

Lipoma gigante del hemitórax derecho

Giant lipoma in soft tissues of the chest wall

Germán Brito Sosa ¹  Ana María Iraizoz Barrios ²  Luis Enrique Andrade Rojas ¹ 

RESUMEN

Introducción: Los lipomas son tumores benignos de adipocitos maduros que se consideran gigantes cuando alcanzan 10 cm o más, lo cual es infrecuente, localizándose en cualquier parte del cuerpo. **Caso clínico:** Se presenta un paciente masculino de 52 años, con una gran masa en tejidos blandos del hemitórax derecho desde hace 8 años, inicialmente asintomático, pero posteriormente le impedía la movilidad normal del brazo. Se le realizó la exéresis de un tumor gigante, que por sus características macroscópicas aparentaba ser lipoma. **Discusión:** Al igual que en el caso descrito, los pacientes con lipomas no tienen dolor ni sintomatología por mucho tiempo hasta que la masa aumenta, originando sintomatología diversa según su localización, problemas estéticos, dolor, etc. Teniendo en cuenta que la localización del lipoma era usual, con crecimiento lento y los hallazgos imagenológicos mostraban un tumor de características benignas, se decidió no realizar biopsia preoperatoria. **Conclusión:** En los casos atípicos o grandes lipomas es recomendable realizar una tomografía, resonancia, pruebas moleculares y biopsia. En casos seleccionados que presenten una localización típica, crecimiento lento, e imágenes tomográficas características de lipoma, estos hallazgos serían suficientes para tratamiento quirúrgico. La conducta siempre será la exéresis completa del tumor para disminuir las recurrencias locales.

Palabras clave: Pared torácica, tejido adiposo, neoplasias, lipoma, liposarcomas.

ABSTRACT

Introduction: Lipomas are benign tumors of mature adipocytes that are considered giant when they reach 10 cm or more, which is uncommon, and can be located anywhere in the body. **Clinical case:** A 52-year-old male patient with a large soft tissue mass in the right hemithorax of 8 years, initially asymptomatic, but subsequently impeding normal movement of the arm. The giant tumor was excised, which, according to its macroscopic characteristics, appeared to be a lipoma. **Discussion:** As in the described case, patients with lipomas do not feel pain or any other symptoms for a long time until the mass increases and causes diverse symptoms, depending on its location, such as aesthetic problems, pain, etc. Due to the typical location of the lipoma, its slow growth and the imaging findings of a tumor with benign characteristics, it was decided not to perform a preoperative biopsy. **Conclusion:** In atypical cases or large lipomas, it is advisable to perform a tomography, magnetic resonance imaging, molecular tests and biopsy. In selected cases of tumors with a typical location, slow growth, and tomography images characteristic of lipoma, surgical treatment can be performed without any further tests. Complete tumor excision is always the best course of action to reduce the risk of local recurrence.

Key words: Thoracic wall, adipose tissue, neoplasms, lipoma, liposarcomas.

INTRODUCCIÓN

Los lipomas son tumores benignos de adipocitos completamente maduros, bien circunscritos, indolores, suaves, y de crecimiento lento¹. Son las neoplasias de origen mesenquimatoso más comunes del tejido blando y ocurren habitualmente en zonas con abundante grasa^{2,3}. Los lipomas pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo, pero con mayor frecuencia se presentan en las extremidades, la espalda, la región abdominal y, en raras ocasiones, en tejidos más profundos. Por lo general son lesiones únicas, aunque hasta un 5% de los pacientes tienen lesiones múltiples.^{4,5}

Los lipomas son los tumores superficiales de tejido blando que con más frecuencia requieren tratamiento quirúrgico⁶. Afecta aproximadamente al 2% de la población mundial^{1,7}, aunque se estima que su verdadera incidencia es de aproximadamente el 10% porque muchos lipomas no se informan.⁷

¹ Hospital General Teófilo Dávila, Departamento de Cirugía, Ciudad de Machala, Provincia El Oro, Ecuador.

² Universidad Técnica de Machala, Facultad de Ciencias Química y de Salud, Carrera de Medicina, Ciudad de Machala, Provincia El Oro, Ecuador.

Autor de Correspondencia: Germán Brito Sosa 

e-mail: german.brito512@yahoo.es

Recibido: 12/03/2025

Aprobado: 28/03/2025

En algunos casos los lipomas pueden crecer hasta alcanzar grandes dimensiones y convertirse en lipomas gigantes, los cuales son tumores infrecuentes. Sánchez et al. en el año 1993, definieron como un lipoma gigante, cuando éste alcanza 10 cm de longitud o pesa 1000 g o más^{4,8}. En este aspecto, no todos los autores se han puesto de acuerdo, ya que en algunos estudios denominan al lipoma como gigante cuando son ≥ 5 cm⁷. No obstante, el mayor consenso de investigadores define que la designación de lipoma gigante sería cuando es ≥ 10 cm en cualquiera de sus dimensiones, como reportan la mayoría de los estudios^{6,9}. Se presenta un paciente con un lipoma gigante de partes blandas en el hemitórax derecho a nivel de la región latero-dorsal con extensión a la axila, que por sus grandes dimensiones ocasionaba dificultades con la extremidad superior derecha, la columna vertebral, y problemas estéticos.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 52 años que acude a consulta externa del servicio de cirugía, remitido por presentar una masa en región lateral del hemitórax derecho desde hace 8 años. El paciente describió que inicialmente la masa era pequeña e indolora, pero se fue incrementado muy lentamente ocasionándole un problema estético. Manifestó también que le impedía la movilidad normal del brazo, además de tener dolores a nivel de la columna dorsal. Dentro de los antecedentes patológicos personales, el paciente describió haber tenido un trauma sobre la zona del lipoma realizando ejercicios con pesas. En los antecedentes patológicos familiares, el paciente mencionó que la madre padecía de lipoma.

Al examen físico se observó, a nivel de la región latero-posterior del hemitórax derecho con extensión axilar, un tumor de 33 x 22 x 16 cm (figura 1), de consistencia blanda, no doloroso, movable, no adherido a planos profundos. Los exámenes sanguíneos prequirúrgicos y la valoración cardiológica fueron normales.



Figura 1. Vistas: posterior, lateral y frontal del lipoma.

La tomografía axial computarizada (TAC) de tórax realizada muestra en la figura 2A una gran masa a nivel de tejidos blandos en la región lateral del hemitórax derecho, sin presencia de metástasis. En la figura 2B, la masa se aprecia homogénea a nivel de tejidos blandos en la región lateral del hemitórax derecho, ocupando toda la región descrita y extendiéndose a la axila sin presencia de ganglios.

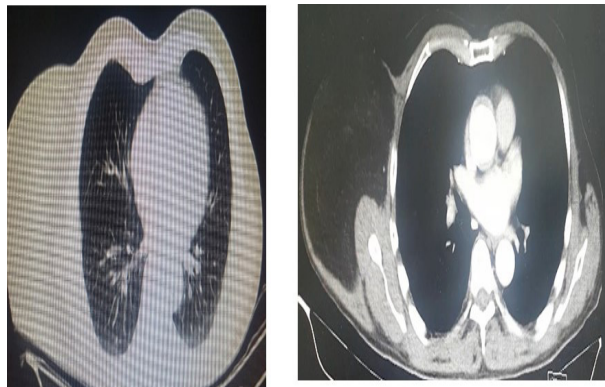


Figura 2. Imagen axial de la TAC de tórax, sin evidencia de metástasis, sin presencia de ganglios.

La exploración quirúrgica se realizó mediante una incisión elíptica de aproximadamente 20 cm de longitud en región dorsal derecha, bajo anestesia general. Luego de incidir la piel y el tejido subcutáneo, se localizó el tumor encapsulado, permitiendo realizar la disección y exéresis completa.

Se trataba de una gran masa de 30 x 21 x 14 cm, de color amarillo claro, no adherida a planos profundos, encapsulada, de consistencia blanda con aspecto macroscópico de lipoma, y con un peso de 2.148 gramos (figura 3). Al terminar la exéresis, se colocó un drenaje Jackson-Pratt para prevenir colecciones en el postoperatorio. La masa resecada se envió para estudio histopatológico.

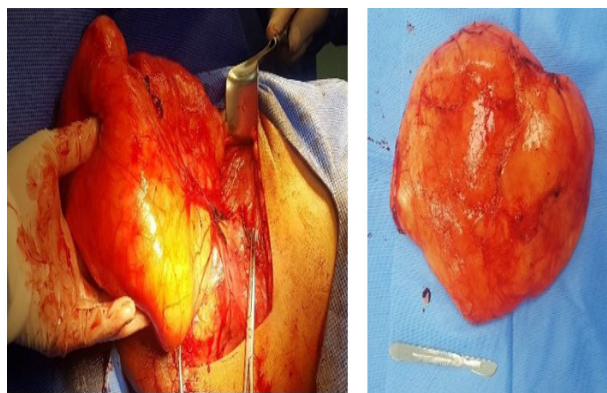


Figura 3. Disección del lipoma gigante encapsulado.

El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta al siguiente día con seguimiento por consulta eterna, donde se le retiró el drenaje al cuarto día al disminuir el débito de líquido seroso. El estudio anatomopatológico mostró tejido

adiposo maduro y bien diferenciado, con delgados tractos de tejido conectivo denso vascularizado.

DISCUSIÓN

Los lipomas son tumores benignos originados a partir de la capa de células germinales del mesodermo, y están compuestos principalmente por tejido adiposo maduro⁶. Pueden encontrarse hasta en sitios inusuales como el tracto gastrointestinal, epiplón, regiones intracraneales, región vulvar, glándulas salivales, y músculos. En ocasiones se han reportado en varios órganos como hígado, riñón, corazón y pulmones, donde el tejido adiposo es escaso⁹⁻¹². Suelen aparecer entre la cuarta y sexta década de la vida^{7,13,14}, como aconteció en el caso presentado.

Los tumores de tejidos blandos fueron clasificados por el Comité de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en benigno, intermedio y maligno (Tabla 1).^{15,16}

Tabla 1. Clasificación OMS de tumores de tejidos blandos 2020.

Tipos	Clasificación de tumores lipomatosos.
Benigno	Lipoma, lipomatosis, lipomatosis de nervio, lipoblastoma y lipoblastomatosis, angiolipoma, miolipoma de tejido blando, lipoma condroide, lipoma de células fusiformes y lipoma pleomórfico, hibernoma, tumor lipomatoso atípico de células fusiformes/pleomórfico.
Intermedio	Tumor lipomatoso atípico, liposarcoma bien diferenciado.
Maligno	liposarcoma desdiferenciado, liposarcoma mixoide, liposarcoma pleomórfico, liposarcoma pleomórfico mixoide.

Al igual que en el caso descrito, los pacientes con lipomas no experimentan dolor ni sintomatología preocupante por mucho tiempo, hasta que el lipoma aumenta de tamaño. Los lipomas pueden crecer hasta alcanzar grandes dimensiones. Se han descrito lipomas gigantes en diversas partes del cuerpo que ocasionan problemas estéticos, dolor, síndrome de compresión nerviosa, entre otros, la sintomatología dependerá de su localización^{14,15}. En el caso que mostramos al transcurrir varios años, el lipoma se convirtió en gigante y comenzó a ser un problema de salud mayor.

El mecanismo del crecimiento descontrolado de los lipomas aún no está claro, pero se ha relacionado con varios factores de riesgo como traumatismos, anomalías genéticas, enfermedades hepáticas, abuso de alcohol, hipercolesterolemia, intolerancia a la glucosa y obesidad^{6,7,9}. Una hipótesis posible es por la ruptura de los septos fibrosos después de un traumatismo acompañado de desgarros, lo que puede promover la proliferación de tejido adiposo⁷. También se ha aceptado que la inflamación local secundaria al traumatismo puede alterar la regulación normal del tejido adiposo debido a la diferenciación de los preadipocitos.⁹

Otro hallazgo interesante sugiere que los lipomas están asociados con anomalías genéticas del cromosoma 12¹⁰. El paciente operado tenía antecedentes familiares de lipoma e historia de un trauma en la región del lipoma, lo que concuerda con lo descrito por la literatura internacional.

El diagnóstico de un lipoma pequeño en el tejido celular subcutáneo por lo general es sencillo. La ecografía es suficiente dada su alta sensibilidad y especificidad^{4,9}, al describir una masa de márgenes bien definidos homogénea e hiperecogénica¹⁶. En cambio, diferenciar por este estudio los lipomas gigantes de los liposarcomas es difícil. Son factores de riesgo de malignidad: el crecimiento rápido, medir más de 10 cm, pesar más de 1 kg, y localizarse en sitios inusuales como el mediastino, retroperitoneo, cordón espermático e intramuscular.^{3,12,15,16}

Los lipomas retroperitoneales son raros, ya que representan menos del 1%, sin embargo, es una característica de los liposarcomas su gran predilección por localizarse en el retroperitoneo.^{4,6,15}

El diagnóstico definitivo de lipoma lo dará el estudio histológico^{4,9} por la presencia de adipocitos maduros que no demuestran hipercromasia o agrandamiento nuclear, atravesados por finas bandas fibrosas, con una cápsula fibrosa externa sin células atípicas^{3,4,15}. El liposarcoma bien diferenciado generalmente tiene bandas escleróticas que contienen células con núcleos extraños e hipercromáticos, y lipoblastos ocasionales.¹⁵

La resonancia magnética nuclear (RMN) por su alta sensibilidad, es el estudio de imagen de referencia para diferenciar el lipoma del liposarcoma. En el lipoma revela una masa de las mismas características que la grasa subcutánea con septos delgados <2 mm¹¹. En el liposarcoma hay presencia de áreas nodulares con diferentes densidades dentro de la masa, calcificaciones intratumorales, septos gruesos > 2 mm o tabiques irregulares. También se aprecian nódulos con realce tras la inyección de contraste y disminución del porcentaje de la composición grasa. La RMN también es útil para realizar biopsias y para la planificación preoperatoria.⁵

La tomografía axial computarizada es de elección para estadificar cualquier tipo de liposarcoma, por el hallazgo de metástasis¹⁶. Ante la sospecha de malignidad de un tumor lipomatoso, Cukic O y Moulin B. et al.² sugieren una biopsia preoperatoria, y de confirmarse una neoplasia maligna, referir a oncología. Algunos estudios consideran que se debe realizar estudios inmunohistoquímicos o pruebas moleculares como la hibridación fluorescente in situ (FISH), en las lesiones lipomatosas de localizaciones inusuales y grandes.⁴

Los hallazgos imagenológicos de la ecografía, TAC y la RMN, además de la biopsia en los casos indicados, ayudan a tener el mejor enfoque terapéutico^{2,6}. En los casos de

lipomas gigantes con informe tomográfico que sugiere una lesión benigna con límites de la cápsula bien definidos, septos delgados y ecogenicidad homogénea, éstos son suficientes para realizar una cirugía sin una biopsia.⁸ Teniendo en cuenta que nuestra institución no dispone de RMN, ni de la FISH, y los hallazgos de la TAC realizada mostraba un tumor de características benignas; además, el tumor se caracterizó por tener un crecimiento lento y no se encontraba en localizaciones inusuales, se decidió conjuntamente con el paciente y la familia no realizar la biopsia preoperatoria.

Los lipomas superficiales de poco tamaño con incisiones pequeñas suelen poder extirparse con facilidad al realizar la disección a nivel de la cápsula que la mayoría tienen.¹⁷ Algunos cirujanos realizan liposucción del lipoma, pero suelen ocurrir más complicaciones como recurrencia, hematomas y disfunción neuromuscular con parálisis, entre otras, por lo que no es recomendado.^{2,9,13}

El tratamiento en los tumores lipomatosos gigantes siempre será la exéresis total del tumor.¹³ Las masas lipomatosas atípicas y del retroperitoneo. La resección en bloque, con márgenes de 10 mm libres de tumor, es la piedra angular del tratamiento. La exéresis de otros órganos se evaluará de forma individual.^{13,17}

Se concluye que el lipoma gigante es una lesión infrecuente. En los casos atípicos o grandes lipomas es recomendable una TAC, RMN, pruebas moleculares como la de FISH y una biopsia. De no disponer de pruebas moleculares ni de RMN, ni biopsia, en casos seleccionados con localización típica, crecimiento lento, e imágenes tomográficas características de lipoma, serían suficientes para determinar el tratamiento quirúrgico. La conducta de elección es la extirpación quirúrgica completa, ya que es difícil diferenciar un lipoma de un liposarcoma.

REFERENCIAS

- Natsis K, Achlatis V, Piagkou M, Totlis T. A giant lipoma in the distal forearm of a cadaver. *Acta Med Acad.* 2023;52(2):142. doi:10.5644/ama2006-124.414.
- Cukic O. Giant lipoma of the anterior neck causing dyspnea. *J Craniofac Surg.* 2020;31(6):553-555. doi:10.1097/SCS.00000000000006479.
- Kadyogo M, Compaoré DA, Ouédraogo AS, Ouoba J, Bayala D, Meda CN, et al. Giant cervical lipoma: Report on one case in Ouagadougou, Burkina Faso. *Med Trop Sante Int.* 2022;2(2):234. doi:10.48327/mtsi.v2i2.2022.234.
- Malik F, Allbee AW, Zhang PJ. Intra-abdominal and retroperitoneal benign lipomatous tumors—An extremely rare mimic of liposarcoma and its diagnostic challenge. *Int J Surg Pathol.* 2024;32(1):46-57. doi: 10.1177/10668969231167511.
- Niasse A, Faye PM, Ndong A, Thiam O, Gueye O, Lamine M, et al. Giant lipoma of the back: a case report and literature review. *Pan Afr Med J.* 2022;42:292. doi:10.11604/pamj.2022.42.292.21047.
- Rastrelli M, Hoxhaj I, Di Maggio A, Sbaraglia M, Chiusole B, Tropea S, et al. Uncommon presentation of a giant psoas muscle lipoma: a case report and brief literature review. *Ann Med Surg.* 2023;85(3):456. doi: 10.1097/MS9.0000000000000138.
- Snow EL, Nelson S, White AC. Muscular, vascular, and neurological impacts from a giant lipoma in the arm. *Transl Res Anat.* 2023;33: 100261. <https://doi.org/10.1016/j.tria.2023.100261>.
- Morales CA, Urquijo M, Flores LF, Sánchez MN, Shade MR. Giant intramuscular thigh lipoma: A case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep.* 2021;82:105885. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.105885>.
- Nakamura Y, Teramoto Y, Sato S, Yamada K, Nakamura Y, Fujisawa Y, et al. Axillary giant lipoma: a report of two cases and published work review. *J Dermatol.* 2014;41(9):841-844. doi:10.1111/1346-8138.12598.
- Li L, Meng J, Zhou X, Liu C, Guo H, Fan H. Surgical treatment of cardiac lipoma: 20 years' experience in a single center. *Chin Med J.* 2023;136(5):565-570. doi: 10.1097/CM9.0000000000002585.
- Kozan R, Emral AC, Şahin C, Çakmak P, Aytaç AB. A rare cause of abdominal pain: Giant omental lipoma. *Turk J Gastroenterol.* 2022;33(4):362-364. doi:10.5152/tjg.2020.19889.
- Toft F. Surgical resection of a giant intramuscular lipoma of the biceps brachii: a case report and review of the literature. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2022;142(3):373-379. doi:10.1007/s00402-020-03614-0.
- Ohshima Y, Nishio J, Nakayama S, Koga K, Aoki M, Yamamoto T. Spindle cell lipoma and pleomorphic lipoma: An update and review. *Cancer Diagn Progn.* 2023;3(3):282. doi: 10.21873/cdp.10213.
- Jarrett SA, Tito S, Chan M, Jarrett DE, Lo KB, DePalma R. Gastric Lipomas: A case series and review of the literature. *Case Rep Gastroenterol.* 2024;18(1):14-20. <https://doi.org/10.1159/000534973>.
- Petca RC, Ambert V, Popescu RI, Mareş C, Petca AT, Berceanu C, et al. Half abdomen tumor - giant retroperitoneal lipoma: a case report and review of the literature. *Rom J Morphol Embryol.* 2022;63(1):237-244. doi:10.47162/RJME.63.1.27.
- Natella R, Varriano G, Brunese MC, Zappia M, Bruno M, Gallo M, et al. Increasing differential diagnosis between lipoma and liposarcoma through radiomics: a narrative review. *Explor Target Antitumor Ther.* 2023;4(3):498. doi: 10.37349/etat.2023.00147.
- Machado MR, Mutti LA, Goes JM, Enokihara MM, Rosa IP, Enokihara MY. Giant atypical lipoma. *An Bras Dermatol.* 2017;92(4):546-549. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20174447>.