



Lipoma submucoso del intestino delgado: una causa poco frecuente de obstrucción intestinal

Saraí Vidal Girón,¹ Marco Aurelio González Romo,² Carlos Madrigal Leyva,³ Rogerio Muñoz Vigna,⁴ Nicolás Blum-Gilbert,⁴ Abraham Ziga Martínez⁴

Resumen

Los lipomas intestinales son los tumores benignos más frecuentes del tubo digestivo y se diagnostican de manera incidental. Son usualmente asintomáticos. La obstrucción intestinal en el adulto secundaria a un lipoma de intestino delgado es una condición rara. Reportamos el caso de un hombre de 35 años de edad que presentó obstrucción intestinal, dolor y distensión abdominal. El paciente fue sometido a una resección intestinal por laparotomía exploradora. El reporte histopatológico confirmó el diagnóstico de lipoma submucoso de intestino delgado.

Palabras clave: Lipoma submucoso, obstrucción intestinal, intestino delgado.

Summary

Intestinal lipomas are the most common benign tumors of the digestive tract and are diagnosed incidentally. They are usually asymptomatic. Intestinal obstruction in the adult secondary to a small bowel lipoma is a rare condition. We report the case of a 35-year-old man who presented with intestinal obstruction, pain and abdominal distension. The patient underwent an intestinal resection by exploratory laparotomy. The histopathological report confirmed the diagnosis of submucosal lipoma of the small intestine.

Key words: Submucous lipoma, intestinal obstruction, small intestine.

INTRODUCCIÓN

Los lipomas gastrointestinales son tumores benignos poco frecuentes de origen mesenquimal. Son los segundos más comunes de los tumores benignos en el intestino delgado

y ocurren en 5% de todos los tumores gastrointestinales. Pueden aparecer en cualquier parte del intestino y son más comúnmente localizados en el colon (65 a 75%, sobre todo, el colon derecho), intestino delgado (20 a 25%) y, en ocasiones, de la boca al duodeno (< 5%).¹⁻³ Reportamos un caso de obstrucción intestinal secundaria a un lipoma submucoso en el intestino delgado de un hombre de 35 años de edad.

REPORTE DE CASO

Se trató de paciente masculino de 35 años de edad que acudió al Servicio de Urgencias con 48 horas de dolor abdominal progresivo asociado a náuseas, vómito, fiebre y melena. Su examen físico reveló palidez de conjuntiva, deshidratación, distensión abdominal con dolor severo en el abdomen inferior derecho y ausencia de ruidos intestinales. Presentó fiebre, su presión arterial fue de 90/60 mmHg, la frecuencia del pulso fue de 116/min. La biometría hemática del día de su ingreso mostró lo siguiente: hemoglobina, 15.8 g/dL; hematocrito, 49.4%; leucocitos, $15.5 \times 10^9/L$; plaquetas, $287 \times 10^9/L$. El ultrasonido abdominal reportó una masa en el abdomen inferior derecho, con diámetro de 6 × 4 cm, con dilatación de las asas intestinales preobstruc-

¹ Médico residente de Cirugía General, Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casasús". Villahermosa, Tabasco, México.

² Patólogo, Jefe del Departamento de Patología, Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casasús". Villahermosa, Tabasco, México.

³ Cirujano General, Médico adscrito al Servicio de Cirugía General, Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casasús". Villahermosa, Tabasco, México.

⁴ Médico residente de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital General de México, México.

Correspondencia:
Abraham Ziga Martínez
Correo electrónico: abrahamziga@gmail.com

Aceptado: 12-08-2018.

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

ción y sospecha de intususcepción ileocólica. Se practicó una laparotomía exploradora en la que se identificó un tumor de 9×6 cm de diámetro a 180 cm del ligamento de Treitz que ocluía 90% de la luz intestinal, sin involucrar a los tejidos adyacentes, con moderado líquido inflamatorio en la cavidad abdominal. Se realizó una resección intestinal de 12 cm de longitud y anastomosis manual término-terminal. El curso postoperatorio transcurrió sin incidentes y el paciente fue dado de alta del hospital el séptimo día después de la operación. Se recibió un segmento de íleon de 8.5 cm de longitud que al corte mostró dos nódulos luminales sésiles, cubiertos por mucosa eritematosa y plana, que midieron $3.5 \times 2.8 \times 1.3$ cm y $4 \times 3.5 \times 1.5$ cm



Figura 1: Corte macroscópico de dos lesiones que muestran masas submucosas de tejido adiposo.

Imágenes en color en: www.medgraphic.com/actamedica



Figura 2: La superficie de corte es homogéneamente amarilla, brillante y de aspecto adiposo.

(Figura 1), localizados a 1.5 cm y 2 cm de los márgenes de resección. Al corte, ambos dejaron ver una superficie lisa de aspecto adiposo, color amarillo; expandían la submucosa y estaban limitados por la muscular propia (Figura 2). En el estudio histológico se corroboró que ambos nódulos eran de localización submucosa, sin infiltración de la mucosa o la muscular propia y estaban constituidos por adipocitos uniloculares maduros hipertróficos, con una sola vacuola citoplasmática uniforme y núcleos excéntricos, ovoides, de cromatina finamente dispersa, sin atipia ni mitosis y sin presencia de lipoblastos (Figuras 3 y 4).

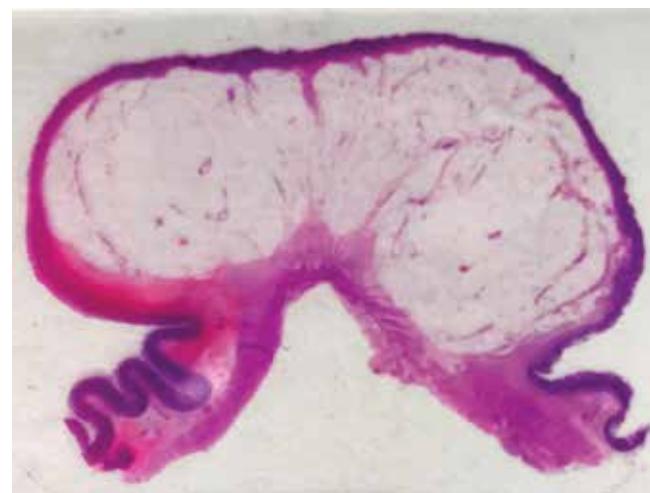


Figura 3: Se observa un pólipos sésil cubierto por mucosa hemorrágica, constituidos por tejido adiposo de localización submucosa.

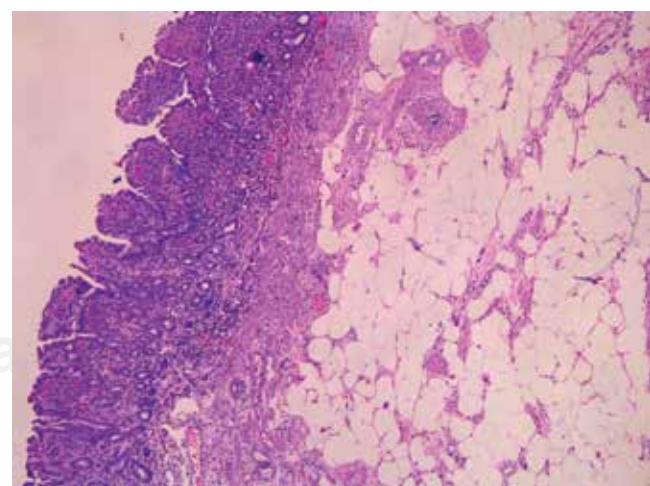


Figura 4: Corte histológico donde se observa una masa submucosa constituida por adipocitos uniloculares maduros hipertróficos.

DISCUSIÓN

Los lipomas se pueden presentar en todo el tracto digestivo. En 1757, Bauer describió por primera vez un lipoma en el tracto gastrointestinal.⁴ Son tumores raros y benignos, con una incidencia en autopsia que varía de 0.04 a 4.5%.^{3,5} Causan síntomas en menos de 25% de los pacientes, en general, cuando el tumor es mayor de 2 cm de diámetro. Estos síntomas son típicamente vagos, pero se sabe que pueden ocasionar obstrucción intestinal secundaria a intususcepción.⁶ Son tratados de acuerdo a los síntomas clínicos y el tamaño. Si el paciente con lipomas de intestino delgado está asintomático, se recomienda que el tratamiento sea de soporte; sin embargo, el abordaje principal en pacientes sintomáticos es quirúrgico, y en ocasiones, la resección segmentaria del intestino es requerida, sobre todo en aquellos lipomas mayores de 2 cm de diámetro.^{1,6}

Hay tres tipos histológicos de lipomas intestinales: el intermuscular, el subseroso y el submucoso. Los dos primeros son los menos comunes; el subseroso se presenta en 10% y está relacionado con un vólvulo del intestino delgado. El submucoso es el más común: representa más de 90% de los lipomas intestinales. Éste crece dentro de la capa submucosa, protruyendo hacia el lumen; usualmente es asintomático y se detecta de forma incidental. Cuando estos tumores son mayores de 2 cm, pueden aparecer dolor abdominal, hematoquecia y obstrucción intestinal, pero la falta de manifestaciones clínicas específicas dificulta su diagnóstico.

Los exámenes endoscópicos y estudios de imagen contribuyen al diagnóstico preoperatorio de los lipomas intestinales. El enema con bario puede demostrar un defecto de llenado; este fenómeno no es específico. La tomografía computarizada es el método de diagnóstico más valioso.² Microscópicamente, están constituidos por tejido adiposo maduro de aspecto lobulado. Además, se pueden observar varios grados de necrosis y ulceración de la mucosa.

Se han informado diferentes intervenciones terapéuticas, que incluyen la hemicolecotomía, resección intestinal y es-

cisión local, dependiendo de un diagnóstico preoperatorio correcto y de los hallazgos quirúrgicos. Sin embargo, los lipomas intestinales deben ser resecados sólo cuando producen síntomas. Por otro lado, se recomienda la resección quirúrgica para los lipomas mayores de 4 cm de diámetro, los sésiles o de pedículo limitado, los que tienen diagnóstico preoperatorio no claro o sintomatología relevante (especialmente, la presencia de intususcepción, afección muscular o serosa) y los que no pueden ser resecados de manera satisfactoria por colonoscopia.⁷

Los lipomas gastrointestinales son tumores benignos y raros. La mayoría de ellos son asintomáticos y se diagnostican de forma incidental. El diagnóstico se puede orientar con la ayuda de los estudios por imágenes y la colonoscopia. Sin embargo, el diagnóstico histopatológico es fundamental. El tratamiento depende esencialmente del cuadro clínico, el tamaño y la localización del lipoma. Sólo deben ser resecados si producen síntomas, sobre todo, los mayores de 2 cm.

REFERENCIAS

1. Kim JH, Yoon HH, Jeong SH, Woo HS, Choi SJ et al. Spontaneous peeled ileal giant lipoma caused by lower gastrointestinal bleeding: a case report. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96 (51): e9253.
2. Jiang RD, Zhi XT, Zhang B, Chen ZQ, Li T. Submucosal lipoma: a rare cause of recurrent intestinal obstruction and intestinal intussusception. *J Gastrointest Surg.* 2015; 19 (9): 1733-1735.
3. Bodas A, Rivilla F, Maluenda C. Intestinal lipomatosis in a 10-year-old girl. *Eur J Pediatr.* 2008; 167 (5): 601-602.
4. Andrei LS, Andrei AC, Usurelu DL, Puscasu LI, Dima C, Preda E et al. Rare cause of intestinal obstruction—submucous lipoma of the sigmoid colon. *Chirurgia (Bucur).* 2014; 109 (1): 142-147.
5. Vagholkar K, Chavan R, Mahadik A, Maurya I. Lipoma of the small intestine: a cause for intussusception in adults. *Case Rep Surg.* 2015; 2015: 856030.
6. Ham JJ, Heiner JD, Gower LE, Litner JS. Abdominal pain caused by intestinal lipoma. *West J Emerg Med.* 2010; 11 (1): 114.
7. Avilés-Salas A, Cuéllar-Mendoza ME. Submucosal lipoma of the colon with intussusception. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2012; 42 (3): 216-219.