



LIPOMATOSIS PÉLVICA INFORME DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

PELVIC LIPOMATOSIS CASE REPORT AND BIBLIOGRAPHY REVIEW

Dres. Vargas, J.*; Vallone, C.; Rozanec, J.; Hernández, A.; Salirrosas, M.; Del Re, N.; Tolosa, G.; Ares, J.; Speranza, J.; Nolazco, A.

RESUMEN: *La lipomatosis pélvica es una enfermedad benigna de presentación poco frecuente, que se caracteriza por la proliferación de tejido graso que envuelve las vísceras pélvicas. Se informa un nuevo caso y se realiza una revisión de la literatura.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 67, N° 4, Pág. 216, 2002)

Palabras clave: Lipomatosis pélvica; Uropatía obstructiva.

SUMMARY: *Pelvic lipomatosis is a benign and rare disease, characterized by proliferation of fatty tissue around pelvic organs. We present a case and literature review.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 67, N° 4, Pág. 216, 2002)

Key words: Pelvic lipomatosis; Obstructive uropathy.

INTRODUCCIÓN

La lipomatosis pélvica es una rara enfermedad benigna de etiología desconocida, caracterizada por una proliferación de tejido adiposo a nivel de los espacios perivesical y perirrectal de la pelvis. Se presenta este caso debido a la infrecuente aparición de esta entidad, la que hasta 1997 presenta sólo 140 casos descriptos en la literatura médica.

Servicio de Urología. Hospital Británico de Buenos Aires.
*E-mail: jmvargas@hotmail.com

CASO CLÍNICO

Paciente de 65 años de edad que consulta por un episodio aislado de urgencia miccional. Sin antecedentes personales de importancia.

El examen físico no arrojó hallazgos positivos y a la exploración digitorrectal no fue posible identificar estructura alguna compatible con la glándula prostática.

Estudios complementarios: Los exámenes de laboratorio de rutina dentro de parámetros normales (PSA=1), al igual que la flujometría. Cultivo de orina negativo. Estudio de ultrasonido que informa riñones sin particularidades, próstata no evaluable y vejiga desplazada por imagen hiperecoica de gran tamaño, que sugiere evaluación por tomografía axial computa-

da (TAC). En esta última se aprecia un aumento de la grasa pélvica que produce compresión y desplazamiento superior y anterior de la vejiga, la cual se separa de la cara anterior del recto, constatándose centralización del sigma (Figura 1). En las imágenes obtenidas por resonancia magnética nuclear (RMN) observamos, en cortes sagitales, la peculiar disposición de la vejiga (Figura 2) y gracias a la urorresonancia es posible apreciar la típica imagen de pera invertida que adopta la vejiga (Figura 3). *Uretrocistoscopia*: vejiga con imagen de compresión extrínseca que le confiere un aspecto tubular, mucosa sana y no es posible observar los meatos ureterales al igual que la visualización del fondo vesical. Próstata sin particularidades.

Desde la primera consulta (18 meses) el paciente

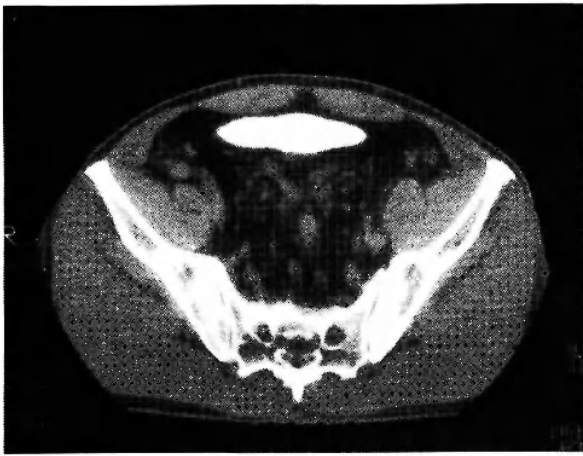


Figura 1. TAC.



Figura 2. RMN, vejiga (flechas).

permanece totalmente asintomático, siendo evaluado periódicamente con pruebas de laboratorio (incluyendo urea y creatinina) y controlado además con cistoscopia y RNM anuales.

DISCUSIÓN

Si bien el primero en describir esta enfermedad fue *Engels* en 1959⁽¹⁾, los primeros en utilizar el término lipomatosis pélvica fueron *Foggs* y *Smith* en 1968⁽²⁾. Descrita como una proliferación de tejido graso maduro normal a nivel del espacio perirrectal y perivesical de la pelvis, la baja incidencia de la misma queda demostrada en los aproximados 140 casos hallados en la literatura desde el informe hecho por *Engels*. Es más frecuente en la raza negra y en individuos del sexo masculino entre la tercera y sexta década.

Histopatológicamente se la informa como un tejido lipomatoso denso, avascular, no encapsulado que envuelve las vísceras pélvicas^(3,4,5). Difiere de un simple lipoma en que no surge de un foco, no se expande centrífugamente y no está encapsulado^(6,7). Un examen histológico de 67 biopsias de grasa pélvica reportó la presencia de células grasas maduras o adultas sin evidencia de atípica celular o invasión microscópica de estructuras vecinas⁽⁸⁾.

Aunque su etiología es desconocida hay varias teorías que citan entre sus causas a una infección crónica del tracto urinario^(1,9), *Yalla* y *col.* creen que la sucesión de cambios inflamatorios crónicos a nivel vesical manifestados por cistitis *glandularis* podrían ser el resultado de varios grados de obstrucción linfática causada



Figura 3. Urorresonancia.

por la proliferación grasa⁽¹⁰⁾, alteraciones endócrinas^(6,11) (Cushing, diabetes, hipertiroidismo) y como una manifestación de obesidad⁽⁴⁾. La presencia de eosinofilia en algunas biopsias realizadas a nivel periuretral sugieren la posibilidad de un componente alérgico en su patogénesis⁽¹²⁾. El estasis venoso, por último, también ha sido propuesto como posible causa, basándose esta teoría en la marcada vascularización asociada a la grasa pélvica y la aumentada incidencia de tromboflebitis postoperatoria⁽⁵⁾; sin embargo, el estasis venoso podría ser el resultado, más que la causa, de lipomatosis pélvica.

Entre las manifestaciones clínicas podemos observar aquellas relacionadas con fenómenos de compresión del aparato urinario como disuria, polaquiuria y nocturia más frecuentemente. Ocasionalmente urgencia, incontinencia, retención urinaria y hematuria. A nivel del tubo digestivo bajo es posible evidenciar estreñimiento, tenesmo, diarrea y obstrucción intestinal. El sistema vascular puede demostrar edemas, tumefacción y tromboflebitis. Otros síntomas registrados son dolor suprapúbico con o sin masa palpable, dolor lumbar bajo, epigástrico y centro abdominal. También se asocian con esta entidad eyacuación dolorosa, hipertensión arterial e insuficiencia renal, la que puede observarse en las fases finales de esta enfermedad.

El examen físico suele ser anodino, si bien es posible evidenciar raramente, una masa hipogástrica palpable, elevación prostática al tacto rectal, retención de orina o bien edemas de miembros inferiores.

El diagnóstico se apoya principalmente en la radiología, donde ya en la radiografía simple de abdomen puede mostrar un aumento de la radiolucencia en la zona pélvica^(13,14).

El urograma excretor evidencia una imagen característica con una vejiga en forma de pera invertida^(1,3,6,15), la que se encuentra desplazada hacia arriba y adelante^(1,13,14,2,17,18). La elevación del triángulo sin una causa prostática es también considerada característica^(2,7,18). Una tríada descrita por Moss⁽¹³⁾, quien la considerada diagnóstica, se basa en hallazgos radiológicos como la elongación de la vejiga, compresión del sigmoides y desviación medial de los uréteres.

El enema de bario informa elongación, rectificación y estrechamiento del recto sigmoides, sin alteración de la mucosa.

Los hallazgos en la TAC son también característicos, mostrando la vejiga y el recto-sigma, rodeados y desplazados por un tejido con bajo coeficiente de atenuación (-40 -100 u.H.), correspondiente a grasa. No se observa realce luego de la administración del medio de contraste endovenoso, así como tampoco la presencia de masas de tejido blando pélvico. La preservación de todos los planos tisulares es respetada⁽²⁰⁻²⁴⁾.

Varios autores proponen la TAC como estudio suficiente para confirmar el diagnóstico definitivo, sin necesidad de exploración quirúrgica^(1,2,11,20,26). Sin embargo,

otros recomiendan la cirugía en todos los casos para descartar la posibilidad de patología maligna^(5,27,28).

La cistoscopia es frecuentemente dificultosa debido a la elongación de la uretra posterior y el cuello vesical. Los hallazgos más comunes se relacionan con cambios proliferativos de la mucosa vesical, manifestados por edema bulloso, cistitis folicular, cistitisquistica y cistitis *glandularis*⁽¹⁰⁾. Generalmente no es posible identificar los meatos ureterales^(47,53).

La causa de la alta incidencia de cistitis proliferativa asociada con inflamación pélvica es todavía poca clara, infecciones urinarias y edema de la mucosa vesical causado por estasis venoso y linfático fueron propuestos como relacionados a la etiología^(16,19,25). Considerando estos cambios proliferativos como fenómenos preneoplásicos, se han comunicado casos de adenocarcinoma vesical asociado, aunque debemos informar que son extremadamente infrecuentes^(16,49).

La RMN aspira a ser el método de elección en el diagnóstico de la lipomatosis pélvica, ya que además de mejorar las imágenes posee la ventaja de no utilizar radiaciones ionizantes, confiriendo máxima utilidad a este estudio para el seguimiento periódico de los pacientes^(29,51,54-56).

El diagnóstico diferencial básicamente es con la fibrosis retroperitoneal, procesos que cursan con proliferación grasa localizada como la lipomatosis nodular circunscripta, la enfermedad de *Dercum* (adiposis dolorosa) y el lipogranuloma esclerosante. Pero no hay duda de que el diagnóstico diferencial más importante de la lipomatosis pélvica es el liposarcoma; donde la TAC, el método más valioso para el diagnóstico^(22,30-33) mostrará áreas lineales desmechadas y de mayor densidad (de partes blandas) siendo más gruesas, numerosas y menos bien definidas que aquellas observadas en la lipomatosis pélvica; también es posible evidenciar calcificaciones e infiltración de estructuras vecinas^(34,35,31). Por lo tanto, si el diagnóstico ofreciere dudas, será necesario una biopsia abierta y siempre se deberá tener en cuenta que el riesgo de tromboflebitis durante el postoperatorio puede llegar al 10 % debido a los trastornos del retorno venoso observados a nivel pélvico^(9,20,53).

Diversos tratamientos ensayados como antibióticos administrados a largo plazo, corticoides, regímenes dietarios y radioterapia demostraron resultados muy pobres^(36-41,7). En cuanto a tratamiento quirúrgico^(49,51), numerosos autores sostienen que la completa resección de la grasa pélvica es imposible^(42,9,37,52) debido a la íntima adherencia del tejido graso con estructuras vecinas, la ausencia de un adecuado plano de clivaje y la presencia de trabéculas fibrosas a lo largo de todo el espesor, haciendo este tejido más duro y firme. Por último, debemos considerar la gran vascularización de esta masa lipomatosa^(48,50,53).

La conducta conservadora es la más frecuente, manteniéndose apenas una vigilancia clínica⁽⁴³⁾, la ci-

rugía se limitaría principalmente al tratamiento de las complicaciones como las obstrucciones ureterales (derivaciones urinarias, reimplantes ureterales). Se ha descrito también el uso de aspiradores quirúrgicos asistidos por ultrasonido, los que solamente destruyen al tejido graso, preservando vasos sanguíneos, nervios y tejido conectivo⁽⁴⁴⁾, habiéndose comunicado buenos resultados.

En cuanto el pronóstico *Carpenter*, dividió a los pacientes en dos grupos: por un lado los pacientes jóvenes con síndrome irritativo urinario, hipertensión y cistitis proliferativa, los que generalmente evolucionan hacia la hidronefrosis, por lo que suelen necesitar una actitud más intervencionista. En el segundo grupo se hallan los hombres mayores de 60 años en los que esta patología suele ser un hallazgo. Los mismos poseen un bajo riesgo de sufrir complicaciones o progresión de la enfermedad⁽⁴⁰⁾, siendo posible ubicar en este último grupo a la mayoría de los casos descriptos.

El seguimiento de esta enfermedad es otro punto donde no es posible lograr un consenso entre los diferentes autores. Los exámenes apuntan a evaluar la función renal apoyados por estudios por imágenes y citológicos periódicos. La cistoscopia con eventual toma de biopsia (imágenes sospechosas) parecería estar indicada, debido a la posible pero infrecuente progresión de la cistitis *glandularis* hacia un adenocarcinoma de vejiga^(16,23,34,35,40,45,46).

CONCLUSIONES

Son muchos los interrogantes que rodean a esta enfermedad benigna. Los mismos son evidenciados por la multiplicidad de tratamientos instituidos, la elección o no de conductas quirúrgicas y la disposición en que se realizará el seguimiento a lo largo de las diferentes etapas de la lipomatosis pélvica, donde no sólo se tendrá en cuenta el método complementario a utilizar sino también la frecuencia a aplicar.

Es posible que el aporte de nuevos casos, de esta infrecuente entidad, nos brinde la experiencia necesaria para el manejo óptimo de estos pacientes, siendo además imprescindible dilucidar los ignotos mecanismos etiopatogénicos intervinientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Engels, E. P.: Sigmoid colon and urinary bladder in high fixation: roetgen changes simulating pelvic tumor. *Radiology*, 72: 419, 1959.
- Foggs, L. B. y Smyth, J. W.: Pelvic lipomatosis: a condition simulating pelvic neoplasm. *Radiology*, 90: 558, 1968.
- Becker, J. A., Weiss, R. M., Schiff, M., Jr. y Lytton, B.: Pelvic lipomatosis: a consideration in the diagnosis of intrapelvic neoplasms. *Arch. Surg.*, 100: 94, 1970.
- Malter, I. J. y Omell, G. J.: Pelvic lipomatosis in a woman. A case report. *Obst. Gynec.*, 37: 63, 1971.
- Abbott, D. L. y Skinner, D. G.: Congenital venous anomalies associated with pelvic lipomatosis: a case report. *J. Urol.*, 112: 739, 1974.
- Morretin, L. B. y Wilson, M.: Pelvic lipomatosis. *AJR*, 113: 181, 1971.
- Crane, D. B. y Smith, M. J. V.: Pelvic lipomatosis: 5-year followup. *J. Urol.*, 118: 329, 1977.
- Heyns, C. F.: Pelvic Lipomatosis: a review of its diagnosis and management. *J. Urol.*, 267:273, 1991.
- Golding, P. L., Singh, M. y Worthington, B.: Bilateral ureteric obstruction caused by benign pelvic lipomatosis. *Brit. J. Surg.*, 59: 69, 1972.
- Yalla, S. V., Ivker, M., Burros, H. M. y Dorey, F.: Cystitis glandularis with perivesical lipomatosis. Frequent association of two unusual proliferative conditions. *Urology*, 5: 383, 1975.
- Moss, A. A., Clark, R. E., Goldberg, H. E. y Pepper, H. W.: Pelvic lipomatosis: a roentgenographic diagnosis. *AJR*, 115: 411, 1972.
- Long, W. W., Jr., Kellett, J. W., Gardner, W. A. y Lynch, K. M., Jr.: Perivesical lipomatosis. *J. Urol.*, 109: 238, 1973.
- Harrow, B. R.: Retroperitoneal fibrosis following sclerosing injections for inguinal hernia and hemorrhoids. *AJR*, 90: 1967.
- Mahlin, M. S. y Dovitz, B. W.: Perivesical lipomatosis. *J. Urol.*, 100: 720, 1968.
- Rosemberg, B., Hurwitz, A. y Hermann, H.: Dercum's disease with unusual retroperitoneal and paravesical fatty infiltration *Surgerv*, 54: 451, 1963.
- Heyns, C. F., de Kock, M. L. S., Kirsten, P. H. y van Velden, D. J. J.: Pelvic lipomatosis associated with cystitis glandularis and adenocarcinoma of the bladder. *J. Urol.*, 145:364, 1991.
- Rizzatto, G., Basadonna, P., Del Zotto, A., Lombardo, V. L. y Petz, G.: Pelvic lipomatosis. Diagnostic role of ultrasonography and case report. *Eur. J. Rad.*, 2: 313, 1982.
- Hietala, S. O., Ghahremani, G. G., Faunce, H. F. y Yaghamai, I.: Radiologic manifestations of pelvic lipomatosis. *Radiologe*, 17: 130, 1977.
- Walther, M. M., Campbell, W. G., Jr., O'Brien, D. P., III, Wheatley, J. K. y Graham, S. D., Jr.: Cystitis cystica: an electron and immunofluorescence microscopic study. *J. Urol.*, 137: 764, 1987.
- Crawford, E. D., Dumbadze, I., Katz, D. L. y Vester, J. W.: Pelvic lipomatosis: diagnosis by computerized tomography scan. *Amer. J. Med.*, 65: 1021, 1978.
- Radinsky, S. H. y Vjunco, J. G.: Bilateral ureteral obstruction caused by pelvic lipomatosis. *JAOA*, 77: 865, 1978.
- Levine, E., Farber, B. y Lee, K. R.: Computed tomography in diagnosis of pelvic lipomatosis. *Urology*, 12: 606, 1978
- Susmanao, D. E. y Dolin, E. H.: Computed tomography in diagnosis of pelvic lipomatosis. *Urology*, 13: 215, 1979
- Gerson, E. S., Gerzof, S. G. y Robbins, A. H.: CT confirmation of pelvic lipomatosis: two cases. *AJR*, 129: 338, 1977.
- Parker, C.: Cystitis cystica and glandularis: a study of 40 cases. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 63: 239, 1970.
- Hatten, H. P., Jr., Chuang, V. P. y Rosenbaum, H. D.: When is biopsy necessary in pelvic lipomatosis? *Urology*, 9: 333, 1977.
- Mollitt, D. y Glover, J. L.: Pelvic lipomatosis. *Amer. Surg.*, 46: 520, 1980.

28. Nussbaum, P. S.: Carcinoma of the prostate presenting as pelvic lipomatosis. *Surg. Clin. N. Amer.*, 52: 405, 1972.
29. Allen, F. J. y De Kock, M. L.: Pelvic lipomatosis: the nuclear magnetic resonance appearance and associated vesiculoureteral reflux. *J. Urol.*: 138 (5): 1228-1230, 1987.
30. Cohen, W. N., Seidemann, F. E. y Bryan, P. J.: Computed tomography of localized adipose deposits presenting as tumor masses. *AJR*, 128: 1007, 1977.
31. Waligore, M. P., Stephens, D. H., Soule, E. H. y McLeod, R. A.: Lipomatous tumors of the abdominal cavity: CT appearance and pathologic correlation. *AJR*, 137: 539, 1981.
32. Stephens, D. H., Sheedy, P. F., II, Hattery, R. R. y Williamson, B.: Diagnosis and evaluation of retroperitoneal tumors by computed tomography. *AJR*, 129: 395, 1977.
33. Carter, B. L., Kahn, P. C., Wolpert, S. M., Hammerschlag, S. B., Schwartz, A. M. y Scott, R. M.: Unusual pelvic masses: a comparison of computed tomographic scanning and ultrasonography. *Radiology*, 121: 383, 1976.
34. Baath, L., Nyman, U., Aspelin, P. y Wadstrom, L.: Computed tomography of pelvic lipomatosis. Report of a case. *Acta Rad. Diagn.*, 27: 311, 1986.
35. Klein, F. A., Smith, M. J. V. y Kasenetz, I.: Pelvic lipomatosis: 35-year experience. *J. Urol.*, 139: 998, 1988.
36. Lucey, D. T. y Smith, M. J. V.: Pelvic lipomatosis. *J. Urol.*, 105: 341, 1971.
37. Henriksson, L., Liljeholm, H. y Lonnerholm, T.: Pelvic lipomatosis causing constriction of the lower urinary tract and the rectum. Case report. *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 18: 249, 1984.
38. Dichmann, O., Bilde, T. y Damgaard, K.: Pelvic lipomatosis. *Brit. J. Urol.*, 59: 591, 1987.
39. Old, W. L., Jr. y Stokes, T. L.: Pelvic lipomatosis. *Surgery*, 83: 173, 1978.
40. Carpenter, A. A.: Pelvic lipomatosis: successful surgical treatment. *J. Urol.*, 110: 397, 1973.
41. Sacks, S. A. y Drenick, E. J.: Pelvic lipomatosis: effect of diet. *Urology*, 6: 609, 1975.
42. Albert, D. J., Herman, G. P. y Persky, L.: Pelvic lipomatosis. Report of three cases. *J. Med.*, 3: 282, 1972.
43. Kamal, K., Josh y Henry A., Wise H.: Pelvic Lipomatosis: 9 Year follow-up in a woman. *J Urol.*, 129: 1233, 1983.
44. Halachmi, S., Moskovitz, B. y Calderon, N.: The use of an ultrasonic assisted lipectomy device for the treatment of obstructive pelvic lipomatosis. *Urology* 48: 128-130, 1996.
45. Rosenthal, R. S., Karafin, L. y Kendall, A. R.: Pelvic lipomatosis: an emerging entity. *Pennsylvania Med.*, 76: 41, 1973.
46. Joshi, K. K. y Wise, H. A., II: Pelvic lipomatosis: 9-year followup in a woman. *J. Urol.*, 129: 1233, 1983.
47. Jones, B. J. y Butler, M. R.: Pelvic lipomatosis. *Br. J. Urol.*: 67(6): 656-7, 1991.
48. Nieva, J., Atin, C. y Lozano Ortega, J.: Lipomatosis pelviana: aportación de un nuevo caso a la literatura. *Arch. Esp. de Urol.*, 54,4 (376), 2001.
49. Trilla Herrera, E. y Torrecilla Ortiz, J.: Lipomatosis Pélvica: revisión clínica y aportación de cuatro nuevos casos. *Actas Urol. Esp.* 24 (5): 423-428, 2000.
50. Prisco, R. M., Peres, A. M. y Macedo, F.: Lipomatosis Pélvica. *Actas Urol. Esp.* 22 (8): 717-720, 1998.
51. Heyns, C. F. y Allen, F. G.: Pelvic lipomatosis or Pericystitis Plastica? *Br. J. Urol.* 70(3): 327-328, 1992.
52. Domínguez Domínguez, M. y Camacho González, J. E.: Lipomatosis Pélvica: causa de estallido vesical. *Actas Urol Esp.* 25 (8): 592-595, 2001.
53. Tong, R., Larner, T. y Finlay, M.: Pelvic Lipomatosis Associated with proliferative cystitis occurring in two brothers. *Urology* 59: 602, 2002.
54. Demas, B. E. y Avallone, A.: Pelvic lipomatosis: diagnosis and characterization by magnetic resonance imaging. *Urol. Radiol.* 10 (4): 198-202, 1988.
55. Armillotta, M., Perfetto, F. y Casillo, A.: Abdomino-pelvic lipomatosis. Report of two cases studied with magnetic resonance. *Radiol. Med.* 89 (6): 892-894, 1995.
56. Fernández Merino, F. J., Fernández Cebrian, J. M. y Carda Abello, P.: Pelvic lipomatosis: a case report with diagnostic and therapeutic approach. *Actas Urol. Esp.*: 23 (3): 278-281, 1999.