

# Lipomatosis arborescente: a propósito de un caso

SALVADOR CANDAU E<sup>1</sup>, CARRO MARTÍNEZ A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de UDMAFYC Castellón. Hospital La Plana. Vila-real (Castellón)

<sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital La Plana. Vila-real (Castellón)

Correspondencia: Dra. Ana Carro Martínez - Servicio de Reumatología - Hospital La Plana - Ctra. de Vila-real a Burriana, Km. 0,5 12540 Villarreal (Castellón)

✉ anater@comcas.es

## INTRODUCCIÓN

La lipomatosis arborescente es una lesión benigna intraarticular rara que consiste en la sustitución del tejido conjuntivo sinovial por adipocitos que proliferan formando vellosidades. Fue descrito por Albert Hoffa en 1904, que le atribuía un origen postraumático. Aparece generalmente entre la 5ª y la 6ª década de la vida y característicamente en la rodilla. Aunque puede aparecer en otras localizaciones como postula Beyth S, Safran O (2016)<sup>1</sup> y Shang J, Zou F, Dai M, Zhang B, Nie T (2016)<sup>2</sup>. Se trata de una patología difícil de diagnosticar puesto que la sintomatología (dolor, signos inflamatorios y derrame articular) asemeja a una artritis de rodilla o en aquellos casos con afectación poliarticular a una artropatía inflamatoria. En la exploración destacan los signos inflamatorios, el aumento del tamaño de la articulación, el derrame articular y es posible que pueda palparse una masa blanda. En cuanto a hallazgos analíticos destaca VSG y PCR elevada siendo el resto normal. En la artrocentesis el líquido que se evacua es claro y de características mecánicas generalmente, negativo para células, cristales y microorganismos. El diagnóstico por imagen resulta crucial, puesto que el diagnóstico definitivo lo da la RMN con la imagen patognomónica del lipoma arborescente que ahorra la realización de biopsia. La primera prueba para estudiar la patología articular es la radiografía simple, que permite orientar el diagnóstico y descartar la sinovitis villonodular al no estar presentes signos como esclerosis o erosiones en las superficies articu-

lares. A diferencia de la sinovitis villonodular que aparece en rodillas sanas, la lipomatosis arborescente asienta en rodillas con artropatía, como se aborda en De Melo EF, Rivera LM, Quiroz LA, Bica BE (2015)<sup>3</sup> y Xue J, Alario AJ, Nelson SD, Wu H (2013)<sup>4</sup>.

## CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 33 años en seguimiento por el Servicio de Reumatología del Hospital La Plana por una artropatía psoriásica con afectación exclusiva de rodilla izquierda desde 2008.

El paciente presenta derrames articulares recurrentes en rodilla izquierda a pesar de artrocentesis e infiltración de corticoides cada 3-4 meses. En mayo de 2017 se instaura tratamiento de base con FAME (metotrexato 8 comprimidos de 2,5 mg semanales y ácido fólico al día siguiente) y AINES para la fase de dolor agudo. Debido al derrame articular recurrente y su escasa respuesta a las artrocentesis e infiltraciones con corticoides se plantea sinoviortesis con ytrio, que se realiza el 7 de julio de 2017. A las 48h el paciente acude a la consulta con dolor, tumefacción y derrame articular en la rodilla izquierda. Se realiza una radiografía simple de rodilla que resulta normal. Se evacúan 50 ml de líquido sinovial mecánico y se pautan corticoides orales. Asimismo se solicita RNM para completar el estudio y descartar posibles efectos secundarios de la sinoviortesis. En la RNM (Figura 1) se objetiva lipomatosis arborescente.

## DISCUSIÓN

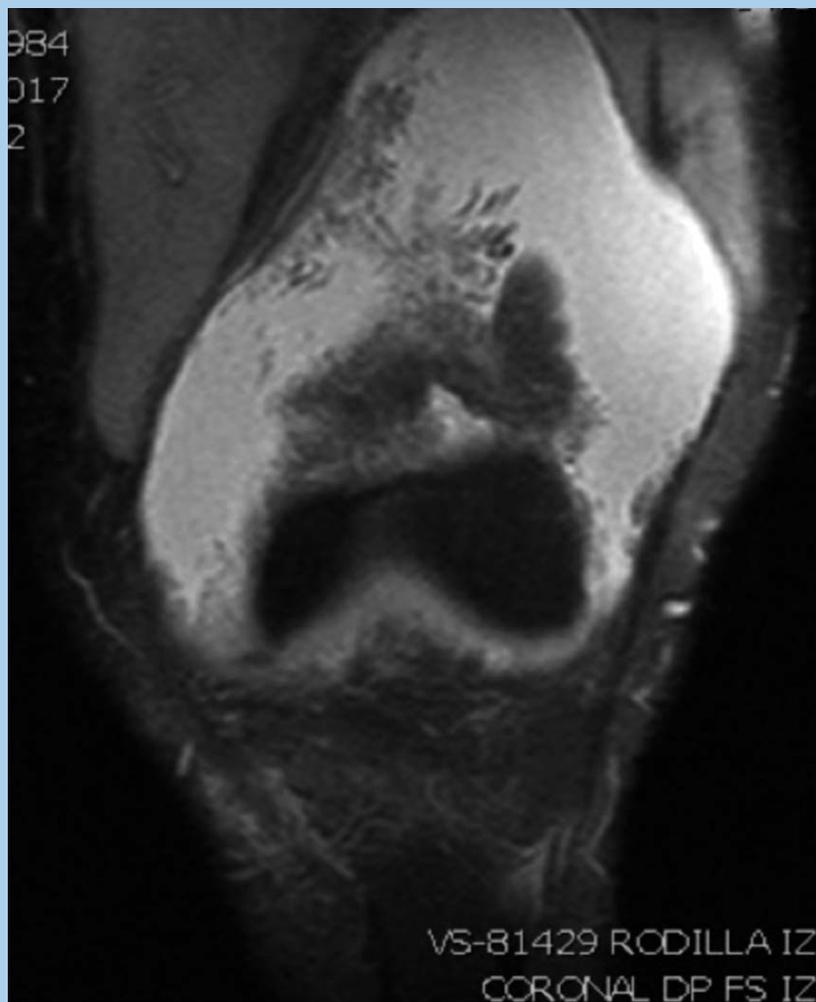
Se debe establecer un diagnóstico dife-

rencial con la artropatía amiloidea, que presentaría también hiperintensidad en T2 pero aparecería en el contexto de una amiloidosis sistémica y se aislaría sustancia amiloide que se podría teñir de rojo Congo en líquido sinovial, con la condromatosis sinovial, que se verían cuerpos óseos intraarticulares en la radiografía y la artropatía hemofilica, que asociaría deformidad. Pero el principal diagnóstico diferencial debe establecerse con la sinovitis villonodular (SVNP), que es posible gracias a la detección de depósitos de hemosiderina en el espacio articular. La hemosiderina provoca una señal hipointensa en T2 en la RM y hace que la SVNP se vea macroscópicamente como una masa de color café. La prueba de elección y que establece el diagnóstico definitivo, como hemos dicho anteriormente, es la resonancia magnética; que muestra hipertrofia del tejido sinovial y las vellosidades con una intensidad de señal idéntica a la grasa. En la secuencia STIR el lipoma presenta baja intensidad e hiperintensidad en T2, mientras que el tejido sinovial presentará una alta intensidad tanto en STIR como en T2.

El diagnóstico de certeza aportado por la biopsia sinovial ha caído en desuso por la precisión e inocuidad de la RM, no obstante, se reserva en aquellos casos de duda. Macroscópicamente se ve como una masa globular amarillenta con proyecciones vellosas y en el examen histológico se observa una sustitución del tejido conjuntivo sinovial por adipocitos con un infiltrado inflamatorio y vasos sanguíneos. El tratamiento de elección es la sinovectomía, abierta o artroscópica.

FIGURA 1

RMN: LIPOMATOSIS ARBORESCENTE



le plantearía una sinovectomía, que es el tratamiento de elección. De ello hablan Malkoc M, Korkmaz O (2017)<sup>5</sup>, Fornaciari P, Schai PA, Kurrer MO, Exner GU (2016)<sup>6</sup> y Natera L, Gelber PE, Erquicia JI, Monllau JC (2015)<sup>7</sup>. La lipomatosis arborescente, como hemos dicho, es una lesión benigna intraarticular cuyos síntomas recuerdan a una artritis de rodilla y que asientan sobre rodillas con artropatía. El diagnóstico se realiza visualizando la imagen patognomónica del lipoma arborescente en la RM, y el tratamiento de elección es la sinoviortesis con ytrio, experiencia que recogen Vatankulu B, Nemetyazar J, Demir Y, Samanci C y Sager S (2016)<sup>8</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Beyth S, Safran O. Lipomatosis sinovial de la articulación glenohumeral. *Caso Rep Orthop.* 2016;2016:4170923.
- 2.- Shang J, Zou F, Dai M, Zhang B, Nie T. Lipomatosis sinovial de la articulación metatarsfalángica: un reporte de un caso. *Oncol Lett.* 2016;11(3):2131-2133.
- 3.- De Melo EF, Rivera LM, Quiroz LA, Bica BE. Lipoma arborescens de la rodilla en un paciente con espondilitis anquilosante. *Rev Bras Reumatol.* 2015;55(4):381-383.
- 4.- Xue J, Alario AJ, Nelson SD, Wu H. Lipoma arborescens juvenil bilateral progresivo de la rodilla complicado por espondiloartropatía: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Semin Arthritis Rheum.* 2013;43(2):259-263.
- 5.- Malkoc M, Korkmaz O. Resultados de la sinovectomía artroscópica para el tratamiento de la lipomatosis sinovial (lipoma arborescens) de la rodilla. *J Knee Surg.* 2017;10:1055.
- 6.- Fornaciari P, Schai PA, Kurrer MO, Exner GU. Sinovectomía artroscópica en lipoma arborescens bilateral. *J Orthop Caso Rep.* 2016.6(5):7-13.
- 7.- Natera L, Gelber PE, Erquicia JI, Monllau JC. El lipoma arborescente primario de la rodilla puede implicar el desarrollo de osteoartritis si no se realiza sinovectomía inmediata. *J Orthop Traumatol.* 2015;(1):47-53.
- 8.- Vatankulu B, Nemetyazar J, Demir Y, Samanci C, Sager S. Evaluación del tratamiento de radiosinovectomía con citrato de itrio-90 con gammagrafía ósea en lipomas arborescens. *Indio J Nucl Med.* 2016;(1):81-82.

En cuanto al tratamiento, éste es muy similar al de la AR, siendo los AINES, los corticoides y los FAME la principal arma terapéutica. A diferencia de la AR los antipalúdicos no se usan por empeoramiento de las lesiones cutáneas. En caso de mala respuesta con el tratamiento de 1º línea se recurre a terapia biológica con anti

TNF (infiximab, etanercept, adalimumab y golimumab).

### CONCLUSIONES

El paciente tras 4 meses de la sinoviortesis isotópica permanece asintomático con resolución del derrame. Se le realiza un seguimiento anual por parte del Servicio de Reumatología. En caso de recidiva se