

# Lipoma Glúteo Gigante. Reporte de un Caso

## Giant Gluteal Lipoma. A Case Report

Carlos Manterola<sup>\*,\*\*</sup>

---

**MANTEROLA, C.** Lipoma glúteo gigante. Reporte de un caso. *Int. J. Med. Surg. Sci.*, 1(3):213-216, 2014.

**RESUMEN:** Se presenta un caso clínico de lipoma glúteo atendido en el servicio de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad Mayor, Temuco, Chile. El paciente, un hombre de 42 años, se presentó con un tumor de partes blanda multilobulado, de la región glútea izquierda, indoloro, de 22 cm de diámetro mayor. Se realizó exéresis completa de la lesión, la que se envió a estudio histopatológico, que corroboró el diagnóstico preoperatorio de lipoma. La evolución fue favorable, sin complicaciones. El control tomográfico al segundo año del postoperatorio permitió verificar ausencia de recidiva.

**PALABRAS CLAVE:** Lipoma; Lipomatosis; Cirugía; Región glútea.

---

### INTRODUCCIÓN

El lipoma es un tumor de tipo mesenquimatoso. Representa el 90% de los tumores grasos y el 1% de los tumores benignos en general; pero es el tumor más frecuente entre los tumores de partes blandas (16% a 50%). Desde un punto de vista clínico (formas de presentación), los lipomas pueden ser solitarios, múltiples y la lipomatosis (proliferación tumoral de grasa no capsulada) (Huczak & Driban, 2007).

El lipoma solitario o clásico, suele aparecer con mayor frecuencia después de los 20 años de edad, aunque la consulta es más frecuente en personas de entre 40 y 60 años. Se observa en ambos sexos, pero es más frecuente en mujeres. Se caracterizan por ser masas asintomáticas, de crecimiento lento, de forma regular u ovoidea, de superficie lobulada y que se pueden movilizar pasivamente. La mayor parte de las veces se diagnostican con un diámetro de alrededor de 5 cm, y rara vez regresan de forma espontánea (Vassallo *et al.*, 2010).

Pueden localizarse en cualquier segmento de la economía, pero lo más común es que

los superficiales se localicen en espalda, hombros, cuello, brazos, nalgas, muslos; los profundos en manos, pies y pared torácica. Existen las denominadas "formas gigantes", las que pueden ser mayores de 25 cm de diámetro.

La histología del lipoma clásico es la presencia de adipocitos normales, de igual o mayor tamaño que los habituales, con presencia de células con núcleos en agujero ("Loch-kern zells"). Poseen una fina cápsula y delgados tractos de tejido conectivo, con una vascularización aumentada, ausencia de mitosis y de atipias celulares (Weiss & Enzinger Goldblum, 1994).

El objetivo de este manuscrito es reportar los resultados de la cirugía exéretica de un lipoma glúteo gigante.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 42 años de edad, que consultó por aumento de volumen en la

\* Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

\*\* Centro de Excelencia en Estudios Morfológicos y Quirúrgicos (CEMyQ), Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

región glútea izquierda, indoloro, de aproximadamente 5 años de evolución, que en los últimos 6 meses había aumentado su velocidad de crecimiento, lo que le generó angustia y lo motivó a consultar.

A la exploración física se evidenciaba una gran masa que comprometía parte de la zona glútea izquierdo, y que se extendía desde algunos centímetros del surco interglúteo hasta la cadera ipsilateral (hacia lateral) y desde la zona lumbar a la raíz del muslo (hacia caudal).

Se solicitaron pruebas diagnósticas generales y tomografía axial computarizada. La bioquímica hemática, incluido el perfil de coagulación, función renal y hepática se encontraban sin alteraciones. La tomografía axial computarizada permitió verificar una imagen de ocupación de espacio de densidad grasa, de forma multilobulada, de 22 x 10 x 8 cm, localizada entre los músculos glúteos mayor y medio izquierdo, que se extendió desde la región lumbar hasta escasos centímetros de la cabeza del fémur ipsilateral, descendiendo entre la musculatura aductora; sugiriendo la presencia de un lipoma intra e intermuscular (Fig. 1).

Se programó para quirófano, oportunidad en la que se realiza la exploración quirúrgica de la zona comprometida, para lo cual se colocó al paciente en decúbito prono, lateralizado a derecha y discreta flexión de caderas y rodillas.

Se realizó un abordaje posterior glúteo con prolongación a la región posterior del muslo mediante una incisión en balloneta o doble L invertida, dada la configuración de la lesión. Una vez abierta la piel, se disecó instrumental y

digitalmente la lesión, rodeando cuidadosamente la cápsula que la envolvía, hasta su enucleación completa de proximal a distal. Para ello, fue necesario desinsertar el glúteo mayor, referenciando el nervio femorocutáneo posterior; y a continuación, seccionar parcialmente el glúteo medio. La localización del nervio ciático entre el bíceps femoral e isquiotibiales fue dificultosa ya que la masa desplazaba las estructuras y la anatomía se encontraba distorsionada debido a la atrofia muscular secundaria a la compresión tumoral.

Dada la morfología de la lesión, esta no fue posible de extirpar en un solo bloque, sino que fue necesario realizar la exéresis en dos tiempos. En una primera etapa, se logró extirpar los dos lóbulos más superficiales; y en una segunda etapa (más dificultosa), los lóbulos restantes. El peso total del espécimen en fresco fue de 1650 gramos (Figs. 2 y 3).

Esto generó un área cruenta extensa, que fue reparada por planos con monocril-00 (especial mención al afrontamiento de los planos musculares, incluyendo la reinserción del músculo glúteo mayor); se realizó hemostasia rigurosa, se instaló un sistema de drenaje aspirativo y se completó el cierre con sutura de monocril-000 al celular y grapas a la piel.

El estudio anatomopatológico reportó lipoma (Fig. 4). Los controles postoperatorios se realizaron a los 7, 15 y 30 días de forma clínica (Fig. 5); y posteriormente al segundo año con tomografía axial computarizada, en la que no se observaron imágenes sugerentes de recidiva. No se evidenció desarrollo de complicaciones, como tampoco alteraciones en la sensibilidad local ni en la marcha.

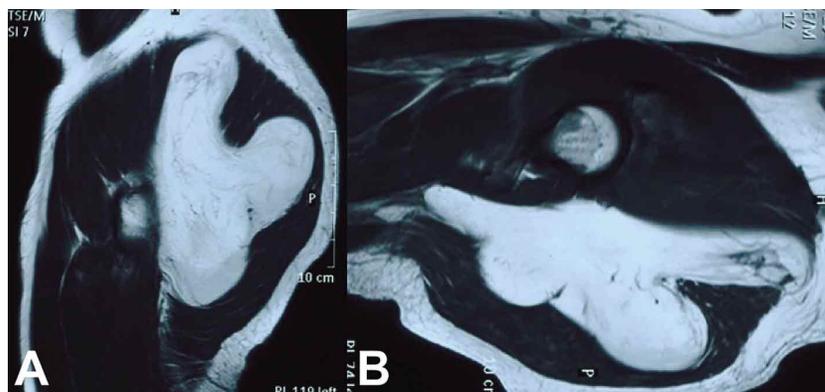


Fig. 1. Tomografía computarizada corte sagital. Se aprecia la lesión en toda su extensión, morfología y estructuras vecinas.



Fig. 2. Pieza quirúrgica fijada en formol de uno de los lóbulos de la lesión.

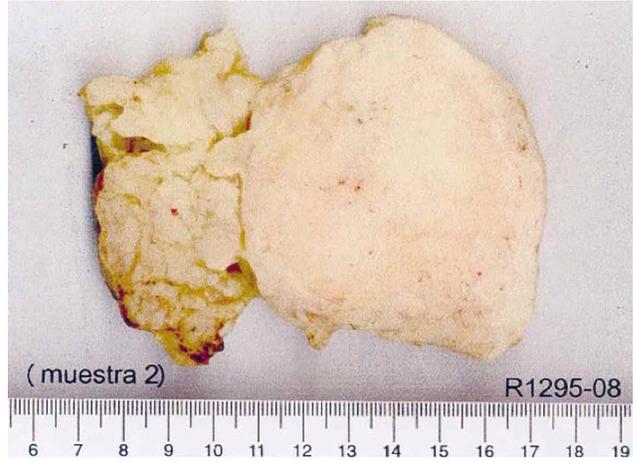


Fig. 3. Pieza quirúrgica fijada en formol. Se aprecia corte transversal de otro lóbulo de la lesión.

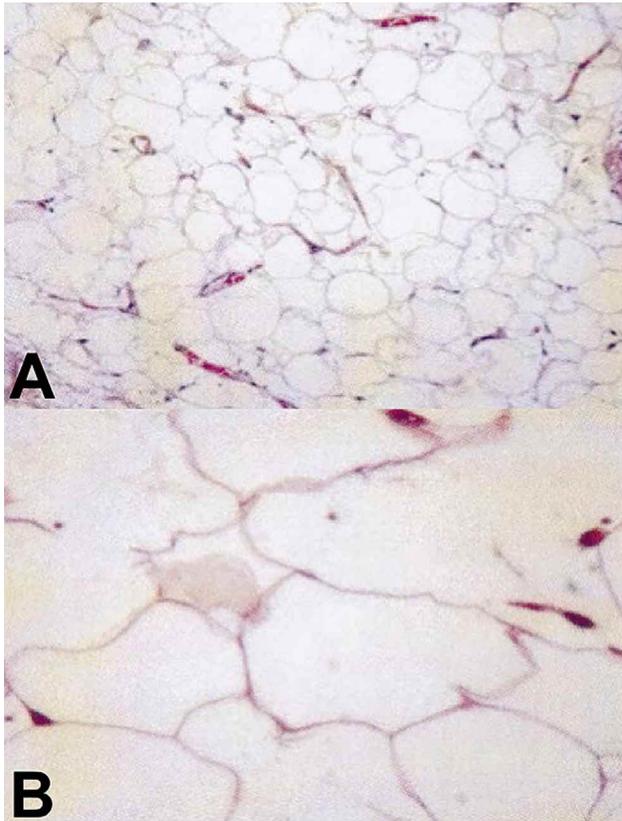


Fig. 4. Microfotografías de la lesión. Se aprecian adipocitos, con ausencia de mitosis y de atipías celulares.

## DISCUSIÓN

Los lipomas son los tumores de partes blandas más comunes. Por lo general, la localización de lipomas en planos profundos es me-



Fig. 5. Control postoperatorio de los 30 días. Se aprecia cicatriz del acceso utilizado para la exéresis de la lesión.

nos habitual, encontrándose con más frecuencia entre los planos musculares del muslo, donde se ha descrito que alcanzan mayores tamaños.

Pueden presentar características histológicas atípicas; lo que hace que por una parte, se consideren lipomas atípicos o liposarcomas bien diferenciados (Billing *et al.*, 2008; Rozental *et al.*, 2002); y por otra, que se plantee directamente el diagnóstico diferencial con el liposarcoma (Sommerville *et al.*, 2005; Sultan *et al.*, 2008).

La tomografía axial computarizada puede revelar áreas de baja señal de intensidad similar a la de los sarcomas (Gammill *et al.*, 1982). Por el contrario, no se puede distinguir entre lipoma atípico y un grado intermedio, siendo fundamental el análisis histopatológico (Rozental *et al.*).

Lesiones de esta magnitud pueden asociarse a compresión del nervio ciático (López-Tomasseti Fernández *et al.*, 2012); y lipomas

de esta localización pueden manifestarse como una hernia ciática (Skipworth *et al.*, 2006; Dulskas, *et al.*, 2013).

La exéresis total, incluida la pseudocápsula es primordial para prevenir recidivas. No se recomienda la realización de resecciones de tejidos circundantes dado que se trata de lesiones benignas y la morbilidad asociada se puede incrementar (Billing *et al.*; Sommerville *et al.*).

---

**MANTEROLA, C.** Giant gluteal lipoma. A case report. *Int. J. Med. Surg. Sci.*, 1(3):213-216, 2014.

**SUMMARY:** A case of gluteal lipoma treated at the Department of Surgery of the Hospital Clínico de la Universidad Mayor, Temuco, Chile is presented. The patient, a 42-year-old man, presented with a multilobulated tumor of soft parts located in the left gluteal region. The tumor was painless and was 22 cm in diameter. Complete exeresis of the lesion was performed. This was sent to histopathological examination, which confirmed the preoperative diagnosis of lipoma. The outcome was favorable, with no morbidity. The tomographic control at the second year of postoperative allowed us to verify the absence of recurrence.

**KEY WORDS:** Lipoma; Lipomatosis; Surgery; Glutea region.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Billing, V.; Mertens, F.; Domanski, H. A. & Rydholm, A. Deep-seated ordinary and atypical lipomas: histopathology, cytogenetics, clinical features and outcome in 215 tumours of the extremity and trunk wall. *J. Bone Joint Surg. Br.*, 90-B:929-33, 2008.
- Dulskas, A.; Poskus, E.; Jurevicius, S. & Strupas, K. Giant gluteal lipoma presenting as a sciatic hernia. *Hernia*, 2013. [Epub ahead of print].
- Gammill, S. L.; Tonkin, A.; Painter, M. & Jabbour, E. CAT scan of the month: lipoma of the right gluteus and thigh. *J. Tenn. Med. Assoc.*, 75:339, 1982.
- Huczak, L. & Driban, N. E. Lipoma y lipomatosis. *Rev. Argent. Dermatol.*, 88:56-66, 2007.
- López-Tomasseti Fernández, E. M.; Hernández, J. R.; Esparragon, J. C.; García, A. T. & Jorge, V. N. Intermuscular lipoma of the gluteus muscles compressing the sciatic nerve: an inverted sciatic hernia. *J. Neurosurg.*, 117:795-9, 2012.
- Rozental, T. D.; Khoury, L. D.; Donthineni-Rao, R. & Lackman, R. D. Atypical lipomatous masses of the extremities: outcome of surgical treatment. *Clin. Orthop.*, 398:203-11, 2002.
- Skipworth, R. J.; Smith, G. H.; Stewart K. J. & Anderson, D. N. The tip of the iceberg: a giant pelvic atypical lipoma presenting as a sciatic hernia. *World J. Surg. Oncol.*, 4:33, 2006.
- Sommerville, S. M.; Patton, J. T.; Luscombe, J. C.; Mangham, D. C. & Grimer, R. J. Clinical outcomes of deep atypical lipomas (well-differentiated lipoma-like liposarcomas) of the extremities. *ANZ J. Surg.*, 75:803-6, 2005.
- Sultan, M.; Burezq, H.; Bang, R. L.; El-Kabany, M. & Eskaf, W. Giant gluteal lipoma-like liposarcoma: a case report. *World J. Surg. Oncol.*, 6:81, 2008.
- Vassallo, M.; Bello, I.; Guevara, J.; García, N.; Malavé, H.; Escalona, G.; Figueroa, L. & Rebolledo, N. Lipoma gigante cervico-torácico. Abordaje mixto por cervicotomía y toracoscopía. Reporte de un caso. *RFM*, 33:47-51, 2010.
- Weiss, S. & Enzinger Goldblum, J. *Histological Typing of Soft Tissue Tumours*. In: Lipomatous Tumours. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis, Springer, 1994. p.23-6.

Dirección para Correspondencia:  
Dr. Carlos Manterola  
Departamento de Cirugía y CEMyQ  
Universidad de La Frontera  
Temuco  
CHILE

Email: carlos.manterola@ufrontera.cl

Recibido : 15-05-2014  
Aceptado: 17-07-2014