



Lipohiperplasia de la válvula ileocecal asociada a intususcepción. Informe de un caso de autopsia

Marco Antonio Rodríguez Florido,*
Minerva Lazos Ochoa,* Alma Leticia Díaz Popoca**

RESUMEN

Introducción: La lipohiperplasia de la válvula ileocecal (LVI) es una proliferación difusa de tejido adiposo en la submucosa. **Resumen clínico:** Mujer de 76 años quien inició su padecimiento final un mes antes de su ingreso al hospital con dolor abdominal, diarrea y sangrado del tracto digestivo. En el abdomen se palpó un tumor localizado en epigastrio y mesogastrio. La tomografía computada de abdomen mostró imagen compatible con intususcepción ileocólica. Falleció un día después debido a choque hipovolémico. **Resumen de la autopsia:** Se encontró intususcepción en la unión ileocecal. En el extremo distal de la intususcepción, había una lesión polipoide con inserción en la válvula. Microscópicamente, el pólipo estaba formado por abundante tejido adiposo maduro dispuesto de forma difusa. En ciego, estómago, esófago y recto había áreas difusas de proliferación de tejido adiposo. **Discusión:** La lipohiperplasia de la válvula ileocecal es más frecuente entre los 50 y los 70 años y se relaciona con el grado de infiltración grasa de la cavidad ventricular derecha, páncreas y el peso del paciente. Este caso presentó lipohiperplasia de grado variable en otros sitios del tracto digestivo como ciego, estómago, esófago y recto con índice de masa corporal normal. Las manifestaciones clínicas en la mayoría de los casos son sutiles; sin embargo, en aquellos casos en los que la proliferación de tejido adiposo es importante puede producir cuadros similares a diverticulosis, confundirse con lesiones neoplásicas e inclusive evolucionar a cuadros oclusivos que requieran tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Válvula ileocecal, lipohiperplasia, intususcepción.

ABSTRACT

Introduction: Lipohyperplasia of the ileocecal valve (LIV) is a diffuse fatty proliferation in the submucosa. **Clinical summary:** 76 year old woman who initiated its final suffering a month before its entrance with abdominal pain, diarrhea and bleeding of digestive tract. In the abdomen a tumor located in epigastrium and mesogastrium was felt. Computed tomography of abdomen showed compatible image with ileo-colic intussusception. She dead a day after due to hypovolemic shock. **Summary of autopsy:** There was an intussusception in the ileo-cecal union. In the distal end of the intussusception there was a pedunculated polypoid lesion with insertion in the valve. Microscopically the polyp was formed by diffuse abundant mature fatty tissue. There were diffuse areas of fatty weave proliferation in cecum, stomach, esophagus and rectum. **Discussion:** Lipohyperplasia of the ileocecal valve is more frequent between the 50 and 70 years. It has been observed that the degree of LIV is correlated with the degree of fatty infiltration of the right ventricular cavity, pancreas and the weight of the patient, our case presented lipohyperplasia of variable degree in other sites of the digestive tract such as cecum, stomach, esophagus and rectum with a normal index of corporal mass. It must be differentiated with lipoma intestinal. The clinical manifestations in most of the cases are subtle; nevertheless in those cases where the fatty tissue proliferation is important can produce pictures similar to diverticulosis, be confused with neoplastic lessons and inclusively to evolve to occlusive lessons that require urgent surgical treatment.

Key words: Ileocecal valve, lipohyperplasia, intussusception.

* Departamento de Patología, Hospital General de México y Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

** Departamento de Radiología, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

INTRODUCCIÓN

La lipohiperplasia de la válvula ileocecal (LVI) es una proliferación difusa de tejido adiposo que se localiza en la submucosa; cuando esta proliferación es importante, produce lesiones que radiológicamente se pueden confundir con pólipos o divertículos. La mayoría de los casos son asintomáticos; sin embargo, cuando la proliferación es intensa, puede manifestarse como lesiones pseudodiverticulares, pseudopolipoides, intususcepción u oclusión intestinal, aunque raramente puede presentarse como sangrado del tracto digestivo bajo. El presente es un caso de lipohiperplasia de la válvula ileocecal (LVI) con formación de una lesión polipoide que ocasionó intususcepción ileocecal extensa; además, en el examen microscópico del resto del tracto digestivo se encontró proliferación difusa en grados variables de tejido adiposo en la pared del mismo.

RESUMEN CLÍNICO

Mujer de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial sistémica en control tratada con captopril 1-0-1 y cesárea 33 años antes. Su padecimiento final lo inició 50 días antes de su ingreso con dolor abdominal tipo cólico difuso y constante, diarrea, astenia, adinamia e hiporexia; 15 días después se agregó melena y rectorragia, vómito en posos de café y pérdida de peso de 15 kg en un mes y medio. En la exploración física presentó tensión arterial: 130/80 mm Hg, frecuencia cardíaca: 80 láatidos por minuto, frecuencia respiratoria: 16 ventilaciones por minuto, Temperatura: 37.4 °C, talla: 1.51 m, peso: 48 kg e índice de masa corporal: 21. En el abdomen se palpó un tumor localizado en epigastrio y mesogastrio, renitente, doloroso, fijo a planos profundos, de 30 x 20 cm, sin datos de irritación peritoneal; la peristalsis estaba disminuida y había timpanismo en marco cólico. Ingresó al hospital para protocolo de estudio de probable neoplasia intestinal; se realizó tomografía computada de abdomen que mostró imagen compatible con intususcepción ileocólica (*Figura 1*), el resto de los exámenes de laboratorio no mostraron alteraciones. Durante su estancia hospitalaria presentó dolor abdominal tipo cólico en hemiabdomen inferior; un día después presentó melena y rectorragia, posteriormente se agregaron datos de choque hipovolémico y paro cardioventilatorio irreversible. Los diagnósticos clínicos finales fueron tumor abdominal en estudio y hemorragia de tubo digestivo bajo.

RESUMEN DE LA AUTOPSIA

En la autopsia se encontró: mujer mesomórfica, de edad aparente mayor a la cronológica, íntegra, bien conformada; tenía equimosis en sitios de venopunción (ambos pliegues de codos); en el abdomen se observó una cicatriz antigua, longitudinal, infraumbilical, de 10 cm hasta sínfisis del pubis y distensión abdominal moderada. La cavidad torácica presentó corazón con aumento de peso y volumen, secundario a hipertrofia ventricular izquierda. Los pulmones en la superficie de corte mostraron aspecto congestivo con coloración café en todo el parénquima, así como lesiones pigmentadas múltiples diseminadas de 2 a 5 mm de color negro. La cavidad abdominal presentó salida de 50 mL de líquido cetrino y fétido. En la unión ileocecal, el intestino presentó intususcepción a expensas de íleon, mesenterio, apéndice cecal y pared del ciego hacia el colon ascendente, con longitud total de 22 cm que provocaba estenosis del íleon



Figura 1. Pieza macroscópica que muestra intususcepción ileocólica extensa con lesión polipoide en el extremo distal de la misma.



Figura 2. Fotomicrografía que muestra necrosis isquémica de la mucosa y proliferación difusa de tejido adiposo en la submucosa. (Tricrómico de Masson, 100X).

proximal a la intususcepción y necrosis isquémica del mismo (*Figura 1*); además había dos perforaciones puntiformes de 1 mm y 2 mm, parcialmente selladas por el epiplón. En el extremo distal de la intususcepción, a nivel de la válvula ileocecal, había una lesión polipoide, pediculada, blanda, de color cafengruzca, que midió 7 x 5 x 3 cm, con un polo cefálico multinodular de aspecto necrótico y tallo cilíndrico con inserción en la válvula.

Microscópicamente, el pólipo en el polo cefálico estaba compuesto por abundante tejido adiposo maduro con disposición difusa, rodeado por mucosa intestinal con cambios isquémicos en el epitelio; por debajo del mismo había vasos congestivos y escaso infiltrado inflamatorio (*Figura 2*). El tallo del pólipo estaba compuesto hacia ambos lados por componentes de la pared intestinal; la mucosa presentaba los cambios isquémicos antes descritos; la submucosa tenía abundantes vasos sanguíneos dilatados y congesti-

vos e intenso infiltrado inflamatorio agudo por polimorfonucleares; las capas musculares se encontraban engrosadas con proliferación de tejido conjuntivo que sustituían focalmente al tejido muscular. En el sitio de inserción del tallo polipoide a la pared intestinal se observaba también necrosis isquémica de la mucosa con proliferación de colonias bacterianas cooides; en la submucosa y subserosa había proliferación de tejido adiposo con disposición difusa a lo largo de la misma; la capa muscular y serosa se encuentra focalmente sustituida por colágena con infiltrado inflamatorio por polimorfonucleares y linfocitos. En ciego, estómago, esófago y recto había áreas difusas de proliferación, en grado variable, de tejido adiposo localizadas tanto en la submucosa como en la subserosa; en el esófago esta proliferación adiposa se disponía alrededor de glándulas submucosas y estructuras nerviosas en la capa muscular. Los diagnósticos anatomopatológicos fueron: LVI que provocó intususcepción ileocecal, perforación intestinal, peritonitis aguda, lipohiperplasia en íleon, estómago, esófago y recto.

DISCUSIÓN

La válvula ileocecal constituye el sitio anatómico de división entre el intestino delgado y el intestino grueso. Se forma a partir de la introducción en forma oblicua del íleon dentro del ciego con la formación de los labios superior e inferior al orificio cecal, cada uno de los cuales puede medir hasta 1.5 cm de grosor;⁹ al aproximarse entre ellos forma las crestas conocidas como frenillos de la válvula ileocecal.⁸ Histológicamente, está compuesta por las mismas capas del intestino delgado.

Funcionalmente, la válvula ileocecal evita el reflujo del contenido cecal al íleon de forma mecánica. En general, la válvula puede resistir una presión de reserva de 50 a 60 centímetros de agua;¹⁰ cada día pasan aproximadamente 1,500 mL de quimo. El íleon presenta una gruesa capa muscular poco antes de llegar a la válvula ileocecal que constituye el esfínter ileocecal, el cual es controlado por retroalimentación al encontrarse distendido el ciego.

La lipohiperplasia de la válvula ileocecal (también conocida como hipertrofia de la válvula ileocecal, lipomatosis, degeneración grasa o síndrome de la válvula ileocecal)⁵ es la causa más común de crecimiento de la misma;⁴ es rara antes de los 40 años y más frecuente entre los 50 y los 70 años con ligero predominio de 2:1 en mujeres.¹ Su etiología se desconoce; se han propuesto como posibles causas a la

ileítis terminal, asociación a eventos quirúrgicos y secundaria a hipoxia debido a intususcepción crónica con estenosis de la vascularización.⁶ Otros autores la han encontrado como una constante en la enfermedad de Crohn e inclusive la proponen como una diferencia más comparada con la colitis ulcerativa crónica idiopática.⁵ Se ha observado que el grado de LVI se correlaciona con el grado de infiltración grasa de la cavidad ventricular derecha, del páncreas y el peso del paciente; sin embargo, en este caso se presenta en una mujer con índice de masa corporal normal, además de presentar proliferación difusa focal de tejido adiposo en otros órganos del tracto digestivo, tales como ciego, esófago, estómago y recto. Se conoce poco sobre la epidemiología de la LVI de la válvula ileocecal. Tawfik,¹ en un estudio de autopsias, observó que 81% de las personas presentaban LVI; en 28% era leve, en 39% moderada y en 14% grave. La LVI debe diferenciarse con el lipoma intestinal;² éste es submucoso, presenta cápsula y hace prominencia hacia la luz intestinal,^{5,1} mientras que la LVI es difusa y carece de cápsula. Las manifestaciones clínicas en la mayoría de los casos son sutiles; Boquist⁶ informó 10 casos en un periodo de cinco años en donde los pacientes presentaron sintomatología diversa: obesidad (sólo dos casos), constipación, diarrea, dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen, astenia, vómito, fiebre, sangre en heces y tenesmo con asociación o no a algunos cuadros como: colitis espástica, apendicitis con vasculitis granulomatosa, carcinoma de mama, úlcera duodenal, gastritis y diverticulitis. Sin embargo, en aquellos casos en los que la proliferación de tejido adiposo es importante, puede producir cuadros similares a diverticulosis, confundirse con lesiones neoplásicas e inclusive producir cuadros oclusivos que requieran tratamiento quirúrgico urgente tal como sucedió en este caso.

BIBLIOGRAFIA

1. Tawfik OW, McGregor DH. Lipohyperplasia of the ileocecal valve. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 82-87.
2. Haller JD, Roberts TW. Lipomas of the colon: a clinicopathologic study of 20 cases. *Surgery* 1964; 55: 773-781.
3. Young TH, Ho P, Lee HS, Shyu RY, Tang HS, Hsu CT, Chao YC. A rare case of multiple intussusceptions: intense segmentary lipomatosis of the ileum. *Am J Gastroenterol*. 1996; 91 (1): 162-163.
4. Mylonakis BJ, Karkanias GG, Katergiannakis VA, Manouras AJ, Apostolidis NS. Lipomatosis of the ileocecal valve leading to episodes of partial small bowel obstruction. *Mt Sinai J Med* 1995; 62 (4): 302-304.
5. Berk RN, Davis GB, Cholhassey EB. Lipomatosis of the ileocecal valve. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med*. 1973; 119 (2): 323-328.
6. Boquist L, Bergdahl L, Andersson A. Lipomatosis of the ileocecal valve. *Cancer*. 1972; 29 (1): 136-140.
7. Deaver JM, Myers RN. Usual and unusual surgical lesions of the colon. *Am J Gastroenterol* 1965; 43: 449-467.
8. Woloschuk O, King Wb Jr. Lipomatosis of the ileocecal valve. *Can Med Assoc J* 1961; 16 (85): 701-704.
9. Moore K, Anatomía con orientación clínica, 3a ed. Madrid, España: Médica Panamericana, 1993; pp. 214.
10. Guyton y Hall, Tratado de fisiología médica. 9a ed. México: Interamericana-McGraw-Hill, 1997; pp. 879-880.

Correspondencia:

Dra. Minerva Lazos Ochoa
Hospital General de México
Departamento de Patología
Dr. Balmis núm. 138
Col. Doctores
06720 México, D.F.
E-mail: minervalao@yahoo.com.mx

