

# A propósito de un caso: **LIPOMA PAROSTAL EN EL CÚBITO**

Autores: BALART VILA, Mariona<sup>1</sup>; DOMINGO TREPAT, Anna<sup>2</sup>; SABATÉ CEQUIER, Laia<sup>3</sup>  
<sup>1, 2, 3</sup> SERVICIO DE COT DEL HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

## OBJETIVO

El lipoma parostal es un tumor benigno raro (representa el 0'3% de todos los lipomas). Está compuesto por tejido adiposo maduro+tejido óseo que depende del periostio, lo que le otorga el nombre. Asientan sobre diáfisis de huesos largos. Acostumbran a ser asintomáticos, a menos que por efecto masa compriman estructuras adyacentes (p.ej.: nervios con más frecuencia). Expondremos un caso de lipoma parostal en el cúbito que por ocupación de espacio bloquea la supinación del antebrazo.

## MATERIAL Y METODOLOGÍA

Compartimos el caso de una mujer de 50años, sin antecedentes de interés, que consulta por una tumoración en cara dorsal del antebrazo izquierdo que por lo menos sabe que tiene desde hace 2años y ahora decide consultar porque se ha dado cuenta que la masa ha crecido y apenas puede supinar el antebrazo (trabaja de camarera y “se le caen las monedas al coger el cambio”) (Fig. 1). Se pide un TC y una RM que muestran una excrecencia ósea pedunculada en tercio medio de la diáfisis del cúbito que contacta con la cortical radial sin invadirla, respeta la membrana interósea y está rodeada de un componente de partes blandas de densidad grasa que sugiere un lipoma parostal (Fig. 2). Ante esta sospecha decidimos operarla. En la cirugía se lleva a cabo una escisión tumoral (Fig. 3) y se escarifica la cortical cubital subyacente consiguiéndose intraoperatoriamente una pronosupinación pasiva completa.



Fig. 1: Déficit de supinación inicial que motivó la consulta.

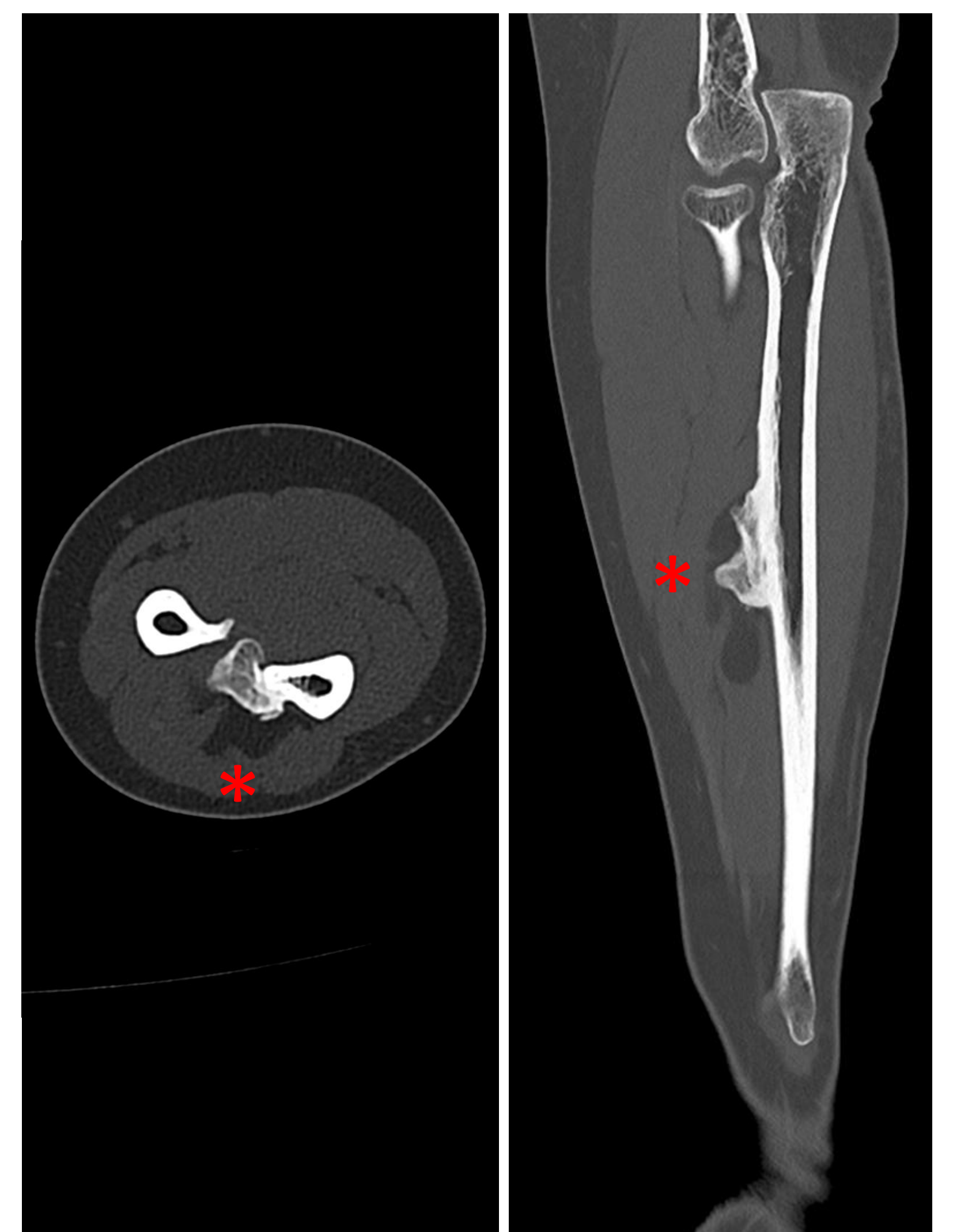


Fig. 2: Cortes del scanner en los que hallamos la imagen típica (\*) de un lipoma parostal.

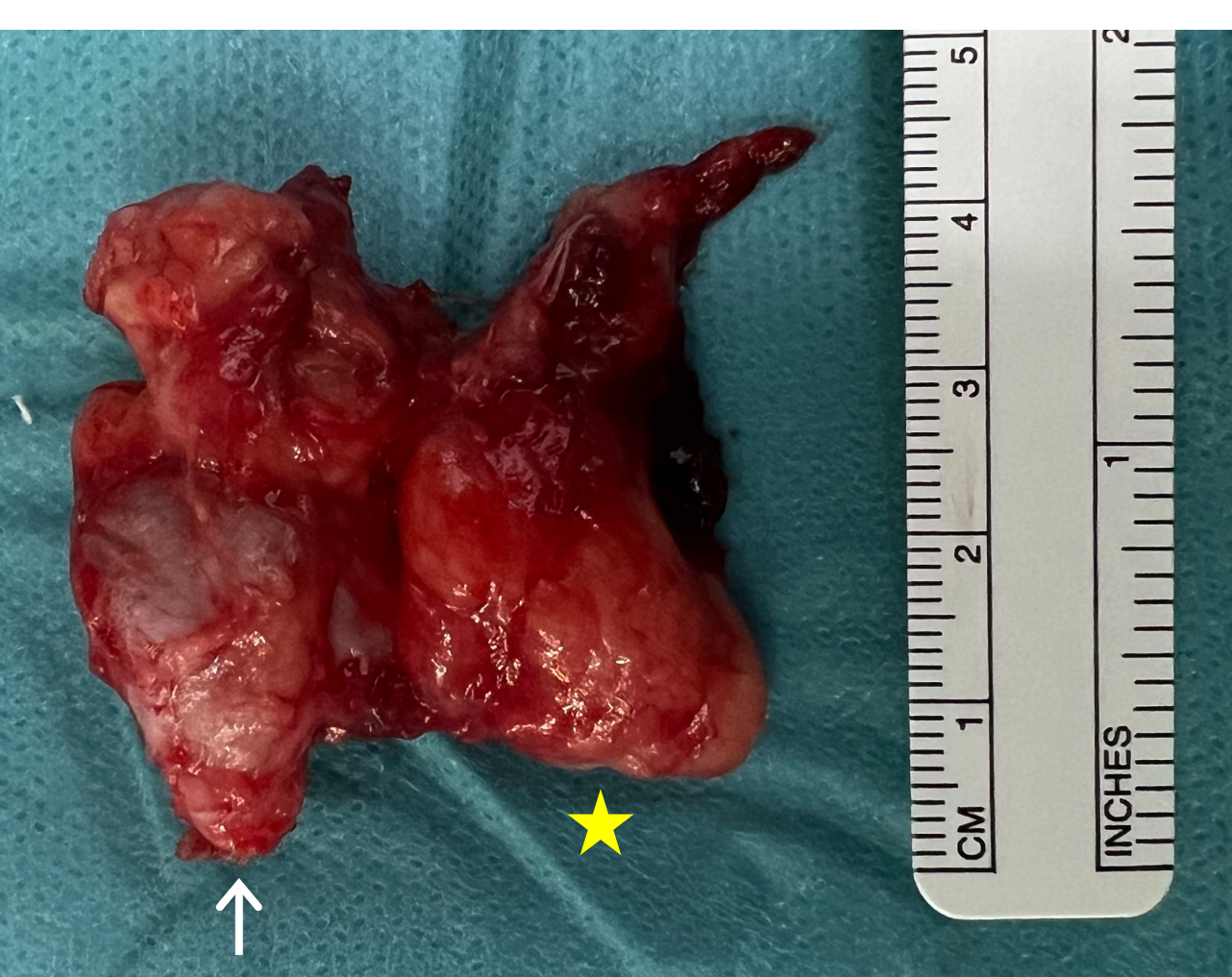


Fig. 3: Pieza quirúrgica (↑ aseñala la parte ósea, ★ es el componente graso).

## RESULTADOS

La anatomía patológica de la pieza quirúrgica confirmó se trataba de un lipoma parostal y cercioró márgenes libres. En radiografías de control del antebrazo posteriores no hubo rastro de recidiva local del tumor. Tras completar rehabilitación la paciente logró recuperar del todo la supinación (Fig. 4), pudiendo ser dada de alta.



Fig. 4: Recuperación completa de la supinación en el postop.

## CONCLUSIONES

Como la imagen es muy representativa (Fig. 2), por radiología se puede establecer el diagnóstico con relativa seguridad, ahorrándole al paciente la biopsia.

Los lipomas parostales no tienen potencial de malignización, pero eventualmente acontecen recidivas locales, requiriendo por esta razón de un seguimiento más largo en el tiempo.

Como estos tumores pueden disecarse con poco impacto sobre las estructuras adyacentes, la funcionalidad de la extremidad no se ve alterada y son extrañas las secuelas.