

Lipoma muscular gigante

Una excepción a las normas de tratamiento oncológico de los tumores de partes blandas

Dres. Vartan Tchekmedyan, Héctor Geninazzi,
Norma Ricciardi y Carlos Aguirre

Frente a lipomas que cumplen con los criterios clínico y anatomopatológico preestablecidos se puede prescindir del tratamiento oncológico, si el mismo implica la pérdida del miembro o el severo compromiso funcional. Teniendo en cuenta que el lipoma muscular gigante es una lesión histológicamente benigna y que aunque con gran tendencia a la recidiva local, no da metástasis ni mata al enfermo.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Soft Tissues Neoplasms.

En nuestra última comunicación sobre el tema "Sistematización diagnóstica y terapéutica de los tumores de partes blandas de los miembros", presentado al 4º Congreso Latinoamericano de Cirugía de Chile (5), concluimos que dos principios eran fundamentales para guiar nuestra conducta:

- 1º) Disponer de biopsia exéresis demostrativa y diferida en 48 - 72 horas previas a la operación.
- 2º) Confirmada la malignidad, determinar la exéresis radical del proceso con criterio oncológico; pasando por tejido sano, incluyendo la logia muscular, los elementos nobles comprometidos, inclusive el hueso si fuese necesario, llegando a la amputación (10).

Es decir que certificada la malignidad, el tratamiento quirúrgico radical, aunque mutilante, está plenamente justificado (6, 15).

Sin embargo los criterios manejados por la OMS (2, 9), obligan a seguir la misma conducta en otros casos, teniendo en cuenta otros parámetros: Crecimiento rápido, tamaño voluminoso, ubicación profunda, vecina al hueso y a la raíz del muslo. Se sostiene que en estos casos una biopsia no es representativa, ni aún los cortes numerosos practicados a la pieza en

*Clinica Quirúrgica "F" (Prof. L. A. Praderi).
Hospital de Clínicas. Montevideo.*

su totalidad. La elevada frecuencia de la recidiva local, parece avalar este criterio, a pesar de la histopatología; tal el caso de los lipomas gigantes de muslo y los retroperitoneales. Se habla entonces de tumores histológicamente benignos, pero con comportamiento maligno; y requerirían un tratamiento radical.

Sin embargo parece una incongruencia mutilar o comprometer seriamente una función, frente a una lesión benigna; que aunque en el peor de los casos recidive, lo hacemos como benigna, a largo plazo, y sin poner en riesgo la vida del enfermo.

Orientados en tal sentido, vimos la necesidad de rever nuestra conducta frente a este tipo especial de tumores.

En el último año tuvimos oportunidad de tratar en nuestra Clínica, 6 casos de tumores de partes blandas de los miembros. Cuatro de ellos con diagnóstico histopatológico de malignidad por biopsia previa fueron sometidos a tratamiento oncológico radical. Los otros dos, eran voluminosos tumores de muslo, ubicados profundamente en la logia muscular, con desplazamientos vasculares (11, 13, 14) y cuyo polo superior comprometía la raíz del miembro. De haberseles aplicado el criterio de la OMS, hubieran requerido la amputación o aún la desarticulación.

Nos pareció un exceso terapéutico esta conducta, teniendo en cuenta que el diagnóstico histológico era de lipoma. Pensamos entonces que caben excepciones al criterio oncológico en el tratamiento de ciertos tumores de partes blandas de los miembros. Estas excepciones las planteamos cuando se cumplan las siguientes condiciones: *Clinica*: tumor profundo, de gran tamaño pero de crecimiento lento, larga evolución y sin elementos regionales ni generales de malignidad (1, 3, 4, 7). *Anatomopatológica*: con diagnóstico de lipoma por biopsia diferida, 48 horas antes de la operación; incisional, amplia, representativa y ubicada de modo que posibilite ser incluida en la pieza operatoria.

¿Cómo fundamentamos este criterio terapéutico?

Presentado en el 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1979.

Profesor Adjunto de Semiólogía, Asistente de Clínica Quirúrgica, Ayudante de Investigación y Médico Auxiliar. Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: Chacabuco Nº 1780, Montevideo (Dr. V. Tchekmedyan).

Los tumores lipoblásticos de los tejidos blandos han variado en su clasificación y nomenclatura en los últimos años. En recientes publicaciones, y en otras ya más clásicas (Enzinger y Winslow, 1962; Stout y Lattes, 1967); se ha examinado el tema especialmente con referencia a los lipomas gigantes originados en las logias musculares de los miembros (2, 9).

La transformación de un lipoma en un paciente adulto, en un liposarcoma puede suceder en algunas circunstancias; pero resulta de una extraordinaria rareza, y en todo caso es muy difícil de documentar. Hasta el momento esta eventualidad no ha podido ser fehacientemente demostrada (8).

En general se acepta que los tumores mesenquimáticos benignos raramente dan lugar a sus contrapartes malignas; siendo su potencial evolutivo en todo caso, muy reducido. La mayoría de los tumores mesenquimáticos malignos, y es el caso de los liposarcomas; se desarrollan como tales desde el inicio, y no a partir de un lipoma preexistente.

Es conocido el tamaño importante que pueden alcanzar los liposarcomas, de allí que existan autores que han tomado ese parámetro como criterio de tipificación biológica. Sin embargo existen lipomas con estas características topográficas y de crecimiento, a pesar de lo cual no presentan zonas malignas.

En estos últimos tiempos, el grupo de los liposarcomas bien diferenciados han sido reexaminados con criterio clínico y pronóstico. Dentro de este grupo, denominado a menudo "lipoma - simil" por su diferenciación celular extrema; existen entidades con tejido adiposo adulto pero conteniendo algunas células atípicas y pleomorfas. Han sido considerados como de baja malignidad, con marcada tendencia a la recidiva local, pero sin dar metástasis.

Evans y col. (1979), discriminan de este grupo 13 casos que denominan "lipoma intramuscular atípico". La localización más frecuente es el muslo. Por definición están localizados entre o dentro de los músculos esqueléticos. Son bien circunscriptos, aunque en 7 de los casos no existe una neta separación del músculo adyacente. Son en general tumores grandes, con gran tendencia a la recidiva por los caracteres enunciados. No se comunican recidivas sin embargo, luego de resección amplia, pasando por músculo sano. En la serie de los autores, no hubieron muertos, ni metástasis; ni se realizaron amputaciones.

Basados en estos criterios enunciados, decidimos tratar los dos pacientes portadores de lipomas gigantes de muslo, efectuando una exéresis lo más amplia y completa posible; incluyendo aquellos músculos sustituibles, que no comprometerían mayormente la función, para evitar la recidiva; pero sin llegar a la amputación, como lo hubiese exigido el criterio de radicalidad sustentado por la OMS.

La primera, O.B. de 64 años con un tumor gigante de muslo, de rodilla a raíz del miembro, que comprometía los aductores y los isquiotibiales; desplazando

los vasos femorales y el ciático; de años de evolución sin evidencias de malignidad locoregional ni general. Con criterio oncológico hubiese requerido amputación, incluso la logiectomía hubiese significado la anulación funcional del miembro. Se hizo la exéresis amplia del mismo con criterio conservador pues la biopsia 48 horas antes mostró lipoma.

La segunda, M.G. de 42 años, notó la aparición de un tumor del cuádriceps un año antes durante un embarazo. Con bajo potencial evolutivo, sin evidencias de malignidad a pesar del rápido crecimiento y su ubicación profunda próximo a la raíz del muslo. La tomografía lo reveló dentro del cuádriceps, pero emergiendo por encima del polo superior; por lo que el criterio oncológico también hubiese indicado amputación. La biopsia previa mostró lipoma y el tratamiento fue logiectomía del cuádriceps. En ambos casos la anatomía patológica de la pieza corroboró la biopsia, y los resultados han sido satisfactorios; aunque recién se inicia el follow-up de las mismas.

RESUME

Lipome musculaire géant. Exceptions au traitement oncologique des tumeurs des parties molles

Face à des lipomes qui remplissent les conditions exigées par le critère clinique et anatomopathologique préétablis, on peut ne pas tenir compte du traitement oncologique, si celui-ci a comme conséquence la perte du membre ou une difficulté fonctionnelle grave. On considère qu'il s'agit de lésions bénignes au point de vue histologique, et que, même s'il y a une grande tendance à la récurrence locale, elles ne causent ni des métastases ni la mort du malade.

SUMMARY

Giant Muscle Lipoma. An Exception to Oncologic Treatment Criteria in Soft Tissue Tumors

In case of lipomas that fulfill clinic and pathological criteria if possible to avoid oncologic treatment when it implies amputation or severe functional impairment. But with a high rate of local recurrences, it is a benign lesion that don't give metastasis or kill the patient.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AGUIAR A, DELGADO B, ALIANO F. Sarcoma de las partes blandas. *Cir Uruguay*, 40: 398, 1970.
2. ENZINGER FH. Histological typing of soft tissue tumors. Geneve. World Health Organization, 1969.
3. ESTRUGO R. Sarcomas de partes blandas. Tesis. Montevideo, 1970. (Inédita).
4. FOLLE JA. Sarcoma de partes blandas. *Cir Panam*. 2: 15, 1968.
5. MONTERO M, RICCIARDI N, TCHEKMEDYIAN V, GENINAZZI H, AGUIRRE C. Tumores de partes blandas de los miembros. Sistematización diagnóstica y terapéutica. Seccional Oncología. *Congreso Latinoamericano de Cirugía*, 4º, Chile, 1979.
6. MOULONGUET P, POLLOSON E. Sarcomes des muscles et des coulées conjonctives des membres. *Congres Français de Chirurgie*, 47º, Paris, 1938, p. 621.

7. ORMAECHEA C, AGUIAR A. Hemangioendotelioma maligno de la pierna. *Bol Soc Cir Uruguay*, 25: 522, 1954.
8. PIQUINELA JA, VARELA NB. Liposarcoma de muslo (Lipomixosarcoma). *Bol Soc Cir Uruguay*, 29: 124, 1954.
9. PURDY STOUT A. Atlas of tumor pathology. Tumour of the soft tissues. Washington. Armed Forces Institute Pathologic, 1953.
10. PURRIEL JA, D'AURIA A coord. Sarcomas de partes blandas. Mesa Redonda. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 23º, *Cir Uruguay*, 43 (supl. 2): 3, 1973.
11. SUIFFET W, ZERBONI R. Angiografía. Tumor conjuntivo maligno de miembro inferior. *Bol Soc Cir Uruguay*, 25: 139, 1954.
12. VARELA N, ESTRUGO R, GATEÑO N, PRIARIO J. Sarcomas de partes blandas. *Día Méd Urug*, 458: 1225, 1971.
13. VANRELL R. La arteriografía en el diagnóstico de los tumores malignos de los miembros. Montevideo, 1973 (Inédito).
14. VANRELL R, SILVA C. La arteriografía en el estudio de la patología de los miembros. Montevideo, 1974 (Inédita).
15. *Congreso Internacional de Cáncer*, 12º, Buenos Aires, 1978. Panel 9, p. 121.