



SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.

# GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA

www.gamo-smeo.com



## CASO CLÍNICO

### Lipoma óseo: reporte de caso y revisión

Víctor Edmundo Valdespino-Castillo<sup>1,\*</sup>, Conrado Barrios-Aranda<sup>2</sup>, Enriqueta Reyes-Colli<sup>3</sup> y Víctor Valdespino-Gómez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Cirujano oncólogo; <sup>2</sup>Ortopedista traumatólogo; <sup>3</sup>Patóloga. Clínica Hospital Patricio Trueba Regil, ISSSTE, Campeche, Camp.; <sup>4</sup>Profesor investigador, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, Ciudad de México. México

Recibido el 20 de abril de 2017; aceptado el 8 de agosto de 2017  
 Disponible en Internet el 4 de diciembre de 2017

#### PALABRAS CLAVE

Lipoma óseo;  
 Tumor óseo;  
 Hallazgo radiológico

#### KEY WORDS

Bone lipoma;  
 Bone tumor;  
 Radiological finding

**Resumen** Los lipomas óseos son muy infrecuentes en la práctica clínica diaria, pues representan el 0.1% de los tumores óseos; su etiología es desconocida y la cirugía constituye el tratamiento de elección. El ejercicio médico quirúrgico habitual es realizar una correlación clínica-radiológica- histopatológica de las lesiones con el fin de conocer el comportamiento biológico de la enfermedad en los pacientes. Los lipomas óseos con frecuencia son asintomáticos y se vuelven evidentes al realizarse radiografías por dolor o inflamación articular local. Estas lesiones radiológicas pueden confundirse con otras lesiones de aspecto benigno. Por la poca frecuencia del diagnóstico, se presenta el caso de una paciente femenina de 67 años de edad. ([creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)).

**Abstract** Bone lipomas are infrequently in the current dairy medical practice, those tumors represent 0.1% of all bone tumors. Aetiology is unknown and surgery is the best treatment. In this tumors is necessary to do a relation physical - radiological and histopatological and, in this way is necessary to known a prognosis about them tumors. The bone tumors do not develop symptoms in general, its tumor become evident when we ask for a TC or radiography near to some articulation with pain or other clinical signal. This tumors can miss diagnosticated with other bening bone tumors. We present this case because is anecdotal in a female patient 67 years old.

\*E-mail para correspondencia: [edvaldespinocg@yahoo.com](mailto:edvaldespinocg@yahoo.com) (V.E. Valdespino-Castillo)

doi:10.24875/j.gamo.M17000080

1665-9201 / © 2017 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer México. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 67 años de edad con dolor crónico en las rodillas de tres años de evolución, exacerbado desde hace tres semanas, que motiva la atención médica y la realización de radiografías simples, donde se demuestra una lesión irregular, radioopaca y radiolúcida (mixta) con un halo esclerótico en la diáfisis proximal de la tibia izquierda. El interrogatorio no demostró antecedentes familiares o propios de neoplasia y, como antecedentes patológicos de importancia, se reportó diabetes *mellitus* tipo 2 de ocho años de evolución en tratamiento médico, con un control aceptable.

La lesión en la tibia es única, demostrada por una serie ósea metastásica. Se solicita una mastografía que demuestra una calificación de Breast Imaging-Reporting and Data System (BIRADS) 2. La exploración física es negativa. Laboratorios como biometría hemática, química sanguínea y pruebas de funcionamiento hepático y tiempos de coagulación no muestran alteraciones fuera de los rangos considerados como normales. La lesión no es evidente a la exploración física.

Se decide realizar un legrado-biopsia con cobertura del defecto con cemento óseo. El resultado de patología definitiva reporta un lipoma óseo maduro. La paciente tiene 14 meses de postoperatorio asintomática y con buen estado funcional (Fig. 1-6).

## INTRODUCCIÓN

Los lipomas óseos representan el 0.1% de todos los tumores óseos y pueden desarrollarse en todos los huesos de la



Figura 1. Tumor óseo.



Figura 2. Tumor óseo lateral.

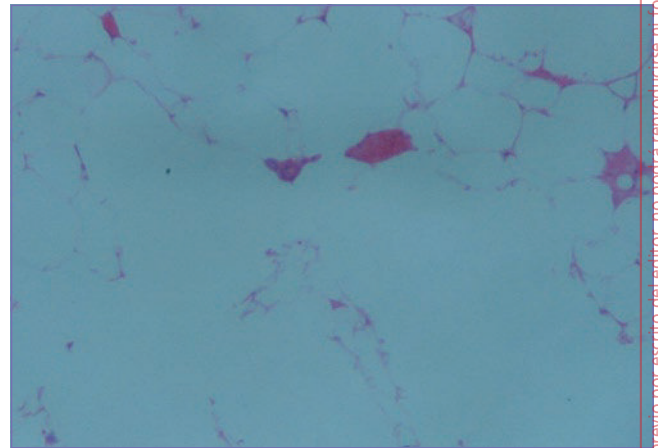


Figura 3. Lipoma óseo, adipocitos.

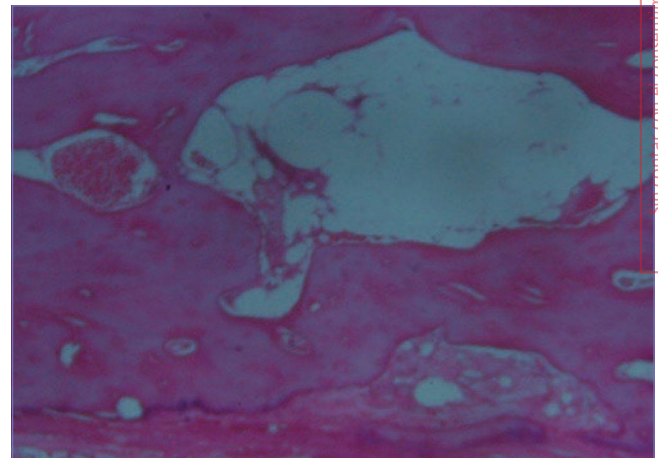


Figura 4. Adipocitos intraóseos.



Figura 5. Reparación del defecto con cemento óseo.



Figura 6. Reparación del defecto con cemento óseo lateral.

economía. La primera descripción se realizó en 1880<sup>1,2</sup>. El 70% de estas lesiones se localizan en la extremidad inferior y, debido a su rareza, se confunden con entidades como el fibroma no osificante, el quiste simple óseo, el quiste óseo aneurismático, la displasia fibrosa ósea, el tumor de células gigantes, los infartos óseos y los tumores condroides. La imagen radiológica no es específica y se puede confundir con otros tumores benignos<sup>3,4</sup>.

En la práctica clínica oncológica es decisiva la correlación histopatológica de los tumores óseos para tener una certeza diagnóstica y al realizar la evaluación clínica-radiológica-histopatológica se conocerá el comportamiento biológico de la enfermedad y se podrá intervenir de la mejor manera para tener un control adecuado de la enfermedad.

Las lesiones óseas inespecíficas generalmente ameritan la correlación histopatológica, y dejarlas sin tratamiento y diagnóstico es factible, pero muy juicioso e individualizado<sup>5,6</sup>.

Al ser un hallazgo radiológico, en tomografías o radiografías simples se describe como una lesión osteolítica o mixta con un halo esclerótico, irregular, que puede estar distribuido en cualquier hueso. No hay una predilección por la presentación entre hombres o mujeres, pero algunos autores mencionan que predomina en los hombres<sup>4,7</sup>.

Estas lesiones son sintomáticas cuando por contigüidad involucran alguna estructura inervada o compresión directa de raíces nerviosas<sup>2,8</sup>.

## DISCUSIÓN

Se desconoce la etiología de estas lesiones, pero probablemente estén originadas por las células adiposas localizadas intramedularmente en el hueso. La distribución puede ser en todos los huesos, incluyendo el macizo facial y el cráneo<sup>9,10</sup>.

Un autor propone que hay tres tipos de lipomas que afectan al hueso: lipomas de partes blandas, que secundariamente pueden invadir el hueso por un crecimiento por presión, lipomas parostales, que nacen del subperiostio lesionando el hueso por invasión directa, y lipomas intraóseos que derivan del tejido óseo de la cavidad medular<sup>11</sup>.

De modo frecuente el diagnóstico se realiza por radiografías realizadas en la evaluación del dolor articular cercano al tumor. Puede presentarse dolor, inflamación o hipoestésias, dependiendo de la zona y del tamaño de la lesión. Los síntomas pueden ser el resultado de la remodelación del hueso debido a la expansión o a la isquemia intralesional.

Milgram propuso una clasificación de los lipomas óseos:

- Estadio I: tumor con células adiposas viables.
- Estadio II: tumor en transición, compuesto parcialmente por células lipoides viables, pero con demostración de necrosis grasa y calcificaciones.
- Estadio III: el tumor demuestra necrosis grasa, calcificación de necrosis grasa en grados variables de formación quística y tejido óseo reactivo en formación<sup>3</sup>.

Un grupo de autores propone un abordaje conservador, es decir, no quirúrgico, con seguimiento radiológico con tomografías y/o resonancias magnéticas evitando la cirugía. Sin embargo, no estamos de acuerdo con esta propuesta, ya que no es posible realizar una correlación precisa radiológica y

patológica, y puede tratarse de otras lesiones con un comportamiento biológico diferente<sup>5</sup>.

El principal sitio de presentación es la extremidad inferior (hasta en el 70% de los casos)<sup>6,12</sup>, como en el caso presentado, y las características radiológicas de halo escleroso y calcificaciones irregulares corresponden a lo descrito por otros autores. Sin embargo, la topografía y sitio de estrés a que se somete el hueso o las lesiones preexistentes pueden cambiar la presentación radiológica<sup>6,13</sup>.

La característica radiológica frecuente es una lesión lítica con márgenes bien definidos, como en el presente caso. Los estudios radiológicos no pueden establecer el diagnóstico de lipoma óseo, que se puede confundir con otras lesiones óseas<sup>7,14</sup>.

Algunos autores creen que se diagnostican menos casos de los que en realidad existen, debido a la asociación o transformación de muchos lipomas óseos en tejido mixomatoso, degeneración quística o necrosis de modo que no aparece el tejido adiposo adulto característico<sup>15,16</sup>.

Estas lesiones pueden presentarse a cualquier edad, pero hay series pequeñas que mencionan que con frecuencia se diagnostican a los 37.6 años y, según otra serie, a los 41. La presentación intramedular representa el 84% de todos los lipomas óseos, siendo el más frecuente<sup>11,17,18</sup>.

Estas lesiones radiológicas pueden ser tumores y, en ocasiones, pueden ser infecciosas: tuberculosis crónica, depósitos por hiperlipoproteinemia, pseudoquistes de artritis reumatoide, infecciones por hongos, fibromas desmoplásicos. Un diagnóstico preciso es útil en términos de pronóstico y tratamiento<sup>12,19</sup>.

Los pacientes con lipomas solitarios pueden tener rearrreglos genéticos, como translocaciones que involucran al cromosoma 12. La hiperlipidemia IV se ha asociado con lipomas múltiples. Se han reportado lipomas óseos con desdiferenciación maligna en casos aislados<sup>20</sup>.

## CONCLUSIONES

Los lipomas óseos son infrecuentes y pueden simular varias enfermedades benignas óseas, generalmente son hallazgos con pocos síntomas y pueden manejarse de modo conservador, pero la cirugía con obtención de la pieza quirúrgica para la correlación patológica es insustituible para tener el diagnóstico y pronóstico. El tratamiento de elección es el quirúrgico. Por la baja frecuencia de esta enfermedad en la consulta de oncología y de ortopedia, se publica el presente caso, con resultados satisfactorios para la paciente.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses para la presente publicación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Castellani A, Bocchialini G, Ferrari L. A rare case of intraosseous fibrolipoma of the mandible: diagnosis and treatment. *Case Rep Dent*. 2015;2015:519824. [Internet] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/519824>.
- Reig-Boix V, Guinot TJ, Risent-Martinez F, Aparisi RF, Ferrer JR. Computed tomography of intraosseous lipoma of os calci. *Clin Orthop Relat Res*. 1987;(221):286-91.
- Milgram JW. Intraosseous lipomas radiologic and pathologic manifestations. *Radiology*. 1988;167(1):155-60.
- Milgram JW. Intraosseous lipomas. A clinicopathologic study of 66 cases. *Clin Orthop Relat Res*. 1988;(231):277-302.
- Bagatur AE, Yalcinkaya M, Dogan A, Gur S, Mumcuoglu E, Albayrak M. Surgery is not always necessary in intraosseous lipoma. *Orthopedics*. 2010;33(5).
- Campbell RS, Grainger AJ, Mangham DC, Begg I, Teh J, Davies AM. Intraosseous lipoma: report of 35 new cases and review of the literature. *Skeletal Radiol*. 2003;32(4):209-22.
- Eyzaguirre E, Liquiang W, Karla GM, Rajendra K, Alberto A, Gatalica Z. Intraosseous lipoma. A clinical radiologic, and pathologic study of 10 cases. *Ann Diagn Pathol*. 2007;11(5):320-5.
- Hart JA. Intraosseous lipoma. *J Bone Joint Surg Br*. 1973;55(3):624-32.
- Cakarer F, Selvi SC, Isler M, Soluk V. Intraosseous lipoma of the mandible a case reporte and review of the literatura. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2009;38(8):900-2.
- Gnepp DR, ed. *Diagnostic Surgical Pathology of the Head and Neck*. Filadelfia, EE.UU.: WB Saunders; 2001.
- De Lee JC. Intra-osseous lipoma of the próxima part of the femur. Case report. *J Bone Joint Surg*. 1979;61(4):601-3.
- Palczewski P, Swiatkowski J, Golebiowski M, Blasinska K. Intraosseous lipomas: A report of six cases and a review of literatura. *Pol J Radiol*. 2011;76(4):52-9.
- Weiss SW, Goldblum JR. Beningn lipomatous tumors. En: Goldblum J, Weiss S, Folpe AL, eds. *Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors*. St Luis: Mosby; 2001. p. 571-639.
- Liapi AG, Markakis P, Kokka H, Karajannis S, Christophidou E, Karabela-Bowropoulou V. Intraosseous lipoma. A report of three cases. *Arch Anat Cytol Path*. 1994;42(6):334-8.
- Arenas PA, Tejero IA, Arias NC, Eslava EE, Sola RS, Ayala PH. Una lesión rara: el lipoma intraóseo. *Rev Esp Cir Osteoart*. 1999;34:48-51.
- Canillas del Rey F, Nieto Lopez D, Carballo Vazquez F. Lipoma intraóseo en fémur proximal. *Rev Esp Cir Osteoart*. 2007;42:77-82.
- Milgram JW. Intraosseous lipomas. *Clin Orthop*. 1988;(231):277-302.
- Cienfuegos HF, Gonzalez IE. Lipomas óseos. Revisión bibliográfica propósito de un caso de lipoma óseo parostal. *Rev Esp Cir Osteoart*. 1986;21:383-8.
- Kapukaya A, Subasi M, Dabak N, Ozkul E. Osseous lipoma: eleven new cases and review of the literatura. *Acta Orthop Belg*. 2006;72(5):603-14.
- Murphey M, Carroll J, Flemming D, Pope T, Gannon F, Krasdorf M. De The Archives of the AFIP: Benign Musculoskeletal lipomatous Lesions. *Radiographics*. 2004;24(5):1433-66.