

Lipomatosis intestinal múltiple. Informe de un caso

Roberto Manuel Suárez-Moreno,* Daniel Alejandro Hernández-Ramírez,**
Mario Madrazo-Navarro,* Carlos Rafael Salazar-Lozano,* Rafael Martínez-Gen*

Resumen

Introducción: La lipomatosis intestinal es una rara enfermedad con una incidencia en autopsias de 0.04 a 4.5 %. Pocos casos se han informado en la literatura médica. La condición es por lo general asintomática. Los casos sintomáticos se presentan con obstrucción o, con menor frecuencia, hemorragia. Los estudios con bario, ultrasonografía y tomografía computarizada son los procedimientos diagnósticos más comunes.

Caso clínico: Hombre de 51 años de edad evaluado por dolor abdominal progresivo, taquicardia, cefalea y náusea. Fue estudiado un año antes por hemorragia gastrointestinal sin diagnóstico definitivo. La tomografía computarizada de abdomen con contraste demostró múltiples masas submucosas en estómago e intestino delgado. Las características del estudio con bario y tomografía computarizada fueron típicas de lipomatosis, por lo que no se realizaron procedimientos invasivos o quirúrgicos. El paciente se ha mantenido asintomático por un año.

Conclusiones: Los tumores benignos del intestino delgado son relativamente raros, siendo el lipoma el tipo más común. El caso informado es inusual debido a la afección de estómago, duodeno, yeyuno e íleon. Los lipomas por lo general se presentan con superficie lisa y defectos de llenado no ulcerados. Con los hallazgos radiológicos típicos es posible hacer el diagnóstico preoperatorio si se considera esta rara enfermedad.

Palabras clave: Lipomatosis, intestino delgado, lipohiperplasia.

Summary

Background: Intestinal lipomatosis is a rare disease with an incidence at autopsy ranging from 0.04 % to 4.5%. Few cases have been reported in the medical literature. The condition is usually asymptomatic. Symptomatic cases usually present as obstruction or, less frequently, as bleeding. Intestinal barium studies, ultrasonography and computed tomography (CT) are useful diagnostic techniques.

Clinical case: A 51-year-old male was evaluated for progressive abdominal pain, tachycardia, headache and nausea. One year before this examination, he was evaluated for gastrointestinal bleeding. Abdominal CT with contrast enhancement demonstrated multiple submucosal masses in stomach and small bowel. CT and barium examination features were typical of lipomas. No specific treatment, invasive procedures or surgery was performed for the asymptomatic intestinal lipomas. The patient has remained symptom-free for 1 year.

Conclusions: Benign tumors of the small bowel are relatively rare, with lipoma being the most common type. The case reported here is considered to be unusual because stomach, duodenum, jejunum and ileum were affected. Lipomas are usually seen as smooth, nonulcerated filling defects. With these typical radiographic findings, preoperative diagnosis is possible keeping in mind this rare disease.

Key words: Lipomatosis, small bowel, lipohyperplasia.

* Hospital de Especialidades.

** Hospital de Oncología.

Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México. D. F.

Solicitud de sobretiros:

Roberto Manuel Suárez-Moreno.
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI,
Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, 06725 México, D. F.
Tel.: (55) 5627 6900, extensión 21902.
E-mail: roberto.suarezm@imss.gob.mx; heram@hotmail.com

Recibido para publicación: 12-02-2009

Aceptado para publicación: 14-10-2009

Introducción

Las neoplasias del intestino delgado son poco frecuentes y constituyen 1 a 5 % de todas las neoplasias gastrointestinales y 0.3 % de todos los tumores, con una incidencia anual estimada de 1.4 por 100 mil habitantes;¹ dos terceras partes son de carácter maligno y un tercio, benigno.

Los lipomas del tracto gastrointestinal son tumores submucosos poco frecuentes compuestos de tejido adiposo bien diferenciado rodeados por una cápsula fibrosa. La mayor parte no provoca síntomas, y cuando esto sucede

(menos de un tercio de los pacientes), la presentación clínica es obstrucción intestinal, vólvulos, intususcepción, ulceración y hemorragia. La ulceración del pólipo puede causar hemorragia y en 75 % de los casos es secundaria a intususcepción; otras causas son torsión, gangrena o erosión simple. Se conocen cuatro tipos de intususcepción: entérica, ileocólica, ileocecal y colónica. Los lipomas son de lento crecimiento y se pueden observar en cualquier segmento del tracto gastrointestinal, con la siguiente distribución: estómago 5 %, intestino delgado 20 a 25 %, intestino grueso 65 a 75 %, esófago-duodeno 10 %.²

Caso clínico

Hombre de 51 años de edad con antecedentes de etilismo ocasional por 10 años, suspendido cinco años atrás, e índice tabáquico de 1.5. Un año antes presentó evacuaciones melénicas, una vez al día, por tres días. Por colonoscopia no se identificaron alteraciones; el paciente fue tratado con inhibidores de la bomba de protones por un mes, con buena evolución, no se documentó el origen de las evacuaciones melénicas por remisión de las mismas a los tres días.

El paciente se presentó en el Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, con el siguiente cuadro clínico: dolor localizado en epigastrio, de moderada intensidad, tipo ardoroso, constante, de predominio posprandial inmediato acompañado de diaforesis, taquicardia, cefalea y náuseas. El examen físico inicial no documentó hallazgos de importancia. Los estudios de laboratorio de rutina demostraron anemia microcítica hipocrómica, con hemoglobina de 7 g/dl.

Se realizó serie esofagogastroduodenal con la que se identificó llenado en antro y duodeno (figura 1), por lo que se decidió realizar endoscopia, con la cual se observó esófago normal, estómago con pliegues de tamaño normal, mucosa del cuerpo normal, lesión de la mucosa del antro de aproximadamente 3 cm, de superficie lisa, hiperemia en parches alternando con mucosa normal, localizada en cara posterior de antro y presencia de tumores submucosos de aproximadamente 5 cm, localizados en la cara posterior del antro pilórico con compresión a nivel del antro sobre la curvatura menor. En duodeno, mucosa del bulbo con múltiples lesiones erosivas cubiertas por coágulos hemáticos, sin hemorragia activa; la segunda porción con compresiones externas; una compresión extrínseca hacia la pared anterior y una lesión de aspecto piriforme sobre el ampulla de Vater.

Se realizó una tomografía axial computarizada abdominal con medio de contraste oral e intravenoso, con la que se encontraron tumores de densidad grasa en el antro, duodeno, yeyuno e íleon, con predominio en los dos primeros y defectos de llenado de aspecto polipoide en el duodeno (figuras 2 y 3).

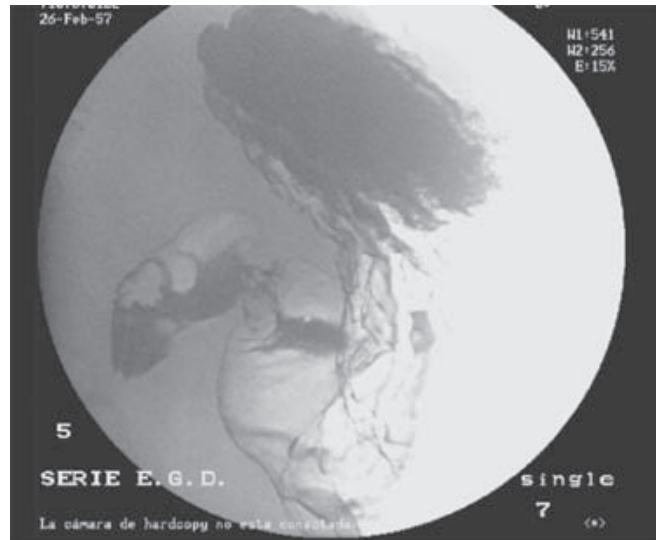


Figura 1. Serie esofagogastroduodenal que demuestra defecto de llenado en curvatura menor del estómago.

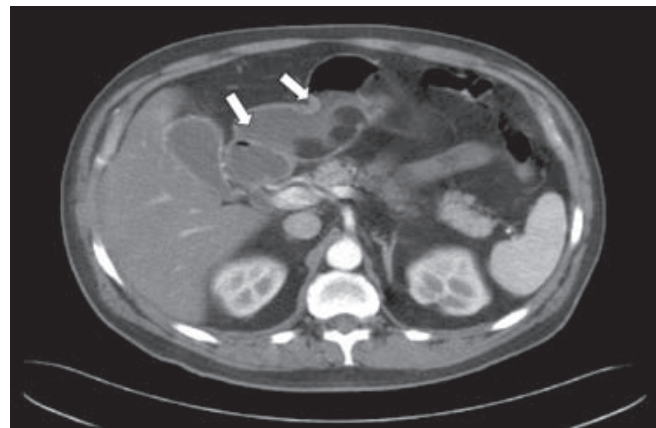


Figura 2. Tomografía computarizada de abdomen en la que puede observarse tumores con densidad grasa en antro y duodeno.

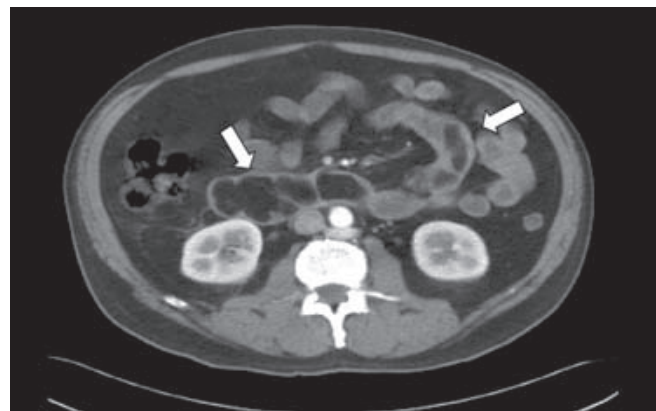


Figura 3. Tomografía computarizada de abdomen que evidencia tumores con densidad grasa en intestino delgado.

Posteriormente, en la colonoscopia se observaron, en el recto-sigmoides, múltiples úlceras aftosas con pliegues normales; a 60 cm del margen anal, pólipo de 3 mm con superficie ulcerada; en colon transverso, ascendente y ciego, múltiples úlceras aftosas, con pliegues normales; válvula ileocecal, normal sin evidencia de hemorragia. El informe de histopatología fue inflamación crónica no específica de las úlceras y pólipo adenomatoso completamente reseado.

Se realizó transfusión de hemoderivados, terapia con inhibidores de la bomba de protones de 40 mg por día para las lesiones submucosas identificadas en la endoscopia (que consideramos provocaron la hemorragia intermitente y autorremitada), sin ameritar tratamiento quirúrgico; metronidazol por ocho días para las lesiones aftosas en colon, con remisión de los síntomas y egreso por mejoría.

Asintomático a 12 meses del diagnóstico. Por nueva panendoscopia se apreció persistencia de las lesiones submucosas descritas y mucosa normal; la colonoscopia no evidenció úlceras mucosas.

Discusión

La lipomatosis del intestino delgado fue descrita por primera vez por Hellstrom, en 1906.^{1,2} La lipohiperplasia o lipomatosis intestinal (infiltración difusa del plano submucoso por tejido adiposo) es infrecuente.

No se ha observado predominio por sexo,^{2,4} siendo la edad media de presentación de 47.3 ± 18 años en una revisión de 22 casos de lipomatosis del intestino delgado.² La etiología no es conocida. Patológicamente, la proliferación de las células grasas puede estar confinada a la submucosa o extenderse a la serosa y a la grasa mesentérica.^{5,6} La muscular propia rara vez es afectada. Tawfik correlacionó el grado de lipohiperplasia con el grado de infiltración grasa de la cavidad ventricular derecha, del páncreas y el peso del paciente, con análisis estadísticamente significativo.⁶

El síntoma más frecuente es el dolor abdominal.¹⁻⁷ Cuando el tamaño del lipoma es suficientemente grande puede ocasionar obstrucción o intususcepción; en menor medida, la hemorragia puede producirse por ulceración de la mucosa,²⁻⁵ como sucedió en el paciente reseado. También ocurre melena cuando existe intususcepción o ulceración de lipomas.¹ La lipohiperplasia puede presentar sintomatología cuando afecta la válvula ileocecal y el intestino delgado, mientras que a nivel colónico suele ser asintomática.³

El diagnóstico de lipomatosis, como el de otros tumores de intestino delgado, es bastante difícil. El tránsito gastrointestinal baritado tiene una sensibilidad de aproximadamente 35 % y en algunas series si se realiza con técnica de enteroclisia alcanza 90 %, con defectos de llenado intramurales.⁵ La tomografía axial computarizada revela imágenes

características de lipomatosis gastrointestinal y masas con densidad grasa.⁵⁻⁹

El tratamiento en algunos casos consiste en resección quirúrgica de la zona afectada.² Cuando se acompaña de vólvulo se ha descrito desvolución quirúrgica del mismo y si la pared intestinal no está afectada se ha optado por no resear.

Se ha descrito la asociación de lipomatosis del intestino delgado con diverticulosis hasta en 40 % de los casos.^{1,2} Los lipomas son formaciones submucosas y aunque no afectan a la muscular propia, probablemente debiliten y condicionen mayor probabilidad de divertículos en esta zona.^{2,3}

Bavaharan y Karunakaran describieron un caso de vólvulo yeyunal por lipomatosis intestinal.⁹ Se informan casos de intususcepción múltiple de íleon por lipomatosis,⁷ ileoileal e ileocecal² y yeyunoyeyunal.⁵ A pesar de ser una patología infrecuente, debe considerarse la lipomatosis del tracto gastrointestinal como una probabilidad diagnóstica en el abordaje del paciente con sangrado de tubo digestivo de origen a determinar. La tomografía axial computarizada es una excelente técnica para diferenciar la grasa de otros tejidos blandos, confirmando la naturaleza grasa de estos tumores benignos, evitando procedimientos más invasivos que pueden ser innecesarios.

Conclusiones

Los tumores benignos del intestino delgado son relativamente raros, el lipoma es el tipo más común. El caso informado fue inusitado por la afectación en el estómago, duodeno, yeyuno e íleon. Los lipomas, por lo general, son de superficie lisa y con defectos de llenado no ulcerados. Con estos hallazgos radiológicos típicos es posible hacer el diagnóstico preoperatorio si tenemos presente esta enfermedad.

Referencias

1. Bodas A, Rivilla F. Intestinal lipomatosis in a 10-year-old girl. *Eur J Pediatr* 2008;167:601-602.
2. Rivera R, Fernández N. Invaginación ileoileal e ileocecal por lipomatosis intestinal. *Gastroenterol Hepatol* 2003;26:482-484.
3. Haller JD, Roberts TW. Lipomas of the colon: a clinico-pathologic study of 20 cases. *Surgery* 1964;55:773-781.
4. Ríos A, Sánchez J. Seudodiverticulosis yseudopoliposis colónica por hiperplasia. *Cir Esp* 2003;73:196-199.
5. Mehran A. Multiple submucosal ileal lipomas. *Am J Gastroenterol* 1995;90:503-504.
6. Tawfik OW, McGregor DH. Lipohyperplasia of the ileocecal valve. *Am J Gastroenterol* 1992;87:82-87.
7. Chia-Yang H, Wen-Sheng T. Jejunojejunal intussusception due to intestinal polypoid lipomatosis: a case report. *Chin J Radiol* 2006;31:255-259.
8. Ton-Ho Y, Ping H. A rare cause of multiple intussusceptions: intense segmentary lipomatosis of the ileum. *Am J Gastroenterol* 1996;91:162-164.
9. Bavaharan R, Karunakaran N. Multiple jejunal lipomatosis—a rare cause of midgut volvulus. *Ind J Radiol Imag* 2006;16:4:513-514.