

Lipoma obstructivo de colon. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Paulino Martínez Hernández-Magro,* Gloria Angélica Patiño-López,** Gabriel Iriarte-Gallego,***
Laura Guadalupe Tinajero-Ramírez,& Jaime Baez-García,*** Eduardo Villanueva-Sáenz*

Resumen

Introducción: Los lipomas son las segundas neoplasias benignas más comunes del colon después de los pólipos adenomatosos, sin embargo, son entidades raras y se reportan con una frecuencia de 0.2 a 0.3 %. Generalmente son asintomáticos, pero pueden producir síntomas dependiendo del tamaño de la lesión y su localización. Es importante conocer las diferentes presentaciones de estas neoplasias porque debido a su morfología pueden ser catalogadas como malignas y ocasionar procedimientos innecesarios.

Caso clínico: Mujer de 76 años de edad con hemorragia transanal, estreñimiento, distensión abdominal y dolor tipo cólico. Por colonoscopia se encontró tumor de bordes bien definidos que obstruía la luz del colon sigmoidees. La tomografía axial computarizada mostró tumor bien definido en colon sin evidencia de enfermedad metastásica; los marcadores tumorales fueron negativos y las biopsias de la lesión no indicaron datos específicos. Se realizó resección segmentaria de sigmoidees encontrando masa intraluminal de forma tubular, blanda, sugestiva de lipoma, lo cual fue corroborado por estudio histopatológico.

Conclusiones: Los lipomas son entidades poco frecuentes pero pueden ser identificados en exploraciones de rutina. El tratamiento dependerá de su tamaño y localización.

Palabras clave: Lipoma de colon, obstrucción intestinal.

Summary

Background: Colonic lipomas are the second most common benign neoplasm of the colon after adenomatous polyps; however, it is still a rare entity with a reported frequency of 0.2 to 0.3%. These lipomas are usually asymptomatic but, depending on size, may produce some symptoms. It is important to recognize the presentations of these benign tumors because they may be mistaken for malignant tumors and result in major unnecessary procedures.

Clinical case: We present the case of a 76-year-old female with transanal bleeding, constipation, abdominal distention, and cramping abdominal pain. During colonoscopy the presence was noted of a tumor occluding the intestinal lumen of the sigmoid colon. CT scan demonstrated no metastatic disease and the presence of a well-defined tumor in the colon lumen. Tumor markers were negative and biopsies demonstrated a nonspecific pattern. We performed segmental resection of the sigmoid colon, finding an intraluminal tubular-shaped tumor. Pathological study of the surgical specimen reported colonic lipoma.

Conclusions: Colonic lipomas are rare but may be found during routine examinations. Treatment depends on tumor size and localization.

Key words: Colonic lipoma, intestinal obstruction.

Introducción

Los lipomas son la neoplasia intramural más común y las segundas neoplasias benignas más comunes del colon, después de los pólipos adenomatosos;¹ sin embargo, aún son entidades raras.²⁻⁵ Se ha registrado una frecuencia de 0.2 a 0.3 % en estudios *post mortem*.^{6,7}

* Centro de Detección Oportuna de Enfermedades Colorrectales, Celaya, Guanajuato, México.

** Gastroenterología, Hospital Guadalupano de Celaya, Guanajuato, México.

*** Cirugía General, Hospital Guadalupano de Celaya, Guanajuato, México.

& Anestesiología, Hospital Guadalupano de Celaya, Guanajuato, México.

Solicitud de sobretiros:

Paulino Martínez Hernández-Magro, Azucenas 137, Col. Rosalinda I, 38060 Celaya, Guanajuato, México. Tel.: (461) 616 2123.

E-mail: paulinomhm@hotmail.com.

Recibido para publicación: 06-03-2007

Aceptado para publicación: 25-06-2007

Los lipomas son tumores de grasa bien diferenciados, benignos, que se originan de depósitos de tejido conectivo en la pared intestinal. No se han informado cambios malignos en este tipo de lesiones.¹ Generalmente son asintomáticos y pueden ser encontrados en exploraciones de rutina.^{2,3,8} El objetivo de este informe es revisar estas neoplasias ya que es importante conocer sus diferentes presentaciones porque debido a su morfología pueden ser catalogadas como malignas y provocar la realización de procedimientos innecesarios.

Caso clínico

Mujer de 76 años de edad sin antecedentes de importancia, quien acudió a consulta por hemorragia digestiva baja que refirió como sangre fresca, además de estreñimiento de inicio reciente y dolor abdominal tipo cólico con predominio en cuadrantes izquierdos. A la exploración física sin hallazgos de importancia, abdomen

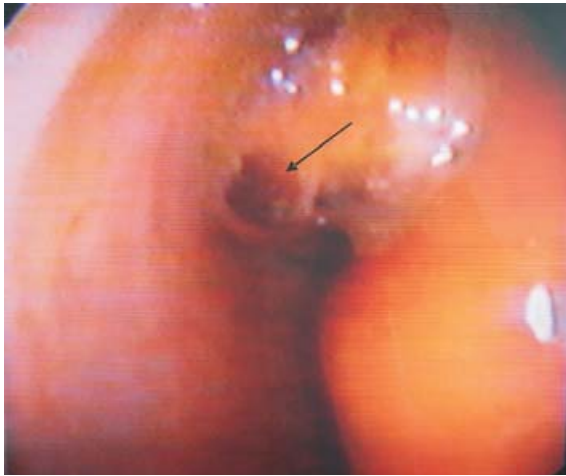


Figura 1. Imagen colonoscópica del extremo distal de la lesión: zonas de ulceración y necrosis.



Figura 2. Tumor bien circunscrito en colon sigmoides.

blando, sin palpación de masa, no doloroso, región anorrectal sin alteraciones. Por colonoscopia se identificó masa en colon sigmoides, a 30 cm del margen anal, que obstruía 90 % de la luz, sólida, de bordes bien definidos excepto en la punta donde se observó zona ulcerada y necrótica (figura 1) de donde se tomó tejido para biopsia, la cual indicó colitis inespecífica. La tomografía axial computarizada mostró tumor en colon sigmoides de bordes bien definidos (figura 2) y en uno de los cortes se apreció lesión intraluminal de forma tubular (figura 3). No se identificaron lesiones hepáticas ni adenomegalias. La determinación de antígeno carcinoembrionario fue de 1 ng/dl. Se decidió realizar laparotomía exploradora por síntomas oclusivos, encontrando masa intraluminal de sigmoides de aproximadamente 11 × 6 cm, con aspecto tubular, submucosa, recubierta por mucosa necrótica y ulcerada; en la serosa se apreció protrusión amarillenta, blan-

da, sugestiva de lipoma (figuras 4 y 5). Se optó por resección segmentaria de sigmoides con anastomosis término-terminal de colon en dos planos. La paciente evolucionó satisfactoriamente. El reporte histopatológico confirmó lipoma de colon sigmoides al encontrar neoplasia con tejido adiposo (figura 6).

Discusión

Los lipomas colónicos siguen siendo raros en la práctica clínica, sin embargo, son los segundos tumores benignos más frecuentes del aparato digestivo después de los pólipos adenomatosos. El 50 % de los lipomas del tracto digestivo se localizan en el colon.⁹ Se presentan en pacientes entre 50 y 70 años, con igual distribución entre los sexos. Su localización es más frecuentemente

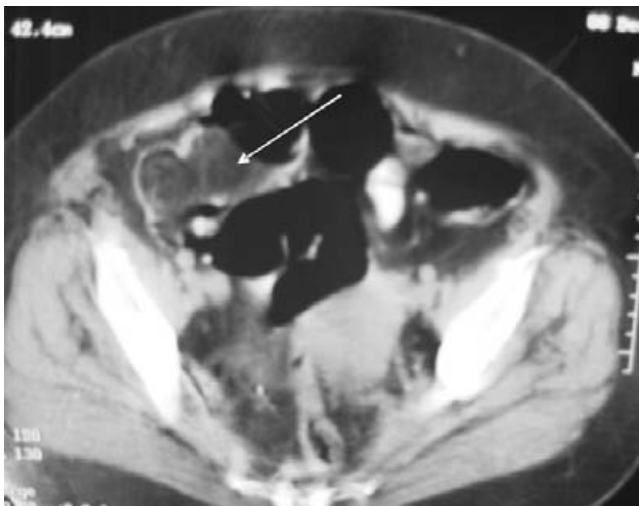


Figura 3. Aspecto tubular de la lesión.



Figura 4. Imagen transoperatoria: masa intraluminal que ocupa la luz del colon y protrusión en una zona de la serosa de consistencia blanda al tacto.



Figura 5. Lesión evertida con aspecto tubular y zonas de necrosis en la porción distal.

en colon derecho, cerca de la válvula ileocecal. Pemberton y McCormack¹⁰ encontraron en su estudio 50 lipomas en colon ascendente, 15 en colon transverso y 37 en colon izquierdo y recto. Castro y Stearns¹¹ reportaron 69 % de predominio en colon derecho. Las presentaciones pedunculadas y ulceradas son inusitadas y se han informado lipomas anulares semejantes a carcinomas.¹² Generalmente son asintomáticos y el diagnóstico se hace como hallazgo accidental en exploraciones rutinarias o estudios de imagen por alguna otra condición,¹³ así como en estudios *post mortem*.

Los lipomas se vuelven sintomáticos cuando exceden 2 cm de tamaño⁹ debido a interferencia mecánica en el tránsito colónico o por ulceración de la mucosa que los cubre.¹⁴ Entre las manifestaciones que ocasionan se encuentran diarrea, constipación, dolor abdominal,^{15,16} hemorragia rectal,¹⁷⁻¹⁹ masa palpable, obstrucción intestinal,^{16,20} impactación fecal, invaginación;³ incluso hay informes de prolapso de los lipomas a través del conducto anal.^{21,22}

Aproximadamente 90 % es submucoso y 10 % subseroso.¹ El lipoma submucoso se encuentra cubierto por mucosa y su crecimiento es hacia la luz intestinal, la mucosa que cubre el tumor

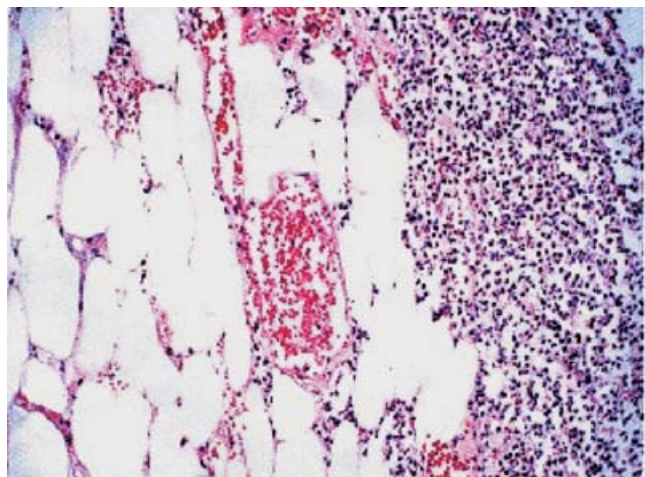


Figura 6. El estudio histopatológico muestra tejido adiposo.

puede volverse atrófica, congestiva, ulcerada o necrótica.¹⁵ El subseroso se origina de los apéndices epiploicos y su crecimiento es hacia la cavidad peritoneal.

El diagnóstico preoperatorio es difícil, aunque pueden ser de utilidad estudios de imagen como colon por enema de doble contraste, ultrasonografía,³ tomografía computarizada^{23,24} y ultrasonido endoluminal.²⁵ Una neoplasia de bordes definidos en la tomografía, circunscrita al colon por ultrasonido endoluminal, así como los hallazgos de una neoplasia submucosa durante la colonoscopia, pueden orientar el diagnóstico hacia lipoma. El dictamen definitivo se realiza por histopatología.

En los pacientes sintomáticos se pueden intentar procedimientos transcolonoscópicos para realizar una lipomectomía.^{26,27} En lesiones de gran tamaño es recomendable una resección limitada mediante minilapartomía²⁸ o colotomía con lipomectomía,⁹ incluso pueden ser manejadas por abordaje mínimamente invasivo.^{29,30} Se han registrado resecciones locales transanales para lipomas del recto.²¹

En nuestro caso, los hallazgos en la tomografía (tumor de bordes definidos, circunscrito al colon, sin enfermedad metastásica), sin aumento de los niveles de antígeno carcinoembrionario y la colonoscopia con reporte inespecífico de las biopsias, permitieron orientar el diagnóstico hacia lipoma y realizar resección segmentaria de sigmoides mediante una incisión pequeña, con adecuada evolución de la paciente y mejoría de los síntomas obstructivos.

Conclusiones

Los lipomas colónicos son raros pero pueden ser encontrados en exploraciones de rutina. En ocasiones provocan síntomas como obstrucción, hemorragia, masa abdominal y dolor. El tratamiento puede efectuarse mediante procedimientos endoscópicos, pero cuando los lipomas son grandes está indicada la resección local mediante colotomía o resección segmentaria de colon.

Referencias

1. Corman ML. Less common tumors and tumorlike lesions of the colon, rectum and anus. In: Corman ML, ed. *Colon and Rectal Surgery*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven;1998; pp. 884-958.
2. Zhang H, Cong JC, Chen CS, Qiao L, Liu EQ. Submucous colon lipoma: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2005;11:3167-3169.
3. Alkim C, Sasmaz N, Alkim H, Caglikulekci M, Turhan N. Sonographic findings in intussusception caused by a lipoma in the muscular layer of the colon. *J Clin Ultrasound* 2001;29:298-301.
4. Creasy TS, Baker AR, Talbot IC, Veitch PS. Symptomatic submucosal lipoma of the large bowel. *Br J Surg* 1987;74:984-986.
5. Geboes K, De Wolf-Peeters C, Rutgeerts P, Vantrappen G, Desmet V. Submucosal tumors of the colon: experience with twenty-five cases. *Dis Colon Rectum* 1978;21:420-425.

6. Weinberg T, Feldman M. Lipomas of the gastrointestinal tract. *Am J Clin Pathol* 1955;25:272-281.
7. Haller JD, Roberts TW. Lipomas of the colon: a clinicopathologic study of 20 cases. *Surgery* 1964;55:773-781.
8. Bardají M, Roset F, Camps R, Sant F, Fernández-Layos MJ. Symptomatic colonic lipoma: differential diagnosis of large bowel tumors. *Int J Colorectal Dis* 1998;13:1-2.
9. Spaventa-Ibarrola A, Decanini-Terán C, Becerril-Martínez G, Menéndez-Skertchly AL, Golfier-Rosete C. Lipoma de la válvula ileocecal. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Cir Cir* 2006;74:279-282.
10. Pemberton J, McCormack CJ. Submucous lipomas of the colon and rectum. *Am J Surg* 1937;37:205.
11. Castro EB, Stearns MW. Lipoma of the large intestine: a review of 45 cases. *Dis Colon Rectum* 1972;15:441.
12. Notaro JR, Masser PA. Annular colon lipoma: a case report and review of the literature. *Surgery* 1991;110:570-572.
13. Taylor AJ, Stewart ET, Dodds WJ. Gastrointestinal lipomas: a radiologic and pathologic review. *Am J Roentgenol* 1990;155:1205-1210.
14. Michowitz M, Lazebnik N, Noy S, Lazebnik R. Lipoma of the colon: a report of 22 cases. *Am Surg* 1985;51:449-454.
15. Franc-Law JM, Begin LR, Vasilevsky CA, Gordon PH. The dramatic presentation of colonic lipomata: report of two cases and review of the literature. *Am Surg* 2001;67:491-494.
16. Gordon RT, Beal JM. Lipoma of the colon. *Arch Surg* 1978;113:897-899.
17. Rodriguez DI, Drehner DM, Beck DE, McCauley CE. Colonic lipoma as a source of massive hemorrhage: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1990;33:977-999.
18. Key JC, Roberts JW. Massive bleeding from colonic lipoma. *Arch Surg* 1980;115:889-890.
19. Ryan J, Martin JE, Pollock DJ. Fatty tumors of the large intestine: a clinicopathological review of 13 cases. *Br J Surg* 1989;76:793-796.
20. Alponat A, Kok KY, Goh PM, Ngoi SS. Intermittent subacute intestinal obstruction due to a giant lipoma of the colon: a case report. *Am Surg* 1996;62:918-921.
21. Tzilinis A, Fessenden JM, Ressler KM, Clarke LE. Transanal resection of a colonic lipoma, mimicking rectal prolapse. *Curr Surg* 2003;60:313-314.
22. Zamboni WA, Fleisher H, Zander JD, Folse JR. Spontaneous expulsion of lipoma per rectum occurring with colonic intussusception. *Surgery* 1987;101:104-107.
23. Fernández MJ, Davis RP, Nora PF. Gastrointestinal lipomas. *Arch Surg* 1983;118:1081-1083.
24. Heiken JP, Forde KA, Gold RP. Computed tomography as a definitive method for diagnosing gastrointestinal lipomas. *Radiology* 1982;142:409-414.
25. Laoudi F, Fragiadakis P, Baltagiannis N, Gabriel P, Kalantzis N. Endoluminal ultrasonography in diagnosing colonic lipoma. *J Clin Ultrasound* 1994;22:198-200.
26. Murray MA, Kwan V, Williams SJ, Bourke MJ. Detachable nylon loop assisted removal of large clinically significant colonic lipomas. *Gastrointest Endosc* 2005;61:756-759.
27. Bar-Meir S, Halla A, Baratz M. Endoscopic removal of colonic lipoma. *Endoscopy* 1981;13:135-136.
28. Nakagoe T, Sawai T, Tsuji T, Tanaka K, Nanashima A, Shibasaki S, et al. Minilaparotomy approach for removal of a large colonic lipoma: report of two cases. *Surg Today* 2004;34:72-75.
29. Peters MB Jr, Obermeyer RJ, Ojeda HF, Knauer EM, Millie MP, Ertan A, et al. Laparoscopic management of colonic lipomas: a case report and review of the literature. *JSLs* 2005;9:342-344.
30. Saclarides TJ, Ko ST, Airan M, Dillon C, Franklin J. Laparoscopic removal of a large colonic lipoma. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1991;34:1027-1029.