

Lipoma de la válvula ileocecal.

Informe de un caso clínico y revisión de la literatura

*Antonio Spaventa-Ibarrola, César Decanini-Terán, Guillermo Becerril-Martínez,
Ana Luisa Menéndez-Skertchly, Claudio Golffier-Rosete*

Resumen

Introducción: los lipomas son los tumores benignos más frecuentes en tubo digestivo y hasta 50 % se encuentra en el colon. La mayoría son submucosos y varían de acuerdo a su incidencia, localización, sintomatología y patogénesis, lo que dificulta su diagnóstico. Nuestro objetivo fue conocer las diferentes manifestaciones clínicas causadas por un lipoma en la válvula ileocecal, y hacer una revisión de la literatura de esta localización poco frecuente.

Caso clínico: mujer de 78 años que presentó cuadros repetidos de oclusión intestinal parcial con distensión abdominal, constipación y obstipación. Se realizó colonoscopia que mostró tumoración submucosa de 30 mm en válvula ileocecal; la tomografía computarizada de abdomen mostró tumoración nodular de densidad grasa en válvula ileocecal. La paciente fue sometida a laparotomía exploradora y cecotomía, donde se identificó y resecó tumoración submucosa, la cual fue enviada a estudio transoperatorio; dado que se trató de una tumoración benigna, se respetó la válvula ileocecal y se realizó cierre primario. El reporte histopatológico definitivo fue lipoma, negativo para malignidad.

Conclusiones: es importante conocer las distintas formas de presentación de los lipomas, ya que fácilmente pueden confundirse con lesiones malignas (sobre todo si existe ulceración de la mucosa) y someter al paciente a procedimientos mayores. Sólo deben resecarse si producen síntomas o son mayores a 2 cm.

Palabras clave: lipoma, válvula ileocecal, oclusión intestinal.

Summary

Background: Lipomas are the most frequent benign tumors of the digestive tract and 50% are localized in the colon. Most are found submucosally and may vary in their incidence, localization, symptoms and pathogenesis, making diagnosis difficult. We undertook this study to know the different presentations of ileocecal valve (ICV) lipoma and we performed a review of the literature due to this uncommon location.

Clinical case: We present the case of a 78-year-old female with intermittent small bowel occlusion, abdominal distention and constipation. Colonoscopy showed a submucous tumor at the ICV, CT scan showed a tumor at the ICV with fat density. Laparotomy was performed with primary resection of the lesion by cecotomy, frozen section was reported as nonmalignant so a primary closure without ICV involvement was achieved. Definitive pathology revealed a benign lipoma.

Conclusion: It is important to know the different presentations of these benign tumors because if there is mucosal ulceration they can be mistaken for a malignant lesion and lead to greater resections. Resection is necessary if they are symptomatic or >2 cm.

Key words: colonic lipoma, ileocecal valve lipoma, intestinal occlusion.

Introducción

Departamento de Cirugía General y Colorrectal, Centro Médico ABC.

Solicitud de sobretiros:

Antonio Spaventa-Ibarrola,
Sur 136 número 116,
Col. Las Américas,
Deleg. Álvaro Obregón,
México, D. F.
Tel.: 5272 3327.
Fax: 5272 2516.
E-mail: a_spaventa@hotmail.com

Recibido para publicación: 02-03-2005

Aceptado para publicación: 15-11-2005

El lipoma del colon es el tumor benigno no epitelial más común; después del pólipos adenomatosos constituye la segunda neoplasia benigna más frecuente del colon.¹⁻³ Típicamente es submucoso y puede producir sangrado de tubo digestivo si llega a erosionar la mucosa,² pero existe gran variedad en cuanto a su incidencia, localización, sintomatología y patogénesis. El diagnóstico puede ser difícil, sobre todo al intentar diferenciarlo del pólipos adenomatosos;³ en una colonoscopia incluso puede semejar una lesión maligna.²

El propósito de este estudio es presentar un caso clínico en el que se produjeron cuadros oclusivos intestinales parcia-

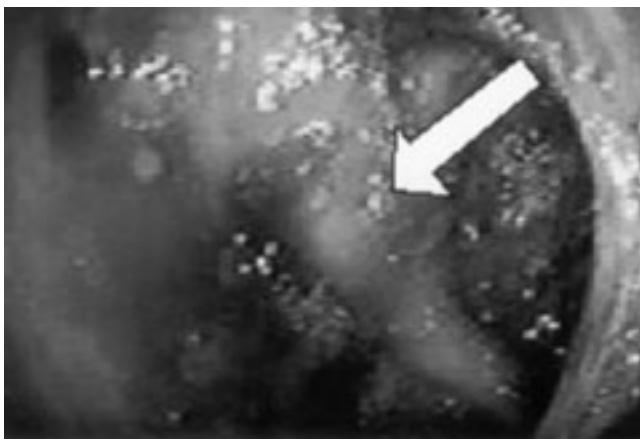


Figura 1. Colonoscopia. Tumoración submucosa de 30 mm en la válvula ileocecal.

les, secundarios a un lipoma colónico localizado en la válvula ileocecal, así como hacer una revisión de la literatura para describir otras presentaciones clínicas, formas diagnósticas y terapéuticas, ya que no existen suficientes informes.

Caso clínico

Mujer de 78 años de edad, quien en 1996 manifestó sintomatología de enfermedad por reflujo gastroesofágico, la cual fue manejada con tratamiento médico convencional. Se realizó endoscopia alta y colonoscopia con las que se identificó gastritis atrófica moderada y diverticulosis colónica sin alteraciones de válvula ileocecal. Siete años después presentó hiporexia, dolor abdominal hacia cuadrante inferior derecho tipo cólico, distensión abdominal, evacuaciones disminuidas de consistencia, sin moco o sangre, y dificultad para canalizar gases y evacuar.

A la exploración física, peristalsis aumentada, dolor en cuadrante inferior derecho y tumoración palpable no bien definida, sin datos de irritación peritoneal.

Se realizó colonoscopia que mostró tumoración submucosa de 30 mm en válvula ileocecal (figura 1), además de diverticulosis y un pólipos adenomatosos en colon transverso, el cual fue extirpado.

Se realizó tomografía computarizada de abdomen y pelvis con doble contraste, la cual hizo visible una imagen en válvula ileocecal compatible con tumoración nodular de densidad grasa y distensión de asas de delgado, de predominio en ileón distal (figuras 2 y 3); el resto sin alteraciones.

Se efectuó laparotomía exploradora con cecotomía, identificando tumoración submucosa pediculada en el borde superior de la válvula ileocecal, que se introducía en la misma (figuras 4 y 5), provocando los cuadros descritos. La tumoración fue re-



Figura 2. Topograma de tomografía axial computarizada abdominal.

secada con engrapadora lineal de 70 mm en la base, y enviada a estudio transoperatorio, que indicó tumor benigno, por lo cual la válvula ileocecal fue respetada. El examen histopatológico definitivo fue lipoma de la válvula ileocecal de $2.5 \times 2.5 \times 2$ cm, negativo para neoplasia maligna.

La paciente evolucionó adecuadamente en el posoperatorio e inició vía oral a las 72 horas, y egresó del hospital al séptimo día posoperatorio. Al momento de este informe, su evolución y seguimiento en la consulta externa eran satisfactorios.

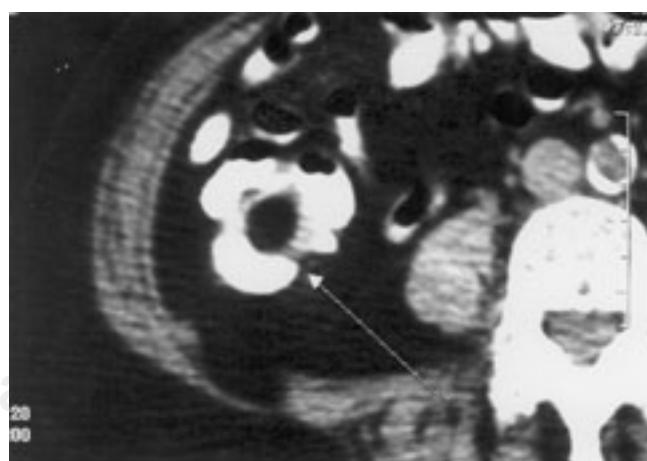


Figura 3. Tumoración de densidad grasa en válvula ileocecal que provoca distensión de asas de delgado de predominio en ileón distal, compatible con tumoración nodular.

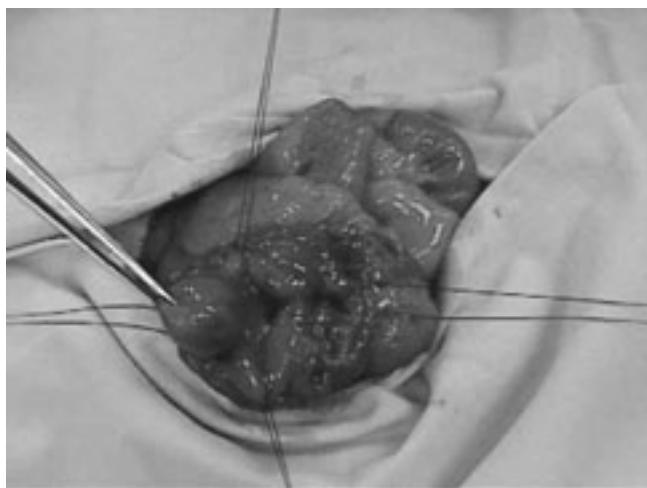


Figura 4. Tumoración submucosa pediculada en borde superior de la válvula ileocecal.

Discusión

El lipoma es la segunda neoplasia benigna más frecuente en el colon, con una relación mujer-hombre de 2:1 y una incidencia de hasta 4.4 %.¹⁻³ Más de 50 % de los lipomas del tracto digestivo se encuentra en el colon y no excede la submucosa, aunque algunas veces puede haber extensión a la muscularis;⁴ se ha informado hasta 10 % de incidencia del tipo subseroso.⁵

Los lipomas del colon se encuentran principalmente en el ciego,^{2,3,6} y siguen las localizaciones en colon ascendente, transverso y descendente. Por lo general son solitarios aunque en ocasiones pueden ser múltiples,³ incluso como parte de un síndrome polipósico.⁷

El cuadro clínico depende del tamaño de los lipomas: los mayores de 2 cm producen síntomas con más frecuencia que los menores de ese tamaño.^{1,3,8} El síntoma más común es el dolor abdominal crónico y recurrente,³ pero también puede manifestarse por cuadros de oclusión intestinal, ya sea parcial o completa, e incluso intususcepción.^{3,9,10}

Síntomas menos frecuentes son rectorragia por ulceración de la mucosa, anemia crónica,^{3,8} diarrea o constipación, flatulencia o singultus.³

Algunos estudios señalan hasta 91 % de lipomas del colon asociados a sintomatología,¹¹ mientras otros refieren que la mayoría de los lipomas colónicos son asintomáticos,^{2,3} y únicamente se diagnostican de forma incidental durante exámenes de extensión como ultrasonido, tomografía computarizada o colonoscopia, indicados para diagnóstico de otras patologías.

El mayor problema asociado a los lipomas del colon es su diagnóstico preoperatorio, ya que es difícil diferenciarlos de los pólipos adenomatosos o incluso de neoplasias malignas.

Existe un reporte de una resección abdominoperineal por una tumoración, en donde el resultado histopatológico fue lipoma colónico.³ Varios estudios de imagen orientan el diagnóstico. Los estudios dobles contrastados con bario pueden mostrar un defecto de llenado ovoideo, de bordes bien delimitados, con lesión radiolúcida que cambia de forma y tamaño en respuesta a la peristalsis,^{10,12} por lo que resultan de utilidad si se sospecha el diagnóstico.³

La tomografía computarizada puede hacer visible una masa intraluminal bien delimitada, con densidad de tejidos blandos.^{10,13} La principal causa por la que se realiza una colonoscopia es la hematoquecia. En ésta, las lesiones submucosas se comprimen fácilmente durante la biopsia, pero rápidamente regresan a su tamaño anterior ("signo de la almohada").^{5,10}

Por ultrasonido pueden identificarse fácilmente tumoraciones submucosas; el lipoma colónico aparece como una masa hiperecoica, homogénea, confinada a la submucosa, distinguiible de un linfangioma, tumores de músculo liso y neoplasias invasivas y metastásicas.^{10,14}

Durante la colonoscopia, la mucosa por encima del lipoma (casi siempre de características normales) puede presentar ulceración, en cuyo caso debe hacerse diagnóstico diferencial con adenocarcinoma.^{8,15-18}

Dado que el ultrasonido para diagnóstico y tratamiento endoscópico se ha incrementado de forma importante, se debe tener mucha precaución al tomar la biopsia aun cuando la mucosa por encima del lipoma parezca normal.¹⁰ Pfeil reportó una serie de siete pacientes con lipomas de colon de 2.5 a 4 cm, quienes fueron sometidos a polipectomía.¹⁹ Tres de los

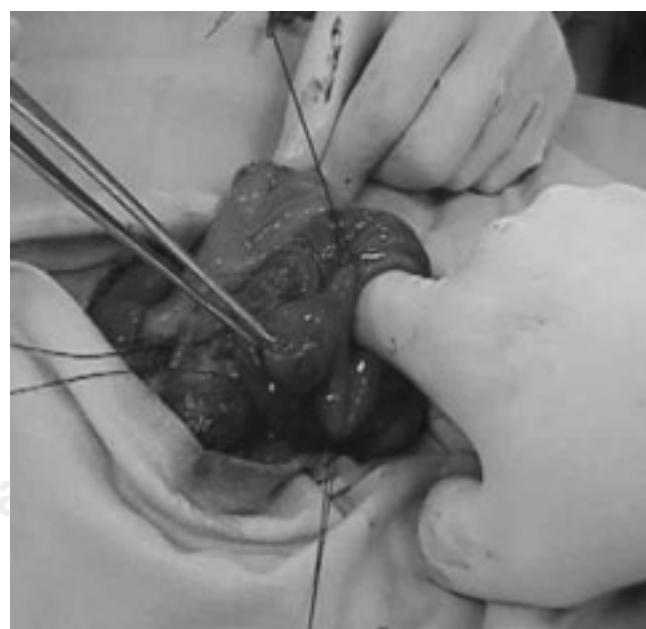


Figura 5. Tumoración que se introduce en la válvula ileocecal.

pacientes presentaron perforación colónica y requirieron cirugía de urgencia.

Los lipomas del colon deben ser resecados solos, con resección simple y únicamente cuando producen síntomas.^{20,21}

Conclusiones

Los lipomas de colon son neoplasias benignas frecuentes y generalmente se ubican en el ciego, son submucosos y de presentación entre la sexta y séptima década de la vida.²⁰ Cuando existe ulceración de la mucosa, es importante diferenciarlos de neoplasias malignas, por lo que el diagnóstico histopatológico definitivo es fundamental. El diagnóstico se puede realizar con ayuda de una tomografía axial computarizada donde se demuestre tumoración con densidad grasa.²¹ Los lipomas deben ser resecados sólo si producen síntomas, en especial los mayores de 2 cm.^{20,21}

Referencias

1. Wychulis AR, Jackman RJ, Mayo CW. Submucous lipomas of colon and rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1964;118:337-340.
2. Weinberg T, Feldman M. Lipomas of the gastrointestinal tract. *Am J Clin Pathol* 1955;25:272-281.
3. Haller JD, Roberts TW. Lipomas of the colon: a clinicopathologic study of 20 cases. *Surgery* 1964;55:773-781.
4. Zeebregts CJ, Geraedts AA, Blaauwgeers JL, Hoitsma HF. Intussusception of the sigmoid colon because of an intramuscular lipoma. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1995;38:891-892.
5. DeBeer RA, Shinya H. Colonic lipomas, an endoscopic analysis. *Gastrointest Endosc* 1975;22:90-91.
6. Rogy MA. Submucous large bowel lipomas: presentation and management. An 18-year study. *Eur J Surg* 1991;157:51-55.
7. Tatsuguchi A, Fukuda Y, Moriyama T, Yamanaka N. Lipomatosis of the small intestine and colon associated with intussusception on the ileocecal region. *Gastrointest Endosc* 1999;49:118-121.
8. El-Kahlil T, Mourad FH, Uthman S. Sigmoid lipoma mimicking carcinoma: case report with review of diagnosis and management. *Gastrointest Endosc* 2000;51:495-496.
9. Siddiqui MN, Garnham JR. Submucosal lipoma of the colon with intussusception. *Postgrad Med J* 1992;68:499-552.
10. Meghoo CA, Cook PR, McDonough CA, Bowser LK, Waddell BE. Large colonic lipoma with mucosal ulceration mimicking carcinoma. *Gastrointest Endosc* 2003;58:468-470.
11. Bulleri A, Falleni A, Orsitto E, Pieri L. Intussusception of the right colon due to a colonic lipoma. Report of a case. *Radiol Med (Torino)* 1998;96:401-402.
12. Kaplan P. Submucous lipoma of the colon. *Int Surg* 1971;56:113-117.
13. Kakitsubata Y, Kakitsubata S, Nagatomo H, Mitsuo H, Yamada H, Watanabe K. CT manifestations of lipomas of the small intestine and colon. *Clin Imaging* 1993;17:179-182.
14. Kameyama H, Niwa Y, Arisawa T, Goto H, Hayakawa T. Endoscopic ultrasonography in the diagnosis of submucosal lesions of the large intestine. *Gastrointest Endosc* 1997;46:406-411.
15. LoIudice TA, Lang JA. Submucous lipoma simulating carcinoma of the colon. *South Med J* 1980;73:521-523.
16. Snover DC. Atypical lipomas of the colon. Report of two cases with pseudomalignant features. *Dis Colon Rectum* 1984;27:485-488.
17. McGrew W, Dunn GD. Colonic lipomas: clinical significance and management. *South Med J* 1985;78:877-879.
18. Taylor BA, Wolff BG. Colonic lipomas. Report of two unusual cases and review of the Mayo clinic experience: 1976-1985. *Dis Colon Rectum* 1987;30:888-893.
19. Pfeil SA, Weaver Mg, Abdul-Karim FW, Yang P. Colonic lipomas: outcome of endoscopic removal. *Gastrointest Endosc* 1990;36:435-438.
20. Townsend C. En: Sabiston, editor. *Tratado de patología quirúrgica. Tomo II*. 16a. edición. McGraw-Hill; 2001. p. 1030.
21. Schieri RP, Debrin JA. Small bowel tumors. In: Cameron JL, ed. *Surgical Therapy*. Baltimore: Elsevier Mosby;2004. pp. 120-122.