

Lipoma de colon: causa de invaginación intestinal en adultos

Colon lipoma: causes intestinal intussusception in adults

Juan Ramón y Cajal Calvo,*,‡ Laura Pérez Abad,*,§
David López Negredo,*,¶ Javier Raymundo Valhondo*,¶

Citar como: Ramón y Cajal CJ, Pérez AL, López ND, Raymundo VJ. Lipoma de colon: causa de invaginación intestinal en adultos. Acta Med GA. 2025; 23 (3): 292-294. <https://dx.doi.org/10.35366/119962>

Resumen

Introducción: los lipomas de colon ocupan el segundo lugar dentro de los tumores benignos de colon, son tumores formados por tejido adiposo bien diferenciado, con un estroma fibroso de sostén. La mayoría de estos tumores son asintomáticos, aunque en ocasiones pueden producir complicaciones urgentes. **Caso clínico:** joven de 38 años que acude por dolor abdominal, las pruebas de imagen objetivaban una invaginación colónica adyacente a un lipoma, siendo tratado mediante una hemicolectomía derecha. **Conclusión:** este cuadro clínico poco usual suele ser asintomático, pudiendo causar dolor abdominal. El tratamiento es quirúrgico en la mayoría de los casos. Las pruebas radiológicas juegan un papel decisivo en el diagnóstico de la intususcepción, contribuyendo a una adecuada orientación terapéutica.

Palabras clave: lipoma, obstrucción intestinal, dolor abdominal, tomografía computarizada multidetector, radiología.

Abstract

Introduction: colon lipomas occupy second place among benign colon tumors, formed by well-differentiated adipose tissue, with a supporting fibrous stroma. Most of these tumors are asymptomatic, although occasionally, they can cause urgent complications. **Clinical case:** a 38-year-old young man presents with abdominal pain; imaging tests reveal a colonic invagination adjacent to a lipoma, being treated by a right hemicolectomy. **Conclusion:** this unusual clinical condition is usually asymptomatic and can cause abdominal pain. The treatment is surgical in most cases. Radiological tests play a decisive role in the diagnosis of intussusception, contributing to adequate therapeutic guidance.

Keywords: lipoma, intestinal obstruction, abdominal pain, multidetector computed tomography, radiology.

INTRODUCCIÓN

El lipoma ocupa el segundo lugar entre los tumores benignos colónicos, por detrás de los pólipos adenomatosos excluyendo al pólipos hiperplásico.¹ Su incidencia, según algunos autores, varía entre 0.035-4% de los tumores colónicos.² El 90% de los lipomas se originan en la submucosa y crecen lentamente durante años hasta producir síntomas.³ Aunque la mayoría de los lipomas de colon son asintomáticos y se descubren incidentalmente, en

ocasiones pueden complicarse en forma de obstrucción por intususcepción, requiriendo tratamiento quirúrgico urgente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente masculino de 38 años que acude a urgencias por malestar abdominal de 15 días de evolución asociado a enfermedad catarral en tratamiento. En los últimos días tiene empeoramiento del dolor e insomnio,

* Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza, España.

‡ Médico especialista. Servicio de Radiodiagnóstico. ORCID: 0000-0003-4256-8246

§ Médico residente. Servicio de Medicina Interna.

¶ Médico residente. Servicio de Radiodiagnóstico.

Correspondencia:

Juan Ramón y Cajal Calvo
Correo electrónico: jramonycajalc@gmail.com

Recibido: 27-05-2024. Aceptado: 20-06-2024.



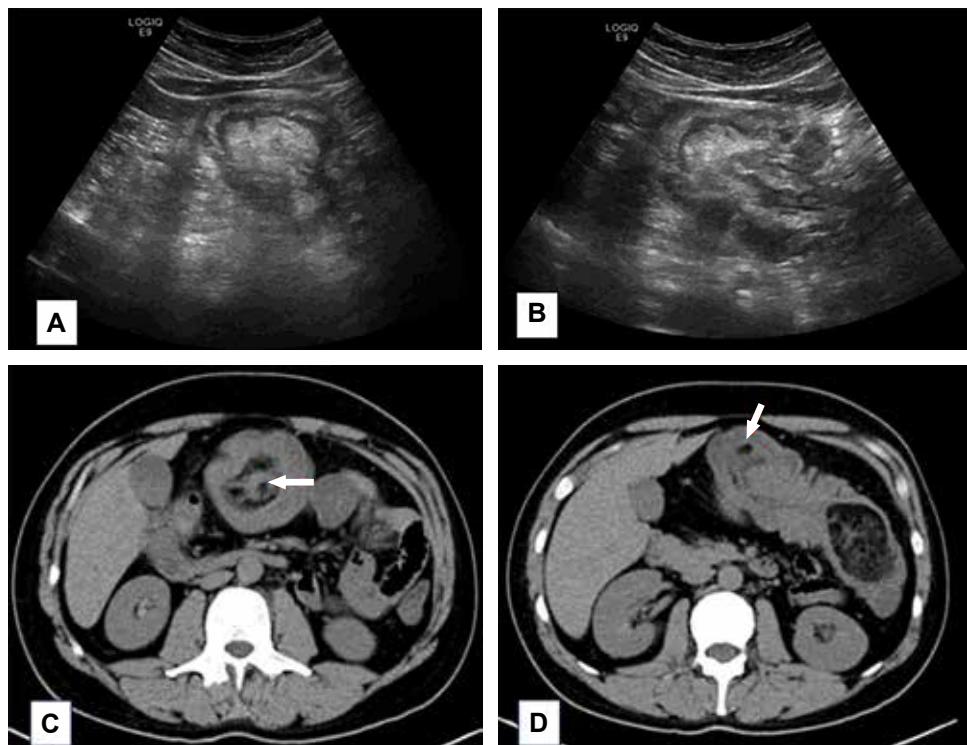


Figura 1:

A y B) Imágenes ecográficas en las que se objetiva colon transverso con imagen en “diana” correspondiente con intususcepción. **C y D)** Imágenes de tomografía computarizada en plano axial en las cuales se ve intususcepción intestinal alrededor de imagen hipodensa (flecha blanca) correspondiente con lipoma.

con intolerancia al decúbito por dolor epigástrico, presentando pérdida de apetito y 2-3 kg de peso en las últimas dos semanas. Al examen se observa abdomen blando y deprimido con molestias a la palpación en epigastrio y sin signos de irritación peritoneal.

En prueba analítica se objetiva leucocitosis leve con desviación hacia la izquierda y elevación de proteína C reactiva. Se realiza ecografía abdominal, detectándose en mesogastrio lesión heterogénea “en blanco” con alternancia de capas hipo e hiperecoicas. Se completa estudio con tomografía computarizada que confirma invaginación colocolónica de aproximadamente 19 cm de longitud, localizada en colon transverso con arrastre mesentérico y tumor de 5 cm de diámetro hipodenso con septos hiperdensos, con valores de atenuación en rango graso, sugestivos de lipoma. Se asocia trabeculación de la grasa del mesocolon transverso y distensión retrógrada del ciego y del colon ascendente (Figura 1).

El paciente es tratado quirúrgicamente con hemicolecotomía derecha regulada con anastomosis ileocólica terminolateral. La pieza se abre mostrando como causa de la invaginación una lesión polipoide con cabeza degenerada. En el estudio anatomo-patológico se identifica una lesión polipoidea con superficie ulcerada y un diagnóstico de gran lipoma submucoso con grandes áreas de ulceración superficial.

DISCUSIÓN

La invaginación intestinal es una entidad rara en adultos, constituye sólo el 5% de los casos de invaginación intestinal, el porcentaje restante ocurre en edad pediátrica. En el 75-80% se produce por una pequeña lesión orgánica capaz de alterar el peristaltismo provocando que un segmento intestinal se introduzca en otro segmento distal a este, produciendo la intususcepción.⁴

La ecografía abdominal es una buena herramienta diagnóstica inicial, ya que permite el diagnóstico diferencial con otras entidades que presentan dolor abdominal, mostrando una imagen característica con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 88%.⁵ La tomografía computarizada permite valorar la etiología y contribuye a la estadificación en el caso de lesiones malignas.

CONCLUSIÓN

Las pruebas de imagen juegan un papel decisivo en el diagnóstico de la intususcepción con elevada sensibilidad y especificidad, contribuyendo a una adecuada orientación terapéutica. El tratamiento quirúrgico más recomendado es la resección intestinal sin reducción previa de la intususcepción.

REFERENCIAS

1. Crocetti D, Sapienza P, Sterpetti AV, Paliotta A, DE Gori A, Pedulla G et al. Surgery for symptomatic colon lipoma: a systematic review of the literature. *Anticancer Res.* 2014; 34 (11): 6271-6276.
2. Lin CW, Hsieh YH, Tzeng JE, Tseng KC. Lipoma-induced colon intussusception. *Endoscopy.* 2009; 41 Suppl 2: E14-E15.
3. Basterra-Ederra M, Bolado-Concejo F, Caballero-García P, Oteiza-Martínez F. Invaginación intestinal por lipoma de colon de gran tamaño. Tratamiento laparoscópico. *Gastroenterol Hepatol.* 2011; 34 (8): 589-590.
4. Kim YH, Blake MA, Harisingan MK, Archer-Arroyo K, Hahn PF, Pitman MB et al. Adult intestinal intussusception CT appearances and identification of a causative lead point. *Radiographics.* 2006; 26 (3): 733-744.
5. Sundaram B, Miller CN, Cohan RH, Schipper MJ, Francis IR. Can CT features be used to diagnose surgical adult bowel intussusceptions? *AJR Am J Roentgenol.* 2009; 193 (2): 471-478.