

Fibrolipoma gigante de la espalda

Back giant fibrolipoma

Fibrolipome géant du dos

Dr. Moisés López Pozas,¹ Dr. Orestes López Piloto,¹ Dr. Fidel Raúl Valdés Leyva,¹ MSc. Carlos Vilaplana Santaló,¹ Dr. Julio C. Martínez Santana,¹ Dr. C. Julio César Escarpanter Buliés¹

¹ Clínica del Colaborador. La Paz, Bolivia.

RESUMEN

Introducción: en el cumplimiento de una misión internacionalista en la Clínica del Colaborador, ubicada en La Paz, Bolivia, se presentó una niña de 12 años de edad, portadora de una gran tumoración en la espalda, acompañada de otras deformidades, que no había sido tratada por carecer de recursos económicos. Los médicos que la habían visto antes habían expresado que al realizar una cirugía, único modo de resolver la situación, no se garantizaba la vida de la menor y también por el hecho de residir en una región intrincada del país. El objetivo de esta comunicación es mostrar un caso poco común en la práctica diaria y el resultado de su tratamiento.

Descripción: el tratamiento realizado fue eminentemente quirúrgico, apoyado en un tratamiento higiénico-dietético adecuado y la posterior rehabilitación. Los resultados fueron excelentes; finalmente pudo restituirse a la paciente a su lugar de residencia, su escuela y la sociedad.

Conclusiones: la tumoración gigante de la espalda, acompañada de otras deformidades en la paciente, se resolvieron después de un tratamiento adecuado.

Palabras clave: fibrolipoma, diagnóstico, lipoma, tratamiento, lipoma gigante.

ABSTRACT

Introducción: in the fulfilment of an internationalist mission in the Clinic of Collaboration located in La Paz, Bolivia, the Cuban physicians received the case of a girl aged 12 carrier of a big back tumor, together with other deformities, never before treated due to a lack of economic resources. The previous physicians had expressed that the surgery was the only way to solve the situation but without to guarantee the life of patient and also due to she lives in a dense region of the country. The objective of this communication is to show a uncommon case in the daily practice and the result of its treatment.

Description: the treatment applied was totally surgical, supported by a proper hygienic-dietetic treatment and its latter rehabilitation. Results were excellent; finally it was possible to refer patient to her place of residence, its school and the society.

Conclusions: the giant back tumor, together with other deformities in the patient, disappeared after an appropriate treatment.

Key words: fibrolipoma, diagnosis, lipoma, treatment, giant lipoma.

RÉSUMÉ

Introduction: pendant une mission de collaboration médicale en Bolivie, on a pu constater le cas d'une fille âgée de 12 ans atteinte d'une tumeur dorsale, accompagnée d'autres difformités, et sans traitement-faute de ressources économiques pour se faire soigner, ayant été assistée à la Clinique du collaborateur, à La Paz. D'autres médecins l'ayant vue auparavant avaient déconseillé le traitement chirurgical, seule solution à son problème, à cause du risque pour sa vie et de l'éloignement de son domicile. Le but de ce travail est de rapporter un cas peu fréquent dans la pratique quotidienne, et le résultat de son traitement.

Description: le traitement a été certainement chirurgical, soutenu par une hygiène et une diète de qualité, et une bonne rééducation. Les résultats ont été excellents, la patiente a pu se réincorporer à son milieu familial, à son école et à la société.

Conclusions: la tumeur géante du dos, accompagnée d'autres difformités, a disparu après l'application du traitement approprié.

Mots clés: fibrolipome, diagnostic, lipome, traitement, lipome géant.

INTRODUCCIÓN

Los lipomas son, quizá, el tumor benigno más común del tejido conectivo, que puede aparecer en cualquier edad y sexo, pero son más frecuentes en mujeres de mediana edad.¹ Estos tumores usualmente se desarrollan subcutáneamente, pero pueden envolver estructuras adyacentes. Clínicamente son masas móviles, blandas, circunscritas, más o menos dolorosas de crecimiento lento.²

En las radiografías aparecen como áreas discretamente radiolúcidas dentro de los tejidos blandos; en algunas ocasiones, es la resonancia nuclear magnética la que ofrece el diagnóstico definitivo. Generalmente el lipoma es un nódulo bien

encapsulado, que puede contener tejido fibroso, compuesto microscópicamente por células grasas maduras. Algunos lipomas tienen un patrón prominentemente vascular y pueden ser llamados como angioliomas, donde áreas focales con células vacuoladas pueden ser observadas.³

El angiomiolioma es un tipo de lipoma que usualmente se encuentra en la niñez; está compuesto por músculo liso, vasos sanguíneos y grasa. Este tumor algunas veces está asociado con esclerosis cerebral.

Ocasionalmente los lipomas pueden ser múltiples y solo de modo raro resultan simétricos. La variante de lipomatosis múltiple es la enfermedad de Dercum, que se caracteriza por infiltraciones grasas dolorosas, y la causa del dolor es desconocida. Algunas variantes de lipomas ocurren en el músculo y en infiltraciones entre las fibras musculares; esta aparente invasión puede sugerir malignidad, pero estos tumores son fácilmente controlados.⁴

La lipoblastomatosis es otra variante de lipoma, consistente en grasa embrionaria que aparece en lactantes y niños de poca edad; este tumor recuerda algunos tipos de liposarcoma, pero lo distingue el tener un patrón lobular y la ausencia de núcleos atípicos.⁵

Los lipomas pueden mantenerse bajo observación o se pueden tratar con resección marginal. Algunos lipomas grandes deben ser estudiados bajo el microscopio cuidadosamente, para evitar confusiones ante la presencia de un lipoma bien diferenciado, frente a un liposarcoma.⁶

Aproximadamente 1 % de todos los tumores intravertebrales son lipomas, algunos aparecen junto con malformaciones congénitas como lipomas subcutáneos que penetran en el conducto a través de defectos en las vértebras subyacentes y terminan en forma intradural o extradural. Otros, sin lesiones congénitas asociadas, están situados por dentro o por fuera de la duramadre.⁷

Los lipomas intradurales generalmente están formados de tejido adiposo adulto, como participantes en las malformaciones congénitas aparecen en forma de meningoceles, o lipomielomeningoceles junto con otras malformaciones óseas como escoliosis, vértebras displásicas y defectos anogenitales.^{8,9}

En un reporte sobre un grupo de lipomas lumbosacros en 15 niños y 4 adultos con tumores adiposos superficiales sobre la columna lumbosacra a nivel o cerca de la línea media, se reporta que fueron más voluminosas las tumoraciones en niños, pero todos presentaron diversas combinaciones de defectos óseos.¹⁰

Los lipomas extradurales están compuestos similarmente, de tejido adiposo adulto y presentan también elementos lipomatosos, angiomasos, mixomatosos y embrionarios añadidos; pueden estar localizados en uno o dos segmentos o extenderse a gran distancia en la médula, aunque afectando raramente a su totalidad, son frecuentes las malformaciones concomitantes en la región lumbosacra y menos frecuentes en otras regiones, coexistiendo además con mielomeningoceles, fístulas dérmicas, dermoides, y otros.⁹

En este reporte se presentó el caso de una paciente atendida en la Clínica del Colaborador de La Paz, Bolivia, la cual era portadora de una gran tumoración en la espalda, que no había sido tratada por carecer de recursos económicos. Los

médicos que la habían atendido anteriormente plantearon que de realizar la cirugía no se garantizaba la vida de la menor, y por el hecho de residir en una región intrincada del interior del departamento de La Paz. El objetivo principal de este reporte es mostrar un caso poco común en la práctica diaria y los resultados obtenidos después de reseca la tumoración, lo cual no hubiera sido posible sin la colaboración médica cubana en esa esfera que ha resuelto innumerables problemas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente RQ, de 12 años de edad, de la etnia Aymará, de extracción campesina, residente en el poblado de Iturralde perteneciente al Departamento de La Paz, Bolivia, que fue atendida en la Clínica del Colaborador, situada en ese país, por presentar una gran tumoración que comenzaba en el cuello, se extendía por toda la espalda, acompañada de una gran deformidad xifo-escoliótica tóraco-lumbar derecha marcada, la cual terminaba en una especie de cola (Figs. 1 y 2), que atrofiaba los músculos glúteos y ocultaba el ano; con marcha inestable y limitación de todos los movimientos del tronco.



Fig. 1. Paciente RQ, de 12 años de edad.



Fig. 2. Tumorción que comenzaba en el cuello, se extendía por toda la espalda, acompañada de una gran deformidad xifo-escoliótica tóraco-lumbar derecha marcada.

Debido a la desnutrición marcada que presentó la paciente a su arribo al centro, se decidió ingresarla con 3 meses de antelación, para corregir esos desbalances y mejorar su estado general, tanto físico como psicológico, antes de someterla a una intervención quirúrgica riesgosa, con la probabilidad de perder más de 30 % de su sangre.

Dentro de los complementarios realizados destaca el resultado de una TAC-multicorte, la cual demostró la presencia de una amplia raquisquisis de vértebras dorsales y lumbares sin compromiso de la médula espinal, vértebras deformadas y displásicas en todo el eje vertebral y escoliosis tóraco-lumbar de convexidad derecha.

En la paciente en cuestión se planteó como diagnóstico al ingreso un *Moluscum pendulum* -lo cual define una masa que cuelga- y se decidió, después de realizar una amplia discusión del caso con un equipo multidisciplinario formado por un cirujano plástico, un neurocirujano, un cirujano general, un especialista en anestesiología y reanimación, un pediatra y un ortopédico, además del equipo de

enfermería, técnico, y otros, que el caso requería, hacer la resección quirúrgica del tumor con el consentimiento de la familia de la paciente.

Una vez resueltos los problemas de desnutrición y compensada la paciente se decidió realizar el acto quirúrgico, que constó primero de un abordaje venoso profundo, vía yugular interna derecha, para compensar y restituir las pérdidas en líquidos y sangre que pudieran haber (y que de hecho ocurrieron) y que se desarrolló previa administración de anestesia general endotraqueal (GET).

En posición de decúbito prono se realizó una incisión en S itálica a todo lo largo de la espalda, desde la base del cuello hasta las márgenes del ano, tomando todas las precauciones para evitar retracciones futuras; se disecó el tumor hasta el eje espinal, reparando la amplia raquisquisis que desarrolló la paciente debido al peso de la tumoración y a los años de evolución, mediante la restauración con fascia tomada de los músculos paravertebrales anexos, previa colocación de grasa tomada del tejido celular subcutáneo, entre la fascia y la médula espinal.¹¹ Esto permitió un cierre adecuado y el aislamiento de la médula de los planos más superficiales.

Después de resecar la tumoración se evidenció la gran atrofia de los músculos glúteos, por lo que se realizó un remedo de pliegue interglúteo al extirpar toda la masa (Fig. 3) y se reconstruyeron las márgenes del ano. Para hacer la plastia se suturó siguiendo las líneas previamente marcadas en el campo quirúrgico planificado (Fig. 2). El resultado anatomopatológico de la pieza que sobrepasó los 10 kg (Figs. 4 y 5) fue el de un fibrolipoma gigante.



Fig. 3. Remedo de pliegue interglúteo.



Fig. 4. Pieza que sobrepasó los 10 kg.



Fig. 5. Resultado anatomopatológico: fibrolipoma gigante.

En el preoperatorio, 1 h antes del acto quirúrgico, se le administró antibioticoterapia profiláctica con cefazolina (1 g IV) que se extendió por 48 h más en el posoperatorio inmediato, así mismo se mantuvo el cuidado higiénico-dietético por parte del servicio de pediatría con la paciente ingresada en el servicio de cuidados intensivos. A las 72 h del posoperatorio comenzó a hacer febrícula de 37 y hasta 38 °C. Al palpase una región fluctuante en la zona quirúrgica se decidió reintervenirla para eliminar las colecciones líquidas (serosas) también con anestesia GET y en decúbito prono, esto acompañado de antibioticoterapia con ceftriaxona a dosis de 1 g IV a pasar cada 12 h, lo cual se mantuvo por una semana. No se requirió otra intervención suplementaria, realizándose entonces las curas en su cama; el resultado del cultivo de las secreciones no arrojó crecimiento bacteriano alguno.

Como conclusión se puede aseverar que finalmente fueron resueltos los problemas del posoperatorio inmediato y la paciente se trasladó a la sala, comenzándose entonces la movilización y el régimen de rehabilitación hasta que se dieron por resueltas las complicaciones. Se eliminaron los peligros que se planteaban al inicio, siguiendo posteriormente tratamiento con la especialidad de rehabilitación hasta lograr la incorporación total a las actividades normales de su edad, lo cual se logró, integrándola a la escuela y a la vida social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Canale ST, Beaty JH. Soft-tissue tumors. Benign tumors and tumor-like lesions. 11th ed. Chapter 23. Campbell's Operative Orthopaedics: Ed. Mosby; 2007. Disponible en: <http://www.mdconsult.com>
2. Damron TA. What to do with deep lipomatous tumors. Instr Course Lect. 2004;53:651.
3. Shives TC. Biopsy of soft tissue tumors. Clin Orthop Relat Res. 1993;289:32.
4. Rydholm A, Alvegärd T, Berg NO. Preoperative diagnosis of soft tissue tumours. Int Orthop. 1988;12:109.
5. Buitendijk S, van de Ven CP, Dumans TG. Pediatric aggressive fibromatosis: a retrospective analysis of 13 patients and review of the literature. Cancer. 2005;104:1090.
6. Springfield D. Liposarcoma. Clin Orthop Relat Res. 1993;289:50.
7. Bender JL, Landingham JH, Manno NJ. Epidural lipoma producing spinal cord compression. Report of two cases. J Neurosurg. 1974;41:100.
8. Maier HC. Extradural and intrathoracic lipoma causing spinal cord compression. JAMA. 1962;181:610.
9. Epstein BS. Afecciones de la columna vertebral y de la médula espinal. Estudio radiológico y clínico. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1981. p. 719.

10. Lassman LP, James CCM. Lumbosacral lipomas. J Neurol. 1967;30:174.
11. Matsui H, Tsuji H, Sekido H. Results of expansive laminoplasty for lumbar spinal stenosis in active manual workers. Spine. 1992;17:S37.

Recibido: 15 de marzo de 2011.

Aprobado: 29 de abril de 2011.

Moisés López Pozas. Calle 4ta No. 59, altos, e/ Paseo de la Paz y Alemán. Santa Clara, Villa Clara. Teléf.: 042 224485. Correo electrónico: moiseslp@hamc.vcl.sld.cu