

Lipoma intraespinal lumbar atípico: presentación de un caso.



JUAN CARLOS ANDREANI, MD
NEUROCIRUJANO

AUTORES

JUAN CARLOS M ANDREANI, MD;
JUAN PABLO CANTA VERBEKE, MD.

Instituto de Neurorehabilitación en Argentina
(INEUREA). Buenos Aires, Argentina.

E-mail: jcmandreani@gmail.com

Resumen

Introducción. Los lipomas epidurales son infrecuentes y se manifiestan clínicamente con un síndrome de compresión medular y/o radicular progresivo, aunque su tiempo de evolución no está claramente establecido. La resonancia magnética (RMN) del raquis es la clave en el diagnóstico pues demuestra la naturaleza, la localización y la extensión del tumor en relación a la médula espinal. Con frecuencia se trata de lesiones accesibles para la extirpación quirúrgica y tienen un excelente pronóstico de recuperación funcional. La histopatología los describe como lesiones formadas por células maduras de tejido graso.

Caso ilustrativo. Un hombre de 52 años que consulta por dolor lumbociático de topografía L5 derecha que evolucionó durante dos años con períodos de recrudescimiento hasta hacerse continuo e invalidante al momento de ser operado. Las imágenes de RMN mostraron un tejido anormal localizado a nivel de L4-L5 y un canal lumbar estrecho congénito. Cuatro meses después de la resección quirúrgica el paciente se encontraba asintomático.

Conclusiones. Los lipomas epidurales raquídeos son tumores benignos y poco frecuentes que suelen manifestarse con un síndrome radicular. El caso aquí descrito se destaca por su evolución relativamente rápida de dos años y lo inusual de sus características en las imágenes de RMN de la primera vez. Esta entidad debe tenerse presente pues su tratamiento, la extirpación a través de una laminectomía, conduce a la recuperación del paciente que suele ser completa si se opera a tiempo, como en este caso.

Palabras clave: compresión medular; lipoma epidural; resonancia magnética; tumor espinal

Recibido: Abril 2009
Aceptado: Mayo 2009

Abstract

Introduction. Adipose tissue normally makes part of the spinal canal, so lipomas could arise. Epidural lipomas are rare tumors and they clinically manifest as a syndrome of spinal cord or radicular compression, or both. Magnetic resonance imaging (MRI) of the rachis is the key for diagnosis because demonstrates the nature, localization and extent of the lesion related to spinal cord. Very often these tumors are surgically removable and have excellent prognosis for outcome. Histo-pathologically, they are described as mature cells of adipous tissue.

Case report. A 52 years old man consulting for lumbo-sciatic pain lasting during two years with periods of re-agudization, finally being continuous and invalidating when operated. His MRI imaging showed an abnormal tissue located at L4-L5 level and a congenital narrow lumbar canal. Four months after the surgical resection the patient is asymptomatic.

Conclusions. Spinal epidural lipomas are rare and benign tumors often presented as a radicular syndrome. The case described in this paper is characterized by his relatively rapid evolution of two years and his uncharacteristic first MRI imaging. This entity must be present in surgeon's mind because its treatment is surgical extirpation and its recovery is frequently complete whenever operated in the right time, like in the present case.

Key words: spinal cord compression syndrome; epidural lipoma; magnetic resonance imaging; spinal tumor

Introducción

Los lipomas intraespinales no asociados a disrafismo son muy raros.¹ Hasta el año 1971 sólo se habían publicado 176 casos en la literatura médica, de los cuales el 70% de los pacientes eran menores de 30 años.²

Los lipomas intraespinales a menudo están asociados a diferentes tipos de disrafismo y con frecuencia son intradurales y están localizados mayormente a nivel del *filum terminale*, la región cervical o la dorsal.³

Posterior a 1971 se ha incrementado mucho el número de casos diagnosticados y las edades de presentación son más tardías; esto se debe en gran parte a los adelantos en la radiología, principalmente a la aparición de la RMN como herramienta diagnóstica.⁴

La característica radiológica principal de estos tumores es la hiperintensidad que presentan en las imágenes de RMN en la secuencia ponderada en T2,⁵ aunque se han descrito variaciones de acuerdo a su contenido y asociación con otros tejidos anormales tales como fibroso o vascular.⁶

Todavía no se ha determinado claramente su tiempo de evolución.⁷ Respecto a los lipomas que comprometen el territorio lumbar, existen casos descritos de un año de evolución cuando afectan el foramen intervertebral;⁴ sin embargo, se reportan otros más prolongados, incluso de hasta 10 o más años.⁸

Los llamados angioliipomas, es decir cuando un tejido vascular anómalo forma parte de la lesión, también son raros; pueden presentarse en pacientes más jóvenes y tener un tiempo de evolución más breve.⁹

Presentamos el caso de un lipoma que al examen macroscópico y microscópico tiene una presentación típica, pero cuyas imágenes radiológicas y tiempo de evolución no son habituales de un lipoma diferenciado.

Caso clínico

Paciente masculino de 52 años de edad con antecedentes de tabaquismo, obesidad moderada, hipertensión arterial tratada y síndrome de canal carpiano bilateral desde el año 2001 con buena respuesta al tratamiento médico y que no necesitaba intervención.

Su cuadro clínico inició a fines del año 2006 con dolor lumbociático que comprometía el territorio de la raíz L5 derecha, caracterizado por la ausencia del signo de Lasègue (a 90°) e incremento de la intensidad del padecimiento cuando adoptaba la posición sedente.

Se le realizó entonces una resonancia magnética (RMN) de columna lumbosacra con secuencias ponderadas en T1 y T2 que evidenciaba un canal raquídeo estrecho congénito asociado a una protrusión discal de tamaño discreto a nivel de L4-L5; además, mostraba una lesión epidural ligeramente hiperintensa y algo heterogénea ubicada a esa misma altura, que invadía levemente el canal espinal y protruía en el espacio interlaminar y parecía tener la apariencia de tejido graso, aunque sus características radiológicas no eran del todo habituales debido a su intensidad heterogénea (Fig 1).

Debido a lo exiguo del volumen de la protrusión discal y a la incertidumbre de si esta o el tejido anormal visible en la RMN, presuntamente un lipoma, eran la

causa del cuadro clínico se decidió realizar tratamiento médico y kinésico.

Tras un período de mejoría de varios meses durante los cuales el dolor había remitido, nuevamente empezó manifestarse a fines del año 2007 con períodos de agravamiento y remisión cada vez menos espaciados y la aparición de síntomas asociados progresivamente más invalidantes.

Por ello, en julio del 2008 se le indicó una nueva RMN de columna lumbosacra; sin embargo, el paciente demoró en hacerse el estudio hasta noviembre porque tuvo que atender otro problema de salud (apneas del sueño) que se había presentado concomitantemente durante un período de remisión parcial durante ese mismo año.

Al momento de acudir a su consulta médica en diciembre, el dolor ciático que se manifestaba en el territorio de la raíz L5 derecha era continuo, y se asociaba a moderado déficit motor focal y signo de Lasègue presente a 30°; también tenía crisis de dolor con irradiación al territorio de L4, e incluso de L3 luego de marchas de más de 100 metros de distancia que lo obligaban a permanecer en cama durante varios días y consumir analgésicos diariamente.

La RMN mostraba diferencias respecto al estudio anterior pues se notaba que dicha lesión imagen había aumentado tanto en tamaño como en grado de invasión del canal y el espacio interlaminar L4-L5, con gran efecto de masa. Esta vez sí presentaba las características radiológicas típicas de un lipoma (Fig. 2).

En ese contexto clínico-radiológico se decidió intervenir quirúrgicamente en enero del 2009. Se realizó hemilaminectomías derechas en L4 y L5 y se resecó la masa lipomatosa que protruía en el espacio interlaminar y se extendía dentro del canal raquídeo comprimiendo la raíz L5 derecha pero sin comprometer el foramen intervertebral. Al explorar la protrusión discal se observó que no ofendía a la raíz. Al final de la intervención se constató la libertad de las raíces L4, L5 y S1.

El informe histopatológico de las muestras de biopsia fue: "Lipoma diferenciado", sin ningún signo de atipia celular ni vascularización.

El paciente evolucionó con la total desaparición del dolor radicular en las primeras 24 horas posteriores a la cirugía y la recuperación motora de dicha raíz en una semana.

Al cabo de cuatro meses de seguimiento posoperatorio el paciente continuaba asintomático y había retomado su vida social y laboral previa.

Discusión

El espacio epidural vertebral está ocupado por tejido adiposo y vasos sanguíneos; la disposición del plexo venoso se continúa con el espacio epidural intracraneal. En condiciones anatómicas normales, la grasa epidural está mayormente localizada en los cuadrantes posterolaterales del canal vertebral y varía de volumen según el nivel en la columna; está bien identificada y cuantificada mediante la TAC y RMN; su distribución también varía según el nivel vertebral que se trate, siendo predominante a nivel dorsal y lumbar.¹⁰ Su función es de protección de las estructuras nerviosas intrarraquídeas.

La presencia de tejido adiposo anormal en el canal raquídeo representa una rara variante diagnóstica en la práctica habitual del neurocirujano. Frente a esta situación, en un paciente adulto y sin signos de disrafismo, el diagnóstico diferencial debe establecerse fundamentalmente entre angioliipoma, hematoma epidural vertebral espontáneo y lipomatosis.¹¹

Con respecto al angioliipoma, la clínica y las neuroimágenes, principalmente las de RMN, contribuyen al diagnóstico diferencial.¹⁰ Por otra parte, la evolución clínica de los hematomas epidurales suele ser breve y rápida, de horas o días de duración; los espontáneos suelen presentarse en pacientes con tratamiento anticoagulante o con algún otro tipo de trastorno de la coagulación, empiezan sin un antecedente claro de traumatismo y se manifiestan con un síndrome de compresión medular de inicio más o menos brusco. En el estudio por RMN, a diferencia de lo descrito en los lipomas, suelen observarse como masas más extensas y de una intensidad variable de acuerdo con el momento de la evolución.¹²

Y la lipomatosis raquídea es un crecimiento excesivo y difuso de la grasa epidural normal, sin carácter tumoral, que se asocia con la obesidad, el síndrome de Cushing y otras endocrinopatías y puede tratarse por medios no quirúrgicos.¹³ Es muy rara la transformación maligna de los lipomas aunque se han descrito algunos casos.¹⁴

Lo establecido hasta el presente, de acuerdo a lo analizado en la literatura, es que los lipomas epidurales diferenciados de topografía lumbar son de lenta evolución y se observan hiperintensos en las imágenes de RMN en la secuencia ponderada en T2.¹⁵

Conclusiones

Los lipomas epidurales lumbares diferenciados son tumores raros, con ciertos matices en su diagnóstico diferencial, pero curables con una intervención quirúrgica. Pese a que durante la cirugía se observa que se trata de un lipoma típico, lo que se comprueba mediante la histopatología, presenta una imagen no

característica en la RMN. Hacemos hincapié en la necesidad de tener presente esta posibilidad diagnóstica dado el incremento de su tasa de incidencia en los últimos años y al hecho de que tiene un muy buen pronóstico y una relativa rápida evolución favorable si se lo extirpa.

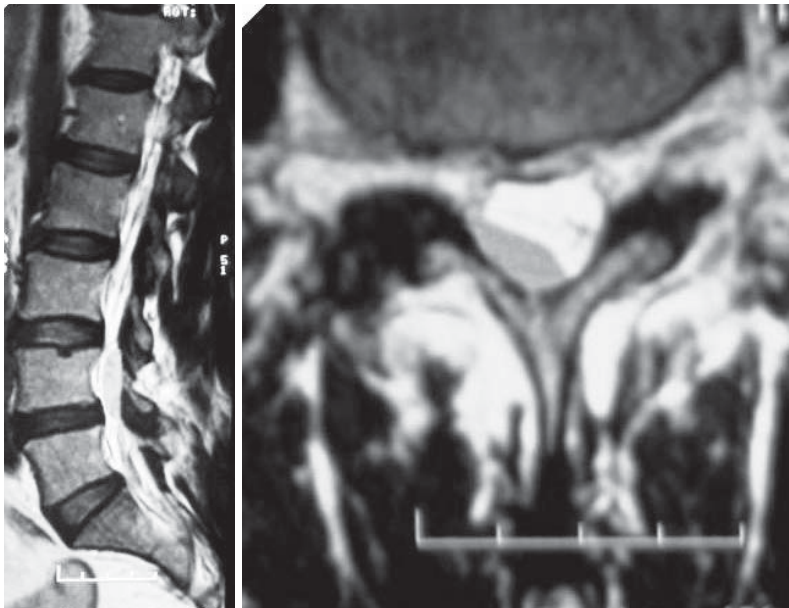


Figura 1. Imágenes de la RMN de columna preoperatoria (octubre 2006) en las que se evidencia el lipoma epidural intraespinal, con características poco habituales.

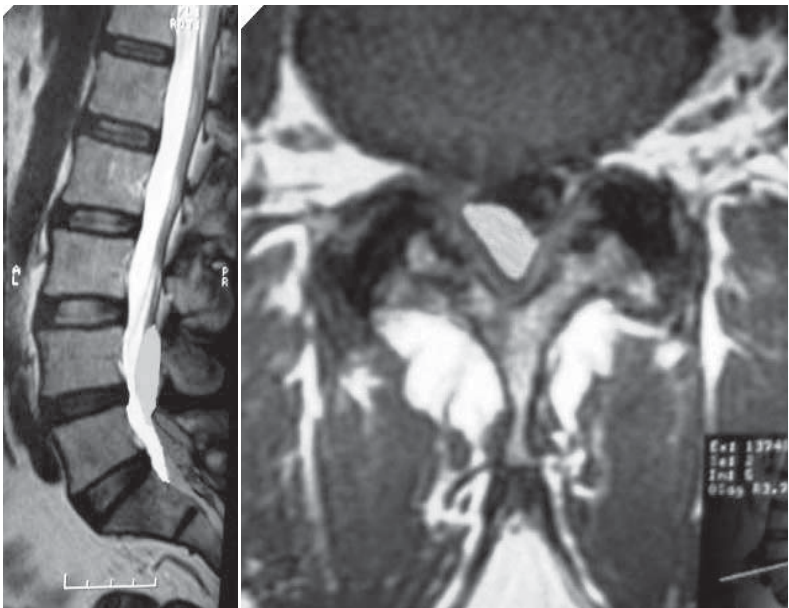


Figura 2. Imágenes de la RMN de columna preoperatoria (noviembre 2008) que muestran la lesión con características radiológicas típicas de un lipoma.

Referencias

1. Albright AL, Gartner JC, Wiener ES. Lumbar cutaneous hemangiomas as indicators of tethered spinal cords. *Pediatrics*. 1989 Jun;83(6):977-80.
2. Giuffrè R, Gambacorta D. Lipomas of the spinal cord. Case report. *J Neurosurg*. 1971;35(3):335-7.
3. van Dellen JR, van den Heever CM. Intraspinal lipoma. A case report. *S Afr Med J*. 1976 Jan 10;50(2):49-50.
4. Zevgaridis D, Nanassis K, Zamboukas T. Lumbar nerve root compression due to extradural, intraforaminal lipoma. An underdiagnosed entity? *J Neurosurg Spine*. 2008 Nov;9(5):408-10.
5. Ishikawa Y, Shimada Y, Miyakoshi N, Suzuki T, Hongo M, Kasukawa Y, et al. Decompression of idiopathic lumbar epidural lipomatosis: diagnostic magnetic resonance imaging evaluation and review of the literature. *J Neurosurg Spine*. 2006 Jan;4(1):24-30.
6. Borré DG, Borré GE, Aude F, Palmieri GN. Lumbosacral epidural lipomatosis: MRI grading. *Eur Radiol*. 2003 Jul;13(7):1709-21.
7. Anson JA, Cybulski GR, Reyes M. Spinal extradural angiolipoma: a report of two cases and review of the literature. *Surg Neurol*. 1990 Sep;34(3):173-8.
8. Arrazola, M., Ruiz, I., Samprón, N., Urculo E. Tumores primarios del espacio epidural raquídeo. En: Campos JM, Vaquero J, editores. *Tumores raquímedulares*. Madrid: CEURA - Centro de Estudios Ramón Areces; 2007. p. 169-176.
9. Stranjalis G, Jamjoom A, Torrens MJ. MRI in the diagnosis of spinal extradural angiolipoma. *Br J Neurosurg*. 1992;6(5):481-3.
10. Hirabayashi Y, Saitoh K, Fukuda H, Igarashi T, Shimizu R, Seo N. Magnetic resonance imaging of the extradural space of the thoracic spine. *Br J Anaesth*. 1997 Nov;79(5):563-6.
11. Urculo E, Samprón N, Alfaro R, Arrazola M, Linazasoro G. Compresión medular por lipoma epidural dorsal. *Neurocirugía*. 2008;19(2):156-60.
12. Belinchón JM, Campos J, Merino J, Gallego JM, Barcia C. Hematoma epidural lumbar crónico espontáneo. *Neurocirugía*. 2005;16(6):533-6.
13. Fasset DR, Schmidt MH. Spinal epidural lipomatosis: a review of its causes and recommendations for treatment. *Neurosurg Focus*. 2004 Apr 15;16(4):E11.
14. Turanlı S, Ozer H, Ozyürekoglu T, Cakiroglu E. Liposarcoma in the epidural space. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Jul 1;25(13):1733-5.
15. Aoki N. Rapid growth of intraspinal lipoma demonstrated by magnetic resonance imaging. *Surg Neurol*. 1990 Aug;34(2):107-10.