

# LIPOMA INTRAÓSEO EN TIBIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

## INTRODUCCIÓN

- Los lipomas intraóseos son tumores **benignos** de **etiología controvertida** y **baja incidencia** [1].
- La mayoría son **asintomáticos**, diagnosticados incidentalmente en pruebas de imagen. En los casos sintomáticos presentan una **clínica inespecífica** de dolor sordo, hiperestesia o tumefacción [2].
- Radiográficamente puede llevar a la **confusión** con fibromas no osificantes, displasia fibrosa o quistes simples entre otros [3].
- La Tomografía Computarizada (TC) o la Resonancia Magnética (RM), más sensibles, son de ayuda, pero es el **examen histopatológico** el que da el diagnóstico definitivo [1].

# MATERIAL Y MÉTODOS

- Paciente de 39 años con **tumoración dolorosa** en tercio proximal de tibia derecha de 4 años de evolución y crecimiento progresivo sin signos inflamatorios ni infecciosos y con movilidad de la rodilla completa.
- En la radiografía se observa una **lesión lítica** intraósea bien definida en tercio proximal de tibia derecha (Fig. 1).
- En la TC se aprecia una lesión intramedular **expansiva** en la diáfisis proximal de tibia derecha de 27 x 27 x 80 mm con **adelgazamiento (sin destrucción) de la cortical** con zonas escleróticas intermedias (Fig. 2)
- En la RM existe un predominio de la señal correspondiente a **tejido lipomatoso en el interior**, sin afectación de partes blandas ni realce tras la administración de contraste intravenoso (IV) (Fig. 2)
- Diagnóstico de presunción: lesión no agresiva de estirpe lipomatosa, probablemente **lipoma intraóseo**.
- Al tratarse de una lesión sintomática se decide **intervención quirúrgica** para la exéresis del tumor.



Fig. 1: Imagen de radiografía simple de tibia derecha: lesión intraósea lítica bien definida



Fig. 2: TC (izq.) y RM sec. T1 (dcha.): lesión intramedular expansiva sin disrupción de la cortical con predominio de la señal correspondiente a tejido lipomatoso

# MATERIAL Y MÉTODOS

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

- Identificación mediante **radioescopia intraoperatoria** de la lesión.
- Bajo anestesia e isquemia del miembro, incisión anteromedial de tibia centrada sobre la lesión (Fig. 3)
- Realización de una **ventana ósea** de 4 cm x 1'5 cm en la cortical tibial para acceder a la cavidad medular y localización de la lesión, de aspecto lipomatoso con hueso escleroso circundante.
- **Exéresis** completa de la lesión y **curetaje** de los bordes esclerosos a través de la ventana.
- Irrigación del espacio remanente con **fenol** y relleno del defecto con **aloinjerto** de cabeza de fémur y chips de hueso esponjoso (Allosource™, Biomedical™) (Fig. 4). La tapa ósea retirada previamente se utiliza para cubrir el defecto.
- Colocación de un drenaje tipo Redon subcutáneo y un vendaje compresivo.



Fig. 3: aspecto de la superficie tibial sobre la lesión

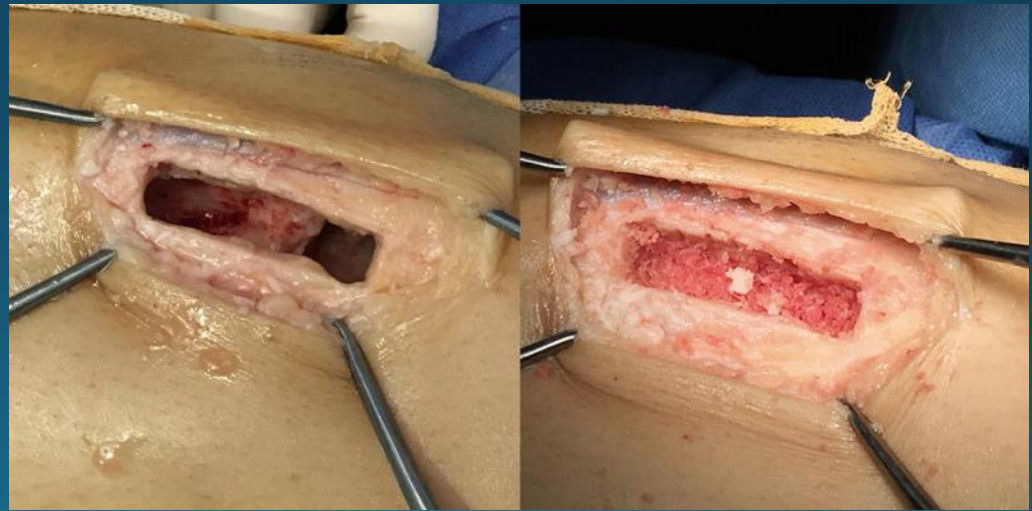


Fig. 4: Imagen intraoperatoria: sarcófago en diáfisis tibial para acceder al tumor (izquierda) y relleno con injerto óseo autólogo tras el curetaje (derecha)

## RESULTADOS

- El examen histopatológico de la lesión **confirmó el diagnóstico de lipoma intraóseo**.
- El **dolor y la tumefacción desaparecieron** tras la intervención y **no se ha observado recurrencia** a los 12 meses de seguimiento.

## DISCUSIÓN

- Los lipomas intráoseos son **uno de los tumores óseos primarios benignos más raros** (incidencia inferior al 0,1%) con cerca de 300 casos descritos y de etiología desconocida [1, 4, 5].
- Se presentan en adultos en la **5ª década** de la vida, **sin predilección entre sexos**, con predominio de afectación **metafisaria de huesos largos de miembros inferiores** (sobre todo calcáneo) [6, 7].
- La mayoría son **asintomáticos**, descubriéndose de manera incidental. Los pacientes sintomáticos presentan una **clínica inespecífica**: dolor, hiperestesia o tumefacción local. Rara vez debutan con fracturas patológicas [3, 8, 9].
- Radiográficamente se presenta como una **lesión osteolítica bien definida** rodeada por una zona esclerótica, con **calcificaciones en la región central** y hueso fibrilar en la periferia [2, 3, 6].
- TC y RM permiten delimitar la extensión, detectar compromiso cortical y extensión a partes blandas [9, 10].
- El diagnóstico debe ser confirmado con un **examen histopatológico** [9].
- Las lesiones asintomáticas y sin compromiso de la estabilidad ósea pueden ser tratadas **conservadoramente** con un seguimiento clínico-radiológico, optando por la **cirugía en casos sintomáticos o con riesgo de fractura** (exéresis, curetaje e implantación de injerto óseo) [5, 6, 7, 9, 11].

**P-47** La recurrencia o transformación maligna, aunque rara y de resultado fatal, ha sido descrita [12].

## CONCLUSIÓN

- El lipoma intraóseo es una lesión ósea benigna rara, generalmente asintomática, que puede pasar desapercibida fácilmente.
- Aparece como una lesión osteolítica bien definida y la TC y la RMN son de utilidad en su diagnóstico por su habilidad de mostrar la presencia de grasa intratumoral, debiendo confirmarse el diagnóstico con un examen histopatológico complementario.
- En los casos asintomáticos el tratamiento de elección es la observación y seguimiento clínico radiológico mientras que se prefiere la exéresis quirúrgica, curetaje y relleno con injerto óseo en los casos sintomáticos o con riesgo de fractura inminente, con un excelente resultado clínico y funcional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pappas AJ, Haffner KE, Mendicino SS. An Intraosseous Lipoma of the Calcaneus: A Case Report. The Journal of Foot and Ankle Surgery. 2014;53(5):638-42.
2. Cakar S, Selvi F, Isler SC, Soluk M, Olgac V, Keskin C. Intraosseous lipoma of the mandible: a case report and review of the literature. Int J Oral Maxillofac Surg. 2009;38(8):900-2.
3. Rabbani SA, Ilyas I, Alrumaih H. A rare presentation of an intraosseous lipoma in the proximal femur. Am J Case Rep. 2013;14:362-5.
4. Barker GR, Sloan P. Intraosseous lipomas: clinical features of a mandibular case with possible aetiology. Br J Oral Maxillofac Surg, 1986; 24(6): 459-63
5. Radl R, Leithner A, Machacek F, Cetin E, Koehler W, Koppany B, et al. Intraosseous lipoma: retrospective analysis of 29 patients. Int Orthop. 2004;28(6):374-8
6. de Moraes FB, Paranaíba RM, do Amaral RA, Bonfim VM, Jordão ND, Souza RD. Intraosseous lipoma of the iliac: case report. Rev Bras Ortop. 2016;51(1):113-7.
7. Milgram J.W.: Intraosseous lipomas. A clinicopathologic study of 66 cases. Clin Orthop Relat Res 1988; 231: pp. 277-302
8. Eyzaguirre E, Liqiang W, Karla GM, Rajendra K, Alberto A, Gatalica Z. Intraosseous lipoma. A clinical, radiologic, and pathologic study of 5 cases. Ann Diagn Pathol. 2007;11(5):320-5
9. Campbell R.S.D., Grainger A.J., Mangham D.C., et al: Intraosseous lipoma: report of 35 new cases and a review of the literature. Skeletal Radiol 2003; 32: pp. 209-222
10. Blacksin M.F., Ende N., and Benevenia J.: Magnetic resonance imaging of intraosseous lipomas: a radiologic-pathologic correlation. Skeletal Radiol 1995; 24: pp. 37-41
11. Bagatur A.E., Yalcinkaya M., Dogan A., Gur S., Mumcuoglu E., and Albayrak M.: Surgery is not always necessary in intraosseous lipoma. Orthopedics 2010;33(5)
12. Milgram J.W.: Malignant transformation in bone lipomas. Skeletal Radiol 1990; 19: pp. 347-352