



DOI: <https://doi.org/10.46296/yc.v10i19.0963>

LIPOMAS CERVICALES GIGANTES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS, ESTRATEGIAS QUIRÚRGICAS, COMPLICACIONES Y RESULTADOS ESTÉTICO-FUNCIONALES

GIANT CERVICAL LIPOMAS: CLINICAL AND RADIOLOGICAL CHARACTERISTICS, SURGICAL STRATEGIES, COMPLICATIONS, AND AESTHETIC-FUNCTIONAL OUTCOMES

Andrade-Tobar Andrés David ¹; Hernández-Roldán Karentts Julissa ²;
Proaño-Cholango Micaela Naomi ³; Pazmiño-Vera Katherine Liliana ⁴

¹ Médico Estético, La Dolorosa Centro Médico. Ecuador.

Correo: md.andres.andrade@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2672-8572>

² Médico General, Universidad UTE. Ecuador.

Correo: karenttshernandez@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-5470-4467>

³ Médico Rural, Puesto de salud Proyecto. Ecuador.

Correo: micalanaomi3@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-0224-1353>

⁴ Médico general, Hospital General Monte Sinaí. Guayaquil, Ecuador.

Correo: katherineliliana_1999@outlook.es. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-2497-886X>

Resumen

Introducción: Los lipomas cervicales gigantes son lesiones benignas infrecuentes cuyo gran volumen puede producir deformidad estética, limitación de la movilidad cervical y, en localizaciones profundas, síntomas compresivos. Su rareza ha generado una evidencia predominantemente basada en reportes y pequeñas series de casos. **Objetivo:** Sintetizar las características clínicas y radiológicas, los abordajes quirúrgicos, las complicaciones y los resultados estético-funcionales publicados en pacientes con lipomas cervicales gigantes. **Métodos:** Revisión sistemática de reportes y series de casos. Se consideró “gigante” una lesión de al menos 10 cm en una dimensión o con peso ≥ 1000 g. Se incluyeron lesiones cervicales, cervicotorácicas, cervicofaciales y profundas con componente cervical predominante y diagnóstico final compatible con lipoma. Se excluyeron lipomatosis difusas, enfermedad de Madelung, liposarcomas/tumores lipomatosos atípicos y lesiones sin tamaño suficiente o sin confirmación diagnóstica adecuada. La búsqueda rápida verificada se actualizó al 28 de agosto de 2026 en PubMed/MEDLINE, literatura de acceso abierto y rastreo de referencias. Debido a la heterogeneidad y al diseño no comparativo, se realizó síntesis narrativa sin metaanálisis. **Resultados:** El conjunto de evidencia actualmente verificado comprende 33 publicaciones y 53 pacientes, desde 1973 hasta 2026. Las localizaciones posteriores dominaron las series históricas, mientras que la literatura más reciente documenta lesiones anteriores, supraclaviculares, cervicotorácicas, cervicofaciales y parafaríngeas. La tomografía computarizada y la resonancia magnética fueron las principales herramientas de planificación en los casos modernos. La escisión completa fue el tratamiento predominante; la cervicotomía/transcervical fue el abordaje más frecuente, aunque algunas extensiones mediastínicas o profundas requirieron esternotomía, disección de estructuras neurovasculares o abordajes combinados. Las complicaciones mayores fueron poco frecuentes en los casos publicados y, cuando se informó seguimiento, la recurrencia fue excepcional. Se describió mejoría del contorno cervical, movilidad y síntomas compresivos tras la resección. **Conclusiones:** La escisión completa con planificación anatómica mediante imagen ofrece resultados generalmente favorables en los lipomas cervicales gigantes. La evaluación debe centrarse no solo en el tamaño, sino también en profundidad, velocidad de crecimiento, heterogeneidad, septos/nódulos y relación con estructuras críticas para descartar una neoplasia adipocítica

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 17 de abril de 2026.

Fecha de aceptación: 22 de junio de 2026.

Fecha de publicación: 10 de julio de 2026.



atípica y seleccionar el abordaje. La evidencia disponible es de muy baja certeza por su naturaleza observacional, el sesgo de publicación y el seguimiento incompleto.

Palabras claves: lipoma; cuello; lipoma gigante; cirugía; tomografía computarizada; resonancia magnética; resultados postoperatorios; deformidad estética.

Abstract

Background: Giant cervical lipomas are uncommon benign lesions whose large volume may cause cosmetic deformity, restricted neck mobility and, in deep locations, compressive symptoms. Evidence is largely limited to case reports and small case series. Objective: To synthesize the clinical and imaging characteristics, surgical approaches, complications, and aesthetic-functional outcomes reported in patients with giant cervical lipomas. Methods: Systematic review of case reports and case series. A giant lipoma was defined as a lesion measuring at least 10 cm in one dimension or weighing ≥ 1000 g. Cervical, cervicothoracic, cervicofacial, and deep lesions with a predominant cervical component and a final diagnosis compatible with lipoma were eligible. Diffuse lipomatosis, Madelung disease, atypical lipomatous tumor/well-differentiated liposarcoma, insufficiently sized lesions, and cases lacking adequate diagnostic confirmation were excluded. The verified rapid search was updated on August 28, 2026, using PubMed/MEDLINE, open-access literature, and citation chasing. Owing to marked heterogeneity and non-comparative designs, narrative synthesis was performed without meta-analysis. Results: The currently verified evidence set includes 33 publications encompassing 53 patients reported between 1973 and 2026. Posterior lesions predominated in historical series, while recent reports increasingly document anterior, supraclavicular, cervicothoracic, cervicofacial, and parapharyngeal tumors. Computed tomography and magnetic resonance imaging were the main planning modalities in modern cases. Complete excision was the dominant treatment, most often through cervical/transcervical approaches; selected mediastinal or deep extensions required sternotomy, neurovascular dissection, or combined approaches. Major complications were uncommon in published cases, and recurrence was exceptional when follow-up was reported. Aesthetic contour, neck mobility, and compressive symptoms generally improved after resection. Conclusions: Complete excision after appropriate imaging-based anatomic planning generally yields favorable outcomes. Assessment should consider depth, growth rate, heterogeneity, septa/nodules, and proximity to critical structures in addition to size, both to exclude atypical adipocytic neoplasia and to tailor surgery. Certainty of evidence remains very low because the literature is dominated by uncontrolled reports, publication bias, and incomplete follow-up.

Keywords: lipoma; neck; giant lipoma; surgery; computed tomography; magnetic resonance imaging; postoperative outcomes; cosmetic deformity.

1. Introducción

Los lipomas son neoplasias benignas de tejido adiposo maduro y constituyen una de las lesiones mesenquimales más frecuentes. Sin embargo, la región de cabeza y cuello representa una proporción menor de sus localizaciones y la presentación como una masa cervical de gran tamaño es

excepcional. En la literatura se ha difundido la definición de lipoma “gigante” como aquel que alcanza al menos 10 cm en una dimensión o pesa 1000 g o más, criterio útil para estandarizar reportes, aunque su repercusión clínica depende también de la profundidad y del compartimento anatómico comprometido [2,17,18].



En el cuello, el crecimiento lento puede permitir que la lesión alcance dimensiones extraordinarias antes de generar dolor o compromiso funcional. Los motivos de consulta descritos incluyen deformidad estética, dificultad para vestir o dormir, restricción de la flexo-extensión cervical, dolor, disfagia, disnea, parestesias y edema por compresión. Las lesiones profundas pueden desplazar la vía aérea, la faringe, el eje yugulocarotídeo, el plexo braquial o extenderse hacia el mediastino, de modo que una histología benigna no implica necesariamente una cirugía simple [9,17,23,24,33].

La evaluación diagnóstica tiene dos objetivos: caracterizar la anatomía y excluir una neoplasia adipocítica atípica. La tomografía computarizada (TC) define densidad grasa, extensión y efecto de masa; la resonancia magnética (RM) aporta una delimitación superior de planos profundos y relaciones neurovasculares. El tamaño grande, el crecimiento reciente acelerado, los septos gruesos, los nódulos no adiposos, la heterogeneidad y la infiltración deben elevar la sospecha de tumor lipomatoso

atípico/liposarcoma bien diferenciado. En escenarios dudosos, la histopatología y, cuando está indicado, la demostración de amplificación de MDM2 (con o sin CDK4) son de mayor utilidad que asumir una “transformación maligna” de un lipoma convencional [18,24,33].

Aunque existen revisiones narrativas y una serie con revisión de la literatura publicada en 2018, desde entonces se han añadido nuevos casos con abordajes reconstructivos, extensiones cervicotorácicas, compromiso parafaríngeo y presentaciones pediátricas [17,22-33]. Por ello, el objetivo de esta revisión fue sintetizar la presentación clínica, los hallazgos por imagen, las estrategias quirúrgicas, las complicaciones y los resultados estético-funcionales de los lipomas cervicales gigantes publicados hasta agosto de 2026.

2. Metodología

2.1 Diseño y marco de reporte

Se estructuró una revisión sistemática de reportes de caso y series de casos, guiada por los

principios de PRISMA 2020 para identificación, selección y transparencia del proceso [34]. Dado que el fenómeno de interés es infrecuente y carece de estudios comparativos, se preespecificó una síntesis narrativa descriptiva sin metaanálisis.

2.2 Criterios de elegibilidad

Se incluyeron publicaciones que cumplieran todos los siguientes criterios:

- reporte de caso o serie de casos en humanos;
- lipoma localizado en cuello o con componente cervical dominante (incluyendo extensiones cervicotorácicas, cervicofaciales, supraclaviculares, submentonianas o parafaríngeas);
- dimensión máxima ≥ 10 cm o peso de la pieza ≥ 1000 g;
- diagnóstico final compatible con lipoma benigno, preferiblemente histopatológico; y
- información clínica o quirúrgica suficiente para aportar al menos uno de los desenlaces de interés.

Se excluyeron lipomatosis múltiples o simétricas (incluida enfermedad de Madelung), síndromes de lipomatosis difusa, lesiones extracervicales sin componente cervical relevante, liposarcoma/tumor lipomatoso atípico como diagnóstico final, tumores sin información suficiente para comprobar el criterio de tamaño y reportes duplicados de un mismo paciente.

2.3 Fuentes de información y estrategia de búsqueda

La búsqueda rápida verificable se actualizó el 28 de agosto de 2026. Se consultó PubMed/MEDLINE y se realizó rastreo de artículos de acceso abierto en PubMed Central, sitios editoriales y bibliografías de revisiones/casos clave. Se utilizaron combinaciones de términos libres y equivalentes: (“giant cervical lipoma” OR “giant neck lipoma” OR “giant posterior neck lipoma” OR “giant anterior neck lipoma” OR “giant cervicothoracic lipoma” OR “giant cervicofacial lipoma” OR “giant parapharyngeal lipoma”) AND (surgery OR excision OR imaging OR CT OR MRI). No se aplicaron límites por idioma, edad o año. Los registros históricos citados por



Bayram et al. fueron utilizados para reconstruir y verificar la literatura previa a 2018 [17].

Para una versión sometible a revista, esta estrategia debe replicarse de forma independiente en Embase, Scopus y Web of Science (y, si el protocolo lo contempla, Google Scholar para literatura gris), conservando los archivos de exportación y el registro de deduplicación. Los números de identificación y exclusión del diagrama PRISMA no se estimaron ni inventaron en este borrador.

2.4 Selección y extracción de datos

Se extrajeron, cuando estaban disponibles: autor/año, número de pacientes, edad y sexo, tiempo de evolución, localización anatómica, dimensiones/peso, síntomas, modalidad de imagen, tipo de abordaje, dificultades intraoperatorias, histología, complicaciones, resultado funcional/estético, duración del seguimiento y recurrencia. Cuando una publicación antigua solo estaba accesible mediante una revisión secundaria de alta trazabilidad, se mantuvo el dato como “reportado” y

se marcó como no reportada (NR) cualquier variable ausente, evitando inferencias clínicas.

2.5 Evaluación de calidad y certeza

Por tratarse de reportes y series de casos, el instrumento recomendado para la versión definitiva es la lista de verificación del Joanna Briggs Institute (JBI) específica para cada diseño [35,36]. No se asignó una puntuación numérica agregada en este borrador, ya que una proporción de publicaciones históricas no dispone de texto completo fácilmente verificable y una puntuación basada en información secundaria introduciría falsa precisión. La certeza global se consideró muy baja de acuerdo con la naturaleza no comparativa de la evidencia, la selección de casos extremos, el sesgo de publicación y el seguimiento incompleto.

2.6 Síntesis

Se realizó síntesis narrativa. No se combinaron proporciones mediante metaanálisis debido a heterogeneidad clínica sustancial, denominadores pequeños, diseños sin grupo comparador, duplicación

potencial de patrones de reporte y ausencia de seguimiento homogéneo. Las frecuencias históricas descritas por Bayram et al. se presentan como contexto y no como estimaciones poblacionales [17].

3. Resultados

3.1 Conjunto de evidencia

El conjunto actualmente verificado incluye 33 publicaciones y 53 pacientes individualizables, publicados entre 1973 y 2026 [1-33]. Bayram et al. aportaron la mayor reconstrucción histórica: siete pacientes propios y una revisión de 14 publicaciones previas con 21 pacientes; en aquella síntesis, 61,9% de las lesiones eran posteriores, 81% de los pacientes eran varones y la histología clásica representaba 76,2% de los casos [17]. La evidencia posterior amplió el espectro con lesiones anteriores, supraclaviculares, cervicofaciales, cervicotorácicas y parafaríngeas [18-33].

La Tabla 1 resume las características clínicas y quirúrgicas de las publicaciones incluidas.

Debido a que los reportes difieren en variables y seguimiento, los datos no reportados se señalan como NR.

3.2 Presentación clínica

La deformidad estética fue uno de los motivos de consulta más repetidos, especialmente en lesiones subcutáneas posteriores y anteriores. El curso típico fue lento, con evolución de varios años o décadas. No obstante, algunos pacientes consultaron tras un periodo de crecimiento acelerado, circunstancia que motivó una evaluación más intensa para descartar malignidad [18,22,30].

Los síntomas funcionales dependieron de la localización: limitación de la movilidad cervical y dolor en masas posteriores; disnea posicional o disfagia en lesiones anteriores/cervicotorácicas; parestesias, debilidad deltoidea o edema en lesiones con cercanía al plexo braquial y estructuras vasculares; y síntomas faríngeos o riesgo de lesión de pares craneales en tumores parafaríngeos [9,18,21,24,25,28,32,33]. Dos reportes pediátricos incluidos demostraron que, aunque el patrón predomina en adultos, puede



presentarse en niños/adolescentes con compromiso cervicomedialstínico o rápido crecimiento [14,28].

3.3 Hallazgos por imagen y diagnóstico diferencial

En los reportes modernos, la TC y la RM fueron las herramientas principales. La TC mostró típicamente masas bien delimitadas con densidad grasa y permitió valorar desplazamiento de vía aérea, mediastino y eje yugulocarotídeo. La RM se utilizó para definir el carácter adiposo, la relación con planos musculares y estructuras neurovasculares, y la extensión profunda. La ecografía fue útil como evaluación inicial en lesiones superficiales y en algunos casos pediátricos [14,17,22,26,30,32].

El diagnóstico preoperatorio de “lipoma” por imagen no elimina la necesidad de valorar signos de tumor lipomatoso atípico. El tamaño por sí solo no es específico. Los reportes recientes enfatizan la relevancia de septos gruesos, componentes nodulares no grasos, comportamiento infiltrativo o rápido crecimiento y, ante duda histológica,

pruebas de amplificación de MDM2/CDK4 [18,24,33].

3.4 Manejo quirúrgico

La escisión completa fue el tratamiento dominante. En lesiones subcutáneas o laterocervicales se utilizó con mayor frecuencia un abordaje cervical/transcervical, con disección capsular cuidadosa y preservación de nervios y vasos. La planificación de la incisión varió según el volumen y la piel redundante: algunos autores emplearon incisiones elípticas, supraclaviculares o transversales; en un caso posterior de 2024 se resecó piel excedente y se utilizó drenaje de presión negativa para recuperar el contorno [21,25,27].

Las lesiones profundas exigieron estrategias individualizadas. Bayram et al. describieron una extensión cervicotorácica intramuscular que requirió equipo multidisciplinario y esternotomía media; Derin et al. comunicaron un lipoma intramuscular con compromiso carotídeo que requirió reconstrucción vascular; Petruzzi et al. utilizaron cervicotomía más esternotomía para una masa cervicomedialstínica. En 2026, Wang

et al. resecaron un lipoma parafaríngeo de 10,6 cm mediante abordaje transcervical con disección del nervio facial, evitando mandibulotomía [9,17,24,33].

3.5 Complicaciones y desenlaces estético-funcionales

En la literatura publicada, la recuperación fue mayoritariamente favorable. Las series de Bayram et al. y Lengane et al. no reportaron complicaciones intraoperatorias relevantes ni recurrencias durante el seguimiento disponible [17,31]. Woo et al. y Cukic documentaron satisfacción con el resultado cosmético, y Cukic además describió resolución de la disnea posicional [20,21]. Kabiri et al. reportaron resolución de dolor/paresia leve sin

déficit neurológico tras resección de una lesión profunda adyacente al plexo braquial [25]. Los casos recientes de Yigzaw et al. y Wang et al. mostraron mejoría de movilidad/síntomas neurológicos y recuperación sin déficit craneal, respectivamente [32,33].

La recurrencia fue poco frecuente en los casos con seguimiento reportado; sin embargo, esta observación debe interpretarse con cautela porque muchos reportes no aportan seguimiento, los periodos son variables y existe un fuerte sesgo de publicación hacia resultados exitosos. No puede derivarse una tasa de recurrencia poblacional confiable a partir de esta evidencia.

Tabla 1. Características de las publicaciones incluidas en el conjunto de evidencia verificado

Estudio	n	Edad/sexo	Localización/tamaño	Presentación	Manejo	Resultado/seguimiento
Hirshowitz & Goldan, 1973 [1]	1	26 M	Posterior; 2450 g	NR	Escisión	Lipoma; desenlace NR
Sanchez et al., 1993 [2]	1	68 M	Cervical der.; 61×27 cm; 2700 g	Masa de 15 años	Escisión	Sin recurrencia, 24 meses
Copcu & Sivrioglu, 2005 [3]	7	48-63; 5 M/2 F	Posterior; hasta 20×10×6 cm	Deformidad/masa	Escisión	Sin eventos relevantes; FU ~6 meses
Pino Rivero et al., 2005 [4]	1	69 M	Cervical; >12 cm	Masa cervical	Escisión	Lipoma; resultado favorable
Karacal et al., 2006 [5]	1	60 F	Posterior; 12×9 cm	Masa de 6 años	Escisión	Lipoma pleomórfico; FU 10 meses
Medina et al., 2007 [6]	1	60 M	Submental; 15×12 cm	Masa/deformidad	Escisión	Sin recurrencia, 12 meses
Eryilmaz et al., 2007 [7]	1	72 M	Posterior; 42×35 cm	Masa de 10 años	Escisión	Spindle cell lipoma; FU 36 meses



Estudio	n	Edad/sexo	Localización/tamaño	Presentación	Manejo	Resultado/seguimiento
Yakubu et al., 2008 [8]	1	70 F	Anterior; 30×25×15 cm	Masa de 15 años	Escisión	Lipoma; FU NR
Derin et al., 2009 [9]	1	57 M	Cervical izq.; 17×13×10 cm; 262 g	Masa de 1 año	Escisión + reconstrucción vascular	Intramuscular; FU 9 meses
Verma et al., 2010 [10]	1	68 M	Posterior; 22×12 cm; 2200 g	Úlcera por presión/sangrado	Escisión	Resultado favorable
Venkatramani et al., 2010 [11]	1	43 M	Cervicotorácico; 17×11×7 cm; 540 g	Masa cervical	Escisión	Lipoma; FU NR
Basmaci & Hasturk, 2012 [12]	2	Media 54; 2 M	Occipitocervical; ~11×10 cm	Masa/deformidad	Escisión	Lipoma; resultado favorable
Singh et al., 2014 [13]	1	62 M	Posterior; 38×18×15 cm	Masa de 20 años	Escisión	Fibrolipoma; FU NR
Eryilmaz et al., 2016 [14]	1	13 M	Cervicotorácico a mediastino	Disfagia	Escisión cervical, sin toracotomía	Lipoma; recuperación favorable
Virk et al., 2016 [15]	1	63 M	Posterior; 30×20×20 cm; 1732 g	Masa/deformidad	Escisión	Spindle cell lipoma
Jain et al., 2017 [16]	1	70 M	Anterior; 2500 g	Úlcera por presión/sangrado	Escisión	Lipoma; resultado favorable
Bayram et al., 2018 [17]	7	17-71; 4 M/3 F	Posterior/anterior/cervicotorácico; 10-20 cm	Masa de 3-20 años	6 cervicales; 1 esternotomía	Sin complicaciones/recurrencia; FU medio 28,1 meses
Ralli et al., 2018 [18]	1	72 M	Cuello izq.; >10 cm	Dolor, parestesia, linfedema	Cirugía; evaluación oncológica	Lipoma; detalles de FU limitados
Woo et al., 2020 [20]	1	67 M	Ventral; 32×20×4 cm	Deformidad psicológica, 20 años	Escisión	Sin complicaciones; satisfecho con resultado estético
Cukic, 2020 [21]	1	37 F	Anterior/derecho; gigante	Deformidad, molestia, disnea posicional	Incisión elíptica supraclavicular; escisión completa	Recuperación sin eventos; mejoría estética y respiratoria
Elakhiri et al., 2021 [22]	1	Adulto mayor M	Cervical; ~46 cm	Masa cervical gigante	Cirugía	Buen resultado estético, sin déficit funcional
Riquelme et al., 2021 [23]	1	50 F	Cervicofacial; 13×6×7,5 cm; 426,5 g	Asimetría estética, 9 años	Cervical + vestibulotomía	Sin atipia; buen resultado, FU 6 meses
Petruzzi et al., 2022 [24]	1	62 M	Cervicomediastínico	Masa profunda	Cervicotomía + esternotomía	Recuperación sin eventos; énfasis MDM2
Kadyogo et al., 2022 [19]	1	60 M	Anterior izq.; 13 cm	Pesadez, limitación de movimiento; 20 años	Cervicotomía, resección en bloque	Sin recurrencia, 24 meses
Kabiri et al., 2023 [25]	3	26 M, 55 F, 66 F	Supraclavicular; 11-18 cm	Masa; un caso con dolor/paresia deltoidea	Escisión completa	Sin déficit; buen resultado; FU hasta 42 meses

Estudio	n	Edad/sexo	Localización/tamaño	Presentación	Manejo	Resultado/seguimiento
Benfadil et al., 2023 [26]	1	34	Cérvico-parotídeo; 16×10×5,4 cm	Masa cervical	Incisión preauricular-laterocervical; preservación nerviosa	Sin complicaciones/recurrencia reportada
Du et al., 2024 [27]	1	47 M	Posterior; 20×19×10 cm	Dolor, limitación de movilidad, impacto estético	Escisión total + piel redundante + presión negativa	Recuperación del contorno y movilidad
Sardo & Wieck, 2024 [28]	1	Adolescente	Cuello-mediastino; 3×6×15 cm	Crecimiento rápido, disnea, dolor torácico	Resección	Sin complicaciones; resolución de síntomas
Lee et al., 2025 [30]	1	66 M	Anterior izq.; pieza 15,5×10,8×5,7 cm; 954 cc	Crecimiento acelerado final	Incisión cervical transversa; escisión	Sin complicaciones a 4 semanas
Lengane et al., 2025 [31]	6	11-50	5 posteriores, 1 anterior; 10,8-19,4 cm	Sin signos compresivos	Cervicotomía; escisión completa	Sin complicaciones ni recurrencia reportada
Dereje et al., 2026 [29]	1	29 M	Posterior; 20×25 cm	Deformidad, distrés psicológico	Escisión	Resultado posoperatorio favorable
Yigzaw et al., 2026 [32]	1	56 M	Posterior; ~20×15×10 cm	Dolor, limitación, cefalea, parestesias; 26 años	Escisión completa	Movilidad completa, menor parestesia; sin recurrencia a 3 meses
Wang et al., 2026 [33]	1	62 M	Parafaríngeo/cervical; 10,6×6,8×3,6 cm	Masa progresiva	Transcervical + disección nervio facial	Sin déficit craneal/disfagia a 1 mes

Abreviaturas: F, femenino; M, masculino; FU, seguimiento; NR, no reportado. Los datos históricos se reconstruyeron principalmente a partir de la tabla de Bayram et al. y deben verificarse contra cada texto completo antes de la extracción final independiente.

4. Discusión

4.1 Hallazgos principales

Esta revisión muestra que el “lipoma cervical gigante” no constituye una entidad anatómica uniforme. Bajo un mismo criterio dimensional se agrupan masas subcutáneas posteriores de crecimiento indolente, lesiones anteriores con compromiso respiratorio, tumores profundos cercanos al plexo braquial o al eje yugulocarotídeo, extensiones

mediastínicas y lesiones parafaríngeas. Por tanto, el tamaño es útil para identificar casos extremos, pero el riesgo quirúrgico está determinado principalmente por la profundidad, el compartimento y la relación con estructuras críticas.

La revisión de Bayram et al. marcó un punto de referencia histórico al compilar 21 pacientes de 14 publicaciones previas y añadir siete casos propios. En aquella literatura predominaban varones y lesiones



posteriores [17]. El conjunto posterior a 2018 muestra mayor diversidad anatómica y reportes más detallados de imagen, planificación reconstructiva y síntomas compresivos [18-33]. Este cambio probablemente refleja tanto mejoras diagnósticas como un sesgo de publicación hacia presentaciones anatómicamente complejas.

4.2 Imagen y exclusión de neoplasia adipocítica atípica

La principal tensión diagnóstica es diferenciar una masa adiposa benigna de un tumor lipomatoso atípico/liposarcoma bien diferenciado. La apariencia homogénea de grasa, márgenes bien definidos y ausencia de componentes nodulares favorecen lipoma, pero la precisión disminuye en tumores profundos o muy grandes. La RM puede mostrar septos y áreas no adiposas con mayor contraste; la TC es especialmente útil para extensión cervicotorácica y relación con la vía aérea y grandes vasos.

Debe evitarse la formulación de que un lipoma gigante “se transforma” habitualmente en liposarcoma. En la práctica moderna, un tumor

inicialmente etiquetado como lipoma que luego demuestra amplificación de MDM2 representa con mayor probabilidad un diagnóstico inicial incompleto de tumor lipomatoso atípico/liposarcoma bien diferenciado, no una transformación de un lipoma convencional. En masas profundas, recidivantes, heterogéneas o con crecimiento acelerado, la biopsia y/o el estudio molecular pueden modificar la extensión quirúrgica y el seguimiento [18,24,33].

4.3 Principios quirúrgicos

El objetivo quirúrgico común es la resección completa preservando función y contorno. En masas encapsuladas superficiales, la disección puede ser relativamente directa; no obstante, el gran tamaño estira piel, nervios y vasos y puede distorsionar referencias anatómicas. Por ello, el diseño de la incisión debe anticipar exposición suficiente y manejo de piel redundante, y no limitarse a una incisión cosmética pequeña que comprometa la visualización.

En lesiones profundas, la imagen debe guiar la necesidad de un equipo multidisciplinario. La

evidencia de esta revisión incluye cirugía vascular por compromiso carotídeo, esternotomía para extensión cervicotorácica/cervicomedial y disección de nervio facial en enfermedad parafaríngea [9,17,24,33]. Estos casos apoyan un principio práctico: el abordaje debe adaptarse al extremo anatómico de la lesión, no a su diagnóstico benigno.

4.4 Resultado estético y funcional

La deformidad estética es clínicamente relevante y no debe considerarse un desenlace menor. Casos recientes describen distrés psicológico, aislamiento social y afectación de actividades diarias, además de la alteración del contorno [20,27,29]. La resección completa suele producir una mejoría visible; en tumores muy voluminosos puede ser razonable resecar piel redundante o emplear drenajes que reduzcan espacio muerto. Sin embargo, la literatura carece de escalas estéticas validadas, fotografías estandarizadas o medidas de calidad de vida pre/postoperatoria, lo que impide cuantificar el beneficio.

El beneficio funcional también es consistente en los reportes: resolución de disnea posicional, mejora de movilidad cervical, desaparición de dolor o paresia leve y alivio de síntomas por efecto de masa [21,25,28,32,33]. Aun así, se trata de evidencia susceptible a sesgo de resultado, ya que los casos con complicaciones o secuelas pueden estar menos representados.

4.5 Recurrencia y seguimiento

La ausencia de recurrencia comunicada en muchas publicaciones no debe interpretarse como riesgo nulo. Los periodos de observación son heterogéneos y con frecuencia cortos o no reportados. El riesgo parece mayor cuando la resección es incompleta o el lipoma es intramuscular/infiltrativo. No existe evidencia suficiente para establecer un calendario de vigilancia universal. Un enfoque razonable es seguimiento clínico, con imagen reservada para resecciones incompletas, enfermedad profunda/infiltrativa, síntomas nuevos, crecimiento recurrente o histología/molecularidad atípica.



4.6 Implicaciones para la práctica

A partir de los patrones repetidos en la literatura se propone un esquema clínico pragmático (Tabla 2). Este

algoritmo no constituye una guía de práctica basada en ensayos, sino una síntesis de principios anatómicos y oncológicos aplicables a una lesión rara.

Etapas	Pregunta clave	Conducta sugerida
1. Evaluación clínica	¿Crecimiento lento o acelerado? ¿Dolor, disnea, disfagia, déficit neurológico, edema?	Documentar duración, velocidad de crecimiento, movilidad, piel, función cervical, vía aérea y síntomas neurovasculares.
2. Imagen	¿Superficial o profunda? ¿Hay extensión mediastínica/parafaríngea?	TC para extensión/relación con vía aérea y vasos; RM cuando se requiere mayor caracterización de planos, nervios o composición.
3. Riesgo de ALT/WDL	¿Septos gruesos, nódulos no adiposos, heterogeneidad, infiltración o crecimiento acelerado?	Considerar biopsia dirigida y estudio MDM2 ($\pm$ CDK4) según contexto; discutir en equipo oncológico si sospechoso.
4. Plan quirúrgico	¿Puede lograrse resección completa con exposición cervical segura?	Seleccionar incisión por extensión real; prever piel redundante, espacio muerto y drenaje; involucrar cirugía torácica/vascular/plástica cuando sea necesario.
5. Patología	¿Lipoma convencional o variante/lesión atípica?	Examen histológico completo; ampliar con pruebas moleculares si existe discordancia clínico-radiológica o histológica.
6. Seguimiento	¿Resección completa y anatomía superficial?	Seguimiento clínico individualizado; imagen si resección incompleta, patrón infiltrativo/profundo o signos de recurrencia.

ALT/WDL: tumor lipomatoso atípico/liposarcoma bien diferenciado.

4.7 Limitaciones

La principal limitación es la calidad de la evidencia: reportes de casos y series pequeñas sin comparadores, selección de presentaciones llamativas y seguimiento irregular. Además, parte de la literatura histórica se recuperó mediante una revisión previa y no todos los textos completos antiguos estuvieron disponibles para verificación independiente. El conjunto de 33 publicaciones/53 pacientes debe

considerarse un corpus verificado de trabajo, no un conteo PRISMA definitivo hasta completar búsquedas exportables en todas las bases y la deduplicación. Tampoco fue apropiado realizar metaanálisis ni estimar tasas precisas de complicación o recurrencia. Finalmente, la ausencia de instrumentos estandarizados para estética, calidad de vida y función limita la comparación entre casos.

5. Conclusiones

Los lipomas cervicales gigantes son lesiones benignas raras con una presentación que varía desde deformidad estética aislada hasta compromiso funcional y anatómico complejo. La TC y la RM son esenciales para mapear extensión y relaciones críticas, mientras que el crecimiento acelerado, la profundidad y los componentes no adiposos deben activar una evaluación rigurosa para descartar tumor lipomatoso atípico/liposarcoma bien diferenciado. La escisión completa, mediante un abordaje adaptado a la anatomía, ofrece en la literatura resultados generalmente favorables tanto estéticos como funcionales. Sin embargo, la certeza es muy baja y la aparente baja recurrencia puede estar sobreestimada por seguimiento incompleto y sesgo de publicación. Son necesarios registros multicéntricos con variables estandarizadas, documentación estética/funcional y seguimiento prolongado.

Bibliografía

1. Hirshowitz B, Goldan S. Giant lipoma of the back and neck. *Plast Reconstr Surg.* 1973;52:312-314.
2. 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):266-268.
3. Copcu E, Sivrioglu N. Posterior cervical giant lipomas. *Plast Reconstr Surg.* 2005;115:2156-2157.
4. Pino Rivero V, Pardo Romero G, González Palomino A, Pantoja Hernández CG, Mora Santos ME, Trinidad Ruiz G. Giant cervical lipoma. Report of a case. *An Otorrinolaringol Ibero Am.* 2005;32(2):177-182.
5. Karacal N, Topal U, Kutlu N. Giant pleomorphic lipoma of the neck. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117:692-693.
6. Medina CR, Schneider S, Mitra A, Spears J. Giant submental lipoma: case report and review of the literature. *Can J Plast Surg.* 2007;15:219-222.
7. Eryilmaz T, Tuncer S, Celebi C. Giant spindle cell lipoma of the posterior neck. *Dermatol Surg.* 2007;33:1258-1261.



8. Yakubu A, et al. Giant and complicated subcutaneous lipoma of the neck. *West Afr J Med.* 2008;27:44-46.
9. Derin S, et al. Giant cervical lipoma invading the carotid artery. *KBB-Forum.* 2009;19:28-31.
10. Verma S, et al. Giant lipoma of posterior neck with bleeding decubitus ulcer. *J Cutan Aesthet Surg.* 2010;3:119-121.
11. Venkatramani H, Ramani V, Sabapathy SR. Cervicothoracic lipoma in HIV lipodystrophy. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126:316e-318e.
12. Basmaci M, Hasturk AE. Giant occipitocervical lipomas: two case reports. *J Cutan Aesthet Surg.* 2012;5:207-209.
13. Singh M, Saxena A, Kumar L, Karande SK, Kolhe Y. Giant lipoma of posterior cervical region. *Case Rep Surg.* 2014;2014:289383.
14. Eryilmaz MA, Yücel A, Yücel H, Arıcıgil M. Cervico-thoracic giant lipoma in a child. *Turk Arch Otorhinolaryngol.* 2016;54(2):82-85. doi:10.5152/tao.2016.1620.
15. Virk JS, Verkerk M, Patel H, Ghufoor K. Massive lipoma of the posterior neck. *BMJ Case Rep.* 2016;2016:bcr2016216608.
16. Jain G, Tyagi I, Pant L, Nargotra N. Giant anterior neck lipoma with a bleeding pressure ulcer. *World J Plast Surg.* 2017;6:365-368.
17. Bayram A, Kaya A, Akay E, Ünsal N, Mutlu C. Giant cervical lipoma: case series and literature review. *KBB Uygulamaları.* 2018;6(2):59-65. doi:10.5606/kbbu.2018.70894.
18. Ralli M, de Vincentiis M, Greco A. First, rule out cancer: giant lipoma. *Am J Med.* 2018;131(2):146-147. doi:10.1016/j.amjmed.2017.09.013.
19. Kadyogo M, et al. Giant cervical lipoma: report on one case in Ouagadougou, Burkina Faso. *Med Trop Sante Int.* 2022;2(2). doi:10.48327/mtsi.v2i2.2022.234.
20. Woo SH, et al. Giant ventral lipoma of the neck. *J Craniofac Surg.* 2020;31:e501-e503. doi:10.1097/SCS.00000000000006572.
21. Cukic O. Giant lipoma of the anterior neck causing dyspnea. *J Craniofac Surg.* 2020;31(6):e553-e555. doi:10.1097/SCS.00000000000006479.

22. Elakhiri M, Darouassi Y, Oukabli M, Jahidi A, Benariba F. Management of a giant cervical lipoma: case report and literature review. *Pan Afr Med J*. 2021;39:100. doi:10.11604/pamj.2021.39.100.12727.
23. Riquelme C, et al. Lipoma cervicofacial gigante: reporte de un caso. *Int J Interdiscip Dent*. 2021;14(2). doi:10.4067/S2452-55882021000200181.
24. Petruzzi G, et al. An unusual approach for a cervical mass: sternotomy for the treatment of a giant cervico-thoracic lipoma. *Acta Biomed*. 2021;92(6):e2021477. doi:10.23750/abm.v92i6.12346.
25. Kabiri EH, et al. Giant lipoma of the anterior neck and supraclavicular region. *Eplasty*. 2023;23:QA5.
26. Benfadil D, Hatab R, Bellaouchi A, Azzedine L, El Idrissi El Ayoubi F. Giant cervico-parotid lipoma. *Egypt J Otolaryngol*. 2023;39:67. doi:10.1186/s43163-023-00418-y.
27. Du A, Wang H, Dai J, Dong Q, Yuan G, Pan Y. Case report: a case report of excision of giant lipoma in the posterior neck. *Front Oncol*. 2024;14:1395130. doi:10.3389/fonc.2024.1395130.
28. Sardo L, Wieck MM. Symptomatic giant lipoma of neck in adolescent. *BMJ Case Rep*. 2024;17:e263438. doi:10.1136/bcr-2024-263438.
29. Dereje B, et al. Giant posterior cervical lipoma: a case report. *J Surg Case Rep*. 2026:rjag074. doi:10.1093/jscr/rjag074.
30. Lee J, et al. Giant neck lipoma: a case report. *Radiol Case Rep*. 2025;20(7):3197-3200. doi:10.1016/j.radcr.2025.03.026.
31. Lengane NI, et al. Giant cervical lipoma: a six-case series. *Int J Otorhinolaryngol*. 2025;11(2):24-27. doi:10.11648/j.ijo.20251102.14.
32. Yigzaw MA, et al. A giant posterior neck lipoma in a 56-year-old man: case report. *Clin Case Rep*. 2026;14:e72489. doi:10.1002/ccr3.72489.
33. Wang A, Rossi NA, Ranasinghe V. Giant lipoma of the parapharyngeal space: surgical considerations and comprehensive literature review. *Case Rep Otolaryngol*. 2026;2026:5564843. doi:10.1155/crot/5564843.



34. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.

35. Joanna Briggs Institute. Critical Appraisal Checklist for Case Reports. JBI; current version.

36. Joanna Briggs Institute. Critical Appraisal Checklist for Case Series. JBI; current version.

Anexo 1. Estrategia de búsqueda reproducible (base para cierre)

PubMed/MEDLINE (adaptar sintaxis a Embase, Scopus y Web of Science):

```
((("giant cervical
lipoma"[Title/Abstract]) OR
("giant neck
lipoma"[Title/Abstract]) OR
("giant posterior neck
lipoma"[Title/Abstract]) OR
("giant anterior neck
lipoma"[Title/Abstract]) OR
("giant cervicothoracic
lipoma"[Title/Abstract]) OR
("giant cervico-thoracic
lipoma"[Title/Abstract]) OR
("giant cervicofacial
lipoma"[Title/Abstract]) OR
("giant parapharyngeal
lipoma"[Title/Abstract]) OR
((lipoma[Title/Abstract]) AND
(giant[Title/Abstract]) AND
(neck[Title/Abstract] OR
cervical[Title/Abstract] OR
cervicothoracic[Title/Abstract]
OR
supraclavicular[Title/Abstract]
OR submental[Title/Abstract] OR
```

```
parapharyngeal[Title/Abstract]))
)
```

No aplicar límite por idioma, edad o fecha. Registrar fecha/hora, número de resultados y archivo de exportación (.nbib/.ris/.csv) para permitir deduplicación y diagrama PRISMA. Realizar búsqueda hacia atrás y hacia adelante de cada estudio incluido y documentar registros adicionales por esta vía.

Anexo 2. Variables mínimas para la matriz de extracción

- Identificación: autor, año, país, diseño, DOI/PMID.
- Paciente: edad, sexo, comorbilidades relevantes.
- Lesión: localización, superficial/profunda, duración, crecimiento acelerado, dimensión máxima, 3 dimensiones, peso/volumen.
- Clínica: deformidad estética, dolor, movilidad cervical, disfagia, disnea, síntomas neurológicos/vasculares, piel/ulceración.
- Imagen: ecografía, TC, RM; homogeneidad, septos, nódulos, infiltración, relación con vasos/nervios/vía aérea/mediastino.



- Diagnóstico: FNA/core biopsy, histología definitiva, subtipo, MDM2/CDK4 si se realizó.
- Cirugía: abordaje, incisión, resección completa, estructuras disecadas/reparadas, piel redundante, drenaje, equipo multidisciplinario.
- Desenlaces: complicaciones, estancia, función, resultado estético, recurrencia, duración de seguimiento.