

Nivel de evidencia

Nivel de evidencia v.

Bibliografía

1. Ramos-Pascua LR, Guerra-Alvarez OA, Sanchez-Herraez S, Izquierdo-Garcia FM, Maderuelo-Fernandez JA. Intramuscular lipomas: Large and deep benign lumps not to be underestimated. Review of a series of 51 cases. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2013;57:391-7.
2. Nishida J, Morita T, Ogose A, Okada K, Kakizaki H, Tajino T, et al. Imaging characteristics of deep-seated lipomatous tumors: intramuscular lipoma, intermuscular lipoma, and lipoma-like liposarcoma. *J Orthop Sci.* 2007;12:533-41.
3. Su CH, Hung JK, Chang IL. Surgical treatment of intramuscular, infiltrating lipoma. *Int Surg.* 2011;96:56-9.
4. Bjerregaard P, Hagen K, Daugaard S, Kofoed H. Intramuscular lipoma of the lower limb. Long-term follow up after local resection. *J Bone Joint Surg Br.* 1989;71:812-5.
5. Bassett MD, Schuetze SM, Distche C, Norwood TH, Swisshelm K, Chen X, et al. Deep-seated, well differentiated lipomatous tumors of the chest wall and extremities: the role of cytogenetics in classification and prognostication. *Cancer.* 2005;103:409-16.

S. Mctighe, A. Yi e I. Chernev*

West Virginia School of Osteopathic Medicine, Lewisburg, West Virginia, Estados Unidos

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ivantchernev@yahoo.com (I. Chernev).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2014.03.009>

Respuesta a «Re: Lipomas intramusculares: bultos grandes y profundos que no hay que menospreciar. Revisión de una serie de 51 casos»



Answer to: "Re: Intramuscular lipomas: large and deep benign lumps not to be underestimated. Review of a series of 51 cases"

En relación con las puntualizaciones realizadas por el Dr. Ivan Chernev a nuestro trabajo, en primer lugar queremos agradecerlas por su pertinencia. Como dijimos al comienzo de la discusión del artículo, «los tumores lipomatosos benignos comprenden una gran y compleja variedad de lesiones». Dicho esto, el término de «lipoma de asiento profundo» efectivamente es más adecuado y menos «comprometido» para referirnos a una patología que no está perfectamente definida y que probablemente englobe a más entidades que los lipomas intra e intermusculares, como podrían ser los hibernomas y otros.

En nuestra serie, en el apartado de resultados, se describen un 78% de lipomas intramusculares y un 20% de lipomas intermusculares en base a los hallazgos de la RM, puesto que clínica e histopatológicamente fueron, en nuestras manos, indistinguibles. De cualquier forma, la distinción mediante imágenes tampoco es fácil habida cuenta de que en un mismo paciente el tumor puede parecer, o ser,

intramuscular en un corte e intermuscular en otro. Como el enfoque del artículo era fundamentalmente clínico y general, en el segundo párrafo de la discusión ya apuntamos que utilizaríamos el término de «lipoma intramuscular» para referirnos a entidades en las que se incluirían tumores de localización profunda a la fascia que asientan dentro de un músculo o entre grupos musculares. La precisión de distinguirlos y de analizarlos por separado, como ya hicieron Fletcher y Martin Bates en 1988¹ y, antes, Kindblom et al.², es muy acertada, aunque no fue el objetivo de nuestro estudio. De hecho, también en el apartado de las limitaciones volvemos a insistir en la decisión de agrupar bajo el epígrafe de «lipoma intramuscular» a todos ellos.

La relación hombres/mujeres en nuestra serie efectivamente se aproximó a 3/1. Aunque no lo especificamos, tras ser revisado con motivo de esta observación, la relación fue todavía mayor a favor de los hombres en el grupo de los lipomas intramusculares. Adicionalmente y refrendando el dato epidemiológico apuntado, desde la publicación del artículo hemos intervenido cuatro nuevos pacientes con lipomas de asiento profundo en una mujer (un lipoma intermuscular) y 3 hombres (tres lipomas intramusculares).

En relación con las observaciones tercera y cuarta estamos absolutamente de acuerdo. Con respecto a la que hace referencia a las recidivas, la baja incidencia en nuestra serie debe interpretarse con la precaución a la que obliga la limitación de un seguimiento medio de 33 meses.

Finalmente, compartimos la importancia de añadir a la conclusión de nuestro trabajo la conveniencia de distinguir los diferentes subtipos de lipomas de asiento profundo, así como la necesidad de profundizar en el conocimiento de la patología.

Nivel de evidencia

Nivel de evidencia V.

Véase contenido relacionado en DOIs:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2014.03.009>,

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2013.09.010>

Bibliografía

1. Fletcher CD, Martin-Bates E. Intramuscular and intermuscular lipoma: neglected diagnoses. *Histopathology*. 1998;12:275–87.
2. Kindblom LG, Angervall L, Stener B, Wickbom I. Intermuscular and intramuscular lipomas and hibernomas. A clinical, roentgenologic, histologic, and prognostic study of 46 cases. *Cancer*. 1974;33:754–62.

L.R. Ramos-Pascua

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Complejo Asistencial Universitario de León, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL), León, España
Correo electrónico: luisramospascua@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2014.05.001>