

UN CAZ RAR DE FIBROLIPOM GIGANT AL COAPSEI LA COPIL

**Dr. Andreea Oltean¹, Prof. Dr. Cristina Oana Mărginean²,
Conf. Dr. Horea Gozar³, Conf. Dr. Horvath Emoke⁴,
Șef. Lucr. Dr. Mihaela-Ioana Chinceșan²**

¹*Clinica Pediatrie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Tîrgu Mureș*

²*Disciplină Pediatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu Mureș*

³*Disciplină Chirurgie și Ortopedie Pediatrică, Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu Mureș*

⁴*Disciplină Anatomie Patologică, Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu Mureș*

REZUMAT

Lipoamele sunt tumori benigne compuse din țesut adipos, tipic localizate subcutanat, mai frecvent în partea superioară a spatelui, la nivelul umerilor, mâinilor și feselor. Mai rar, lipoamele pot fi întâlnite în profunzimea coapselor. Majoritatea lipoamelor sunt de dimensiuni mici, cântărind doar câteva grame, diametrul maxim fiind sub 2 cm, însă lipoamele gigante au cel puțin 10 cm diametru și minimum 1.000 g. Prezentăm cazul unei paciente de sex feminin, în vârstă de 14 ani, care observă, de aproximativ două luni și jumătate, apariția unei formațiuni tumorale pe fața anterioară a coapsei stângi, internându-se pentru investigații în Clinica Pediatrie I Tîrgu Mureș, Compartiment Hemato-Oncologie, cu suspiciunea de tumoră de părți moi. Examenul de rezonanță magnetică (RMN) efectuat a evidențiat un lipom intramuscular al coapsei stângi, cu dimensiuni maxime de 66/44/125 mm, fiind transferată în Clinica de Chirurgie și Ortopedie Pediatrică pentru excizie. Examenul histopatologic a evidențiat aspectul de fibrolipom.

Cuvinte cheie: lipom, coapsă, copil

Abrevieri

VSH = viteza de sedimentare a hematiilor

PCR = Proteina C reactivă

INTRODUCERE

Lipoamele sunt acumulări de țesut adipos localizate frecvent în porțiunea posterioară a gâtului, la nivelul trunchiului, porțiunea proximală a membrilor, dar se pot dezvolta în toate organele corpului fiind localizate intraabdominal, intramuscular sau subcutanat. Ele apar la 1% din populație, copiii fiind foarte rar afectați.

Aceste tumori benigne au o creștere lentă, formând mase moi, lobulate, înconjurate de o capsulă fibroasă subțire. Sunt compresibile și pot suferi o serie de transformări ca: atrofie, calcificare, lichefiere, xantomatoză, care pot complica evoluția lor (1). Volumul lor tinde să crească odată cu creșterea în greutate, dar nu se micșorează la scăderea în greutate. Lipoamele multiple, identice sau izolate pot fi transmise autozomal dominant și de obicei apar

în a treia decada de viață a pacienților cu lipomatoză familială multiplă. Există speculații în ceea ce privește o posibilă legătură între un traumatism și apariția ulterioară a unui lipom (1,2).

Diagnosticul diferențial este furnizat de tomografia computerizată (CT), rezonanța magnetică (RMN), biopsie/imunohistochimie (3). Cea mai frecventă tumoră malignă de părți moi este histiocitomul fibros malign, urmat de liposarcom, care se aseamănă cu lipomul la examenul computer tomograf și la RMN, fiind cel mai frecvent localizat la nivelul coapsei (4). Rezonanța magnetică cu contrast depistează masa lipomatoasă având semnal caracteristic de intensitate mare a țesutului gras, fără tendință de creștere (5).

De obicei, nu este necesar tratamentul lipoamelor decât dacă acestea devin dureroase sau restricți-

Adresa de corespondență:

Prof. Dr. Cristina Oana Mărginean, Universitatea de Medicină și Farmacie, Str. Gh. Marinescu nr. 38, Tîrgu Mureș, Romania

E-mail: marginean.oana@gmail.com

onează motilitatea. Excizia chirurgicală se impune din motive estetice, creștere în dimensiuni sau pentru examen histopatologic, când există suspiciunea unui liposarcom (6). Lipoamele cu creștere rapidă sau dureroase pot fi tratate printr-o varietate de proceduri, de la injectare cu steroizi până la excizie. Rezultatul intervenției și prognosticul lipoamelor este excelent. Recurența este mai puțin frecventă, dar posibilă în cazul lipoamelor excizate incomplet.

Caracterul posibil malign și tendința de recurență a lipoamelor sunt motivele pentru care atragem atenția asupra lor.

PREZENTARE DE CAZ

Prezentăm cazul unei paciente de sex feminin, în vârstă de 14 ani, fără antecedente personale patologice, care observă, de aproximativ două luni și jumătate, apariția unei formațiuni tumorale pe fața anterioară a coapsei stângi, cu creștere rapidă, fără alte simptome. Pacienta s-a prezentat pentru un consult pediatric ambulatoriu, fiind ulterior internată în Compartimentul de Hemato-Oncologie Pediatrică, cu suspiciunea de tumoră de părți moi. Examenul clinic la internare a evidențiat o stare generală bună, tegumente normal colorate, vergeturi la nivelul coapselor bilateral, fără adenopatii palpabile sau organomegalie, echilibrată cardiac și respirator. Evaluarea musculoscheletală a evidențiat o masă palpabilă, mobilă, pe fața anterioară a coapsei stângi, cu minimă sensibilitate la palpare, consistență fermă, cu dimensiuni aproximative de

13/7/8 cm, fără deficit motor (Fig. 1 a,b.). Greutatea corporală actuală este de 62 kg (din anamneză reiese că greutatea corporală anterior apariției formațiunii tumorale era de aproximativ 60 kg). Fără istoric de febră sau traumatism.

Pacienta a fost investigată din punct de vedere paraclinic și imagistic. Analizele de laborator au relevat valori normale ale markerilor tumorali nespecifici: feritină, cupru seric, fosfatază alcalină, calciu seric, lactat dehidrogenază, absența sindromului inflamator (VSH, PCR normale), coagulogramă normală, creatin-fosfokinaza normală, hemoleucogramă și frotiu sangvin periferic normale. Electroliții, glicemia, probele renale, hepatice și electrocardiografia au fost normale. Ecografia coapsei a evidențiat la nivelul mușchiului vast medial în treimea medie și distală o arie eliptică, bine delimitată, care deviază structurile vasculare din vecinătate, cu extensie minimă de 12/5,5/7,4 cm, fără semnal Doppler vascular, cu structură omogenă, care mimează structura țesutului muscular, fără semnal vascular sau calcificări la acest nivel.

Ecografia abdominală și radiografia toracică nu au evidențiat anomalii. Investigațiile diagnostice au fost completate cu examenul RMN, care a evidențiat: lipom intramuscular localizat profund anterior în treimea mijlocie a coapsei stângi, în mușchiul cvadriiceps – vastul medial, posterior venind în contact cu diafiza femurală, bine delimitat, cu fine septele incluse, cu dimensiuni maxime de 66/44/125 mm, fără elemente compressive asupra pachetului vascular femural (Fig. 2 a,b).



FIGURA 1a și 1b. Formațiune tumorală pe fața anterioară a coapsei stângi, vergeturi

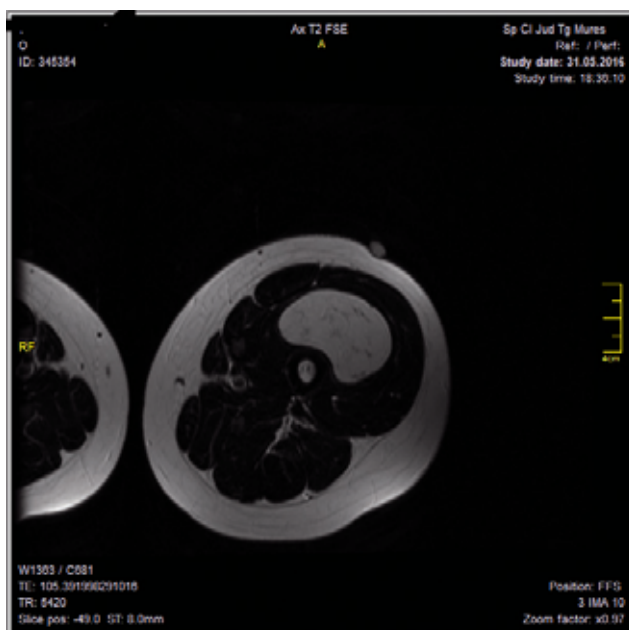


FIGURA 2a. Secțiune axială la nivelul mușchiului vast medial – se observă o formațiune bine delimitată, omogenă cu hipersemnal în T2.



FIGURA 2b. Secțiune sagitală la nivelul mușchiului vast medial – se observă o formațiune ovalară omogenă, bine delimitată, cu fine septe incluse, cu hipersemnal în T1.

Pacienta a fost ulterior transferată la Clinica de Chirurgie și Ortopedie Pediatrică pentru excizia completă a lipomului și examen histopatologic. Descrierea macroscopică a identificat formațiunea tumorală ca fiind din țesut adipos, încapsulată, de consistență elastică, diametrul fiind de 130/60/50 mm, greutatea de 960 g. Descrierea microscopică a evidențiat o formațiune tumorală alcătuită din numeroși paniculi adipoși, cu celule mature, fără atipii, despărțite de benzi de țesut fibros. În jurul septurilor fibroase se observă histiocite (Fig. 3 a,b). La nivel celular proteina S100 este negativă, iar indicele de proliferare Ki-67 este redus. Se observă prezența unui infiltrat inflamator preponderent lim-

focitar. Concluzia examenului histopatologic: fibrolipom complet excizat.

DISCUȚII

Lipoamele sunt tumori benigne de părți moi, superficiale sau profunde, clinic asimptomatice, dar în unele cazuri pot ajunge la dimensiuni considerabile (7). În cazul prezentat, lipomul a fost asimptomatic, iar volumul său gigant a fost asociat cu creșterea în greutate a pacientei, vizibilă de asemenea prin prezența vergeturilor.

Terzioglu et al. descriu lipoamele de 10/5/3 cm sau de dimensiuni mai mari ca fiind lipoame gigan-

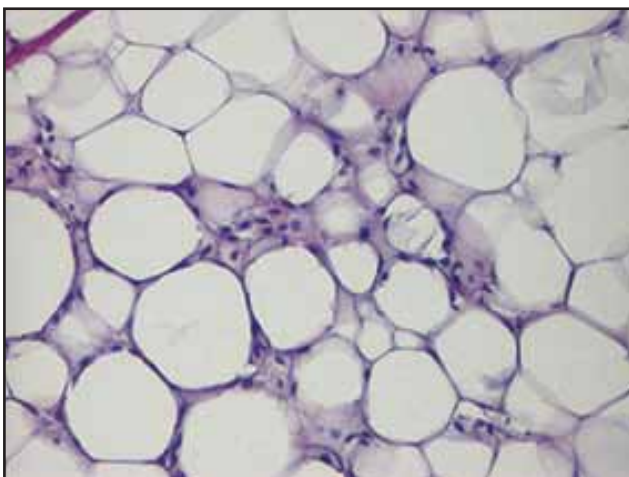


FIGURA 3a. Agregate de celule adipoase mature, fără atipii (colorație hematoxilin-eozină, mărire de 20 x)

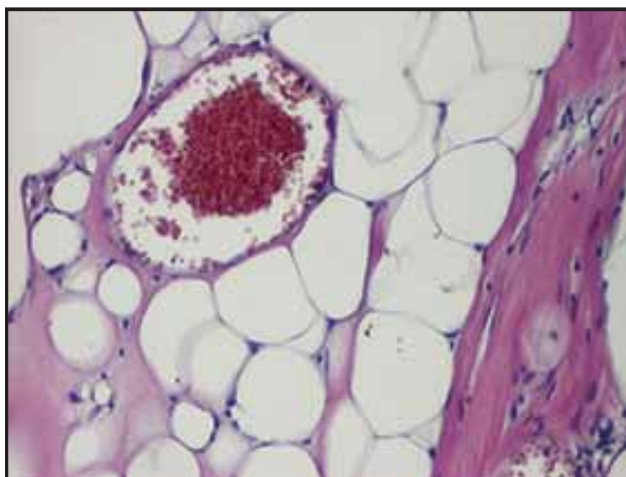


FIGURA 3b. Benzi de țesut fibros și histiocite (colorație hematoxilin-eozină, mărire de 20 x)

te și notează faptul că diagnosticul diferențial al tumorilor de această dimensiune ar trebui să includă și liposarcomul (8). La prezentul caz expus, măsurătorile lipomului prin rezonanță magnetică au indicat dimensiuni mai mari (6,6/4,4/12,5 cm), care au ajutat atât la încadrarea în această categorie, cât și la diagnosticul diferențial.

Ecografia este investigația imagistică de primă intenție, datorită costului scăzut și a disponibilității în comparație cu RMN-ul, în evaluarea inițială a tumorilor de părți moi a căror natură nu este pe deplin înțeleasă (9). În cazul prezentat, ecografia nu a permis definirea exactă a leziunii, aceasta fiind fără semnal Doppler. Deși ecografia nu a putut diferenția între o leziune benignă și o leziune malignă de grad mic, diagnosticul de lipom gigant a fost completat prin efectuarea RMN-ului, confirmat apoi de examenul histopatologic.

Datorită contrastului tisular excelent și a lipsei radiațiilor ionizante, rezonanța magnetică a devenit investigația de alegere la copii, în evaluarea maseilor de țesuturi moi, profunde și de dimensiuni mari, definind extinderea acestora și relația cu structurile adiacente, cât și în urmărirea postterapeutică (10).

Evaluarea meticuloasă a marginilor și a caracteristicilor interne la examenul RMN pot fi de ajutor în diferențierea dintre lipom și liposarcomul bine diferențiat (10,11). Examinarea RMN în cazul prezentat a arătat nu numai dimensiunile lipomului, dar și localizarea intramusculară profundă, buna delimitare, cu septuri fine și absența compresiei pe pachetul vascular femural.

Bjerregaard et al. au arătat în studiul lor faptul că este esențială confirmarea diagnosticului de lipom prin biopsie excizională, deși examinarea CT preoperatorie este foarte utilă (12). Examinarea histopatologică în cazul de față a descris un fibrolipom gigant complet excizat.

Serpell et al. au concluzionat că indicațiile de excizie ale lipomului includ: o dimensiune mai mare de 5 cm, localizarea subfascială, o tumoră în

creștere, clinic - durere, fermitate, iregularitate sau un rezultat echivoc la biopsia preoperatorie cu ac fin, dar și motivele cosmetice (13). Lipoamele mici pot fi îndepărtate prin enucleere. Lipoamele mari sunt îndepărtate prin efectuarea unei incizii în tegumentul ce acoperă lipomul (14). Tratamentul lipomului în cazul prezentat a constat în excizia completă din cauza creșterii rapide în dimensiuni, din motive estetice, dar și pentru efectuarea examenului histopatologic în vederea precizării diagnosticului pozitiv.

Fibrolipoamele sunt foarte rare la pacienții pediatrici, literatura descrie un caz de fibrolipom congenital la nivelul membrului inferior stâng la un copil de 4 ani, care a fost complet excizat (15). Totuși, există un risc de recurență după o perioadă variabilă de timp, în ciuda rezecției totale. Aceasta poate să apară ca o transformare malignă.

CONCLUZII

Lipoamele sunt tumori benigne de țesuturi moi și trebuie întotdeauna luate în considerare în diagnosticul diferențial al formațiunilor tumorale de la nivelul coapsei. Sunt importante atât recunoașterea semnelor clinice ale lipoamelor superficiale și profunde, cât și identificarea caracteristicilor imagistice ale acestora pentru optimizarea diagnosticului inițial și a tratamentului. Ecografia este utilă în evaluarea inițială a leziunilor mici, superficiale sau când istoricul sugerează un anumit diagnostic, însă, în cazul unui lipom gigant, nu poate diferenția între o leziune benignă și una malignă. Rezonanța magnetică este frecvent necesară în evaluarea lipoamelor, mai ales în cazul celor profunde și de dimensiuni mari în care ecografia nu permite definirea exactă a leziunii. Tratamentul lipoamelor constă în excizia completă, însă recurența este posibilă, de aceea urmărirea pe termen lung a acestor pacienți este necesară ca o măsură de precauție.