pueden localizarse en la mano, para evitar diagnósticos y tratamientos inapropiados.

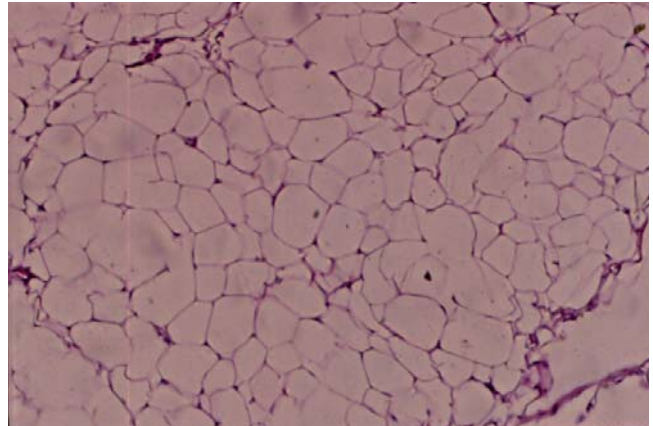


Figura 5. H&E 40x. Tejido sin epidermis constituido por numerosas células adiposas maduras de características normales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Iglesias L. *Tratado de dermatología*. 2.ª edición. Madrid: McGraw-Hill; 2004. p. 720.
2. Bretón-Gutiérrez MA, Hernández-Cervantes D, Celio-Mancera JJ, Lima-Romero A. Lipoma gigante de primer espacio de mano. Diagnóstico diferencial con liposarcoma. *Rev Hosp Jua Mex*. 2008; 75: 230-234.
3. Ramírez-Montaño L, Lopez RP, Ortiz NS. Giant lipoma of the third finger of the hand. *Springerplus*. 2013; 2: 164.
4. Pagonis T, Givissis P, Christodoulou A. Complications arising from a misdiagnosed giant lipoma of the hand and palm: a case report. *J Med Case Rep*. 2011; 5: 552.
5. Fnini S, Hassoune J, Garche A, Rahmi M, Largab A. Giant lipoma of the hand: case report and literature review. [Article in French] *Chir Main*. 2010; 29: 44-47.
6. Huczak L, Driban NE. Lipoma y lipomatosis. *Rev Argent Dermatol*. 2007; 88: 56-66.
7. Jalan D, Garg B, Marimuthu K, Kotwal P. Giant lipoma: an unusual cause of carpal tunnel syndrome. *Pan Afr Med J*. 2011; 9: 29.
8. Morales C, López-Mendoza J, Gargollo-Orvañanos C, Jiménez Y. Lipoma de la mano, clínica y quirúrgicamente un tumor menospreciado. *Cir Plást Ibero-Latinoam*. 2011; 37: 349-353.
9. Azuma R, Demitsu T, Hiratsuka Y, Kakurai M, Imagawa I, Yoneda K et al. Subcutaneous lipoma of the index digit presenting as fingertip bulging. *J Dermatol*. 2006; 33: 386-387.
10. Rotunda AM, Ablon G, Kolodney MS. Lipomas treated with subcutaneous deoxycholate injections. *J Am Acad Dermatol*. 2005; 53: 973-978.

Correspondencia:

Dr. Julio Enriquez Merino
Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Deleg. Cuauhtémoc, Ciudad de México.
Tel: 5519 6351
E-mail: enriquez_drqx@yahoo.com.mx