

Caso clínico

Lipoma cervical gigante: A propósito de un caso

Alfonso Mogedas Vegara *, Xose Rubal Ledo, Javier Gutiérrez Santamaría,
 Nicolás Sierra Perilla, Jorge Pamias Romero y Guillermo Raspall

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de junio de 2011

Aceptado el 9 de agosto de 2011

On-line el 1 de mayo de 2012

Palabras clave:

Lipoma gigante

Masa cervical

Tumor mesenquimal

Síndrome Madelung

Keywords:

Giant lipoma

Neck mass

Mesenchymal tumor

Madelung syndrome

R E S U M E N

Los lipomas son los tumores mesenquimales más frecuentes. La aparición de lipomas gigantes a nivel cervical es infrecuente. Es necesaria la realización de pruebas de imagen para una correcta localización anatómica y establecer relaciones con las estructuras vecinas. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica de la masa.

Presentamos el caso de un varón de 59 años que presenta una tumoración gigante cervical de 10 años de evolución.

La planificación prequirúrgica en este tipo de casos debe ser exquisita para garantizar la conservación tanto de la función como de la estética cervicofacial.

© 2011 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Giant cervical lipoma: A case report

A B S T R A C T

Lipomas are the most common mesenchymal tumors, although giant lipomas of the neck region are uncommon. Imaging is needed to correctly identify the anatomic location of the tumor and its relation to surrounding structures. Surgical excision is the treatment of choice.

The case of a 59-year-old man with a giant neck tumor of 10 years evolution is reviewed.

Meticulous preoperative planning is required in these cases to ensure a cosmetically and functionally acceptable cervicofacial outcome.

© 2011 SECOM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los lipomas son tumores benignos formados por tejido adiposo maduro y constituyen los tumores mesenquimales más frecuentes. Suelen localizarse a nivel de cuello, espalda, brazo, hombros, pecho, mama, pared abdominal y parte proximal de las extremidades.

El porcentaje de estos tumores a nivel cervicofacial oscila entre un 13 y un 25% según las series revisadas¹⁻⁴.

La aparición de lipomas de gran tamaño a nivel de la cabeza y cuello es extremadamente infrecuente.

Presentamos el caso de un varón de 59 años que presenta una tumoración a nivel cervical de 25*16*4,8 cm de 10 años de evolución.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alfmgvg@hotmail.com (A. Mogedas Vegara).

1130-0558/\$ - see front matter © 2011 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.maxilo.2011.08.007



Figura 1 - Visión lateral primera visita.

Ante la aparición de masas cervicales de gran tamaño en la cabeza y cuello es necesario la realización de pruebas complementarias tanto para filiar su origen como para una minuciosa localización de la misma y las estructuras adyacentes, además de un exhaustivo conocimiento de la anatomía de la zona y técnicas quirúrgicas reconstructivas para su correcto manejo.

Caso clínico

Acude a nuestras consultas a un paciente que presenta una tumoración cervical izquierda de gran tamaño. Como antecedentes destaca intervención quirúrgica de un quiste branquial en esta misma localización hace 18 años.

Explica lento e indoloro crecimiento de la masa de aproximadamente 10 años de evolución.

Los límites de la tumoración comprenden cuerpo mayor izquierdo de hioides a nivel anterior, región mastoidea a nivel superior, clavícula en la parte inferior y protuberancia occipital externa como límite posterior (fig. 1).

La consistencia de la masa es blanda y no se encuentra adherida a planos profundos.

No se palparon adenopatías ni otras masas y la exploración intraoral fue normal.

El resto de la exploración física fue completamente anodina.

Se decide realizar resonancia magnética (RM) cérvico-facial en la que se evidencia una masa homogénea, bien delimitada

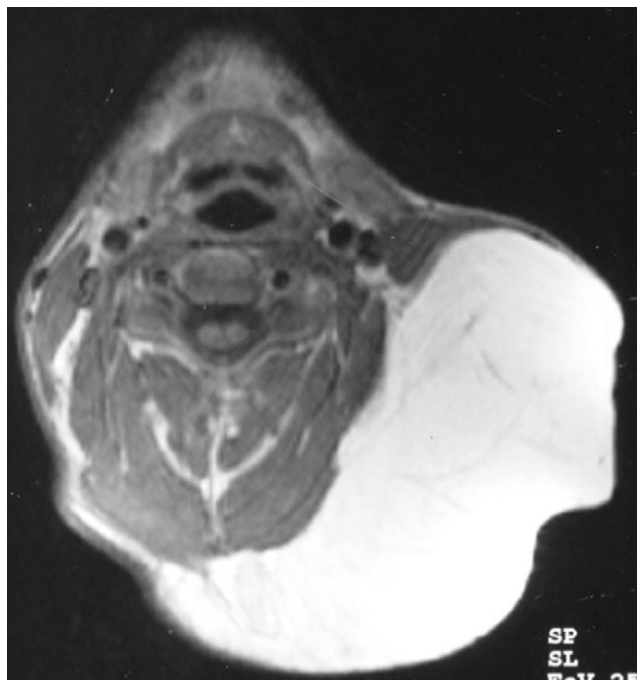


Figura 2 - RM preoperatoria (corte axial).

que no invadía estructuras vecinas y con una densidad grasa (figs. 2-4).

Se realiza la toma de una muestra mediante punción-aspiración con aguja fina (PAAF) que confirmó las sospechas iniciales de lipoma.

Se decidió realizar escisión quirúrgica de la tumoración. Se realizó un abordaje a nivel de la línea posterior del cabello, resecano un huso cutáneo de 5*10 cm para mejorar el cierre directo (figs. 5 y 6).

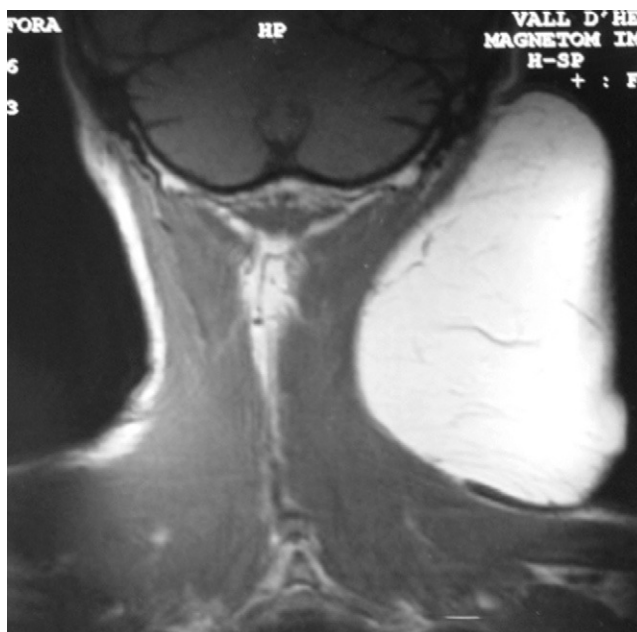


Figura 3 - RM preoperatoria (corte coronal).

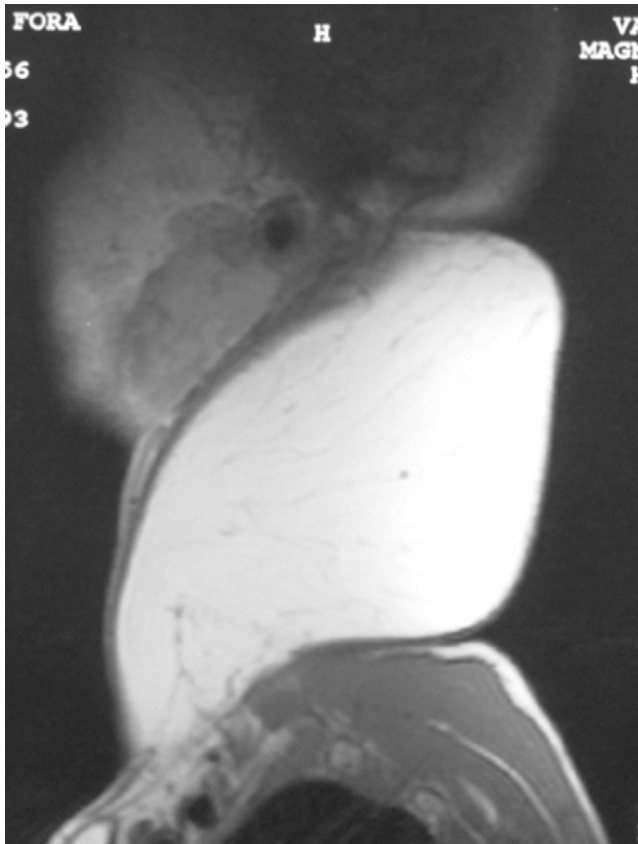


Figura 4 - RM preoperatoria (corte sagital).

Durante la intervención se obtuvo una pieza de 459,5 g de peso y unas dimensiones de 25*16*4,8 cm.

Tras el primer día de postoperatorio el paciente muestra hematoma de rápido crecimiento a nivel de la sutura posterior que es necesario evacuar de urgencia y realizar hemostasia de un pequeño vaso a nivel de músculo trapecio izquierdo.

Tras el séptimo día postoperatorio el paciente fue dado de alta.

Los estudios anatomopatológicos confirmaron el diagnóstico de lipoma sin atipias

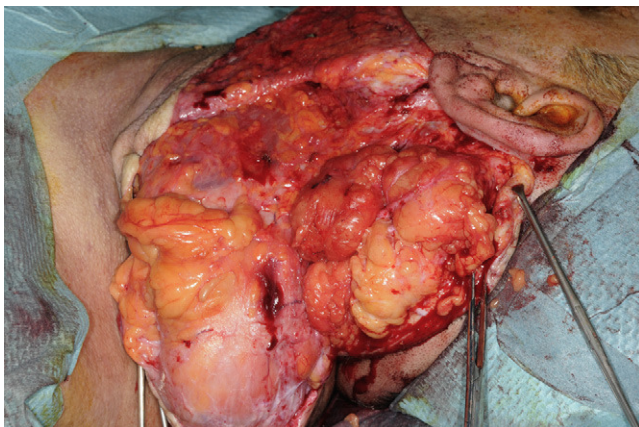


Figura 5 - Resección masa tumoral.



Figura 6 - Cierre de piel.

Actualmente evoluciona satisfactoriamente y se encuentra en controles en nuestras consultas externas (fig. 7).

Discusión

Los lipomas son los tumores mesenquimales de partes blandas más frecuentes. Las lesiones tumorales lipomatosas se pueden clasificar en las siguientes categorías: lipoma clásico, lipoma variants como el angiolipoma, lipoma condroide, miolipoma y lipoma pleomorfo, lesiones hamartomatosas, proliferaciones lipomatosas difusas e hibernomas⁵.

Los lipomas gigantes se definen en relación a un tamaño mayor de 10 cm o a un peso mayor de 1.000 g². Se suelen caracterizar por un crecimiento lento, indoloros y por ser tumores fácilmente resecables. Aunque morfológicamente son indistinguibles de la grasa normal, los lípidos de los lipomas no se pueden emplear para el metabolismo y se suelen encontrar rodeados por una delgada cápsula fibrosa¹.

Es de vital importancia hacer diagnóstico diferencial con los liposarcomas debido a su agresividad y diferente tratamiento⁶. Cabe distinguir este caso de la enfermedad de Madelung en la que el crecimiento del tejido adiposo es simétrico y aunque de etiología desconocida, se ha relacionado con



Figura 7 – Control clínico al mes.

el consumo excesivo de alcohol y una frecuencia superior en varones mediterráneos⁷.

Las técnicas de imagen como la RM nos ayudan a determinar la exacta localización y las relaciones de la masa con las estructuras anatómicas de la vecindad. Estos tumores aparecen como masas homogéneas y radiolúcidas tanto en la RM como en las radiografías. En las RM son isointensas en relación con la grasa subcutánea^{8,9}.

La escisión quirúrgica con la cápsula del tumor es la técnica de elección. Es necesario un minucioso conocimiento de la anatomía y de las diferentes técnicas reconstructivas a la hora de abordar este tipo de casos tan complejos, para conseguir un resultado funcional y estético satisfactorio. Aunque tradicionalmente se han empleado incisiones elípticas a lo largo de las líneas de tensión de la cara, debemos emplear abordajes que permitan ocultar y minimizar las cicatrices quirúrgicas como la ritidectomía y la blefaroplastia¹⁰.

Se ha descrito en la literatura otros procedimientos que pueden resultar de utilidad, cuando el tratamiento quirúrgico está contraindicado. Las más empleadas son la liposucción y la inyección de corticoesteroides aunque presentan una mayor tasa de recidivas que la resección quirúrgica¹.

Conclusiones

Ante la aparición de tumoraciones de gran tamaño a nivel de la cabeza y cuello debemos realizar una correcta planificación quirúrgica que nos permita mantener la funcionalidad de la zona, y por otro lado, alcanzar una reconstrucción lo más estética posible.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medina C, Schneider S, Mitra A. Giant submental lipoma: Case report and review of the literatura. *Can J Plast Surg.* 2007;15:4.
2. Verma S, Varma M, Kala S, Singh RK. Giant lipoma of posterior neck with bleeding decubitus ulcer: A rare entity. *J Cutan Aesthet Surg.* 2010;3:119-21.
3. Kakudo N, Kusumoto K, Takemoto T, Tanaka Y. Dumbbell-formed lipomas under the zygomatic arch. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2008;61:107-10.
4. Venkatramani H, Ramani V, Raja S. Giant cervicothoracic lipoma as a manifestation of human immunodeficiency virus-associated lipodystrophy. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126:6.
5. Furlong M, Fanburg-Smith J, Childers E. Lipoma of the oral and maxillofacial region: Site and subclassification of 125 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008;98:441-50.
6. Arsa J, Minié. Well-differentiated liposarcoma mimicking a pleomorphic lipoma- a case report. *J Craniomaxillofac Surg.* 1993;21:124-6.
7. Alameda YA, Torres L, Perez-Mitchell C, Riera A. Madelung disease: A clinical diagnosis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;141:418-9.
8. Chikui T, Yonetsu K, Yoshiura K, Miwa K. Imaging findings of lipomas in the orofacial region with CT, US, and MRI. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;84:88-95.
9. Wu J, Hochman M. Soft-Tissue Tumors and Tumorlike Lesions: A Systematic Imaging Approach. *Radiology.* 2009;253:2.
10. Cillo J, Caloss R, Wendelken J. Excision of Subcutaneous Facial Cysts and Lipomas Using Cosmetic Approaches. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64:1603-16.