

LIPOMA GIGANTE: Caso clínico

J. De la Hera Fernández ¹; A. Ramos Luque ¹; M. Ortiz Gutiérrez ¹; A. Fernández González ¹; C. Fernández Álvarez ¹.
 (1) Hospital General Sierrallana. - Cantabria.

Introducción

Los **tumores de partes blandas** son una patología frecuente que, aunque en su mayoría son benignos, requieren un diagnóstico diferencial para descartar con seguridad un origen sarcomatoso. Entre ellos, los **lipomas** son los tumores mesenquimales más frecuentes.

- Generalmente asintomáticos, tienden a aparecer en la parte superior del tronco y las extremidades superiores de personas de entre 40 y 60 años.
- Son tumores **blandos, encapsulados y no adheridos**, con un tamaño medio de **entre 3 y 5 cm** de diámetro.

Material y métodos

Varón de 43 años acude con (Figura 1):

- Una **masa móvil**.
- **No dolorosa** en la cara anterior de su codo izquierdo.
- Medidas de 15 cm x 7 cm.
- Varios **años de evolución**.

Realizamos **ecografía** y **resonancia magnética (Figura 2)**: «Engrosamiento localizado de aspecto graso y homogéneo, con diámetros de 14 cm transversalmente, 4 cm en profundidad y 6,5 cm longitudinalmente, compatible con un lipoma que comprime los planos musculares subyacentes».

Resultados

Dado el **gran tamaño** de la lesión, se realizó una **biopsia** para confirmar histológicamente que se trataba de «*tejido adiposo maduro*», por lo que se llevó a cabo una **escisión (Figura 3)** y se envió la muestra al servicio de **anatomía patológica**, que posteriormente confirmó el diagnóstico.

Durante las visitas de seguimiento, se confirmó la extensión correcta del primer dedo, la integridad del flexor largo del pulgar y del flexor profundo de los dedos, así como del nervio interóseo anterior.



Figura 1: Medidas prequirúrgicas y planificación de límites.



Figura 3: Exposición de tejido lipomatoso, respetando las venas basilícas y cefálicas.

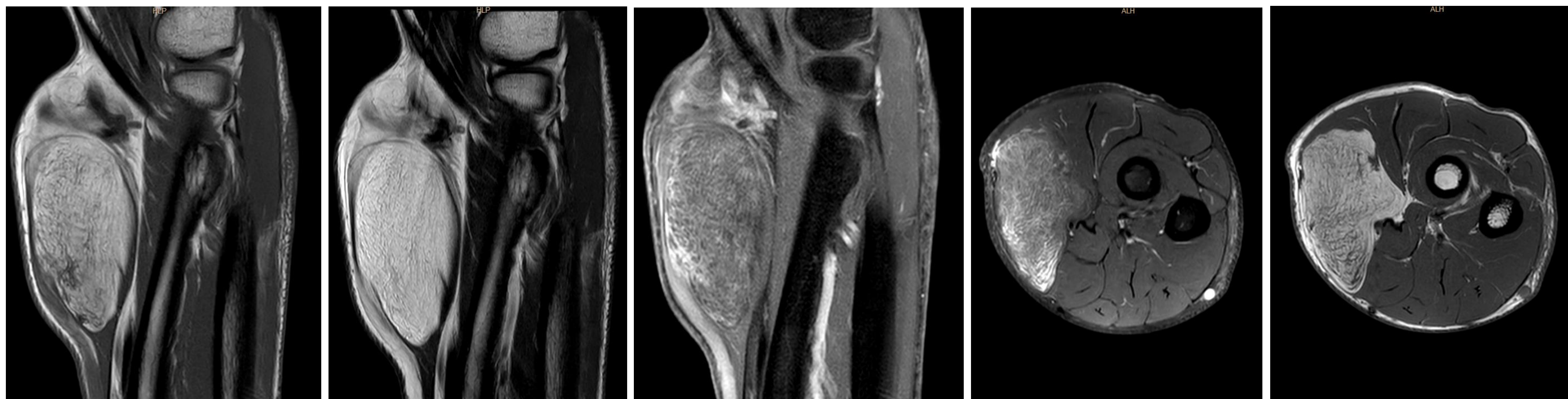


Figura 4: De izquierda a derecha. Cortes sagitales T1 - T2 - T1 Dixon, y Cortes axiales T1 y T1 Dixon de la lesión de estirpe lipomatoso en cara anterior de antebrazo.

Conclusión

Cuando se identifica un tumor de tejido blando, es esencial evaluar los **criterios de mal pronóstico** que pueden requerir una **extirpación quirúrgica** o una **evaluación diagnóstica adicional**, tales como:

- Antecedentes personales de neoplasias previas.
- Crecimiento rápido.
- Tamaño > 5 cm.
- Adherencia a planos profundos.
- Signos de Celso.
- Linfadenopatía regional.

Si se indica una biopsia, debe realizarse en el mismo hospital y, a ser posible, por el equipo multidisciplinar responsable del tratamiento quirúrgico definitivo. Este enfoque se justifica porque la biopsia debe planificarse en función de los compartimentos anatómicos y el abordaje quirúrgico, con el fin de minimizar el riesgo de diseminación tumoral y preservar las condiciones óptimas para la futura resección.