

Resolución del caso presentado en el número anterior

Lipoma móvil encapsulado

Mobile encapsulated lipoma

Dra. Belén Lozano-Masdemont^a, Dra. Monserrat Franco-Muñoz^a, Dra. Pilar Cortina de la Calle^a y Dr. Miguel Á. Flores-Terry^a

CASO CLÍNICO

Una niña caucásica de 12 años, sin antecedentes patológicos de interés, consultó por una lesión móvil en la rodilla derecha de 2 meses de evolución, dolorosa con la presión, pero sin repercusión funcional, de aparición intermitente. No recordaba ningún traumatismo previo. En la exploración, se observaba un nódulo firme, redondeado, color piel, de alrededor de 1 cm, desplazable ampliamente sobre planos profundos (Figura 1), que desaparecía en la zona superior de la rodilla.

FIGURA 1. Palpación del nódulo



Con dificultad por la movilidad, se realizó una extirpación completa de un nódulo de 6 mm, amarillento, de bordes regulares y superficie lisa (Figura 2). La histología mostró un nódulo, rodeado por una cápsula fibrosa, con adipocitos maduros, adipocitos anucleados necróticos y septos conectivos en su interior. Se llegó al diagnóstico de lipoma móvil encapsulado, anteriormente llamado necrosis grasa encapsulada o necrosis grasa nódulo-quistística.

Lipoma móvil encapsulado

Es una lesión benigna cuyo origen se atribuye a un traumatismo, el cual produciría una isquemia en el tejido celular subcutáneo que aislaría esa parte de grasa y permitiría su movilidad. La mayoría de los pacientes, sin embargo, no recuerdan dicho traumatismo. Estos lipomas pueden ser únicos o múltiples, de color piel o amarillos pálidos, localizados, más frecuentemente, en los miembros inferiores de varones jóvenes o mujeres de mediana edad. Su tamaño varía de varios milímetros a varios centímetros. Pueden observarse en pacientes con dermatomiositis juvenil, lupus eritematoso sistémico, esclerosis sistémica y síndrome de

FIGURA 2. Aspecto macroscópico del nódulo



a. Servicio de Dermatología. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real, España.

Correspondencia:
Dra. Belén Lozano-Masdemont, belenmasdemont@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 18-5-2016.

Aceptado: 12-8-2016

Ehlers-Danlos, entre otros. También han sido reportados casos de lesiones histológicamente idénticas submusculares, en el pericardio y en la cavidad abdominal.^{1,2}

Clínicamente, deben diferenciarse de los quistes epidérmicos. Estos se localizan, por lo general, en la cara, el cuello y el tronco superior. Son lesiones no desplazables, induradas, con frecuencia, de color negruzco, que pueden presentar un orificio en la superficie, que drena material queratósico con la presión. Histológicamente, están revestidos de epitelio similar a la epidermis, que contiene capa granulosa y láminas de queratina en su interior.

Otro diagnóstico para tener en cuenta es el granuloma anular profundo o nódulo pseudorreumatoideo. Se trata de una entidad inflamatoria benigna de causa desconocida, cuya asociación con la diabetes mellitus es controvertida. Afecta, preferentemente, a niños y se manifiesta con nódulos no desplazables, no dolorosos, color piel, localizados en las manos, los pies, las piernas y la cabeza. Histológicamente, afecta a la dermis profunda o hipodermis, en forma de focos de degeneración del colágeno y depósito de mucina, rodeados de histiocitos y células gigantes multinucleadas en empalizada.³

El nódulo reumatoideo es una entidad poco común en niños con artritis idiopática juvenil y ocurre, generalmente, en formas recalcitrantes. La localización más típica son los codos, el dorso de las manos, las rodillas, las orejas y otras zonas de presión. Se trata de nódulos color piel, firmes, indurados, no desplazables, cuya histología se diferenciaría del granuloma anular por áreas homogéneas eosinófilas con depósitos de fibrina.³

Por último, el quiste sinovial es una entidad benigna, localizada fuera de la cápsula articular, pero relacionada anatómicamente con esta por medio de pequeños canales permeables u obliterados. Se origina por degeneración mucinosa, traumatismos o tumores, que desplazarían el líquido sinovial desde regiones de alta a baja presión y provocarían una movilización del tejido sinovial. El líquido puede permanecer o desplazarse desde la articulación al quiste a través de estos canales, lo que condiciona los cambios de

tamaño de esta cavidad.⁴ A diferencia del lipoma móvil encapsulado, con la palpación, se percibe movimiento del líquido, no movimiento de la propia lesión.

Otros diagnósticos que podrían plantearse serían calcinosis cutis, tumores anexiales y reacciones ante cuerpos extraños. La calcinosis cutis idiopática, típica de la infancia, se caracteriza por nódulos indurados hiperqueratósicos dolorosos. Las reacciones ante cuerpos extraños se localizan en sitios de frecuentes traumatismos, como las rodillas, y el diagnóstico es histológico. Los tumores anexiales son más frecuentes en la cara; suelen afectar a la dermis y no se caracterizan por ser móviles.

El lipoma móvil encapsulado se diferencia microscópicamente del lipoma común por la presencia de los adipocitos anucleados y de la paniculitis traumática por la ausencia de inflamación. La paniculitis por déficit de alfa-1 antitripsina presentaría un infiltrado neutrofílico entre los haces colágenos de la dermis reticular, mientras que la paniculitis pancreática presentaría un infiltrado neutrofílico, necrosis extensa, saponificación y síntomas digestivos. El angioliipoma, típico de antebrazos de adultos jóvenes, puede diferenciarse por la presencia de pequeños vasos sanguíneos anastomosados, con microtrombos en su interior.

Con ecografía, el lipoma móvil encapsulado puede observarse como una lesión anecoica, esférica, bien delimitada, en el tejido celular subcutáneo, sin relleno vascular con doppler.⁵

El tratamiento es quirúrgico si produce molestias. ■

REFERENCIAS

1. Burgués M, Villar M, Petiti G. Mobile nodules on the legs. *Actas Dermosifiliogr* 2012;103(10):923-4.
2. Sempau L, Sambucetty PS, García JL, Sixto BG, et al. Mobile encapsulated lipoma. *Int J Dermatol* 2012;51(4):448-50.
3. Requena L, Fernández-Figueras MT. Subcutaneous granuloma annulare. *Semin Cutan Med Surg* 2007;26(2):96-9.
4. Guillén Astete CA, Ahijón Lana M, Zea Mendoza A. Tumor anterior de rodilla como forma de presentación de un quiste sinovial gigante. *Reumatol Clin* 2013;9(1):69-71.
5. Echeverría-García B, Hernández-Nuñez A, Borbujo J. Skin Ultrasound Features of Encapsulated Fat Necrosis. *Actas Dermosifiliogr* 2016; pii: S0001-7310(16)00087-9.