

# LIPOMA INTRAÓSEO EN FALANGE. Tumoración infrecuente en localización excepcional.

**Autores:** Javier de la Hera Fernández, Marcos Ortiz Gutiérrez, David Santos Hernández, Carlos Fernández Álvarez, Eduardo José Díez Pérez. Hospital Sierrallana (Cantabria).

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Revisión de un **lipoma intraóseo** en una localización excepcional, como es la falange distal (FD) del 1er dedo del pie. Sin estar publicada literatura sobre esta localización, queremos resaltar la importancia de incluirlo en nuestro diagnóstico diferencial para lesiones radiolucientes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

♀ **59 años** sin antecedentes traumáticos o patología médica de interés, a la que se solicita radiografía (Rx) de pie izquierdo por clínica de monoartritis atraumática con resultado (**Fig. 1**) de “*lesión osteolítica de larga evolución, con crecimiento lento y expansivo en el cuello de la FD del primer dedo.*”

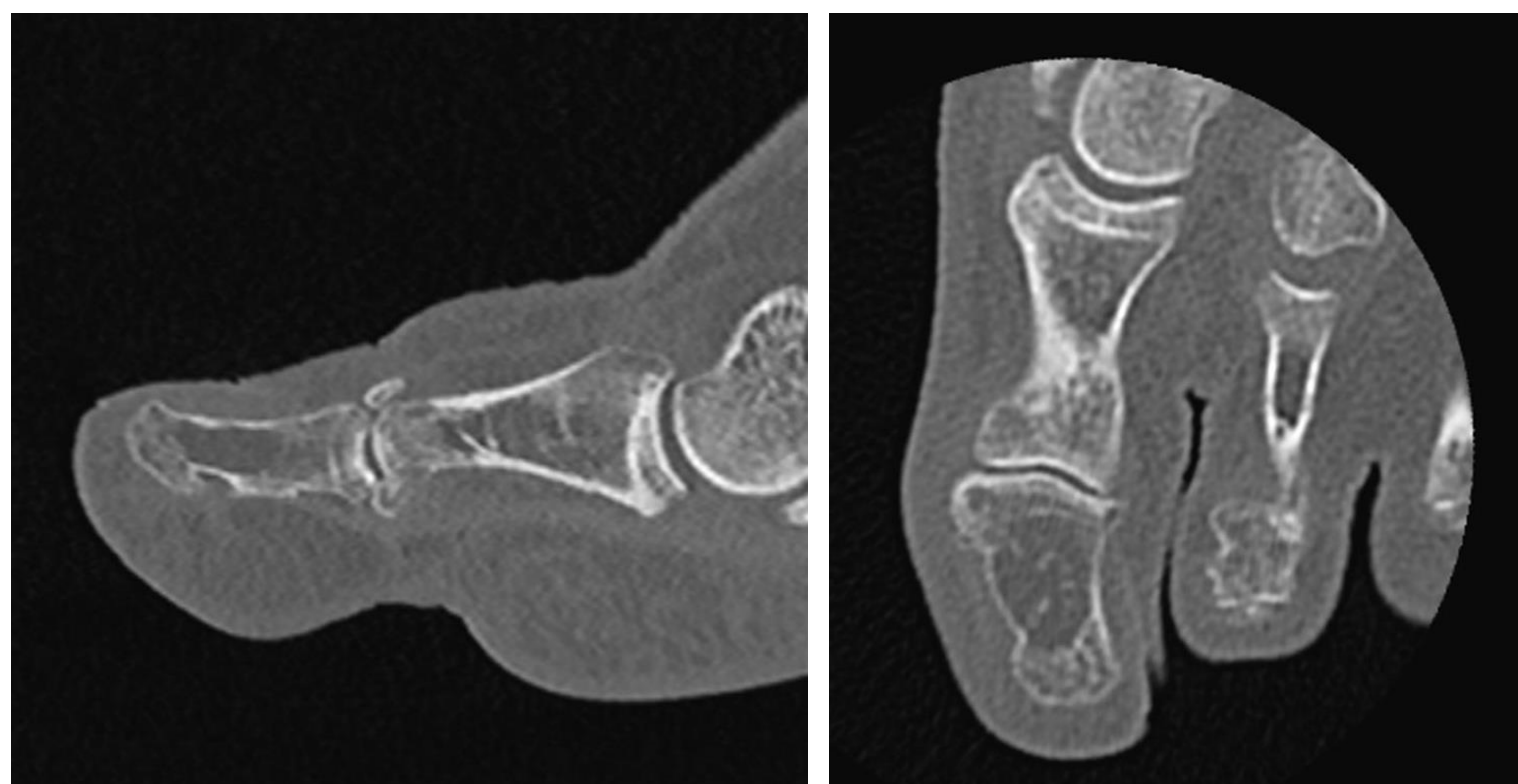


**Fig. 1:** Proyección AP y oblicua FD del 1er dedo pedida por su MAP con identificación de lesión subcentimétrica en ambos ejes.

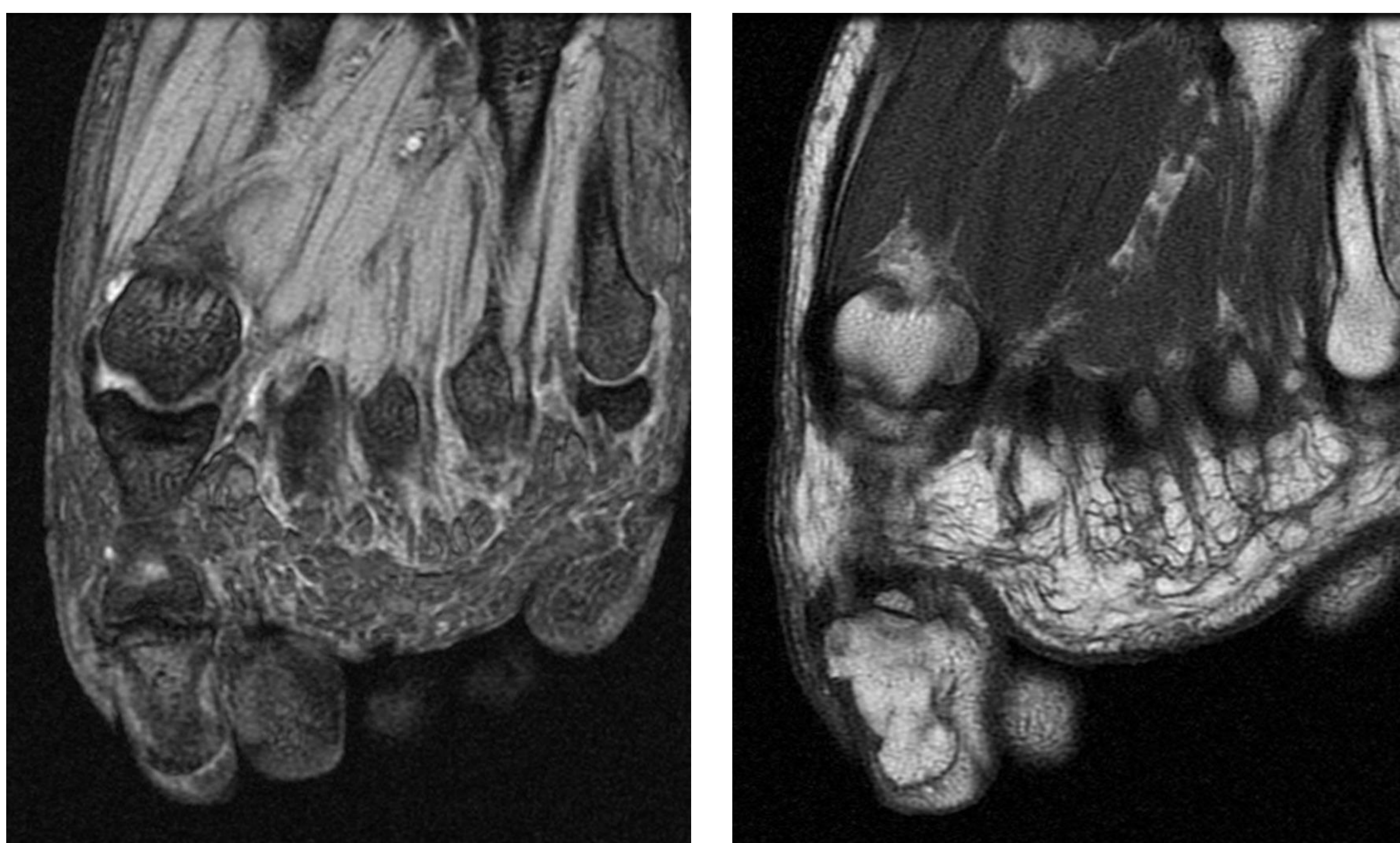
## RESULTADOS

Se amplían estudios con TAC-RMN (**Fig. 2 y 3**) que evidencia: “*imagen ovalada en la diáfisis de la FD del 1er dedo, que adelgaza y expande la cortical medial y dorsomedial, con densidad grasa homogénea, sugestivo de lipoma intraóseo involucionado.*”

La paciente mejoró clínicamente con tratamiento analgésico y se mantiene asintomática, por lo que se decide tratamiento conservador y seguimiento radiográfico anual, sin evidencia de cambio en el primer control.



**Fig. 2:** Corte sagital y coronal en TAC, objetivándose lesión de 4,5 x 7 x 13,4 mm (dorsoplantar x transversal x longitudinal) y foco de calcificaciones grumosas en las partes blandas dorso mediales.



**Fig. 3:** Secuencias DPsg, T1 y T2 en la RMN de control con corte coronal.

## CONCLUSIÓN

El **lipoma intraóseo** es un tumor benigno con una incidencia <0'1% de todos los tumores óseos primarios.

- **Localización:** Componente trabecular de huesos largos, principalmente en extremidades inferiores (70% en tibia, peroné, fémur y calcáneo), siendo excepcional en falanges.
- **Etiología:** No está bien definida, creyéndose que se deriva de una *lesión post-traumática*, o *tras infarto óseo* o por ser directamente un *tumor benigno*.
- **Clínica:** Por su carácter asintomático, la mayoría de las veces es un hallazgo casual en pruebas de imagen. Cuando cursa con clínica es de **dolor local**, siendo rara la **fractura patológica** o la **masa palpable**.

El primer paso diagnóstico es localizar en la RADIOGRAFÍA: una *lesión destructiva ósea no agresiva y bien delimitada* en huesos largos. Generalmente *adelgaza e insufla la cortical*, y puede tener calcificaciones en su interior. La RMN es el gold-standard para el diagnóstico, ya que muestra en T1 y T2 ese tejido adiposo intraóseo similar al subcutáneo.

El **tratamiento** es meramente sintomático por la posibilidad de involución.

1. En pacientes asintomáticos y sin compromiso de la estabilidad ósea se realiza un seguimiento clínico-radiológico.
2. Analgesia en aquellos con clínica leve.
3. Curetaje e injerto como última línea si existe riesgo de fractura patológica.