

se describen casos que pueden evolucionar a neoplasias (enfermedad de Hodgkin, micosis fungoide y linfoma de células grandes CD30+). Este riesgo es variable, situándose entre el 20 y el 80%⁷.

Existen pocos casos descritos en niños. En 1995, Zirbel et al⁸ describió 5 casos en niños y tras un seguimiento comprendido entre 6 meses y 9 años, 3 niños remitieron a los 2-3 años y ninguno presentó linfoma sistémico. Este mismo autor revisó otros 17 casos en niños y sólo dos han evolucionado a linfoma. Persisten con lesiones recurrentes 8 de 17 y sólo tres han remitido de forma espontánea.

Recientemente, el Dutch Cutaneous Lymphoma Group⁴ hace un seguimiento de 219 pacientes con linfomas cutáneos de los cuales 118 corresponden a papulosis linfomatoide. Únicamente incluyen a 12 pacientes (10%) con menos de 20 años sin variar la sintomatología ni evolución con respecto a los adultos. Ninguno de estos 12 pacientes tiene enfermedad extracutánea o ha fallecido de linfoma tras una media de seguimiento de 54 meses.

Posteriormente, este mismo grupo describió 10 nuevos casos en niños y ninguno de ellos ha desarrollado enfermedad neoplásica⁹. Con estos datos pensamos que la evolución maligna es más infrecuente en los niños.

Las opciones de tratamiento varían desde la abstención terapéutica hasta la quimioterapia agresiva. En niños, no suele ser necesario, salvo por razones estéticas o por existencia de brotes extensos que produzcan molestias. Se han ensayado distintos tratamientos: esteroides tópicos y sistémicos, antibióticos orales, PUVA-terapia, interferón alfa, metotrexato semanal; pero ninguno de estos tratamientos ha logrado remisiones completas, tan sólo respuestas parciales y transitorias⁴.

Respecto al uso de metotrexato, no hemos encontrado publicaciones con respecto a su utilización en niños. Sólo en adultos, Vonderheid et al¹⁰ informa de su experiencia durante 20 años en el tratamiento de 45 pacientes tratados con dosis entre 10-60 mg/semana, obteniendo respuesta en el 87% de los pacientes, pero al interrumpir el tratamiento tan sólo 10 pacientes están libres de enfermedad (media de seguimiento, 127 semanas).

Con los datos disponibles en la actualidad pensamos que el tratamiento debe ser individualizado, valorando el riesgo-beneficio, teniendo siempre presente la escasa influencia que tiene el tratamiento en la evolución final, aunque se logren remisiones transitorias.

**F. Lendínez Molinos^a, M.^aA. Vázquez López^a,
L. Gómez Izquierdo^b y J. López Muñoz^a**

^aServicio de Pediatría. Hospital Torrecárdenas de Almería. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Correspondencia: Dr. F. Lendínez Molinos.
Cable Inglés, 5, 4º 3ª 04007 Almería. España.
Correo electrónico: lendimol@jazzfree.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Macaulay WL. Lymphomatoid papulosis: A continuing self-healing eruption, clinically benign-histologically malignant. *Arch Dermatol* 1968;97:23.
2. Siegel RS, Pandolfino T, Guitart J, Rosen S, Kuzel TM. Primary cutaneous t-cell lymphoma: Review and current concepts. *J Clin Oncol* 18:2908-25.
3. Wang HH, Myers T, Lach LJ, Hsieh CH, Kadin ME. Increased risk of lymphoid and nonlymphoid malignancies in patients with lymphomatoid papulosis. *Cancer* 1999;86:1240-5.
4. Bekkenk MW, Geelen FAMJ, Van Voorst Vader PC, Heule F, Geerts ML, Van Vloten WA, et al. Primary and secondary cutaneous CD30+ lymphoproliferative disorders: A report from the Dutch Cutaneous Lymphoma Group on the long term follow-up data of 219 patients and guidelines for diagnosis and treatment. *Blood* 2000;95:3653-61.
5. Willemze R, Beljaards RC. Spectrum of primary cutaneous CD30 (Ki-1) positive lymphoproliferative disorders. *J Am Acad Dermatol* 1993;28:973-80.
6. Karp DL, Horn TD. Lymphomatoid papulosis. *J Am Acad Dermatol* 1994;30:379-95.
7. Cabanillas F, Armitage J, Pugh WC, Weisenburger D, Duvic M. Lymphomatoid papulosis: A T-cell dyscrasia with a propensity to transform into malignant lymphoma. *Ann Intern Med* 1995; 122:210-7.
8. Zirbel GM, Gellis SE, Kadin ME, Esterly NB. Lymphomatoid papulosis in children. *J Am Acad Dermatol* 1995;33:741-8.
9. Van Neer FJMA, Toonstra J, Van Voorst Vader PC, Willemze R, Van Vloten WA. Lymphomatoid papulosis in children: A study of 10 children by the Dutch Cutaneous Lymphoma Working Group. *Br J Dermatol* 2001;144:351-4.
10. Vonderheid EC, Sajjadian A, Kadin ME. Methotrexate is effective therapy for lymphomatoid papulosis and other primary cutaneous CD30 positive lymphoproliferative disorders. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:470-81.

Liposucción como tratamiento paliativo en el lipoma gigante

Sr. Editor:

Los lipomas son tumores benignos del tejido adiposo maduro que raramente regresan o se malignizan. En la infancia y en la adolescencia, los tumores del tejido adiposo representan sólo el 6% de los tumores de los tejidos blandos, siendo el 94% benignos y el 6% malignos¹. La localización más frecuente en el niño es el tronco, aunque se han descrito en cualquier parte del cuerpo².

La sintomatología depende de los efectos de la compresión mecánica sobre estructuras vecinas. Además, pueden producirse problemas estéticos que alteren la calidad de vida del paciente. Aproximadamente el 5% recidivan. El tratamiento es conservador, salvo si se produce una repercusión clínica que condicione un cambio de actitud. El tratamiento quirúrgico clásico consiste en la extirpación total. Otra técnica quirúrgica es la liposucción, que ha visto ampliadas sus indicaciones hacia usos no exclusivamente estéticos. En estos casos, el tratamiento de los lipomas constituye su aplicación más frecuente^{3,4}.

Se presenta el caso de una niña de 10 años diagnosticada a los 4 meses de vida de lipoma en la región cervicotorácica dorsal. Al año de edad se practicó extirpación quirúrgica mediante incisión transversal semicircular, comprobándose que no presentaba cápsula y que penetraba en la pared torácica entre los músculos paravertebrales. En controles sucesivos se observó una recidiva local con progresivo aumento de tamaño de la masa acompañado de dolor de espalda y disnea de esfuerzo. Radiológicamente se demostró una rectificación de la cifosis torácica con escoliosis D5-L2 de convexidad derecha. Las pruebas funcionales respiratorias detectan en la espirometría un patrón restrictivo de carácter leve. La resonancia magnética (RM) mostró una lipomatosis difusa en pared torácica posterior con límites mal definidos y en mediastino posterior con afectación paravertebral bilateral, con un tamaño craneocaudal máximo de 11 cm (fig. 1).

Figura 1. RM que muestra una gran lipomatosis en pared torácica posterior.

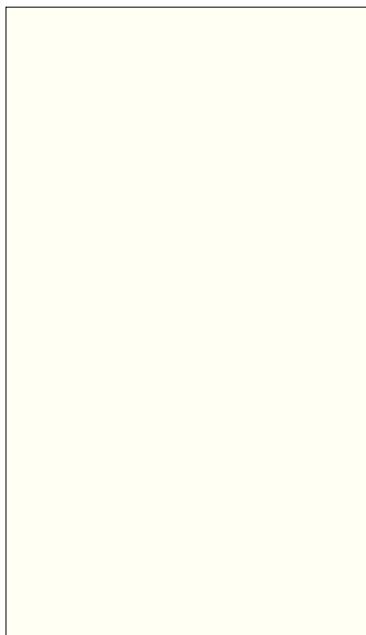


Figura 2. Imagen postliposucción.

Ante los problemas funcionales y estéticos generados por la recidiva del lipoma se decidió la reintervención. Se optó por un tratamiento paliativo mediante liposucción. Tras anestesia general convencional, se procedió a la infiltración subcutánea de toda la región afectada con suero salino y adrenalina, evitando la inyección intravascular. Posteriormente, se aspiró mediante cánulas el tumor hasta el nivel de la fascia muscular procurando evacuar la mayor cantidad posible de grasa. La evolución fue favorable, presentando una moderada mejoría estética, así como la remisión de la sintomatología antes descrita (fig. 2).

En el caso de recidiva del lipoma es necesario replantearse el tipo de tratamiento más adecuado. Una vez confirmada la benignidad del tumor, el parámetro que más orienta hacia la elección de un tratamiento conservador o quirúrgico es la alteración de la calidad de vida del paciente. La liposucción representa una

alternativa quirúrgica ante la recidiva de un lipoma. Aunque suele utilizarse para solucionar problemas exclusivamente estéticos, las aplicaciones no cosméticas de la liposucción han ido en aumento desde su introducción en Estados Unidos en 1982. Aunque es probable que sus indicaciones sigan ampliándose, actualmente el tratamiento de los lipomas es su aplicación más frecuente; también se utiliza en el tratamiento de las lipomatosis, ginecomastia, hipertrofia mamaria, linfedema y lipodistrofias que generan problemas funcionales^{3,5}. Básicamente consiste en la introducción, a través de pequeñas incisiones, de unas cánulas adaptadas a un sistema de vacío que genera la succión del tejido adiposo. Por tanto, produce pequeñas cicatrices, no hay resección cutánea y se afecta poco la dermis, lo que permitirá una retracción cutánea armoniosa⁶. Se trata de una intervención cerrada, por lo que el tiempo de hospitalización y las posibilidades de infección disminuyen. Así mismo, el período postoperatorio es más corto y mejor tolerado por el paciente. Por otro lado, ante posibles recidivas puede repetirse la misma técnica, sin que esto produzca más complicaciones. De todos modos, como toda técnica quirúrgica puede presentar también complicaciones, tanto locales como generales, que aun siendo muy raras deben tenerse en cuenta, como flebitis, infecciones locales, necrosis cutáneas, hemorragias, embolias grasas y las derivadas de la anestesia⁷.

Por lo que se refiere a las indicaciones terapéuticas de la liposucción en la infancia, son esencialmente las mismas que en el adulto, así como la técnica empleada⁸. Sin embargo, es un procedimiento poco utilizado en el niño⁹. Teniendo en cuenta que las posibles complicaciones de la liposucción deberían estar disminuidas en los niños al no presentar, por lo general, problemas de base que las favorezcan, consideramos que, dadas las ventajas que ofrece esta técnica, la liposucción constituye el tratamiento quirúrgico paliativo de elección del lipoma gigante en el niño.

**M.ªA. de Andrés Fraile^a, E. de Diego García^b,
I. Fernández Jiménez^b y F. Sandoval González^b**

^aServicio de Pediatría. ^bSección de Cirugía Pediátrica.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Santander. España.

Correspondencia: Dra. M.ªA. de Andrés Fraile.
Somonte, 34 A, Los Sauces 12.
39012 Santander. España.
Correo electrónico: deandresma@ole.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Stocker JT, Dehner LP. Pediatric Pathology. Philadelphia: Lippincott, 1992.
2. Eizinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumours. St Louis: Mosby, 1995.
3. Coleman WP. Noncosmetic applications of liposuction. J Dermatol Surg Oncol 1988;14:1085-90.
4. Rubenstein R, Roenigk HH Jr, Garden JM, Goldberg, NS, Pinski JB. Liposuction for lipomas. J Dermatol Surg Oncol 1985;11:1070-4.
5. Costagliola M, Grolleau JL. Indications thérapeutiques non esthétiques de la lipo-aspiration. Chirurgie 1994-1995;120:540-1.
6. Costagliola M, Chavoïn JP, Grolleau JL. La lipo-aspiration. Chirurgie 1994-1995;120:534-5.
7. De Saint-Jorre G, Lalardrie JP. Complications chirurgicales de la lipo-aspiration. Chirurgie 1994-1995;120:544-5.
8. Pavy B. La lipoplastie chez l'enfant. Chirurgie 1994-1995;120:542-3.
9. Iihan H, Tokar B. Liposuction of a pediatric giant superficial lipoma. J Pediatr Surg 2002;37:796-8.