

Lipoma parostal de fémur.

Aportación de un caso

Parosteal lipoma of femur.

Case report

J. MARTÍNEZ CASTROVERDE PÉREZ, F. DOÑATE PÉREZ, J. MARTÍNEZ ARNÁIZ, R. FUSTER ACEBAL, J. VALER CORELLANO, N. GASPAR APARICIO*

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA. «SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE.

Resumen. Describimos un caso de lipoma parostal de fémur, un tumor benigno poco frecuente formado por tejido adiposo maduro en relación con el perióstio. Nuestro objetivo es documentar el caso, comentando los hallazgos radiológicos, histológicos y el tratamiento y realizar una revisión bibliográfica.

Summary. We describe a case of parosteal lipoma of the femur. It is an infrequent benign neoplasm composed of mature fat, intimately connected with the periosteum. Our aim is to document the case, and comment the radiological, histological findings, and treatment, and review the literature.

Introducción. Los lipomas de partes blandas son tumores frecuentes, sin embargo, existen dos formas raras en relación con el hueso. Una es la originada dentro del hueso, el lipoma intraóseo. Otra la que tiene origen en partes blandas contiguas al hueso, en íntima relación con el perióstio subyacente, lipoma parostal. El lipoma parostal es un tumor benigno formado por tejido adiposo maduro, que se presenta clínicamente como una masa indolora y solitaria de huesos largos. Radiológicamente presenta un patrón característico y el pronóstico tras la exéresis quirúrgica es excelente. Presentamos un caso de lipoma parostal de fémur distal diagnosticado de forma casual.

Caso clínico. Paciente varón de doce años, en el que se descubre de forma casual una tumoración indolora en muslo izquierdo al acudir al servicio de urgencias por otro proceso patológico. A la inspección se aprecia una masa en la cara anteroexterna de muslo izquierdo (Fig. 1), de gran tamaño, indolora a la palpación y de consistencia dura, no adherida a planos profundos. No existen signos inflamatorios ni compromiso vasculonervioso distal.

En las radiografías se observa, en partes blandas, una zona de mas radioopaca, de

densidad grasa, y una exóstosis pediculada en la cortical diafisaria de fémur distal, sin reacción perióstica ni erosión ósea (Fig. 2). El TAC revela la presencia de una masa de densidad grasa, bien delimitada, en íntima conexión con hueso y calcificaciones en su periferia e interior, con diagnóstico de sospecha de lipoma parostal (Fig. 3).

Se procedió a la exéresis quirúrgica mediante abordaje lateral de fémur distal (Fig. 4), obteniendo una pieza de 13 x 8 x 7 cm, color amarillento, encapsulada y lobulada (Fig. 5) que estaba firmemente unida a cortical diafisaria por una exóstosis que se resecó con escoplo. Microscópicamente el tumor estaba constituido por tejido adiposo maduro sin signos de malignidad (Fig. 6), así como zonas de metaplasia cartilaginosa y ósea, con maduración hacia cartilago y osificación encondral (Fig. 7); todo ello compatible con lipoma parostal.

El seguimiento del enfermo ha sido de ocho años sin evidencia clínica, radiográfica y tomográfica de recidiva.

Discusión. El lipoma parostal fue originalmente descrito por Seering en 1836 como "lipoma periostal" (1). Posteriormente Power, en 1888 (2), introdujo el término de "lipoma parostal". Este último término se

Correspondencia:

Dr. J. Martínez
Castroverde Pérez.
Servicio Traumatología y
Cirugía Ortopédica.
5ª Planta Derecha.
Hospital General de
Albacete.

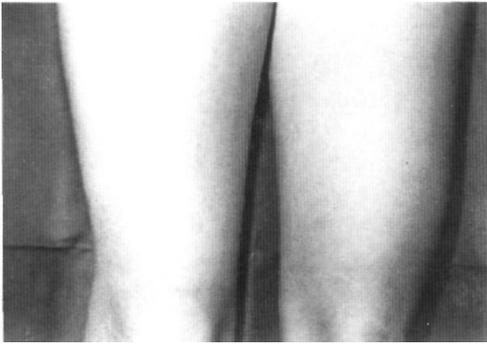


Fig. 1. Imagen clínica.



Fig. 2. Imagen Radiológica.

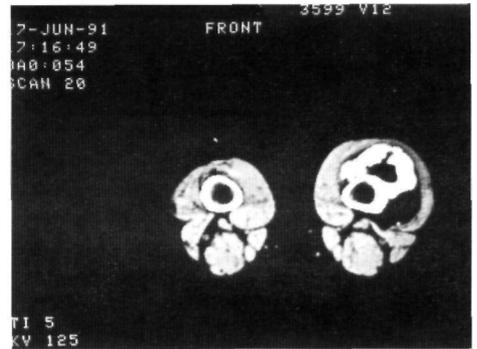


Fig. 3. Imagen de TAC.

prefiere al de periosteal, pues para la mayoría de autores no tiene necesariamente origen en el periostio (3-8,9-12), permaneciendo su etiología desconocida. Los lipomas parostales son tumores raros, representando sólo el 0,3% de todos los lipomas (11). Suelen aparecer preferentemente en adultos de edad media (3,7-8,10,12,13) y la mayoría de series no reflejan predominancia en cuanto al sexo (3,6,7). Se presenta clínicamente como una masa de partes blandas de crecimiento lento, asintomática y de situación preferentemente diafisaria. Aunque generalmente aparece como lesión aislada, ha sido descrito un caso en asociación con lipoma intramuscular (12).

Las localizaciones más frecuentes descritas en la bibliografía incluyen fémur, radio y tibia (3-10,11-14). Se han descrito casos de compresión vasculonerviosa distal en radio (nervio interóseo posterior) (5,7,9-1).

Radiológicamente se ve como una masa de tejidos blandos, en íntima relación con la

cortical ósea. Se han descrito tres patrones radiológicos de afectación ósea (3,4,7, 11,12-14): exóstosis ósea, adelgazamiento y erosión cortical, arqueamiento de huesos en crecimiento

De los 32 casos descritos por Fleming (11), sólo 16 se asocian a lesión ósea y, de ellos, el patrón más frecuente es el de exóstosis ósea (9 casos).

Macroscópicamente se aprecia una masa de color amarillento, lobulada y bien delimitada, unida de forma característica al hueso por un engrosamiento cortical. Histológicamente presenta lóbulos de adipocitos maduros, con tejido conectivo fibroso interlobular formando septos (de forma similar a los lipomas de otra localización) rodeados por cápsula fibrosa y además presentan áreas de metaplasia ósea y cartilaginosa y hueso cortical maduro.

En la TAC se evidencia una masa bien delimitada de densidad grasa, con hueso en su interior o en la periferia, en íntima con-

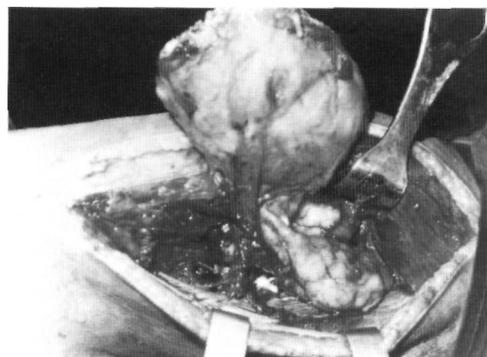


Fig. 4. Imagen intraoperatoria.

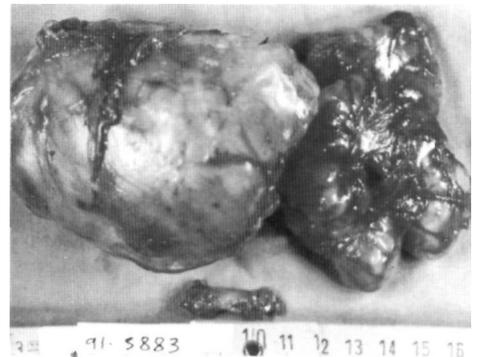


Fig. 5. Aspecto macroscópico de la lesión.

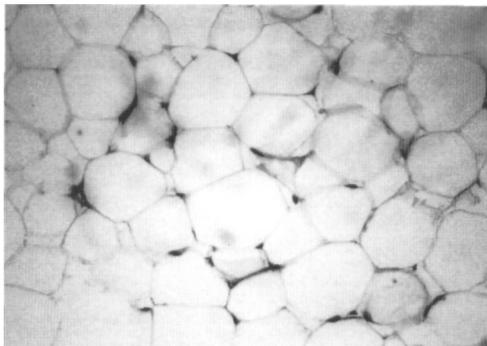


Fig. 6. Imagen histológica del lipoma

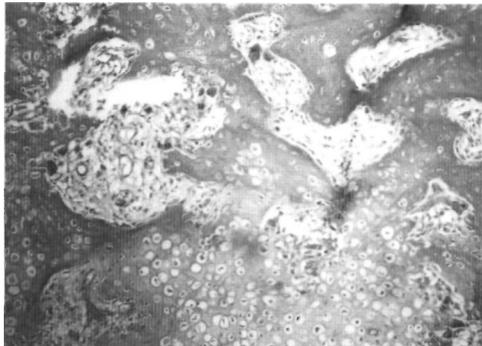


Fig. 7. Imagen histológica en la que se observa tejido cartilaginoso y áreas de metaplasia y osificación endocranal.

xión con cortical ósea por medio de una exóstosis. La RNM es más sensible y específica que la TAC, y delimita con más precisión la lesión y su verdadera extensión, lo que ayuda más a la planificación quirúrgica (8,9), aunque nosotros no la creemos indispensable salvo que la masa esté en íntima conexión o localizada en la proximidad de estructuras neurovasculares importantes. Aparece como una masa con márgenes bien definidos, lobulada, con septos internos, localización paraostal y con tejido óseo en su interior y en la periferia. Las características del hueso y el componente graso descritas en la literatura tras estudio mediante

RNM son: baja intensidad de señal en secuencias potenciadas en T1 y T2 para el componente óseo, mientras que el componente graso presenta tanto en secuencias potenciadas en T1 como en T2 una alta intensidad de señal aunque algo menor en las potenciadas en T2 (7-10,12,13).

El diagnóstico diferencial se plantea principalmente con el osteocondroma y el liposarcoma (3,4,6,9,12-14). El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica, con excelente pronóstico, no existiendo casos de degeneración maligna descritos en la literatura y un único caso de recurrencia descrito por Fleming (11). ■■■■■

Bibliografía

1. Goldman A, DiCarlo E, Marcove R. Case Report 774. *Skeletal Radiol* 1993; 22:138-45.
2. Jones J, Habermann E, Dorfman H. Case Report 553. *Skeletal Radiol* 1989;18:537-540.
3. Seering G. Geschichte eines sehr grossen steatoms im hinterhaupte eines 2 und fi jahrigen Kindes. *Mag Ges Heil* 1836; 511-514.
4. Power D. A parosteal lipoma, or congenital fatty tumor, connected with the periosteum of the femur. *Trans Pathol Soc* 1888;39:270-2.
5. Martín Herrero T, Rodríguez Merchan C, Botia Becerra R, López Barea F. Lipoma parostal. *Rev Ortop Traumatol* 1985;29:423-9
6. Ávila Rodríguez A, Manrique Chico J, Ruiz Jaureguizar JC, Martínez Cantarero J. Lipoma parostal. *Radiología* 1987;29:9-10.
7. Lidor C, Lotem M, Hallel T. Parosteal lipoma of the proximal radius: A report of five cases. *J Hand Surgery* 1992; 17A:1095-7
8. Miller M, Ragsdale B, Sweet D. Parosteal lipomas. A new perspective. *Pathology* 1992; 24:132-9
9. Laorr A, Greenspan A. Parosteal lipoma with hyperostosis: report of two pathologically proven cases evaluated by magnetic resonance imaging. *Can Assoc Radiol J* 1993; 44:285-90
10. Murphey M, Johnson D, Bhatia P, Neff J, Rosenthal H, Walker C. Parosteal lipoma: MR Imaging Characteristics. *ARJ* 1994;162:105-10.
11. Rodríguez Peralto J, López Barea F, González López J. Case Report 821. *Skeletal Radiol* 1994; 23:63-9.
12. Kawashima A, Magid D, Fishman E, Hruban R, Ney D. Parosteal ossifying lipoma: CT and MR findings. *Comput Assit Tomogr* 1993; 17:147-50
13. Fleming R, Alpert M, García A. Parosteal Lipoma. *AJR* 1962;87:1075-84.
14. Nishida J, Shimamura T, Ehara S, Shiraishi H, Sato T, Abe M. Posterior interosseous nerve palsy caused by parosteal lipoma of proximal radius. *Skeletal Radiol* 1998; 27:375-9