

Lipoma intermuscular gigante: relato de caso

Giant intermuscular lipoma: case report

GABRIEL SALUM

D'ALESSANDRO¹, TATIANA
REGO NUNES¹, ALAN LAJNER¹,
MARINA FELCA BEIRIGO¹,
OSCAR PORTO², WALTER
SOARES PINTO³

Trabalho realizado no Serviço
de Cirurgia Plástica da
Faculdade de Medicina da
Universidade de Santo
Amaro-UNISA,
São Paulo, SP.
Artigo recebido: 28/03/2008
Artigo aceito: 09/06/2008

RESUMO

Introdução: Contrastando com o fato de que os lipomas são tumores mesenquimais muito comuns, a variante subfascial é bastante rara. Esta é subdividida em intermuscular e intramuscular. O tipo intermuscular é o menos comum. Os lipomas gigantes também são raramente encontrados e são caracterizados por medir, no mínimo, 10 centímetros em uma das dimensões ou pesar ao menos 1000 gramas. **Relato do caso:** No presente artigo, relatamos o caso de uma paciente apresentando um lipoma intermuscular gigante localizado na coxa.

Descritores: Lipoma/cirurgia. Neoplasias lipomatosas. Coxas/patologia

SUMMARY

Introduction: Despite the fact that lipomas are very common mesenchymal tumors, the subfascial variant is quite rare. It is subdivided into intermuscular and intramuscular. The intermuscular type is less common. Giant lipomas are also rarely found and are characterized by measuring at least 10 centimeters in one dimension or weigh at least 1000 grams. **Case report:** In this article, we describe the case of a patient presenting a giant intermuscular lipoma located in the thigh.

Descriptors: Lipoma/surgery. Neoplasms, adipose tissue. Thigh/pathology

INTRODUÇÃO

Os lipomas são neoplasias mesenquimais muito comuns, com incidência aproximada de 10%¹. São classificados como subcutâneos e subfasciais, com as variantes intramusculares (lipomas infiltrativos) e intermusculares². Os dois últimos tipos são incomuns. Os intramusculares correspondem de 0% a 5% e os intermusculares, de 0,3% a 1,9% de todos os lipomas^{3,4}.

Segundo Sanchez et al.⁵, para um lipoma ser considerado gigante, ele deve medir, no mínimo, 10 centímetros em uma das dimensões ou pesar ao menos 1000 gramas. Lipomas com estas dimensões também são encontrados com pouca frequência e devem ser diferenciados dos lipossarcomas ou outros tumores de partes moles¹.

No presente artigo, relatamos o caso de uma paciente apresentando um lipoma intermuscular gigante localizado na coxa.

RELATO DO CASO

A.W., 65 anos, sexo feminino, branca. Procurou o Serviço de Cirurgia Plástica da Universidade de Santo Amaro referindo crescimento de massa indolor em coxa direita há aproximadamente 20 anos. O crescimento foi homogêneo em todo o período. Ao exame observou-se massa de consistência amolecida em face ântero-lateral da coxa direita, em planos profundos e medindo aproximadamente 20 x 10 centímetros (Figura 1).

Realizou-se ressonância magnética da coxa direita, que evidenciou lesão expansiva, lobulada, de contornos regulares, em topografia do músculo quadríceps femoral (vasto lateral), medindo 24 x 11 x 10 centímetros, com hipersinal em T1 e T2, com supressão das imagens em Stir e planos de clivagem nítidos com as estruturas adjacentes. Estas características sugeriram lipoma intermuscular em topografia do músculo quadríceps direito (Figuras 2A, 2B e 2C).

1. Residente de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro-UNISA.

2. Professor assistente de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro-UNISA.

3. Professor titular e chefe de disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro-UNISA.

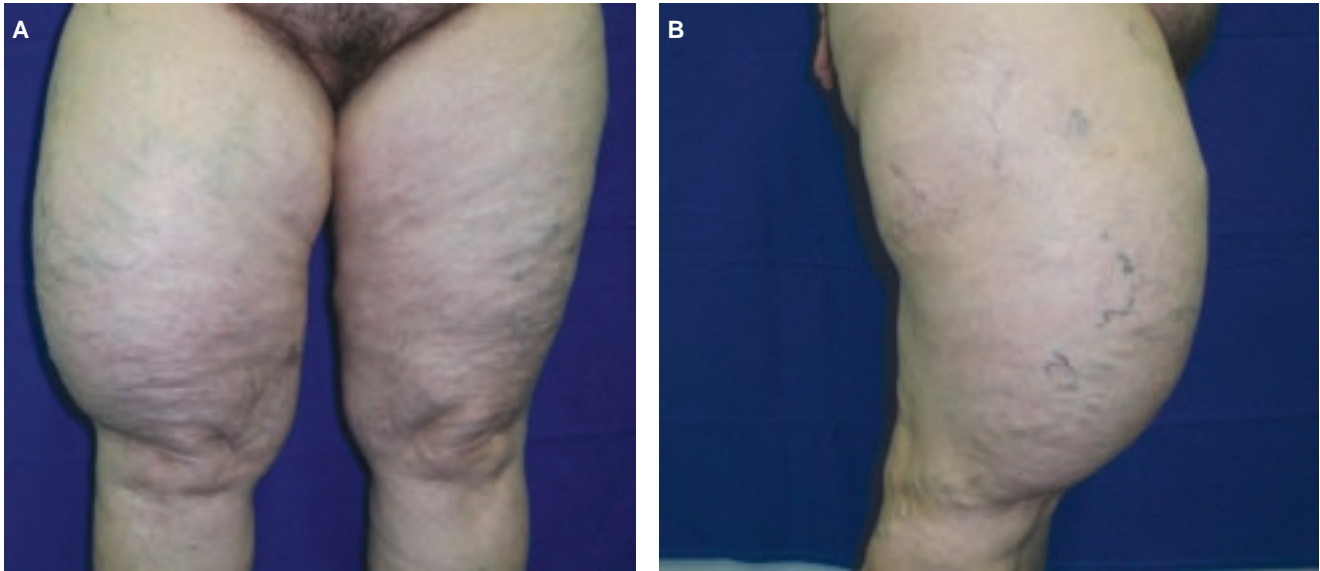


Figura 1 - Massa em face ântero-lateral da coxa direita, em planos profundos e medindo aproximadamente 20 x 10 cm. **A:** Visão anterior. **B:** Visão lateral direita.

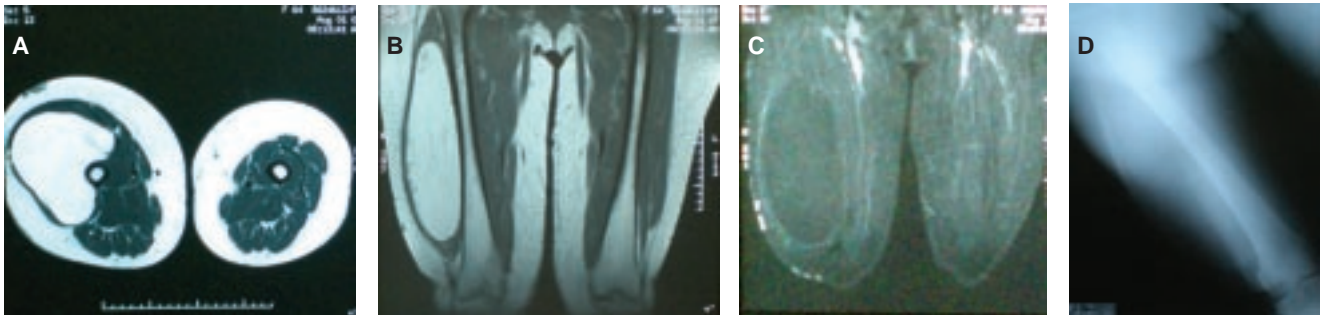


Figura 2 – **A:** Ressonância magnética mostrando corte axial de lesão expansiva, lobulada, de contornos regulares, em topografia do músculo vasto lateral, medindo 24 x 11 x 10 cm e com hipersinal em T2. **B:** Ressonância magnética mostrando corte coronal com hipersinal em T2. **C:** Ressonância magnética mostrando corte coronal com hipersinal em T1. **D:** Radiografia simples ântero-posterior da coxa direita mostrando massa bem delimitada e mais radioluscente que os tecidos vizinhos.

Realizada, também, radiografia simples da coxa direita, que revelou massa bem delimitada e mais radioluscente que os tecidos vizinhos (Figura 2D).

Realizada avaliação pré-operatória completa da paciente e programada exérese da lesão. Esta foi ressecada através de uma incisão longitudinal na face ântero-lateral da coxa direita (Figura 3). Após secção da pele e tecido celular subcutâneo, realizou-se incisão longitudinal no trato ileotibial para ter acesso ao músculo vasto lateral que também foi incisado. Evidenciou-se, então, massa de aspecto lipomatoso, que foi facilmente liberada da musculatura à sua volta com dissecação roma e ajuda das mãos. Procedeu-se à sutura da musculatura e da pele por planos, seguida de drenagem tubular a vácuo e de curativo compressivo.

A paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, sendo retirado o dreno no quinto dia. O exame anatomopatológico evidenciou lipoma sem sinais de malignidade, com peso de 1255 gramas. No momento, a paciente encontra-se no 2º mês de seguimento, sem evidência de recidiva do tumor.

DISCUSSÃO

Contrastando com o fato de que os lipomas são tumores mesenquimais muito comuns, a variante subfascial é bastante rara. Esta é subdividida em intermuscular e intramuscular. O tipo intermuscular é o menos comum. Acredita-se que estes tipos de lipomas se originam a partir da fascia intermuscular



Figura 3 - A: Lesão de aspecto lipomatoso evidenciada após incisão do trato ileotibial e do músculo vasto lateral da coxa direita. **B:** Liberação total da lesão envolta por uma pseudocápsula. **C:** Lipoma medindo 24 x 11 x 10 cm e pesando 1255 g.

e cresçam entre os feixes musculares⁴. Geralmente se apresentam como massas indolores e de crescimento lento. Quando há sintomas, estes ocorrem por compressão de estruturas vizinhas, como por exemplo, nervos⁶. A transformação maligna é rara, mas deve sempre ser suspeitada, principalmente em tumores com crescimento rápido, recorrentes e associados à ulceração da pele^{7,8}.

Os lipomas denominados gigantes, como conceituado anteriormente, são também raramente encontrados e devem ser diferenciados dos lipossarcomas, fibrohistiocitomas malignos e outros tumores de partes moles devido à estreita relação quanto ao tamanho^{2,9}.

De acordo com Behrend⁴, a primeira descrição de um lipoma subfascial ocorreu em 1856. Na época, Paget descreveu um lipoma junto ao músculo trapézio. Os lipomas subfasciais são geralmente solitários, assintomáticos e diagnosticados na sexta ou na sétima décadas de vida. A sua prevalência é ligeiramente maior no sexo masculino e são encontrados com maior frequência na coxa^{2,10}.

Radiologicamente, é possível observar aumento das partes moles ou massa bem delimitada e mais radioluscente que os tecidos vizinhos². A ultra-sonografia e a ressonância magnética são capazes de diferenciar os lipomas subfasciais dos lipossarcomas. Além disso, fornecem a localização exata do tumor e a sua relação com estruturas vizinhas^{9,10}. Isto auxilia muito o planejamento operatório.

O tratamento dos lipomas subfasciais gigantes é realizado por meio da excisão completa, com baixas taxas de recidivas para a variante intermuscular. Já o tipo infiltrativo,

ou seja, intramuscular, apresenta taxa de recidiva maior, principalmente quando há preservação da musculatura acometida¹⁻³.

REFERÊNCIAS

1. Terzioglu A, Tuncali D, Yuksel A, Bingul F, Aslan G. Giant lipomas: a series of 12 consecutive cases and a giant liposarcoma of the thigh. *Dermatol Surg.* 2004;30(3):463-7.
2. Kindblom LG, Angervall L, Stener B, Wickbom I. Intermuscular and intramuscular lipomas and hibernomas. A clinical, roentgenologic, histologic, and prognostic study of 46 cases. *Cancer.* 1974;33(3):754-62.
3. Fletcher CD, Martin-Bates E. Intramuscular and intermuscular lipoma: neglected diagnoses. *Histopathology.* 1988;12(3):275-87.
4. Behrend EM. Intermuscular lipomas. *Am J Surg.* 1929;7:857-60.
5. Sanchez MR, Golomb FM, Moy JA, Potozkin JR. Giant lipoma: case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 1993;28(2 Pt 1):266-8.
6. Botwin KP, Shah CP, Zak PJ. Sciatic neuropathy secondary to infiltrating intermuscular lipoma of the thigh. *Am J Phys Med Rehabil.* 2001;80(10):754-8.
7. Davis C Jr, Gruhn JG. Giant lipoma of the thigh. *Arch Surg.* 1967;95(1):151-6.
8. Hakim E, Kolander Y, Meller Y, Moses M, Sagi A. Gigantic lipomas. *Plast Reconstr Surg.* 1994;94(2):369-71.
9. Montenegro JS, Fernández CB, Ansio FG. Giant submuscular lipoma: clinical, diagnostic, and treatment aspects. *Plast Reconstr Surg.* 1998;101(2):543-4.
10. Nishida J, Morita T, Ogose A, Okada K, Kakizaki H, Tajino T, et al. Imaging characteristics of deep-seated lipomatous tumors: intramuscular lipoma, intermuscular lipoma, and lipoma-like liposarcoma. *J Orthop Sci.* 2007;12(6):533-41.

Correspondência para:

Gabriel Salum D'Alessandro
Rua Professor Enéas de Siqueira Neto, 340 - Jardim das Imbuías - São Paulo - SP - CEP 04829-300
E-mail: gsdalessandro@yahoo.com.br