

Figura 1 - Massa em face ântero-lateral da coxa direita, em planos profundos e medindo aproximadamente 20 x 10 cm. **A:** Visão anterior. **B:** Visão lateral direita.

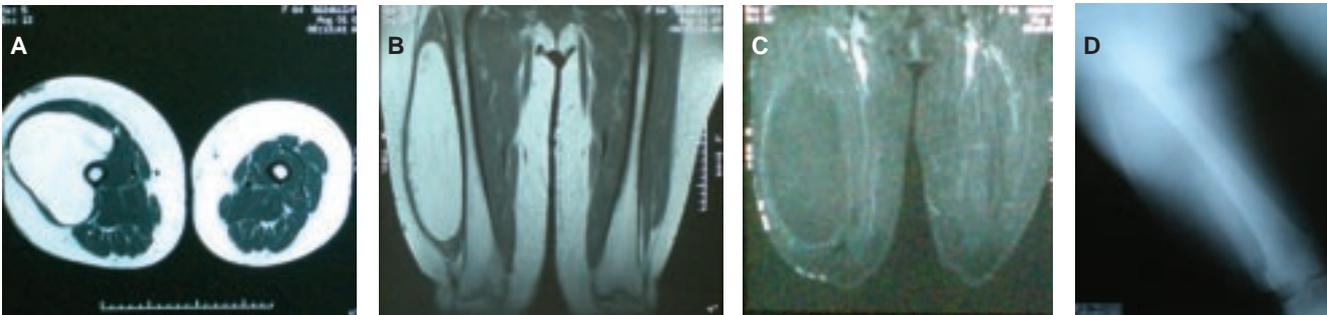


Figura 2 – **A:** Ressonância magnética mostrando corte axial de lesão expansiva, lobulada, de contornos regulares, em topografia do músculo vasto lateral, medindo 24 x 11 x 10 cm e com hipersinal em T2. **B:** Ressonância magnética mostrando corte coronal com hipersinal em T2. **C:** Ressonância magnética mostrando corte coronal com hipersinal em T1. **D:** Radiografia simples ântero-posterior da coxa direita mostrando massa bem delimitada e mais radioluscente que os tecidos vizinhos.

Realizada, também, radiografia simples da coxa direita, que revelou massa bem delimitada e mais radioluscente que os tecidos vizinhos (Figura 2D).

Realizada avaliação pré-operatória completa da paciente e programada exérese da lesão. Esta foi ressecada através de uma incisão longitudinal na face ântero-lateral da coxa direita (Figura 3). Após secção da pele e tecido celular subcutâneo, realizou-se incisão longitudinal no trato ileotibial para ter acesso ao músculo vasto lateral que também foi incisado. Evidenciou-se, então, massa de aspecto lipomatoso, que foi facilmente liberada da musculatura à sua volta com dissecação romba e ajuda das mãos. Procedeu-se à sutura da musculatura e da pele por planos, seguida de drenagem tubular a vácuo e de curativo compressivo.

A paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, sendo retirado o dreno no quinto dia. O exame anatomopatológico evidenciou lipoma sem sinais de malignidade, com peso de 1255 gramas. No momento, a paciente encontra-se no 2º mês de seguimento, sem evidência de recidiva do tumor.

DISCUSSÃO

Contrastando com o fato de que os lipomas são tumores mesenquimais muito comuns, a variante subfascial é bastante rara. Esta é subdividida em intermuscular e intramuscular. O tipo intermuscular é o menos comum. Acredita-se que estes tipos de lipomas se originam a partir da fascia intermuscular



Figura 3 - A: Lesão de aspecto lipomatoso evidenciada após incisão do trato ileotibial e do músculo vasto lateral da coxa direita. **B:** Liberação total da lesão envolta por uma pseudocápsula. **C:** Lipoma medindo 24 x 11 x 10 cm e pesando 1255 g.

e cresçam entre os feixes musculares⁴. Geralmente se apresentam como massas indolores e de crescimento lento. Quando há sintomas, estes ocorrem por compressão de estruturas vizinhas, como por exemplo, nervos⁶. A transformação maligna é rara, mas deve sempre ser suspeitada, principalmente em tumores com crescimento rápido, recorrentes e associados à ulceração da pele^{7,8}.

Os lipomas denominados gigantes, como conceituado anteriormente, são também raramente encontrados e devem ser diferenciados dos lipossarcomas, fibrohistiocitomas malignos e outros tumores de partes moles devido à estreita relação quanto ao tamanho^{2,9}.

De acordo com Behrend⁴, a primeira descrição de um lipoma subfascial ocorreu em 1856. Na época, Paget descreveu um lipoma junto ao músculo trapézio. Os lipomas subfasciais são geralmente solitários, assintomáticos e diagnosticados na sexta ou na sétima décadas de vida. A sua prevalência é ligeiramente maior no sexo masculino e são encontrados com maior frequência na coxa^{2,10}.

Radiologicamente, é possível observar aumento das partes moles ou massa bem delimitada e mais radioluscente que os tecidos vizinhos². A ultra-sonografia e a ressonância magnética são capazes de diferenciar os lipomas subfasciais dos lipossarcomas. Além disso, fornecem a localização exata do tumor e a sua relação com estruturas vizinhas^{9,10}. Isto auxilia muito o planejamento operatório.

O tratamento dos lipomas subfasciais gigantes é realizado por meio da excisão completa, com baixas taxas de recidivas para a variante intermuscular. Já o tipo infiltrativo,

ou seja, intramuscular, apresenta taxa de recidiva maior, principalmente quando há preservação da musculatura acometida¹⁻³.

REFERÊNCIAS

1. Terzioglu A, Tuncali D, Yuksel A, Bingul F, Aslan G. Giant lipomas: a series of 12 consecutive cases and a giant liposarcoma of the thigh. *Dermatol Surg.* 2004;30(3):463-7.
2. Kindblom LG, Angervall L, Stener B, Wickbom I. Intermuscular and intramuscular lipomas and hibernomas. A clinical, roentgenologic, histologic, and prognostic study of 46 cases. *Cancer.* 1974;33(3):754-62.
3. Fletcher CD, Martin-Bates E. Intramuscular and intermuscular lipoma: neglected diagnoses. *Histopathology.* 1988;12(3):275-87.
4. Behrend EM. Intermuscular lipomas. *Am J Surg.* 1929;7:857-60.
5. Sanchez MR, Golomb FM, Moy JA, Potozkin JR. Giant lipoma: case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 1993;28(2 Pt 1):266-8.
6. Botwin KP, Shah CP, Zak PJ. Sciatic neuropathy secondary to infiltrating intermuscular lipoma of the thigh. *Am J Phys Med Rehabil.* 2001;80(10):754-8.
7. Davis C Jr, Gruhn JG. Giant lipoma of the thigh. *Arch Surg.* 1967;95(1):151-6.
8. Hakim E, Kolander Y, Meller Y, Moses M, Sagi A. Gigantic lipomas. *Plast Reconstr Surg.* 1994;94(2):369-71.
9. Montenegro JS, Fernández CB, Ansio FG. Giant submuscular lipoma: clinical, diagnostic, and treatment aspects. *Plast Reconstr Surg.* 1998;101(2):543-4.
10. Nishida J, Morita T, Ogose A, Okada K, Kakizaki H, Tajino T, et al. Imaging characteristics of deep-seated lipomatous tumors: intramuscular lipoma, intermuscular lipoma, and lipoma-like liposarcoma. *J Orthop Sci.* 2007;12(6):533-41.

Correspondência para:

Gabriel Salum D'Alessandro
Rua Professor Enéas de Siqueira Neto, 340 - Jardim das Imbuías - São Paulo - SP - CEP 04829-300
E-mail: gsdalessandro@yahoo.com.br