

Lipoma, un tumor frecuente de localización atípica. Reporte de caso clínico

Lipoma, a common tumor with atypical location. Clinical case report

Alejandro F. Fernández-Freire*, Verónica Flores-Hidalgo, Lady Avellán-Lara

Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Clínica San Francisco, Guayaquil, Ecuador

Los lipomas son lesiones de tejido graso muy frecuentes, con localizaciones típicas subcutáneas, intramusculares o sinoviales, entre otras. La localización intracraneal es la más infrecuente, representando el 0,4% de todos los tumores intracraneales¹.

Los lipomas en el sistema nervioso central están ubicados con más frecuencia en la línea media (cuerpo caloso y cuerpos cuadrigéminos), entre el 80% y el 90% de los casos, y menos del 0,1% se encuentran en el ángulo pontocerebeloso^{1,2}. Los tumores que se localizan en el ángulo pontocerebeloso con mayor frecuencia son los schwannomas y los meningiomas, representando el 70% y el 15% de los casos, respectivamente¹.

Se presenta el caso clínico de un paciente de 46 años, sin antecedentes de importancia, con pérdida auditiva progresiva del lado derecho de seis meses de evolución, que se acompañó de espasmos faciales homolaterales. Tras descartar causas clínicas, se solicitó tomografía computarizada (TC) que mostró una lesión hipodensa en el ángulo pontocerebeloso derecho, con bordes delimitados, regulares y atenuación de -97 UH, con sospecha de lesión de contenido graso (Fig. 1).

Se complementó con resonancia magnética (RM) aplicando secuencias turbo espín eco ponderadas en T1 y T2, observándose una lesión hiperintensa homogénea de bordes delimitados. Al aplicar secuencias de saturación grasa, dicha lesión presentó pérdida de

señal sin realce al medio de contraste. En los cortes axiales se aprecia invasión de los pares craneales VII y VIII, y de la arteria cerebelosa anteroinferior. Por su comportamiento en la RM se confirmó el contenido graso de la lesión y se planteó manejo conservador (Fig. 2).

Los lipomas son considerados como una malformación congénita en lugar de neoplasias reales. La teoría más aceptada para la formación de los lipomas intracraneales es que cuando el sistema nervioso central está en desarrollo, hacia la octava a décima semanas de gestación, el cerebro y la médula espinal se encuentran envueltos por la meninx primitiva, que es una membrana de tejido mesenquimal que dará origen al espacio subaracnoideo y las meninges, y su falta de remodelación y reabsorción dará lugar a la diferenciación en tejido adiposo, generando lipomas intracraneales^{3,4}.

Los lipomas pueden o no presentar sintomatología. Cuando dan síntomas, como en el caso presentado, se debe al patrón de crecimiento lento y envolvente de los lipomas. Al localizarse en el ángulo pontocerebeloso rodeará los pares craneales VII y VIII, y en ocasiones la arteria cerebelosa anteroinferior, y los síntomas serán causados principalmente por un efecto compresivo. Los signos y síntomas más frecuentes son pérdida de la audición, mareo, acúfenos, parálisis facial y pérdida sensorial del trigémino⁵.

*Correspondencia:

Alejandro F. Fernández-Freire

E-mail: alejandrofelipe1994@gmail.com

1852-9992 / © 2023 Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT). Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 20-05-2023

Fecha de aceptación: 13-12-2023

DOI: 10.24875/RAR.23000031

Disponible en internet: 08-05-2024

Rev Argent Radiol. 2025;89(1): 42-44

www.revistarar.com

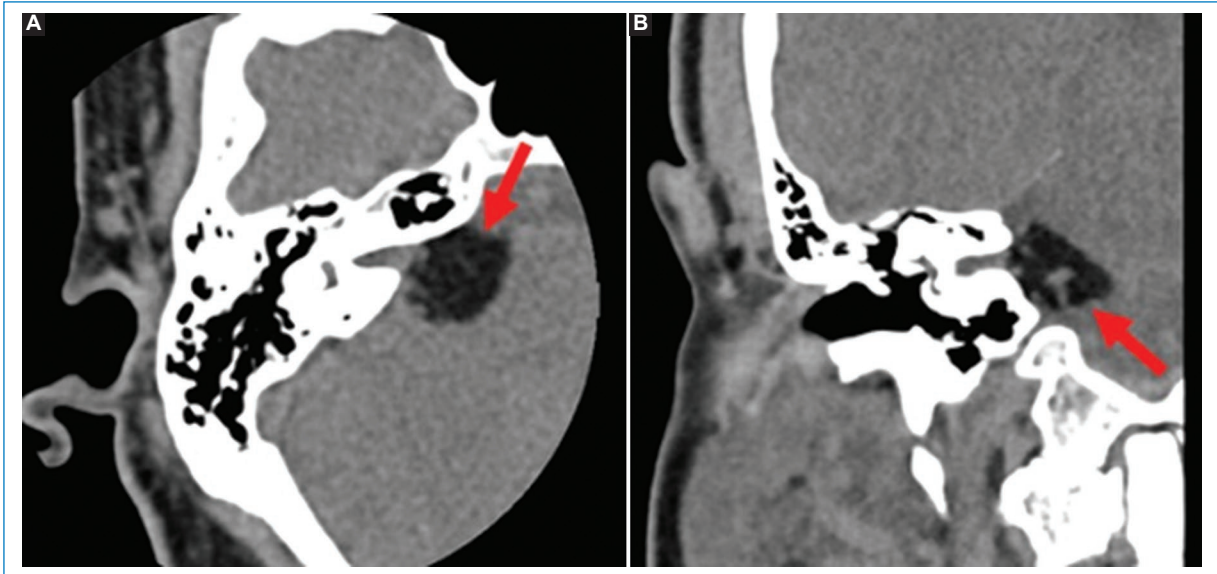


Figura 1. TC (A) axial, (B) reconstrucción coronal, en la que se observa una lesión hipodensa homogénea (-97 UH), de bordes definidos, localizada en el ángulo pontocerebeloso derecho (flecha).

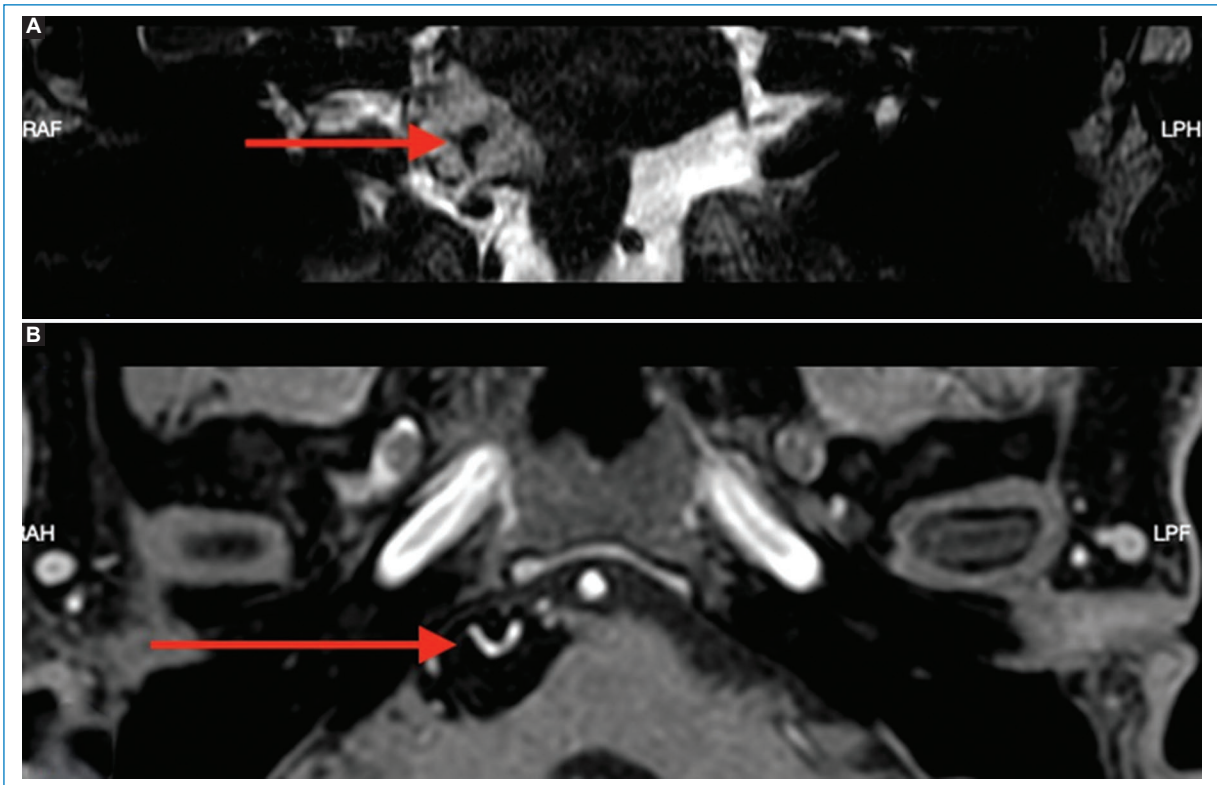


Figura 2. RM en secuencia DRIVE ponderada en T2, corte coronal (A), que muestra una lesión hiperintensa, homogénea, de bordes definidos, localizada en el ángulo pontocerebeloso derecho, envolviendo los pares craneales VII y VIII (flecha), y secuencia DIXON más gadolinio ponderada en T1, corte axial (B), en la que se aprecia una lesión hipointensa envolviendo la arteria cerebelosa anteroinferior (flecha).

Los estudios de imagen son considerados en caso de persistencia de los síntomas, al descartar las causas más comunes^{2,5}.

En la TC se muestran como lesiones hipodensas, entre -40 y -100 UH, de bordes bien definidos, en ocasiones con calcificaciones en su interior, y no presentan realce tras el contraste yodado⁶.

En la RM, el comportamiento de los lipomas es característico. En las secuencias ponderadas en T1 son lesiones hiperintensas homogéneas y en ponderación en T2 presentan una señal variable de predominio hiperintenso. En las secuencias de saturación grasa van a eliminar o disminuir su señal, lo que confirma su contenido graso y los diferencia de otras causas de hiperintensidad, como hemorragias o lesiones de contenido proteico^{5,7}. Se debe tener en cuenta que la intensidad de señal emitida por los lipomas va a depender de la cantidad de tejido adiposo en su interior⁴. Tras la administración de gadolinio intravenoso no presentan realce⁸.

Se realiza el diagnóstico diferencial con el schwannoma y el meningioma. La principal diferencia con los lipomas es su intenso realce de estos últimos ante el uso de material paramagnético; en los meningiomas se observará además cola dural². Las secuencias de susceptibilidad magnética ayudan a diferenciar los schwannomas de los lipomas por presentar con mayor frecuencia hemorragias internas⁶. Además, se deben tener en cuenta los quistes epidermoides, los cuales se diferencian de los lipomas por su contenido graso no uniforme^{2,5} y restringen en la secuencia de difusión. Los quistes aracnoideos tienen la característica del líquido, son hiperintensos en T2 e hipointensos en T1 y no restringen en la difusión.

El tratamiento es conservador en la mayoría de los casos. El seguimiento debe realizarse cada tres a cinco años con estudios de RM, reduciendo el tiempo en relación con la sintomatología⁵. La intervención quirúrgica es una opción infrecuente, aplicada a pacientes con síntomas graves o con un diagnóstico radiológico incierto; su principal limitación son las complicaciones transquirúrgicas por un área anatómica compleja⁹.

Agradecimientos

Los autores agradecen la participación de la jefa del servicio de imagenología en la revisión del texto.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización del presente trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

- Louis DN, Perry A, Reifenberger G, von Deimling A, Figarella-Branger D, Cavenee WK, et al. The 2016 World Health Organization classification of tumors of the central nervous system: a summary. *Acta Neuropathol.* 2016;131:803-20.
- White JR, Carlson ML, Van Gompel JJ, Neff BA, Driscoll CL, Lane JI, et al. Lipomas of the cerebellopontine angle and internal auditory canal: Primum Non Nocere. *Laryngoscope.* 2013;123:1531-6.
- Bertot B, Steele WJ, Boghani Z, Britz G. Diagnostic dilemma: cerebellopontine angle lipoma versus dermoid cyst. *Cureus.* 2017;9:e1894.
- Lagman C, Voth BL, Chung LK, Bui TT, Lee SJ, Barnette NE, et al. Evaluating the utility of a scoring system for lipomas of the cerebellopontine angle. *Acta Neurochir (Wien).* 2017;159:739-50.
- Kontorinis G, Freeman SR, Potter G, Rutherford SA, Siripurapu R, King AT, et al. Management of cerebellopontine angle lipomas: need for long-term radiologic surveillance? *Otol Neurotol.* 2014;35:e163-8.
- Dahlen RT, Johnson CE, Harnsberger HR, Biediger CP, Syms CA, Fischbein NJ, et al. CT and MR imaging characteristics of intravestibular lipoma. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2002;23:1413-7.
- Scuotto A, Cappabianca S, D'Errico C, Cirillo S, Natale M, D'Avanzo R, et al. Lipomas of the cerebellopontine angle: neuroradiological and surgical considerations. Review of the literature and report of our experience. *Clin Neurol Neurosurg.* 2013;115:2280-3.
- Bitar R, Leung G, Perng R, Tadros S, Moody AR, Sarrazin J, et al. MR pulse sequences: what every radiologist wants to know but is afraid to ask. *Radiographics.* 2006;26:513-37.
- Grigoryan GY, Sitnikov AR, Grigoryan YA. Trigeminal nerve lipoma presenting with trigeminal neuralgia: case report and literature review. *Zhurnal Voprosy Neirokhirurgii Imeni NN Burdenko.* 2021;85:102-10.