



# Osteolipoma gigante de mano: Relato de Caso

## *Giant hand osteolipoma: Case Report*

María Eugenia Torres Echavarría<sup>1</sup> Liber Joaquín Fraga García<sup>2</sup> María Victoria Machado Silveira<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Residente de Cirugía Plástica, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

<sup>2</sup> Cirujano Plástico, Asistente de Cátedra de Cirugía Plástica, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

<sup>3</sup> Residente de Cirugía Plástica, Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay

**Dirección para la correspondencia** María Eugenia Torres Echavarría, MD, Residente de Cirugía Plástica, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay (e-mail: mariaeugeniatorres@outlook.com).

Rev Iberam Cir Mano 2021;49:74–78.

### Resumen

#### Palabras clave

- ▶ lipoma
- ▶ osteolipoma
- ▶ lipoma osificante
- ▶ mano

#### Abstract

#### Keywords

- ▶ lipoma
- ▶ osteolipoma
- ▶ ossifying lipoma
- ▶ hand

Los lipomas son infrecuentes en la mano, y representan menos del 1% de los tumores. El osteolipoma es una variante rara del lipoma que se caracteriza por presentar metaplasia ósea. Se presenta como una tumoración indolora que puede ser sintomática al comprimir estructuras adyacentes. La resonancia nuclear magnética (RNM) es el estudio de imagen de elección. El tratamiento es quirúrgico, no habiéndose relatado recurrencias. Presentamos el caso de una paciente con un osteolipoma gigante subfascial de mano, hasta ahora no relatado en la literatura.

Lipomas are rare in the hand, and they represent less than 1% of tumors. Osteolipoma is a rare variant of lipoma that is associated with osseous metaplasia. It presents as a painless tumor that can be symptomatic when compressing adjacent structures. Magnetic resonance imaging (MRI) is the imaging study of choice. The treatment is surgical resection, with no recurrences being reported. We present the case of a patient with a giant subfascial hand osteolipoma, which, to the best of our knowledge, has not yet been reported in the literature.

## Introducción

El osteolipoma es un tumor benigno, y constituye una variante histológica del lipoma que está asociada con metaplasia ósea. Es muy poco frecuente, y representa menos del 1% de todos los lipomas.<sup>1</sup> Es aún menos frecuente en la mano, y sólo hay relatos de caso en la literatura.<sup>2-4</sup>

El objetivo de este trabajo es presentar el caso clínico de un osteolipoma gigante de mano y discutir su presentación

clínica, estudios de imagen, diagnósticos diferenciales, y tratamiento.

## Caso Clínico

Mujer de 51 años, empleada doméstica y diestra. Consultó por una tumoración de mano izquierda de 10 años de evolución, de crecimiento lento y progresivo, sin antecedente traumático. En los últimos meses, agregó dolor y parestesias en el primer y

received

June 12, 2020

accepted

September 14, 2020

DOI <https://doi.org/>

10.1055/s-0040-1719015.

ISSN 1698-8396.

© 2021. SECMA Foundation. All rights reserved.

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Thieme Revinter Publicações Ltda., Rua do Matoso 170, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20270-135, Brazil



**Fig. 1** Imagen clínica que evidencia la tumoración en primera comisura interdigital. Vista dorsal (izquierda) y de perfil (derecha).



**Fig. 2** Radiografía simple anteroposterior (izquierda) y de perfil oblicuo (derecha), que evidencia una tumoración con calcificaciones.

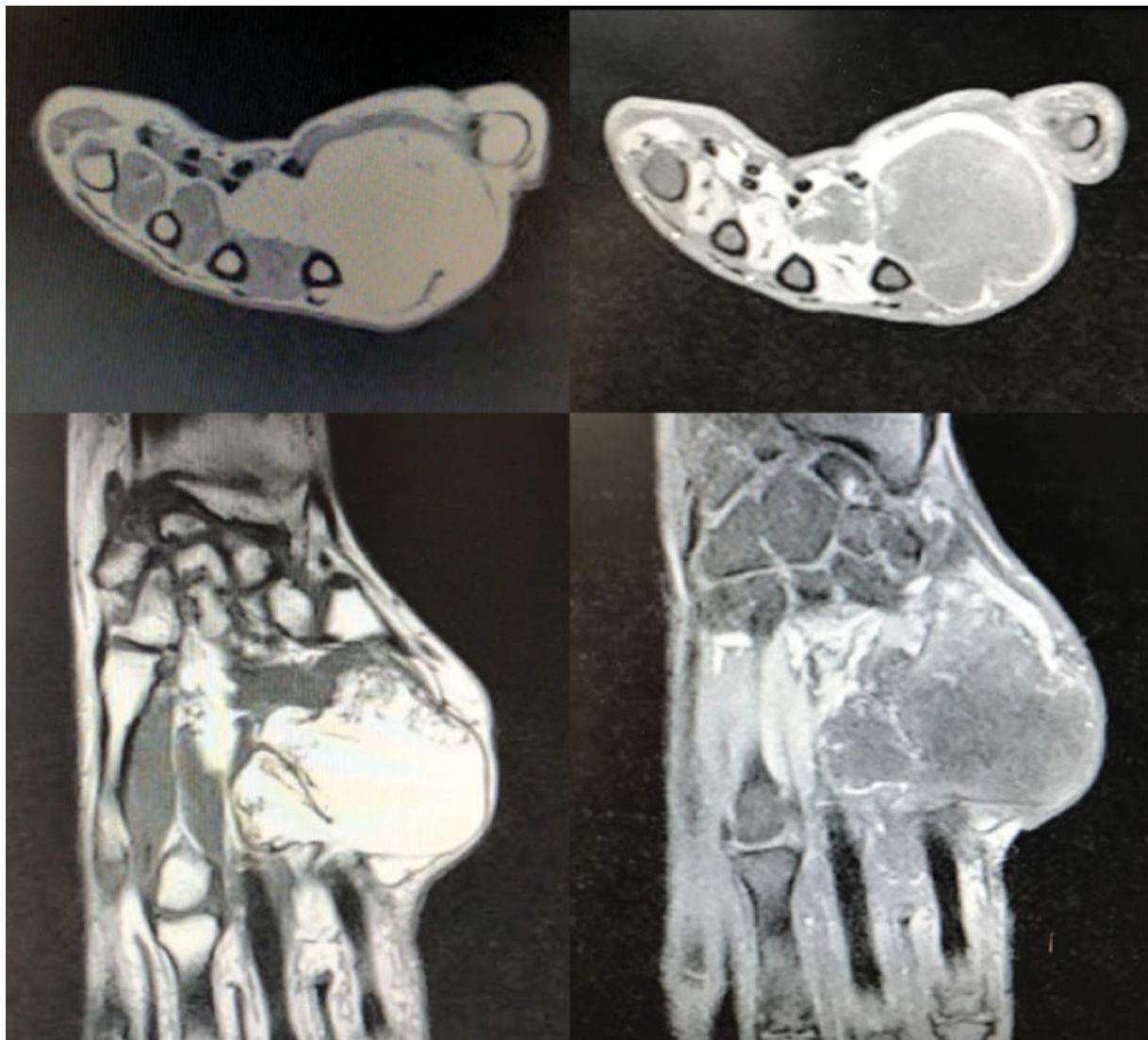
segundo dedos. El examen físico constató una tumoración en el nivel de la primera comisura de límites regulares, de 6 cm de diámetro mayor, de superficie lisa y consistencia firme y elástica, adherida a planos profundos pero sin cambios en la piel (►Fig. 1). En los pulpejos del primer y segundo dedos, presentaba un test de discriminación de 2 puntos alterado, de 8 mm, con signo de Tinel negativo, y sin alteraciones motoras. No presentaba adenopatías palpables.

La radiografía mostró una tumoración con calcificaciones en la primera comisura que se extendía al segundo espacio intermetacarpiano. (►Fig. 2)

La resonancia evidenció una tumoración polilobulada, de límites bien definidos, de 61 mm de longitud, 57 mm de

ancho, y 39 mm en sentido anteroposterior. Estaba localizada en la región tenar, y en el nivel del primer espacio interóseo, profunda a los músculos regionales, con una extensión medial profunda a los tendones flexores del segundo y tercer dedos, desplazándolos hacia delante. La señal era similar al tejido graso adyacente, con saturación en la secuencia *fat-sat*, y presentaba en su periferia calcificaciones lineales y puntiformes, sin realce con el medio de contraste. El informe concluía que se trataba de un lipoma con calcificaciones sin áreas nodulares ni de realce anómalo (►Fig. 3).

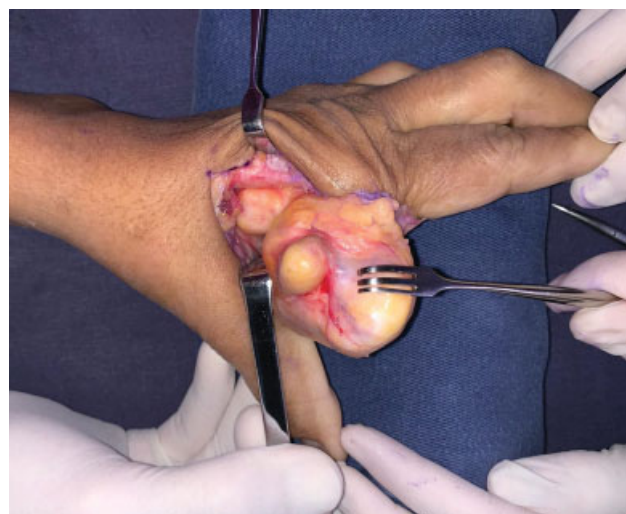
Con anestesia general y bajo campo exangüe, se realizó un abordaje dorsal centrado en la tumoración. (►Fig. 4) Se



**Fig. 3** Resonancia nuclear magnética que evidencia una tumoración subfascial polilobulada, de límites bien definidos, localizada en la región tenar y en el primer espacio interóseo. Tiene una extensión medial que desplaza a los tendones flexores del segundo y tercer dedos. La misma es hiperintensa en T1 e hipointensa en T2, con calcificaciones lineales y puntiformes.



**Fig. 4** Abordaje dorsal en zigzag sobre primera comisura.



**Fig. 5** Imagen intraoperatoria en la que se ve la tumoración polilobulada bien delimitada.





**Fig. 6** Macroscopía de la pieza.

identificó y resecó una tumoración polilobulada amarilla, de características heterogéneas, con sectores pétreos, pero con un claro plano de clivaje de los tejidos adyacentes (►Fig. 5). Se identificaron y protegieron ramas sensitivas dorsales que no estaban infiltradas. El postoperatorio cursó sin complicaciones, con desaparición de las parestesias a las 48 horas.

La anatomía patológica informó en la macroscopía una pieza de 62 × 53 × 41 mm con las características de un tumor céluloadiposo bien delimitado, polilobulado. (►Fig. 6) El análisis microscópico evidenció una proliferación mesenquimática, compuesta por adipocitos maduros, sin atipias ni necrosis, acompañada de tractos fibroconjuntivos y áreas focales de metaplasia ósea (►Fig. 7).

En el seguimiento a los seis meses, la paciente presentaba una cicatriz de buena calidad, sin déficit sensitivo, con buena función de la mano, y sin recurrencia tumoral (►Fig. 8).

## Discusión

El lipoma es el tumor de partes blandas más frecuente en adultos, pero es raro en la mano.

Se define como gigante cuando excede los 5 cm de diámetro mayor. Su localización puede ser subcutánea, o profunda subfasial, siendo la localización subcutánea la más frecuente. Los lipomas profundos pueden ser intramusculares, intermusculares, o parosteales, cuando se topografían sobre una superficie ósea.

Histológicamente, se trata de una tumoración benigna bien delimitada, de origen mesenquimal, compuesta por adipocitos maduros sin atipias, pero pueden asociarse con otro tejido mesenquimal, adquiriendo su nombre de acuerdo al tejido al que se asocian (fibrolipoma, condrolipoma, osteolipoma, mixolipoma, angioliipoma).<sup>5</sup>

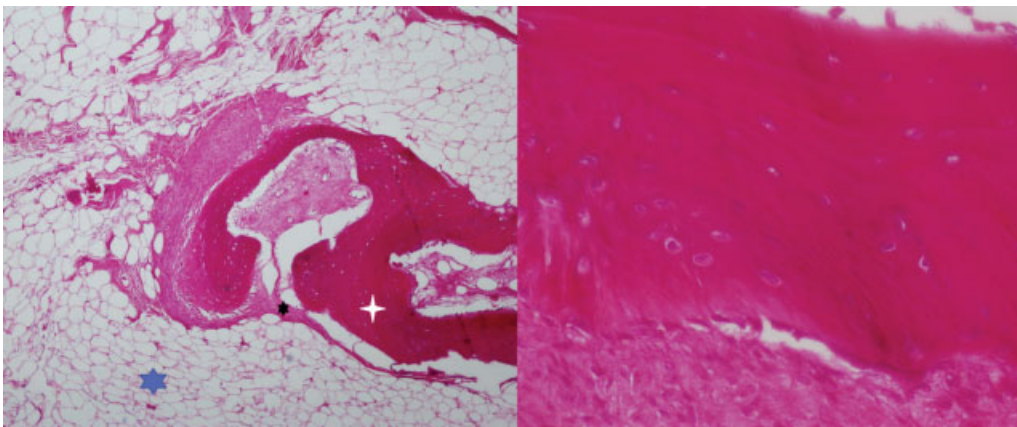
El osteolipoma es la variante histológica del lipoma que presenta metaplasia ósea, y representa menos del 1% de los lipomas.

Los términos osteolipoma, lipoma osificante y lipoma con metaplasia ósea se utilizan indistintamente en la literatura, si bien algunos autores prefieren llamarlos lipomas osificantes cuando predomina el tejido adiposo. En cuanto a su patogenia, existen dos teorías: la primera plantea que los focos de osificación se originan de células mesenquimales pluripotenciales presentes dentro del lipoma; y la segunda, más aceptada, que la osificación es secundaria a traumatismos repetitivos e isquemia, lo que conduce a metaplasia de elementos fibróticos preexistentes.<sup>6</sup>

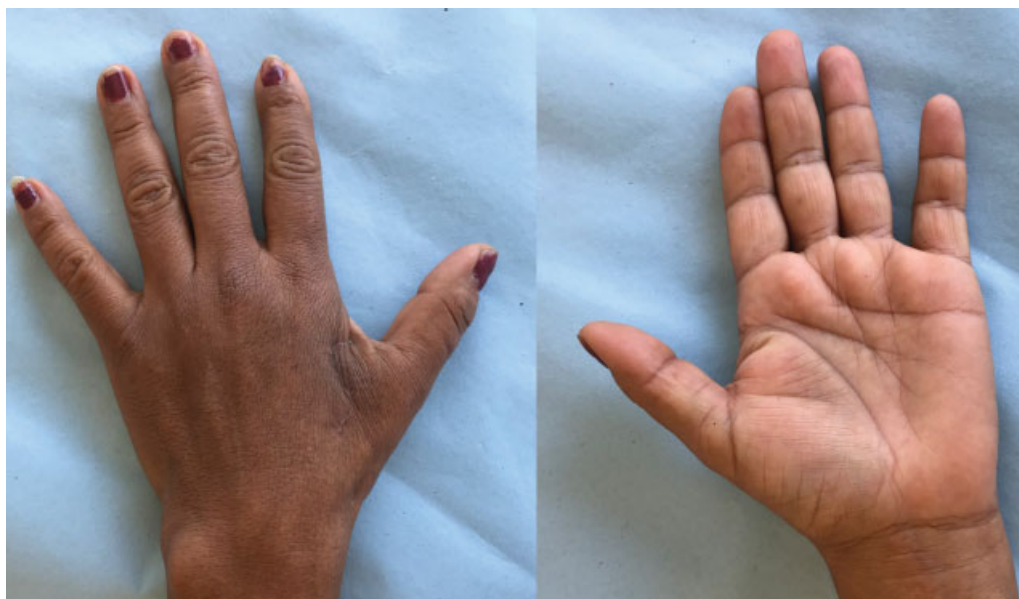
Clínicamente, son tumoraciones indoloras que si causan síntomas es por compresión de estructuras adyacentes, y su topografía más frecuente es en la cabeza y en el cuello.<sup>7</sup>

Ante un tumor de partes blandas con calcificaciones, se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial la miositis osificante, el fibroma osificante, el teratoma, y el liposarcoma de bajo grado, éste último importante por tratarse de una tumoración maligna de origen adiposo y similares características clínico-imagenológicas.

La ecografía puede ser un estudio de aproximación diagnóstica que revela una lesión hiperecoica heterogénea, con calcificaciones. La tomografía puede evidenciar una lesión hipodensa bien delimitada, con áreas hiperdensas de calcificaciones.<sup>8</sup>



**Fig. 7** Microscopía con hematoxilina-eosina. Izquierda (x40): proliferación compuesta mayoritariamente por adipocitos maduros (azul), con tractos fibroconjuntivos (negro) y áreas focales de metaplasia ósea (blanco). Derecha (x200): área de metaplasia ósea.



**Fig. 8** Resultado a los seis meses de postoperatorio.

La resonancia nuclear magnética (RNM) es el estudio de imagen de elección, imprescindible para diferenciar el osteolipoma del liposarcoma de bajo grado, con una sensibilidad del 100% y especificidad de 83% para diagnosticar este tumor maligno. Tiene una especificidad del 100% para diagnóstico de lipoma simple, que es algo menor para algunas variantes del lipoma, como el osteolipoma, condrolipoma, angioliopoma o hibernoma. El osteolipoma se ve como una tumoración bien delimitada de consistencia grasa que no realza con medio de contraste, y los liposarcomas se diferencian por presentar septos fibrosos gruesos, nódulos no adiposos intralesionales, menor proporción de componente grasa, y realce con el medio de contraste.<sup>9</sup>

El tratamiento es la resección marginal de la lesión con estudio anatomopatológico que confirma el diagnóstico.

El pronóstico es bueno, similar al del lipoma, no habiendo recurrencias relatadas.<sup>10</sup>

## Conclusiones

El osteolipoma es un tumor benigno poco frecuente, raro en la mano, y la RNM es el estudio de imagen de elección. El tratamiento curativo es quirúrgico, con estudio anatomopatológico, y no se han relatado recurrencias.

### Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

### Agradecimientos

Dra. Andrea Cristiani, Cátedra de Anatomía Patológica, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

### Referencias

- Allen PW. Tumors and proliferations of adipose tissue. A Clinicopathologic Approach Masson Monographs in Diagnostic Pathology. Vol. 1; Masson Publishing USA Inc. New York 1981
- Bennani A, Saliou SS, Zizah S, et al. Une localisation inhabituelle d'un lipome ossifié juxtaosseux. À propos d'un cas. *Chir Main* 2013;32(02):113–116
- Yang TH, Fong YC, Hsu HC, Jim YF, Chiang IP, Lin MJ. Re: ossifying lipoma of the hand. *J Hand Surg Eur Vol* 2008;33(01):82–83
- Hopkins JD, Rayan GM. Osteolipoma of the hand: a case report. *J Okla State Med Assoc* 1999;92(11):535–537
- Fletcher CDM, Bridge JA, Hogendoorn PCW. WHO Classification of Tumors of Soft Tissue and Bone. 4th ed. Lyon: IARC Press; 2013
- Obermann EC, Bele S, Brawanski A, Knuechel R, Hofstaedter F. Ossifying lipoma. *Virchows Arch* 1999;434(02):181–183
- Val-Bernal JF, Val D, Garijo MF, Vega A, González-Vela MC. Subcutaneous ossifying lipoma: case report and review of the literature. *J Cutan Pathol* 2007;34(10):788–792
- Kwan Ip NS, Lau HW, Wong WY, Yuen MK. Osteolipoma in the Forearm. Case Report. *J Clin Imaging Sci* 2018;8(01):1–4
- Gaskin CM, Helms CA. Lipomas, lipoma variants, and well-differentiated liposarcomas (atypical lipomas): results of MRI evaluations of 126 consecutive fatty masses. *AJR Am J Roentgenol* 2004;182(03):733–739
- Yang JS, Kang SH, Cho YJ, Choi HJ. Pure intramuscular osteolipoma. *J Korean Neurosurg Soc* 2013;54(06):518–520