



Lipoma de colon transverso

José Luis Ibarrola Calleja,* Omar Espinosa González,† Marcos Antonio Velasco Pérez,§
Francisco Javier Soto Cazares,† Mauricio Rodríguez González,* Francisco Núñez Bentz*

Resumen

Los lipomas de colon son raros, usualmente únicos y de crecimiento lento. Son tumores benignos de origen no epitelial; la mayoría cursan asintomáticos y se detectan incidentalmente. Si el lipoma tiene un diámetro mayor a 2 cm, generalmente condiciona sintomatología. Para ser diagnosticados, son de utilidad el enema de bario, tomografía computada (TC), ultrasonido endoscópico (UE) y la colonoscopia. Únicamente el examen histopatológico puede ofrecer un diagnóstico definitivo. Los lipomas menores de 2 cm de diámetro pueden ser resecados endoscópicamente, en lesiones mayores se recomienda resección quirúrgica. Reportamos el caso de un lipoma de colon transverso que condicionó oclusión intestinal, el cual fue manejado con tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Lipoma, tumor, colon, oclusión, dolor abdominal.

Summary

Colon lipomas are rare, usually slow-growing ones. Are benign tumors of non-epithelial origin, the majority are asymptomatic and incidentally detected. If the lipoma has a diameter greater than 2 cm, usually cause symptoms. Diagnosis is obtained by barium enema, computed tomography, endoscopic ultrasound and colonoscopy. Only histopathological examination can provide a definitive diagnosis. The lipomas smaller diameter to 2 cm can be resected endoscopically, in larger lipomas, surgical resection is recommended. We report the case of a lipoma in the transverse colon, which caused intestinal occlusion, and it was managed with surgical treatment.

Key words: Lipoma, tumor, colon, occlusion, abdominal pain.

INTRODUCCIÓN

Los lipomas de colon (LC) son raros, usualmente únicos, de crecimiento lento, benignos y de origen no epitelial. Son los tumores benignos más frecuentes del aparato digestivo después de los pólipos adenomatosos.¹⁻³ La

mayoría son asintomáticos y no requieren de tratamiento. Aproximadamente el 90% de los LC son de origen submucoso; el resto invaden la capa muscular y serosa.^{2,4-6}

El primer LC fue descrito por Bauer en 1757.^{1,6} Los reportes de su incidencia van del 0.035 al 4.4%.^{1,3-5,7,8} Debido a la baja frecuencia del LC y a lo poco difundido de esta entidad y su tratamiento, reportamos un caso de lipoma de colon transverso y su consecuente revisión de la literatura.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente femenino de 58 años, quien no cuenta con antecedentes de importancia. Acudió a consulta por presentar cuadros de dolor abdominal tipo cólico intermitente 4-5/10 de tres semanas de evolución, acompañada de distensión abdominal. Se medicó con simeticona y trimebutina con mejoría parcial. Sin cambios en el apetito, niega pérdida de peso, refirió cambios en los hábitos intestinales, evacuaciones diarreicas alternadas con periodos de estreñimiento.

* Cirugía General y Laparoscópica.

† Residente de Cirugía Laparoscópica Avanzada.

§ Residente de Cirugía General.

Hospital Ángeles Pedregal.

Correspondencia:

Dr. José Luis Ibarrola Calleja
Consultorio 1042 TA. Camino a Santa Teresa Núm. 1055,
Colonia Héroes de Padierna, 10700, México, D.F.
Correo electrónico: omesgo11@gmail.com

Aceptado: 28-07-2014.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

Se solicitaron análisis clínicos, en los cuales se observó hemoglobina de 10.3 g/dL y prueba de sangre oculta en heces positiva, por lo que se decidió realizar colonoscopia, observándose un tumor en colon transverso bien delimitado, erosionado, de aproximadamente de 10 x 3 cm, el cual impide el paso del colonoscopio (*Figura 1*). La toma de biopsias se llevó a cabo con dificultad debido a la presencia de abundante materia fecal impactada; el reporte histopatológico no fue concluyente. Se continuó protocolo diagnóstico con colo-TAC en búsqueda de extensión de la lesión o adenomegalias, en la cual se reportó engrosamiento de la pared del colon transverso en su parte media que condiciona obstrucción total de la luz, con una longitud aproximada de 5.9 cm, de manera contigua a lo descrito y una imagen esférica y bien delimitada, con patrón de atenuación de tejido graso, de 4.5 cm x 4.4 cm, la cual no mostró reforzamiento a la administración de contraste endovenoso (*Figura 2*). La tomografía de tórax obtuvo parámetros normales. Cabe mencionar que se solicitaron marcadores tumorales y éstos resultaron negativos.

La paciente presentó evolución tórpida caracterizada por náusea, vómito, distensión abdominal e imposibilidad para evacuar y canalizar gases, por lo que se decidió realizar de manera urgente y con abordaje laparoscópico, hemicolectomía derecha extendida con ileotransverso anastomosis mecánica de 33 mm.

El reporte histopatológico de la pieza reportó lipoma submucoso polipoide con datos de intususcepción de la

pared peritoneal y ulceración de la mucosa (*Figura 3*). En la pieza quirúrgica se enviaron 26 ganglios, todos se reportaron negativos. La paciente cursó con buena evolución y su egreso hospitalario ocurrió en el quinto día del postoperatorio.

DISCUSIÓN

La localización más común de los LC se encuentra en el colon del lado derecho, con predominio del ciego.³ No obstante, algunos estudios reportan que el sitio más común corresponde al colon ascendente (45%)^{5,6} y, en orden descendente, sigmoides (30.3%), colon descendente (15.2%) y colon transverso (9.1%).⁶ Si bien se han reportado casos de lipomas gastrointestinales en intestino delgado, estómago y, rara vez, en esófago.¹

La mayoría de los LC son únicos, se ha reportado que del 6 al 25% de los casos pueden ser múltiples.^{1,5} La mayor incidencia ocurre entre la quinta y la sexta década de vida con predominio del sexo femenino y tiene una relación 2:1.³⁻⁷

Generalmente, los pacientes cursan asintomáticos, sólo el 25% de los pacientes presentan síntomas tales como dolor abdominal, diarrea, constipación, pérdida de peso y sangrado gastrointestinal, los cuales se relacionan con lesiones mayores a 2 cm^{1-3,6-9} y, hasta el 75% de los lipomas gigantes, es decir, lesiones de diámetro mayor a 4 cm presentan síntomas como intususcepción, obstrucción y en menor medida ulceración y hemorragia, secundarios a torsión e isquemia que pueden ocasionar cambios inflamatorios alrededor de la mucosa.^{4,6,7}

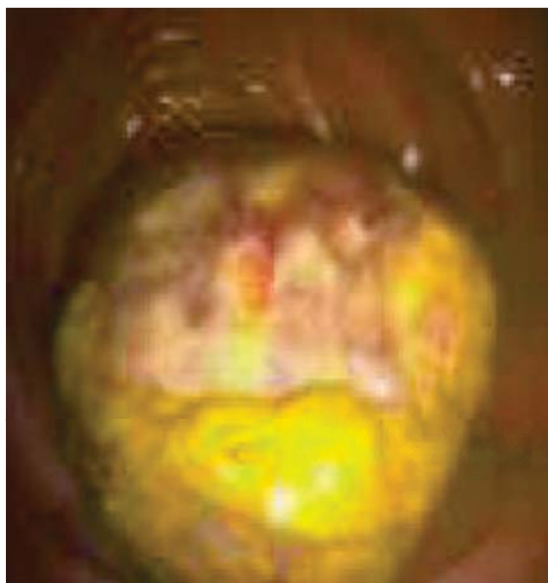


Figura 1. Tumor en colon transverso de 10 x 3 cm que no permite el paso del colonoscopio.

Imagen en color en: www.medigraphic.com/actamedica

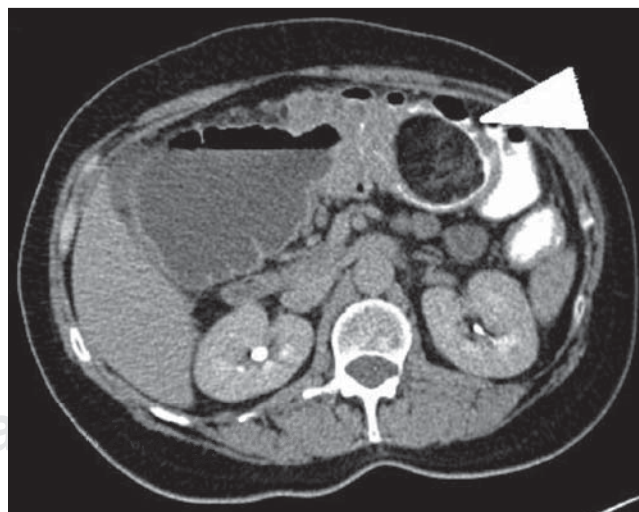


Figura 2. Tomografía contrastada de abdomen; la flecha blanca señala colon transverso con pared engrosada, así como imagen intraluminal, bien delimitada, de bordes regulares, con densidad de tejido graso que no muestra cambios a la administración de contraste endovenoso.

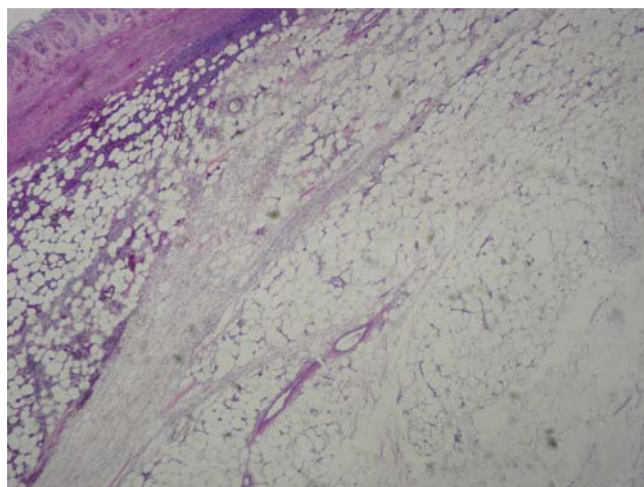


Figura 3. Corte histológico de la pieza quirúrgica a 10X, en la esquina superior izquierda se observa mucosa colónica y parte de la muscular propia. Por debajo, se observa la lesión tumoral conformada por adipocitos maduros, tejido fibroso, laxo y vasos. Tinción con hematoxilina-eosina.

Imagen en color en: www.medigraphic.com/actamedica

Los auxiliares diagnósticos incluyen al enema de bario, TC, UE y colonoscopia. El diagnóstico preoperatorio es difícil, la mayoría de las lesiones son diagnosticadas de forma incidental durante la colonoscopia o laparotomía.¹⁻⁵ El enema de bario reporta un diagnóstico definitivo en menos del 20% de los casos.⁷ Se observa un defecto de llenado positivo, de forma ovoidea con bordes bien definidos, presenta cambios de tamaño y forma en respuesta a peristalsis o aplicación de presión externa y *squeeze sign*.^{1,3,6}

En la tomografía computada, de manera habitual, se observa un tumor intraluminal bien definido, con densidades de tejido graso, que van de las -40 a -120 unidades Hounsfield.^{1,3}

El ultrasonido endoscópico es un estudio muy efectivo para identificar las capas de la pared del colon, permite además, observar el origen submucoso del tumor. De ordinario se reportan imágenes homogéneas e hiperecoicas, pero la relevancia del ultrasonido endoscópico consiste en que nos permite determinar si el lipoma involucra capas como la muscular propia o serosa, siendo esto una contraindicación para la resección endoscópica del tumor.^{1,4,6,9}

Por colonoscopia es posible observar los LC de al menos 0.5 cm. Éstos se caracterizan por una apariencia lisa de pólipo redondeado amarillento de base ancha o pedicular. Los signos que se pueden observar con este estudio son el llamado signo de la tienda, que se refiere a la elevación de la mucosa sobre el lipoma durante la tracción; el signo de la almohada se relaciona con la compresión fácil de la lesión y regresión a su tamaño anterior; y por último,

naked fat sign hace referencia a la salida de material graso al realizar la biopsia.^{1,3,5-7,9}

El diagnóstico definitivo sólo es posible a través del estudio histopatológico.^{2,4} La tinción de hematoxilina-eosina muestra al tejido adiposo maduro, lobulado, localizado generalmente en la submucosa.⁶ Se pueden observar diferentes grados de ulceración y necrosis en la mucosa.³

Actualmente no existen guías para en el manejo de lipoma de colon debido a la baja incidencia de esta patología, sin embargo, la mayoría de la literatura coincide en conceptos como que si el LC no produce síntomas, su diámetro no supera los 2 cm y si la biopsia por colonoscopia es negativa a malignidad, es aconsejable mantener al paciente en vigilancia.^{1,4,9} La resección endoscópica es recomendable en pacientes sintomáticos que presenten lipomas menores a 2 cm de diámetro, pediculados y sin compromiso de la serosa o muscular propia. Por el contrario, si la lesión es mayor de 2 cm de diámetro, séstil o de base ancha, con extensión más allá de la submucosa, la resección endoscópica se asocia con riesgo de perforación y hemorragia.^{1,3,5,8} Sin embargo, se puede valorar la resección endoscópica en lipomas de mayor tamaño en caso de que el UE muestre una lesión superficial, con adecuada separación de la muscular propia.⁹ Distintas técnicas han sido reportadas como auxiliares en la resección endoscópica de lipomas mayores a 2 cm, por ejemplo, inyección de solución fisiológica con o sin epinefrina en la submucosa por debajo del lipoma, el uso de endoloops, así como el uso simultáneo de laparoscopia.⁵

Recientemente Lee y colaboradores publicaron la serie más grande de pacientes con lipomas gastrointestinales que fueron tratados con abordaje endoscópico. Un total de 28 lipomas, 5 localizados en el estómago, 2 en el duodeno y 21 en el colon; de éstos, 13 lipomas tuvieron un diámetro menor a 2 cm, y los quince restantes mayores a 2 cm. Con un seguimiento promedio de 19 meses, no se reportaron complicaciones como perforación ni estenosis y tampoco se reportó recidiva.¹⁰ De acuerdo con lo anterior, se infiere que en manos expertas los lipomas mayores a 2 cm son potencialmente resecables por vía endoscópica. De cualquier forma, se requieren series más largas y observar si los resultados reportados son reproducibles en otros centros hospitalarios.

Jiang y colaboradores sugieren tratamiento quirúrgico en caso de lipoma con diámetro mayor a los 4 cm con apariencia séstil o pedículo corto, diagnóstico prequirúrgico incierto, síntomas significativos, intususcepción, extensión a la muscular o serosa y lesión que no puede ser resecada por colonoscopia.⁵

Los técnicas quirúrgicas reportadas incluyen a la hemicolectomía, colectomía subtotal y resección segmentaria. Esta última es el procedimiento que se prefiere debido

a su menor morbilidad con predilección del abordaje laparoscópico, siempre y cuando no haya duda diagnóstica.^{1,4}

Por último, no se debe perder de vista que el lipoma de colon tiene como diagnóstico diferencial principal al cáncer de colon, lo cual se debe sospechar con hallazgos como la presencia de intususcepción, márgenes irregulares, nódulos aumentados de tamaño o engrosamiento de la pared colónica en asociación con un tumor identificado.⁴ También se han señalado a las lesiones ulceradas como de sospecha.¹

CONCLUSIÓN

El LC es un tumor infrecuente. La mayoría son asintomáticos y únicos. Su localización habitual es el colon derecho. La sintomatología está relacionada con el tamaño de la lesión. El diagnóstico definitivo se realiza a través del estudio histopatológico. La resección endoscópica es viable en lipomas de diámetro menor a 2 cm, aunque hay centros que han mostrado que es posible la resección de lipomas de mayor tamaño sin reportar complicaciones.

Se recomienda realizar resección quirúrgica en todos aquellos lipomas mayores de 2 cm de diámetro, sésiles o que involucren muscular propia o serosa, en caso de urgencia quirúrgica o sospecha de malignidad. La resección

segmentaria con abordaje laparoscópico es recomendable cuando haya certeza diagnóstica.

REFERENCIAS

1. Biswas S, Amin A, Castillo E, Demestihis A. Large cecal lipoma with overlying ulceration simulating malignancy: a case report and review of relevant literature. *J Curr Surg*. 2013; 3 (1): 35-40.
2. Martínez P, Patiño G, Iriarte G, Tinajero L, García J, Villanueva E. Lipoma obstructivo de colon. Presentación de un caso y revisión de literatura. *Cir Cirujanos*. 2008; 76: 435-438.
3. Avilez A, Cuellar M. Lipomas submucoso de colon e intususcepción. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2012; 42: 216-219.
4. Nallamothu G, Adler D. Large colonic lipomas. *Gastroenterol Hepatol (NY)*. 2011; 7 (7): 490-492.
5. Jiang L, Jiang LS, Li FY, Ye H, Li N, Cheng NS et al. Giant submucosal lipoma located in the descending colon: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2007; 13 (42): 5664-5667.
6. Gould D, Morrison C, Liscum K, Silberfein E. A lipoma of the transverse colon causing intermittent obstruction: a rare cause for surgical intervention. *Gastroenterol Hepatol (NY)*. 2011; 7 (7): 487-490.
7. Bahadursingh A, Robbins P, Longo W. Giant submucosal sigmoid colon lipoma. *Am J Surg*. 2003; 186: 81-82.
8. Rogers S, Lee M. Giant colonic lipoma as lead point for intermittent colo-colonic intussusception. *Surgery*. 2002; 131: 687-688.
9. Mumtaz R, Raju G. Review. New endoscopic approaches to removing colonic lipomas. *Gastroenterol Hepatol (NY)*. 2007; 3 (11): 882-883.
10. Lee K, Kim G, Park D, Shin N, Lee B, Ryu D et al. Endoscopic resection of gastrointestinal lipomas: a single-center experience. *Surg Endosc*. 2014; 28: 185-192.