

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Nódulos desplazables en las piernas

Mobile Nodules on the Legs

Historia clínica

Mujer de 82 años con antecedentes personales de artritis reumatoide de 30 años de evolución y dislipemia, que refiere la aparición de nódulos indoloros en ambas extremidades inferiores, desplazables a lo largo de la pierna, de 2 meses de evolución. Ella los describe como «lentejas que corren». No refiere traumatismo previo, aunque la paciente lo asocia con haber comenzado a utilizar medias de compresión fuerte.

Exploración física

En la cara anterolateral de las piernas se aprecian diversos nódulos subcutáneos de 0,5 cm de diámetro, en número de 8-10 en cada extremidad, de consistencia dura, bien delimitados, rodaderos, pudiéndose desplazar con facilidad entre la piel y los planos más profundos, sin seguir trayectos vasculares (fig. 1).

Histopatología

Macroscópicamente se trataba de un nódulo sólido, esférico, duro, de 0,4 cm de diámetro, de aspecto



Figura 1

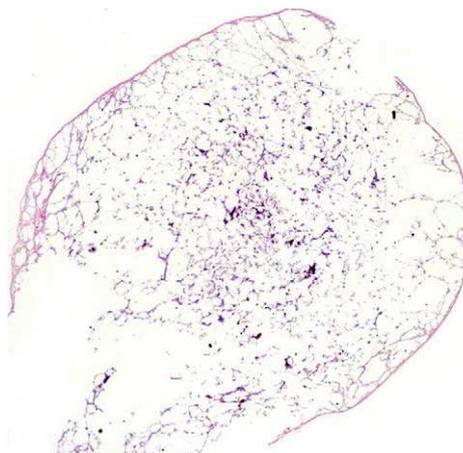


Figura 2 Hematoxilina-eosina x25.

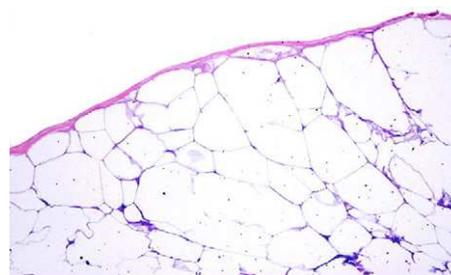


Figura 3 Hematoxilina-eosina x100.

nacarado-amarillento. En el estudio histológico se observaban lobulillos adiposos compuestos por adipocitos necróticos, sin núcleo, rodeados por una cápsula fibrosa (figs. 2 y 3).

Exploraciones complementarias

La analítica de sangre revelaba hiperlipemia, aumento de la creatinina y ligera leucocitosis, sin otras alteraciones. Se realizó una ecografía de partes blandas que mostraba pequeñas zonas de edema de tejido celular subcutáneo, sin otros hallazgos.

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Necrosis grasa encapsulada.

Evolución y tratamiento

Se decidió la observación de la paciente y, tras un año de seguimiento, las lesiones permanecen estables sin aparición de otras nuevas.

Comentario

La necrosis grasa encapsulada fue descrita por primera vez en 1977 por Przyjemski y Schuster¹, y desde entonces se han descrito alrededor de 53 casos en la literatura². Este cuadro ha recibido distintos nombres tales como: lipoma móvil encapsulado, necrosis grasa nódulo-quística y necrosis grasa encapsulada, entre otros³.

Esta dermatosis ha sido descrita en mujeres de mediana edad y en varones jóvenes generalmente deportistas (esquiadores, etc.) y se localiza, predominantemente, en los miembros inferiores². En ocasiones se ha encontrado en las extremidades superiores o en las caderas. Las lesiones suelen ser nódulos subcutáneos solitarios o múltiples, con un tamaño que oscila entre los 2 y 35 mm. Se han comunicado casos asociados a la enfermedad de Ehlers-Danlos⁴ y al eritema nodoso⁵, entre otras.

Histopatológicamente los nódulos están formados por tejido adiposo degenerado o necrótico, rodeado por una cápsula fibrosa compuesta de varias capas de tejido conectivo. En ocasiones se pueden encontrar focos de calcificación, septos fibrosos en el interior de la lesión o cambios lipomembranosos.

La hipótesis más aceptada propone su origen en traumatismos que producirían una disminución del aporte sanguíneo a nivel del lobulillo adiposo, y que ocasionarían un infarto isquémico, con la posterior necrosis isquémica de dicho tejido. Alrededor de dicha necrosis se formaría una cápsula fibrosa, creando así un plano de clivaje que lo separaría del tejido circundante y permitiría su desplazamiento libre a través del tejido celular subcutáneo. Dado que estas lesiones carecen de aporte sanguíneo no pueden ser reabsorbidas y permanecen como remanentes de tejido adiposo necrótico encapsulado.

El diagnóstico diferencial clínico incluye fundamentalmente los tumores del tejido blando, los flebolitos, el nódulo reumatoideo, la gota, la calcinosis cutánea, el amiloidoma y la reacción a cuerpo extraño. El diagnóstico diferencial histopatológico debe plantearse principalmente con la paniculitis traumática, los lipomas y angiolipomas, la necrosis grasa pancreática y la paniculitis por déficit de alfa-1-antitripsina, entre otros.

Probablemente se trate de una patología más frecuente de lo descrito. Se han comunicado lesiones similares a nivel submuscular, en el pericardio y en la cavidad abdominal como cuerpos errantes⁶.

En conclusión, presentamos un caso llamativo de necrosis grasa encapsulada por su carácter múltiple, y cuya característica más destacable es su cualidad móvil y desplazable.

Bibliografía

1. Przyjemski CJ, Schuster SR. Nodular-cystic fat necrosis. *J Pediatr.* 1977;91:605-7.
2. Kiryu H, Rikihisa W, Furue M. Encapsulated fat necrosis - a clinicopathological study of 8 cases and a literature review. *J Cutan Pathol.* 2000;27:19-23.
3. Hurt MA, Santa Cruz DJ. Nodular-cystic fat necrosis. A reevaluation of the so-called mobile encapsulated lipoma. *J Am Acad Dermatol.* 1989;21:493-8.
4. Ohtake N, Gushi A, Matsushita S, Kanzaki T. Encapsulated fat necrosis in a patient with Ehlers-Danlos syndrome. *J Cutan Pathol.* 1997;24:189-92.
5. Ahn SK, Lee BJ, Lee SH, Lee WS. Nodular cystic fat necrosis in a patient with erythema nodosum. *Clin Exp Dermatol.* 1995;20:263-5.
6. Inoue S, Fujino S, Tezuka N, Sawai S, Kontani K, Hanaoka J, et al. Encapsulated pericardial fat necrosis treated by video-assisted thoracic surgery: report of a case. *Surg Today.* 2000;30:739-43.

M. Burgués^{a,b,*}, M. Villar^{a,b} y G. Petiti^{a,b}

^a *Servicio de Dermatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mar000es@hotmail.com (M. Burgués).