

Lipoma arborescente en hombro, una inusual causa de omalgia

arborescent lipoma on the shoulder, an unusual cause of omalgia

Jiménez-Martín, Antonio
Rubio García, Javier
Najarro Cid, Francisco Javier
Santos Yubero, Francisco Javier

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. *Servicio de Reumatología. Hospital FREMAP, Sevilla*

antonio_jimenez10@hotmail.com

Rev. S. And. Traum. y Ort., 2021; 38 (3/4): 70-76

Recepción: 14/07/2021. Aceptación: 08/12/2021

Resumen

Introducción

El lipoma arborescente supone tan sólo el 3-5% de los lipomas. El tratamiento artroscópico de esta lesión, junto a una sutura de manguito, son infrecuentes, describiéndose sólo 5 casos, de los cuales sólo 4 presentaban roturas de manguito.

Nuestro objetivo es presentar un caso y revisar esta patología.

Material y Métodos

Paciente de 55 años, varón, con omalgia derecha. Ecografía: Derrame articular subdeltoideo con mamelones hiperecogénicos, sesiles. RNM: Derrame articular con formaciones ramificadas interiores con señal grasa. Tendinosis, rotura parcial del supraespinoso. Tras ausencia de respuesta

Abstract

Introduction

The arborescent lipoma accounts for only 3-5% of lipomas. Arthroscopic treatment of this lesion, together with a cuff suture, is unusual, with only 5 cases described, of which only 4 presented cuff tears.

Our aim is to present a case and review this pathology.

Material and Methods

55-year-old male patient with right shoulder pain. Ultrasound: Subdeltoid joint effusion with sessile, hyperechoic pedicles. MRI: Joint effusion with interior branching formations with a fat signal. Tendinosis, partial rupture of the supraspinatus. After the absence of a conservative

conservadora, realizamos sinovectomía artroscópica, descompresión subacromial, biopsia, bursectomía y sutura de manguito.

Resultados

Lipoma arborescente. Tras 5 meses de rehabilitación, alcanzó un Constant de 92 puntos.

Discusión

El lipoma arborescente se presenta de modo primario, o bien secundariamente a Artritis Reumatoide, Psoriasis, traumatismos repetitivos, artritis séptica o de modo concomitante a Diabetes o Tuberculosis. Su diagnóstico diferencial es con la sinovitis villonodular pigmentada, ostochondromatosis sinovial, liposarcoma o el hemangioma sinovial. El tratamiento consiste en infiltraciones de corticoides, sinovectomía de radioisótopos (Y-citrato coloidal) o la sinovectomía quirúrgica, abierta o artroscópica, pudiendo tratar lesiones asociadas. Como conclusión, el lipoma arborescente es una causa infrecuente de omalgia y cuyo tratamiento artroscópico obtiene resultados favorables, de modo menos invasivo.

Palabras clave: Lipoma, arborescente, hombro, artroscopia

response, we performed arthroscopic synovectomy, subacromial decompression, biopsy, bursectomy, and rotator cuff suture.

Results

Arborescent lipoma. After 5 months of rehabilitation, he reached a Constant's score of 92 points.

Discussion

Arborescent lipoma presents primarily, or secondarily to Rheumatoid Arthritis, Psoriasis, repetitive trauma, septic arthritis or concomitantly to Diabetes or Tuberculosis. Its differential diagnosis is with pigmented villonodular synovitis, synovial ostochondromatosis, liposarcoma or synovial hemangioma. Treatment consists of corticosteroid infiltrations, radioisotope synovectomy (Y-colloidal citrate) or surgical, open or arthroscopic synovectomy, which can treat associated lesions. In conclusion, arborescent lipoma is an infrequent cause of shoulder pain and whose arthroscopic treatment obtains favorable results, in a less invasive way.

Keywords: Lipoma, arborescent, shoulder, arthroscopy

Introducción

El lipoma arborescente es una proliferación vellosa sinovial, donde se produce la sustitución grasa del tejido subsinovial. Existen menos de 200 casos en la literatura^{1,2}, menos de 100 en literatura inglesa³ y supone tan sólo el 3-5% de los lipomas^{2,4}. Su presentación suele ser monoarticular, principalmente en el receso suprapatelar de la rodilla, aunque también en bursa subacromial, articulación glenohumeral, mano, carpo, bursa bicipitorradial del codo⁵, tobillo y cadera². El tratamiento artroscópico de esta lesión, junto

a una sutura de manguito, son infrecuentes, describiéndose en la literatura sólo 5 casos, de los cuales sólo 4 presentaban roturas de manguito⁶⁻¹⁰. Nuestro objetivo es presentar un caso y revisar esta patología.

Caso Clínico

Paciente de 55 años, varón, que tras traumatismo presentó omalgia derecha. Radiografía con disminución del espacio subacromial y acromion tipo III de Bigliani¹¹ (Figura 1).

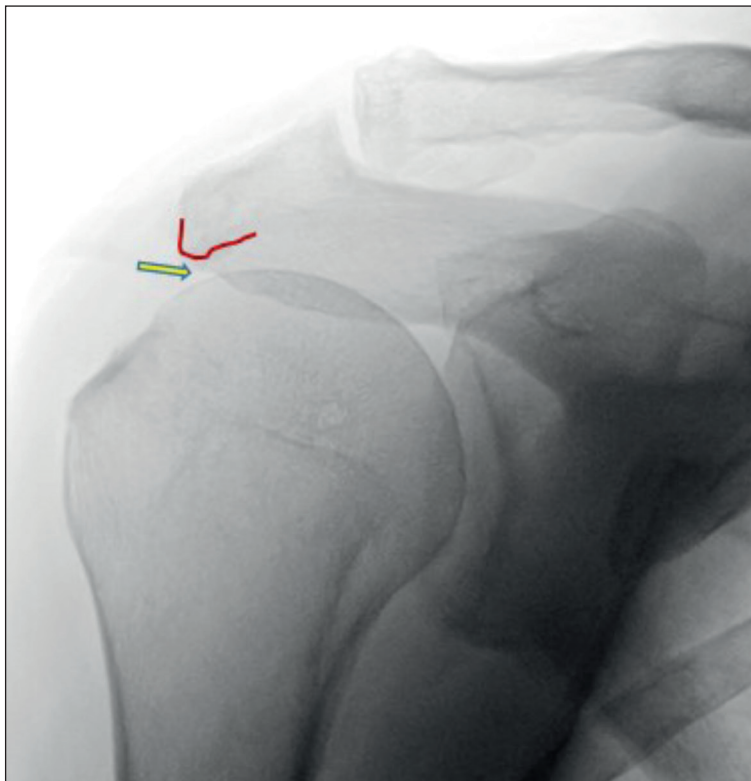


Figura 1. Imagen radiográfica anteroposterior de hombro. Obsérvese con la flecha la disminución del espacio subacromial, donde destaca un acromion picudo, con morfología tipo III de Bigliani.

Ecografía: Derrame articular subdeltoideo y subcoracoideo, de cuyas paredes emergen mame-lones de material hiperecogénico, que improntan sobre tendones, con morfología sésil y vasculari-

zación moderada. Hallazgos llamativos en inter-valo rotador, con engrosamiento en ligamentos glenohumeral superior y coracohumeral. (Figura 2).

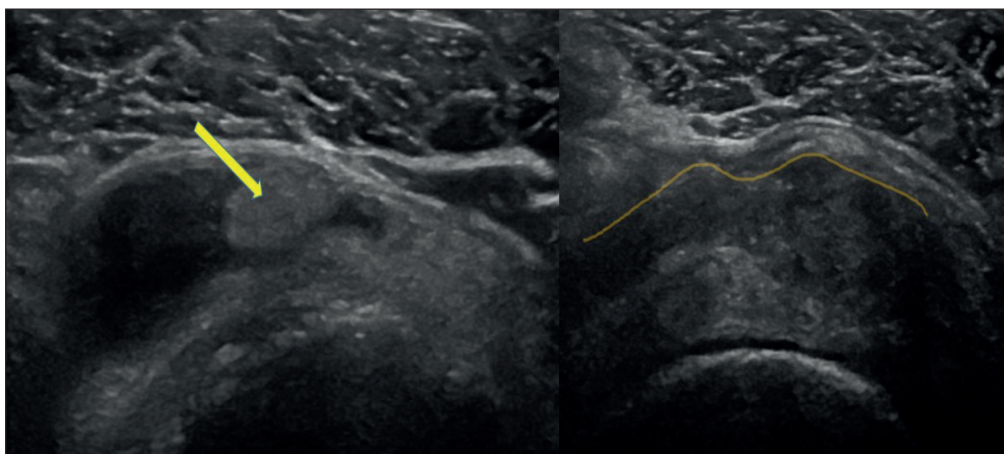


Figura 2. Imagen ecográfica donde se muestra el derrame articular subdeltoideo, con mamelones de material hiperecogénico (flecha), de morfología sésil, propios del lipoma arborescente. En la segunda imagen se objetiva una discontinuidad en el reborde del manguito, compatible con el “signo de rueda pinchada”, por rotura de manguito en su zona insersional central. (Se dibuja la línea sobre la imagen).

RNM: Derrame articular con formaciones ramificadas en su interior con señal de aspecto gra-

so. Tendinosis, rotura parcial del supraespinoso. (Figura 3).

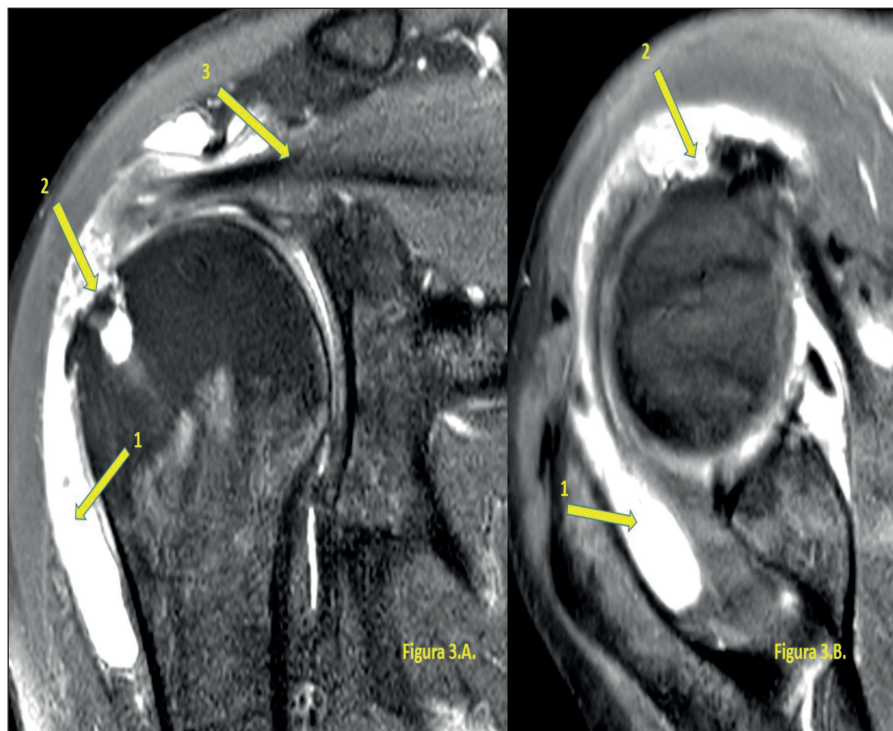


Figura 3. Imágenes de RNM. Se aprecia derrame articular (flecha con el número 1), vellosidades propias del lipoma (flecha con el número 2) y rotura de manguito, con retracción a glenoides, (flecha con el número 3).

Tras ausencia de respuesta con infiltración y rehabilitación, se planteó artroscopia de hombro, con sinovectomía, descompresión subacromial,

bursectomía (figura 4) y sutura de manguito (figura 5). Se enviaron muestras a Anatomía Patológica.

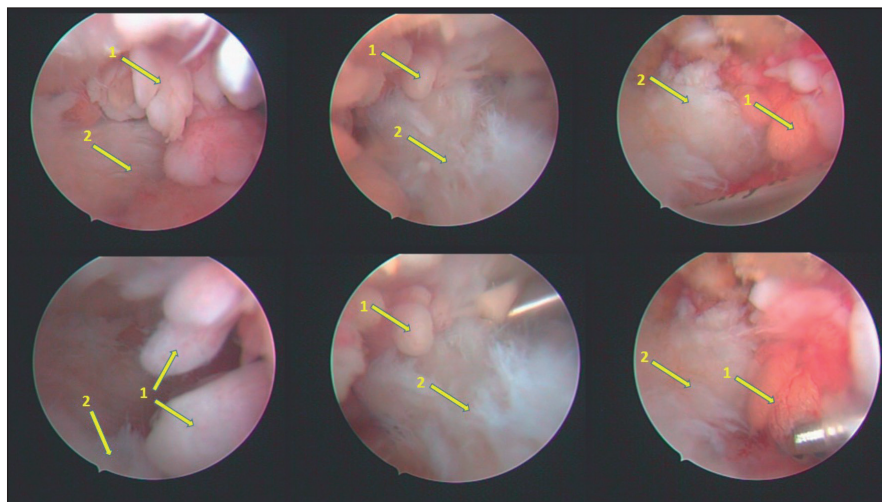


Figura 4. Imagen artroscópica. En ella se muestran varias vellosidades (flecha con el número 1) y el manguito en la base de las imágenes (flecha con el número 2).

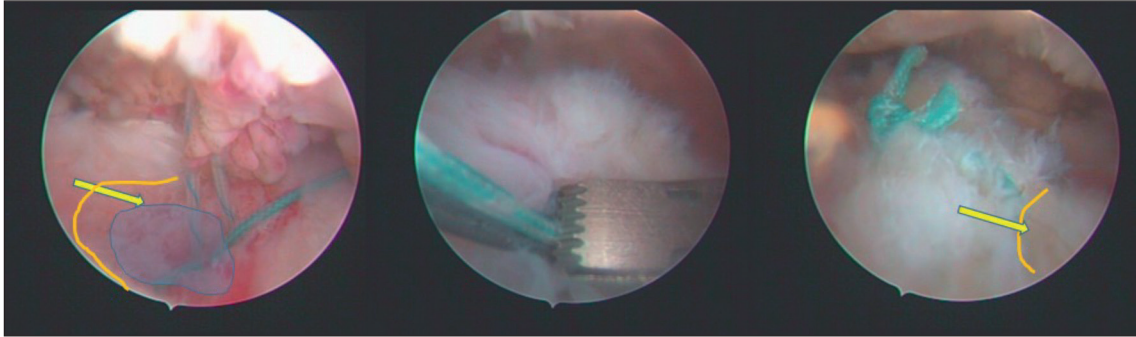


Figura 5. Imágenes de artroscopia. En la primera imagen se ha colocado el implante con sus hilos. Se ha marcado la zona de huella insercional o footprint. El reborde del manguito aparece en amarillo y la flecha marca el sentido de desplazamiento a la hora de reinsertar el manguito. En la segunda imagen se aprecia un ejemplo de sutura artroscópica con pincería. En la tercera imagen se objetiva el avance del manguito y la cobertura de la zona insercional.

Diagnóstico

Estudio anatomopatológico que confirmó múltiples vellosidades de aspecto frondoso, con adipocitos maduros, con infiltrado perivascular

linfocitario en la sinovial, compatible con lipoma arborescente. (Figura 6).

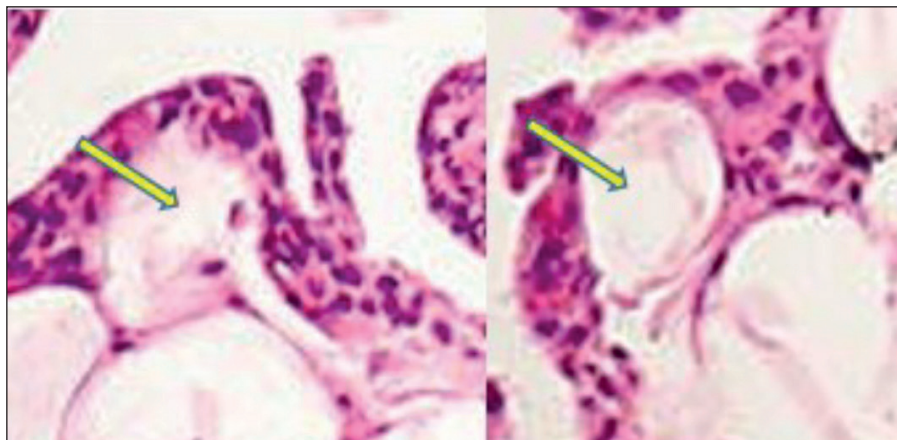


Figura 6. Imagen de Anatomía Patológica. Vellosidades con adipocitos maduros (ver flechas), e infiltrado perivascular linfocitario.

Evolución

Tras 5 meses de rehabilitación, alcanzó un Constant de 92 puntos, volviendo a su actividad laboral previa a la cirugía. No hubo recidivas del proceso en el año posterior a la intervención.

Discusión

El lipoma arborescente se presenta de modo primario, o bien secundariamente a Artritis Reumatoide, Psoriasis, gota⁵, traumatismos articulares repetitivos, artritis séptica o de modo concomitan-

te a Diabetes o Tuberculosis pulmonar². Su desarrollo lento y progresivo puede provocar derrames articulares, o comprimir estructuras neurovasculares o tendinosas, con manifestaciones clínicas cíclicas con exacerbaciones debidas al atrapamiento vellositario, que con el tiempo podrían generar artrosis.^{12;13} Su diagnóstico diferencial es con la sinovitis villonodular pigmentada, osteocondromatosis sinovial, liposarcoma o el hemangioma sinovial⁵. Carece de malignización, con escaso índice de recurrencia, aunque puede relacionarse con otros lipomas coexistentes con riesgo de malignización, como cuando se presentan en el Síndrome de Gardner¹⁴.

El tratamiento consiste en infiltraciones de corticoides, sinovectomía de radioisótopos (Y-citrato coloidal) o la sinovectomía quirúrgica, abierta o artroscópica, tratando al mismo tiempo posibles enfermedades en los casos secundarios. En la artroscopia, mediante la electrocoagulación vellositaria, se evitaría la degeneración articular y tendría un efecto de mejoría del dolor, al mismo tiempo que podría acometerse la reparación de estructuras dañadas, como en el manguito rotador o labrum. La posibilidad de hacer la sinovectomía artroscópica en casos de lipomas arborescentes ha abierto la puerta a aplicar esta técnica en el codo¹⁵.

Como conclusión, podríamos decir que el lipoma arborescente es una causa infrecuente de omalgia y que su tratamiento artroscópico permite obtener buenos resultados de un modo menos invasivo que la sinovectomía tradicional abierta, además de poder tratar otras lesiones infrecuentes, como las del manguito rotador.

Financiación y conflicto de intereses

Los autores de este manuscrito no hemos recibido ningún tipo de financiación por su realización. No existe, tampoco, conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kulkarni HG, Kulkarni GS, Kulkarni PG. Lipoma Arborescens- Eyes See What Mind Knows! J Orthop casereports.2017;7:59-62. doi: 10.13107/jocr.2250-0685.896. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5728001/>

2. Zurriaga J, Mudarra J, Torres Mata D, Mifsut D, Silvestre A. Lipoma arborescente como causa de dolor articular de hombro y rodilla. Actualización bibliográfica y revisión de cinco casos. Rev EspArtroscCirArticul.2019;26(2):129-35. <https://fondoscience.com/reaca/vol26-fasc2-num66/fs1904018-lipoma-arborescente-como-causa-de-dolor-articular-de-hombro-y-rodilla>

3. Benegas E, Neto AA, Teodoro DS, da Silva MV, de Oliveira AM, Filippi RZ, et al. Lipoma arborescens: rare case of rotator cuff tear associated with the presence of lipoma arborescens in the subacromial-subdeltoid and glenohumeral bursa. Rev Bras Ortop.2015 Dec 8;47(4):517-20. DOI: 10.1016/S2255-4971(15)30139-7 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4799465/>

4. Avellaneda Oviedo EM, Casteleiro Roca P, Pacheco Compañía FJ, Vázquez Bueno JA. Lipoma arborescente, tumor poco frecuente como causa de sinovitis extensora de lamano. Rev IberoamCir Mano.2015;43:111-6. DOI: 10.1016/j.ricma.2015.09.006. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-cirugia-mano-134-articulo-lipoma-arborescente-tumor-poco-frecuente-S1698839615000377>

5. Mayayo Sinués E, Soriano Guillén AP, Azúa Romeo J, Canales Cortés V. Lipoma arborescens of the bicipital bursa. ReumatolClin.2009;5(3):128-130. DOI: 10.1016/j.reuma.2008.11.010. <https://www.reumatologia-clinica.org/es-lipoma-arborescente-bursa-bicipital-articulo-S1699258X09000151>.

6. Kim RS, Kim YT, Choi JM, Shin SH, Kim YJ, Kim L. Lipoma arborescens associated with osseous/chondroid differentiation in subdeltoid bursa. Int J Shoulder Surg.2013 Jul;7(3):116-9. doi: 10.4103/0973-6042.118916. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3807946/>

7. Lim MC, See PL, Wang SY, Wee AT, Tee UL. Unusual case of lipoma arborescens in the subacromial-subdeltoid bursa. Med J Malaysia.2018 Dec;73(6):400-402. <http://www.e-mjm.org/2018/v73n6/lipoma-arborescens.pdf>

8. Nisolle JF, Blouard E, Baudrez V, Boutsen Y, De Cloedt P, Esselinckx W. Subacromial-subdeltoid lipoma arborescens associated with a rotator cuff tear. Skeletal Radiol.1999 May;28(5):283-5. doi: 10.1007/s002560050517.. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10424336/>

9. Teusink M, El-Khoury G, Buckwalter J. Lipoma arborescens of the subdeltoid bursa: a case report. Iowa Orthop J.2010;30:177-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2958292/>

10. Pandey T, Alkhulaifi Y. Bilateral lipoma arborescens of the subdeltoid bursa. AustralasRadiol.2006 Oct;50(5):487-9. DOI: 10.1111/j.1440-1673.2006.01633.x. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16981949/>

11. Bigliani LU, Morrison DS, April EW. The morphology of the acromion and its relationship to rotator cuff tears. Ortho Trans.1986;10:228.

12. Chae EY, Chung HW, Shin MJ, Lee SH. Lipoma arborescens of the glenohumeral joint causing bone erosion: MRI features with gadolinium enhancement. *Skeletal Radiol.* 2009 Aug;38(8):815-8. DOI: 10.1007/s00256-009-0686-x <https://link.springer.com/article/10.1007/s00256-009-0686-x>

13. In Y, Chun KA, Chang ED, Lee SM. Lipoma arborescens of the glenohumeral joint: a possible cause of osteoarthritis. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2008 Aug;16(8):794-6. doi: 10.1007/s00167-008-0493-2. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00167-008-0493-2.pdf>

14. Charifa A, Azmat CE, Badri T. Lipoma Pathology. 2021 Sep 20. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 29493968. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482343/>

15. Paccaud J, Cunningham G. Arthroscopic treatment of a lipoma arborescens of the elbow: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Dec 11;99(50):e23595. doi: 10.1097/MD.00000000000023595. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7738011/pdf/medi-99-e23595.pdf>