

# Lipoma de la mano, clínica y quirúrgicamente un tumor menospreciado

## Hand lipoma, surgical and clinically an underestimated tumor



Morales, C.

Morales, C.\*, López Mendoza, J.\*, Gargollo Orvañanos, C.\*\*, Jiménez, Y.\*\*\*

### Resumen

Los lipomas suponen el 16% de los tumores de tejidos blandos que se originan en la mano. Tienen una presentación clínica particular debido a la complejidad anatómico-funcional de la zona. Analizamos 14 pacientes con diagnóstico clínico de lipoma en mano, 64.3% de ellos de sexo femenino, con edad promedio de 44.1 años. La localización fue: en la vaina flexora digital 33.3%, medio palmar (músculatura tenar principalmente) 40%, muñeca dorsal (incluido interóseo) 20% y antebraquial 6.7%. La disminución de la función de la mano y/o de la muñeca fue la principal sintomatología de los pacientes (66.7%). Las alteraciones funcionales producidas incluyeron: dedo en gatillo, alteraciones de la flexión y de la pinza, seguidos de dolor en 26.7% y alteraciones de la sensibilidad en 26.7%. Síndrome de túnel del carpo en 20%. En 26.7% la queja fue cosmética. La escisión resolvió la sintomatología en todos los casos. El seguimiento promedio fue de 15.8 meses, sin ningún caso de recurrencia y solamente se presentó una complicación menor. El estudio por imagen solo fue necesario en 1 caso de esta serie; la certeza mediante diagnóstico clínico fue del 93%.

### Abstract

Lipomas account for the 16% of all the soft tissue hand tumors. Their clinical presentation is particular, due to the anatomical and functional complexity of the hand. We analyze 14 patients with the clinical diagnosis of hand lipoma, 64.3% female, with medium age 44.1 years old. The localization was: digital flexor sheath 33.3%, mid-palmar (thenar muscles mainly) 40%, dorsal wrist (including interosseus muscle) 20% and antebrachial 6.7%. The decrease in hand or wrist function was the main symptom (66.7%). The functional impairments include: trigger finger, flexion and grip impairment, followed by pain, sensitivity alterations and cosmesis in 26.7%. The carpal tunnel syndrome presented in 20%. The surgical excision solved the symptoms in all cases. The mean follow-up was 15.8 months. None recurrence was observed and only 1 minor complication presented. We used an image study to make the diagnosis in 1 case, having a clinical diagnosis accuracy of 93%.

**Palabras clave** Lipoma, Tumor de tejidos blandos,  
Cirugía de la mano.

**Código numérico** 175-34004

**Key words** Lipoma, Soft tissue tumor,  
Hand surgery.

**Numeral Code** 175-34004

\* Médico adscrito a la División de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

\*\* Jefe de la Clínica de Cirugía de Mano. División de Cirugía Plástica y Reconstructiva

\*\*\* Subdirector de Cirugía

Hospital General Dr. Manuel Gea González. México DF. México

## Introducción

Los lipomas son los tumores más frecuentes en adultos; con una prevalencia en la población general de 1% (1-3), pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo. En la mano, el 16% de los tumores blandos son lipomas y se localizan predominantemente en la musculatura tenar e hipotenar (1,2). Existen publicaciones de lipomas en falange proximal (4), falange distal (4,5) y puntas digitales (4,8) en el canal de Guyón (9), en el túnel del carpo (10) y en el espacio palmar profundo (1,2). En otras partes del cuerpo, la sintomatología principal es una masa de crecimiento lento, indolora, de consistencia firme, flexible y relativamente móvil. Cuando son grandes o están en sitios anatómicos específicos pueden alterar la función o comprimir un nervio (9-12). La localización y las características del tumor son de gran valor en el diagnóstico preoperatorio; algunos autores han propuesto el uso de ultrasonidos o resonancia magnética para confirmar el diagnóstico y en casos de compresión nerviosa, como ayuda para la planificación quirúrgica, ya que los nervios pueden estar incluidos o desplazados por el tumor (13-16).

El objetivo de este estudio es describir la presentación, el manejo y la evolución de los pacientes con lipomas en la mano, en un Servicio de Cirugía Plástica de un Hospital General durante un período de 7 años. Analizamos la sintomatología preoperatoria, el diagnóstico clínico, los hallazgos quirúrgicos, el diagnóstico histopatológico y la evolución.

## Material y método

Revisamos los expedientes clínicos del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General Dr. Manuel Gea González de México DF; incluimos todos aquellos pacientes con diagnóstico clínico de lipoma en la mano a los que se les hubiera practicado extirpación quirúrgica del tumor entre enero del 2002 y junio del 2009. Tomamos nota de todos los aspectos relativos a características demográficas, presentación clínica, sintomatología, diagnóstico preoperatorio, histopatológico, complicaciones y evolución general.

Incluimos en el estudio 14 pacientes con un total de 15 tumores resecados; de ellos 9 fueron mujeres y 5 hombres, con edades comprendidas entre los 8 y los 64 años (promedio de 44.1 años). Las características demográficas y patológicas se muestran en la Tabla I.

El diagnóstico preoperatorio de lipoma se verificó mediante análisis histopatológico en 14 tumores. Uno de las muestras se informó como neurofibroma, por lo que el caso fue excluido del análisis posterior. El seguimiento promedio de los pacientes fue de 15.8 meses. No encontramos recidiva en ningún caso. En 1 caso se presentó una contractura de la cicatriz que se resolvió mediante Z-plastias.

Los lipomas se presentaron en los dedos en 5 casos (3 pulgares y 2 índices), 5 en localización medio palmar, 2 en dorso de muñeca, 1 en eminencia tenar, en el área antebraquial y carpo en 1 paciente y 1 caso en la musculatura intrínseca entre el cuarto y quinto metacarpianos.

Tabla I. Características de los pacientes incluidos en la serie. Son 14 pacientes y 15 tumores.

Paciente	Sexo	Edad	Histología de la lesión	Sintomatología	Localización	Tamaño (cm)	Seguimiento (meses)
1	F	56	Lipoma	Alteración flexora	Falange proximal 1er dedo	2x3x3	14
2	F	45	Lipoma	Dedo en gatillo	Pliegue palmar distal (vaina flexora)	1.5x1x1	16
3	F	12	Lipoma	Alteración flexora	Articulación MF 2º dedo	2x2x2	36
4	M	36	Lipoma	Masa no dolorosa, cosmesis	Dorso de muñeca	4x3x3	22
5	M	41	Fibrolipoma	Dolor, alteración en pinza	Falange distal 1er dedo	1x1.5x1	18
6	F	58	Lipoma	Síndrome de túnel del carpo	Medio palmar	3x2.5x2.5	20
7	F	55	Lipoma	Alteración en pinza	Cara radial de la articulación IFP 2º dedo	2x2x2	11
8	F	35	Fibrolipoma neural	Alteración flexora, síndrome de túnel del carpo	1.- Falange proximal 1er dedo 2.- Eminencia Tenar	2x3x3 3x3x4	30
9	M	32	Neurofibroma plexiforme	Masa dolorosa	Medio palmar	3x3x2	26
10	F	56	Lipoma	Dolor en zona de nervio radial	Primer compartimento dorsal	2x2x1	12
11	F	52	Lipoma	Alteración flexora de muñeca, cosmesis	Antebraquial extendido a carpo	6x2x2	6
12	F	46	Lipoma	Dolor, síndrome de túnel del carpo, alteración flexora	Medio palmar	4x4x2	7
13	M	8	Lipoma	Cosmesis vs rabdomiosarcoma	Medio palmar	5x2x2	2
14	M	64	Lipoma	Cosmesis	Dorso de mano	4x2x2	1

La sintomatología principal asociada a los lipomas incluyó: deterioro en la función en el 66.7% de los casos, que incluía problemas de pinza fuerte en el 20%, problemas de flexión en el 40% y dedo en gatillo no doloroso en el 6.7%. El segundo grupo de sintomatología fue el dolor, que se presentó en el 26.7%. Las alteraciones sensitivas se relacionaron con compresión a nivel del túnel del carpo en el 20% de los casos, compresión nerviosa a nivel del primer compartimento dorsal en el 6.7% y masa dolorosa también en el 26.7% de los pacientes. Todas las compresiones nerviosas se verificaron mediante electromiografía. La queja cosmética se presentó en el 26.7% de los pacientes.

El 100% de los pacientes estuvo libre de complicaciones transoperatorias y el tumor se resecó con éxito en todos los casos. El diagnóstico clínico tuvo correlación histopatológica en el 93% de los casos (15 muestras).

La sintomatología funcional se relacionó con la zona anatómica en que se encontró el tumor. En el caso 8, un lipoma en la vaina flexora del pulgar ocasionó alteraciones en la pinza y en la flexión, lo cual fue el motivo de

consulta. El paciente se presentó con un tumor de 4 meses de evolución y crecimiento paulatino. Este caso presentó de manera simultánea, síndrome del túnel del carpo que fue liberado durante el mismo acto quirúrgico.

Otras localizaciones asociadas a déficits de pinza fueron la punta digital del pulgar en 1 caso y el borde radial del segundo dedo en otro.

En nuestra serie incluimos 3 casos de lipomatosis múltiple. Uno de ellos presentó lipomas en la zona medio palmar y en la falange proximal del pulgar asociados a un síndrome de túnel del carpo (STC) que se resolvió con la resección del tumor y la liberación del túnel carpiano. También se resecó sin complicaciones el tumor de la falange proximal del pulgar. El segundo caso con STC se presentó en una mujer de 46 años en la que se resolvió completamente después de la escisión quirúrgica (Fig. 1). El tercer caso de compresión nerviosa se dio en el primer compartimento dorsal asociado a un lipoma, en una mujer de 56 años; la sintomatología se resolvió completamente con la resección del tumor (Fig. 2).

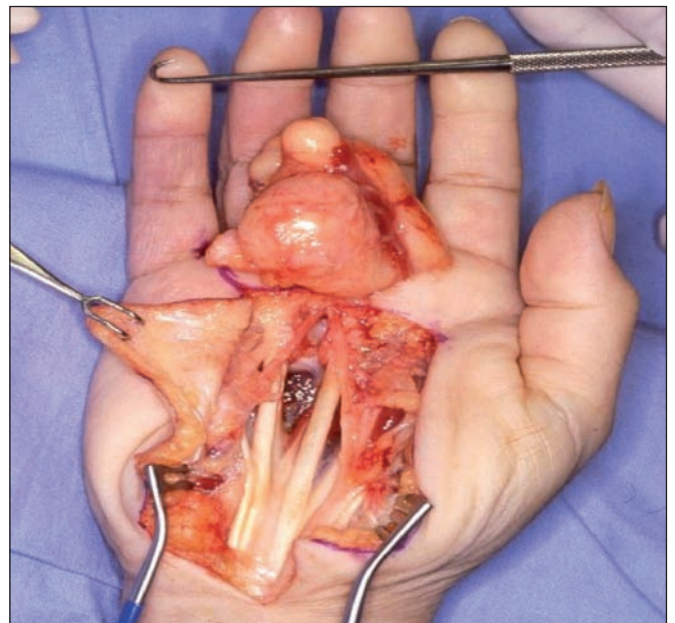
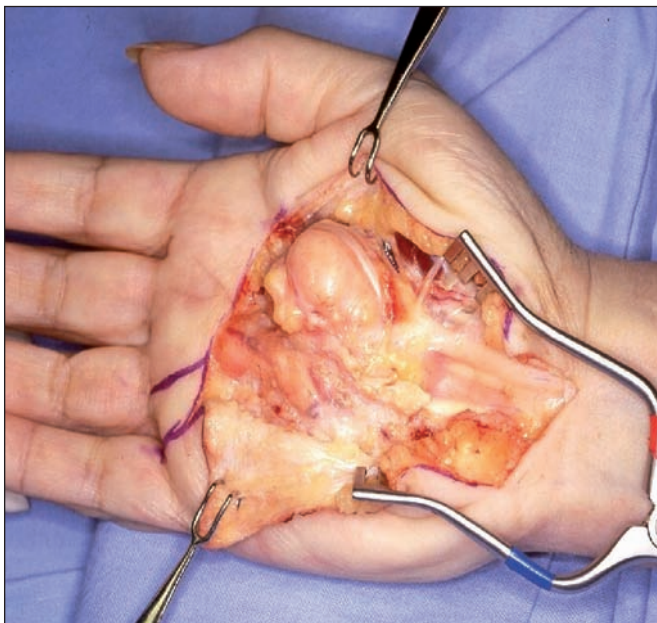


Fig. 1: Mujer de 46 años de edad que acudió por presentar dificultad a la flexión del 3° y 4° dedos de la mano derecha, así como de la flexión de la muñeca y síndrome de túnel del carpo asociados a un tumor en la zona mediopalmar de 4x4x2 cm. Durante la resección se liberaron los componentes del túnel del carpo y los tendones flexores superficiales y profundos del tercer y cuarto dedos. La resección resolvió las alteraciones flexoras y compresivas (caso 12).



Fig. 2: Mujer de 56 años de edad con historia de dolor y sintomatología de compresión nerviosa del nervio radial, aunado a un tumor de 2 x 2 x 1 cm. Al resecarlo se apreció la relación del lipoma con los componentes del primer compartimento dorsal en donde comprimía directamente al nervio radial. La sintomatología fue resuelta satisfactoriamente (caso 10).

Tuvimos 1 caso en el que el paciente se presentó con el tercer dedo en gatillo. A la exploración, notamos que durante la flexión, se apreciaba un tumor de consistencia suave y compresible que presentaba movimiento. Por las características en la consistencia sospechamos el diagnóstico de lipoma, lo cual se corroboró durante la cirugía. Encontramos que el tumor se originaba en la vaina flexora, ocasionando el atrapamiento del tendón y el gatillo. El caso se resolvió al resear el tumor.

Recibimos también 1 caso referido desde un centro de salud con diagnóstico de quiste sinovial en la zona dorsal de la muñeca, con dolor leve a la extensión de la articulación. Durante la exploración física encontramos que el tumor era de consistencia blanda y opaco a la transluminación. El diagnóstico de lipoma se corroboró transoperatoriamente.

Otro caso en que el paciente había sido diagnosticado erróneamente con anterioridad, fue el de un hombre de 64 años con una masa en el tercio distal del espacio interóseo del cuarto y quinto metacarpianos. Previamente se diagnosticó como tofo gotoso; sin embargo la consistencia de la masa y la falta de dolor asociado orientaron al diagnóstico de lipoma, lo que se corroboró mediante resección (Fig. 3).

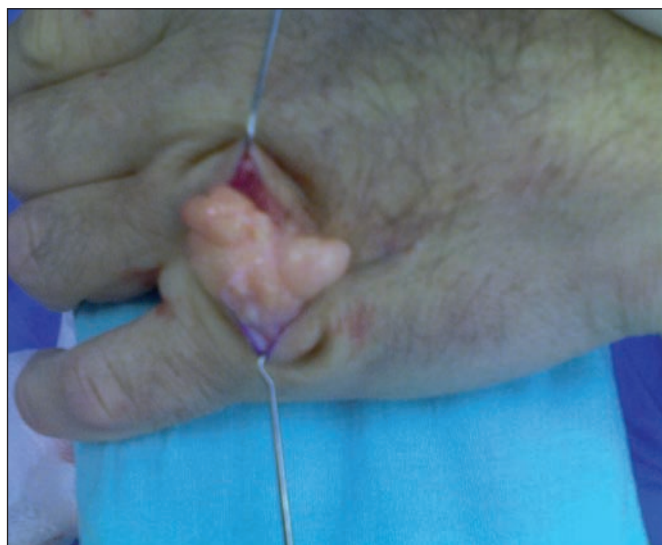


Fig. 3: Varón de 64 años de edad. Su motivo inicial de consulta fue inconformidad estética en el dorso de la mano, en la zona de los músculos interóseos. Previamente había sido tratado en un centro de salud como tofo gotoso, aunque no tuvo episodios de dolor. Presentó un tumor de 4x2x2 cm. El diagnóstico histopatológico fue de lipoma (caso 14).

En un paciente de 8 años de edad, encontramos una masa en la región de la musculatura intrínseca entre el cuarto y quinto metacarpianos; por la edad del paciente y la localización tumoral, dentro de nuestro diagnóstico diferencial incluimos el rabdomiosarcoma y el lipoma, por lo que solicitamos una resonancia nuclear magnética que mostró una masa de 5 x 2 x 2 cm, correspondiente a un lipoma. La resección se realizó sin complicaciones y el estudio histopatológico informó de lipoma.

En 1 caso el diagnóstico clínico no tuvo correlación histopatológica; se trataba de un paciente de sexo mas-

culino que se presentó con un tumor doloroso de localización medio palmar que padecía desde los 8 años de edad. A la exploración física el tumor era móvil, bien definido, no adherido a planos profundos, de consistencia blanda. La presencia de dolor de inicio reciente fue el motivo de consulta. El diagnóstico histopatológico fue de neurofibroma plexiforme.

## Discusión

Cuando se consulta al cirujano de mano por tumores que afectan al área anatómica de su especialidad, es común que las primeras opciones diagnósticas sean quistes sinoviales o tumores de células gigantes. Sin embargo, en la práctica se encontrará con tumores que no tienen las características clínicas ni la historia de presentación que orientan a pensar en las masas más frecuentes. Estudios previos mencionan que la presencia de lipomas en la mano llega a ser el 16% de los tumores blandos; sin embargo, se menciona que el principal motivo de consulta es la incomodidad estética. En nuestra serie encontramos que la principal causa de búsqueda de atención médica por parte de los pacientes fue una alteración funcional (66.7%), mientras que la presencia de dolor (26.7%) y la queja estética fueron causas secundarias de solicitud de consulta en nuestro medio (26.7%). Desconocemos el motivo de este fenómeno, pero podemos especular que se debe al medio del que provienen nuestros pacientes, entre los que la alteración funcional o el dolor supone una incapacidad para realizar actividades cotidianas e incluso, muchos contaron que a pesar de tener el tumor durante varios años, nunca le prestaron atención hasta que se presentó dolor o alguna alteración funcional. La población que acude al Hospital General Dr. Manuel Gea González incluye un sector de bajos recursos y trabajadores sin seguridad social y otro sector económicamente activo y preocupado por su imagen social, probablemente ese sea el motivo por el que la inconformidad estética se volvió relevante para nuestros pacientes.

Algunos autores como Matsumoto y Peterson han sugerido el uso de estudios imagenológicos para el diagnóstico de los lipomas, sobre todo porque no son los tumores más frecuentes en la mano; sin embargo, en nuestra serie, pudimos realizar el diagnóstico clínico de manera acertada en 14 de 15 pacientes (93.3%), por lo que no recomendamos el uso de métodos de imagenología para el diagnóstico excepto cuando tengamos un tumor blando en la zona muscular de la mano, debido a que se puede presentar un sarcoma de tejidos blandos en la población pediátrica (13,15). En este caso el estudio ideal es la resonancia nuclear magnética (RNM). La certeza diagnóstica que presentamos es equiparable a la descrita para métodos de imagen como el ultrasonido de tejidos blandos o la RNM (13,15). En todos los demás casos, el interrogatorio minucioso y la exploración física son suficientes para hacer el diagnóstico, lo que puede ahorrar recursos a

nuestro sistema de salud. Casteleiro Roca recomienda el uso de RNM para la planificación quirúrgica en casos de compresión nerviosa (16); en nuestra serie, no utilizamos este estudio, pero la resección se llevó a cabo con éxito y sin afectación nerviosa.

En cuanto a la evolución clínica, en todos los pacientes se resolvió la sintomatología con la resección quirúrgica de los tumores y únicamente observamos una complicación menor, una cicatrización en flexión del dedo pulgar que fue resuelta con una zetaplastia 6 meses después de la primera resección. Hasta el momento, no hemos visto recidiva en ninguno de los casos.

## Conclusiones

La presencia de tumores de tejidos blandos en la mano debe hacer pensar al cirujano en la posibilidad de lipomas dentro del diagnóstico diferencial, ya que a pesar de ser menos frecuentes que otras entidades, su incidencia no es despreciable. El uso de estudios por imagen no es necesario si se realiza una semiología exhaustiva, excepto en casos especiales. La principal causa de consulta entre nuestra población es la alteración funcional, lo que se relaciona con la región anatómica particular del tumor en cada paciente. Debido a que se pueden encontrar en diversas localizaciones pueden orientar hacia otros tumores de tejidos blandos a los menos experimentados; esto convierte a los lipomas en los grandes simuladores de la mano, un reto clínico y quirúrgico que el cirujano debe aceptar.

## Dirección del autor

Dr. Christian Morales  
Hospital General Dr. Manuel Gea González  
División de Cirugía Plástica y Reconstructiva  
Calzada de Tlalpan 4800. Col. Sección XVI. Del. Tlalpan.  
C.P. 14080 México D.F.  
e-mail: cmorales@ciplastica.com.mx

## Bibliografía

1. **Ingari JV, Faillace JJ.:** Benign tumors of fibrous tissue and adipose tissue in the hand. *Benign tumors of fibrous tissue and adipose tissue in the hand. Hand Clin.* 2004; 20 (3): 243.
2. **Cribb GL, Cool WP, Ford DJ, Mangham DC.:** Giant lipomatous tumours of the hand and forearm. *J Hand Surg (British and European Volume).* 2005; 30B: 509.
3. **Al-Qattan MM, Al-Lazzam AM, Al Thunayan A, Al Namlah A, Mahmoud S, Hashem F, Tulbah A.:** Classification of benign fatty tumours of the upper limb. *Hand Surg.* 2005;10 (1):43.
4. **De Giorgi V, Salvini C, Sestini S, Alfaioli B, Carli P.:** Lipoma of the finger: a case report and differential diagnosis. *Clin Exp Dermatol.* 2005;30 (4): 439.
5. **Copcu E.:** Posttraumatic fingertip lipoma. *Plast Reconstr Surg.* 2004; 114(7): 1986.
6. **Bardazzi F, Savoia F, Fanti PA.:** Subungueal lipoma. *Br J Dermatol.* 2003;149 (2):418.
7. **Azuma R, Demitsu T, Hiratsuka Y, Kakurai M, Imagawa I, Yoneda K, Kiyosawa T.:** Subcutaneous lipoma of the index digit presenting as fingertip bulging. *J Dermatol.* 2006; 33 (5): 386.
8. **Tetsuji Y, Takahashi M, Kosaku M.:** Parosteal lipoma of the distal phalanx: a case report and review of the literature. *Clin Orthop Relat. Res.* 2001; 389: 181.
9. **Saki K, Tsutsui T, Aoi M, Sonobe H, Murakami H.:** Ulnar Neuropathy caused by a lipoma in Guyon's Canal. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2000; 40: 335.
10. **Sonoda H, Takasita M, Taira H, Higashi T, Tsumura H.:** Carpal Tunnel Syndrome and Trigger Wrist Caused by a Lipoma Arising From Flexor Tenosynovium: A Case Report. *J Hand Surg.* 2002; 27A:1056.
11. **Gruber P, Towfigh H.:** Lipoma as a rare cause of nerve compression syndrome in the hand and forearm. *Chir Handchir Mikrochir Plast.* 2002; 34(1): 17.
12. **Galeano, M., Colonna M., Risitano G.:** Ulnar Tunnel Syndrome Secondary to Lipoma of the Hypothenar Region. *Ann Plast Surg.* 2001; 46 (1): 83.
13. **Peterson J., Bancroft L., Kransdorf M.:** Principles of tumor imaging. *EJR* 2005; 56: 319.
14. **Teefey SA, Middleton WD, Patel V, Hildebolt CF, Boyer MI.:** The Accuracy of High-Resolution Ultrasound for Evaluating Focal Lesions of the Hand and Wrist. *J Hand Surg [Am].* 2004; 29(3):393.
15. **Matsumoto K., Takada M., Hidetoshi O., Michihito I.:** Foci of signal intensities different from fat in well-differentiated liposarcoma and lipoma: correlation between MR and histological findings. *J Clin Imaging.* 2000; 24: 38.
16. **Casteleiro Roca P, Midon Miguez J, Martelo Villar F.:** Lipomas y compresión nerviosa. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2010, 36 (1): 49