

HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
"CAPITÁN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"  
MORÓN

**Fibrolipoma de intestino delgado. Reporte de un caso**  
**Small intestine fibrolipoma. A case report**

Armando Rivero León (1), Margis Núñez Calatayud (2), Hellen Rivero Núñez (3), Alberto Rivero León (4), Tatiana Hernández Casola (5).

**RESUMEN**

Se presenta una paciente femenina de 58 años de edad, color de la piel blanca, que acude a consulta de medicina interna por presentar dolor abdominal y tumor palpable con antecedentes patológicos personales de carcinoma papilar del tiroides. Se hospitalizó, se realizaron estudios complementarios los que infirieron tumor abdominal dependiente de órganos ginecológicos (ovario); se laparotomiza y se constata tumor que interesaba mesenterio e intestino delgado; se informa la histología fibrolipoma de intestino delgado, tumor infrecuente. Luego de ser intervenida, la paciente es egresada a los nueve días sin presentar complicaciones, se expone la técnica quirúrgica empleada y se consulta la literatura.

**Palabras clave:** INTESTINO DELGADO/patología, FIBROLIPOMA/diagnóstico, FIBROLIPOMA/cirugía.

1. Especialista de 2do Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado.
2. Especialista de 2do Grado en Anatomía Patológica. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente. Investigador Agregado.
3. Estudiante de Primer Año de la Carrera de Medicina.
4. Especialista de 2do Grado en Medicina General Integral. Máster en Educación Superior. Profesor Asistente. Investigador Agregado.
5. Licenciada en Enfermería. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Instructor.

**INTRODUCCION**

La manera más común de presentarse una tumoración maligna abdominal es mediante la constatación de una masa palpable. Sin embargo, en más de la mitad de los casos, esta palpación corresponderá a crecimientos no malignos o a condiciones pseudotumorales como la presencia de impactaciones fecales o vejiga urinaria llena. Los datos que el médico debe obtener de una correcta y minuciosa anamnesis y exploración física son relevantes para confirmar que se trata de una auténtica proliferación tumoral, y para evaluar su situación, procedencia y extensión. La sospecha clínica inicial generalmente si está bien fundamentada puede confirmarse con estudios inicialmente básicos de analítica sencilla y radiología. Evidentemente se precisan luego estudios más complejos que asentarán el diagnóstico inicialmente planteado, la extensión definitiva de la neoplasia y sus características biológicas y citogenéticas (1).

Completado este proceso, se podrá proporcionar al paciente el tratamiento más eficaz a la luz de las mejores evidencias científicas disponibles en la actualidad.

Usualmente los síntomas acompañantes son causados por el crecimiento de la propia masa tumoral y por la alteración de los órganos en los que se asienta o a los que invade o comprime. Otras veces los síntomas de presentación son "inusuales" y el diagnóstico por tanto más dificultoso, esto ocurre aproximadamente en el 10-15% de los tumores abdominales (2-3).

Se consideran tres grandes grupos de síntomas en las masas abdominales: inespecíficos, sugestivos de determinados tumores e indicativos de diseminación metastásica (2).

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Motivo de consulta: Dolor en el estómago y vómitos.

Se presenta una paciente adulta femenina, de 58 años de edad, color de la piel blanca, con antecedentes patológicos personales de carcinoma papilar del tiroides de 16 años de evolución para lo cual requirió tratamiento quirúrgico y en estos momentos lleva tratamiento médico regular con levotiroxina 1tab (0.1MG)/día. Acude a consulta por presentar dolor abdominal de varios días de evolución acompañado de vómitos biliosos con escasos restos de alimentos, sudoraciones profusas, marcada toma de su estado general e inapetencia. Se decidió su ingreso en el servicio de medicina interna para completar su estudio e instaurar un tratamiento eficaz.

### **Datos Positivos al examen físico**

Palidez cutánea mucosa, abdomen distendido que sigue poco los movimientos respiratorios, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho y epigastrio con discreta contractura abdominal y ruidos hidroaéreos disminuidos. Se palpa un proceso tumoral de aproximadamente 15 cm doloroso, de bordes poco precisos, consistencia firme, liso y adherido a planos profundos desde epigastrio, ambos flancos hasta hipogastrio, polipnea de 32 resp. / min.

Exámenes complementarios humorales dentro de parámetros normales excepto el leucograma: 12.0 x 10.

Imagenológicos: Rx de tórax: Se observa una elevación del hemidiafragma derecho con atelectasia de la base del mismo lado, en la Ecografía Abdominal como dato relevante se informa hacia la proyección anexial izquierda imagen compleja, no medible por su extensión que ocupa la fosa ilíaca izquierda, flanco izquierdo, meso y epigastrio que presenta áreas de necrosis y calcificaciones en su interior con aspecto tumoral. No líquido libre en cavidad.

ID: Tumor a expensas de órganos ginecológicos (ovario).

Rx de Abdomen: Aumento del patrón gaseoso en a expensa de colon ascendente y transversal, radioopacidad en hemiabdomen Izquierdo con borramiento del parón aéreo pero no presenta un patrón radiológico oclusivo en estos momentos.

TAC de abdomen: Gran tumor sólido con múltiples calcificaciones dependiente de ovario.

Se decide valoración conjunta por parte del servicio de Cirugía y Ginecología se concluye que el proceso tumoral es a expensa de los órganos ginecológicos (ovario) y pudiera estar presentando crisis de torsión por lo que se decidió planificar laparotomía exploradora.

### **Intervención quirúrgica**

Se realiza una laparotomía exploradora constatando gran tumor que impresiona del Mesenterio con asa yeyunal adherida al proceso y perforación de la misma con líquido intestinal y fibrina libre en cavidad abdominal, se realiza resección del tumor y el segmento de yeyuno que interesaba el proceso, el cual no guardaba relación con los órganos ginecológicos, con pedículo bien preciso en la raíz del mesenterio, se restablece la continuidad intestinal con anastomosis término terminal en un plano de sutura, se realiza toilette amplia de la cavidad peritoneal y se deja drenaje en el fondo del saco de Douglas y en el espacio parietocólico derecho, se cierra cavidad por planos previa hemostasia y se colocan puntos subtotales. No accidentes quirúrgicos, se envía la pieza quirúrgica para estudio anatomopatológico en el cual se informa tumor que mide 20x17cms, y peso de 3.8kgs, de superficie multilobulada lisa con coloración blancogrisácea y áreas hemorrágicas que al corte muestra igual coloración y tendencia multinodular, zonas de hemorragias y necrosis, que guarda íntima relación con asa intestinal delgada la cual presenta solución de continuidad de 3 cm (Figuras No.1 a la No.3).

## **DISCUSIÓN**

El intestino delgado representa el 75% de la longitud del tubo digestivo, pero contribuye solo a entre el 3-6% de los tumores (cociente maligno: benigno de 1.5:1). Las lesiones benignas incluyen leiomiomas, adenomas, lipomas, fibromas, neuromas, malformaciones vasculares y lesiones hamartomatosas. Los adenomas con frecuencia aparecen en la ampolla de Váter, especialmente en pacientes con síndrome de poliposis familiar, los adenocarcinomas y los Carcinoides aparecen con una incidencia aproximadamente igual (3-4).

Los tumores mesentéricos pueden ser primarios o secundarios; prácticamente todos son malignos, los tumores primarios son pocos frecuentes e incluyen Mesoteliomas (similar al Mesotelioma pleural y pericárdico) y tumor Desmoplásico de células redondas pequeñas. Este último es similar a otros tumores de este tipo y tiene una translocación característica t (11; 22) (p13; q12) que da lugar a una fusión EWS-WTI (5).

Los tumores secundarios son frecuentes pueden corresponder a cualquier forma de cáncer avanzado. Estos tumores tienden a extenderse de forma difusa por las superficies peritoneales. Referente a las lesiones quísticas del mesenterio sus orígenes están en conductos linfáticos secuestrados, divertículos entéricos excluidos por pinzamiento con origen en el intestino anterior o en el intestino posterior en desarrollo, quistes congénito de origen urogenital, pseudoquistes pancreáticos o infecciones encapsuladas. Ocasionalmente estos quistes son malignos, y se originan en otras localizaciones primarias (6-9).

En un enfoque general de los tumores abdominales, si se distribuyen los pacientes por grupos de edad se observa que en el período neonatal el 90% son benignos y corresponden a malformaciones (renales, digestivas), teratomas y tumores embrionarios, en lactantes, el 50% son malignos, predominan el neuroblastoma y tumor de Wilms, en preescolares persiste la predominancia de neuroblastoma y tumor de Wilms, aparecen también linfomas, rabdomiosarcomas, hepatoblastomas y otros; en escolares y adolescentes, tienden a desaparecer algunos como neuroblastoma, hepatoblastoma y tumores embrionarios, predominan los tumores linfoides y mesenquimales (10-15).

En este caso el diagnóstico histopatológico se correspondió con Fibrolipoma de intestino delgado (Figuras No. 4 a la No. 7).

La paciente permaneció tres días en la UCI donde fueron corregidos los trastornos metabólicos y desequilibrios del medio interno, mantuvo una evolución satisfactoria, se trasladó para la UCIM donde se comenzó a alimentar, presentó una excelente evolución postoperatoria sin complicaciones hasta su egreso de la institución.

## CONCLUSIONES

Se llega a la conclusión que se está en presencia de un Fibrolipoma de intestino delgado.

## ABSTRACT

A female 58 years old white patient is presented that goes to consultation of internal medicine to present abdominal pain and palpable mass with previous personal history of Thyroid Papillary Carcinoma. She was hospitalized, being carried out complementary studies that inferred abdominal tumor from gynecological organs (Ovary), she was laparotomized being verified tumor that interested mesentery and small intestine, informing the histological fibrolipoma of small Intestine, uncommon tumor, the patient was discharged nine days after without complications, the used surgical technique was explained, the conclusions are given and the literature is consulted.

**Key Words:** SMALL INTESTINE/pathology, FIBROLIPOMA/diagnosis, FIBROLIPOMA/surgery.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

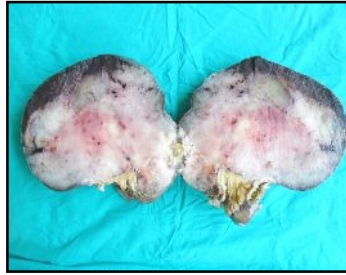
1. Blackman E, Nash SV. Diagnosis of intestinal epithelial neoplasms by endoscopic biopsy. A clinicopathologic and immunohistochemical study. *Hum Pathol.* 1985; 16:901-910.
2. Chatelain D, Maillet E, Boyer L, Checkouri G, Mourra N, Flejou JF. Diagnosis and treatment of intestinal tumors. *Arch Pathol Lab Med.* 2008; 126:734-735.
3. Franquemont DW. Differentiation and frequency of gastrointestinal stromal tumors. *Am J Clin Pathol.* 1995; 103:41.
4. Compendio de Robbins y Cotran: patología estructural y funcional. Barcelona: Elsevier; 2012.
5. Lee RG. Pathology of human Intestinal translocation. *Gastroenterology.* 1996; 110:1820.
6. Cohen M, Thomson M, Taylor C, Donatone J, Quijano G, Drut R. Colonic and duodenal flat adenomas in children with classical familial adenomatous polyposis. *Int J Surg Pathol.* 2006; 14:133-140.
7. Cooperman M, Clausen KP, Hecht C, Lucas JG, Keith LM. Villous adenomas of the duodenum. *Gastroenterology.* 2009; 74:1295-1297.
8. Iseki M, Tsuda N, Hayashi T, Tamaru N, Anami M, Matsuya F, et al. Multifocal villous adenomas of the anastomotic area following ileocystoplasty: a case report and literature review. *J Urol Pathol.* 2010; 12:29-38.
9. Iuga AC, Levi G, Sabour M, Ghali V, Theise N. Expression pattern of LGR5, a recently described intestinal stem cell marker, in human duodenum and duodenal adenomas. *Lab Invest.* 2009; 89(Suppl 1):134A.

10. Matsumoto T, Iida M, Nakamura S, Hizawa K, Mizuno M, Yao T, et al. Depressed adenoma of the duodenum in patients with familial adenomatous polyposis: endoscopic and immunohistochemical features. *Cancer*. 2010; 86:1414-1420.
11. Merine D, Jones B, Ghahremani GG, Hamilton SR, Bayless TM. Hyperplasia of Brunner glands. The spectrum of its radiographic manifestations. *Gastrointest Radiol*. 2009; 16:104-108.
12. Perzin KH, Bridge MF. Adenomas of the small intestine. A clinicopathologic review of 51 cases and a study of their relationship to carcinoma. *Cancer*. 2010; 48:799-819.
13. Petersen VC, Sheehan AL, Bryan CP, Armstrong CP, Sheperd NA. Misplacement of dysplastic epithelium in Peutz–Jeghers polyps: the ultimate diagnostic pitfall? *Am J Surg Pathol*. 2009; 24:34-39.
14. ReMine WH, Brown PW, Gomes MMR, Harrison EG. Polypoid hamartomas of Brunner's glands. Report of six surgical cases. *Arch Surg*. 1970; 100:313-316.
15. Wagner PL, Chen YT, Yantiss RK. Immunohistochemical and molecular features of sporadic and FAP-associated duodenal adenomas of the ampullary and nonampullary mucosa. *Am J Surg Pathol*. 2009; 32:1388-1395.

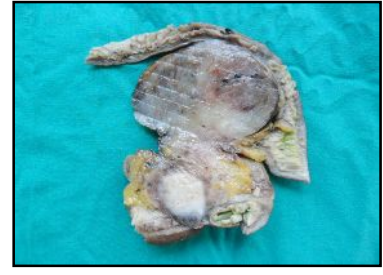
## ANEXOS



**Fig. No.1. Aspecto externo del tumor.**



**Fig. No.2. Superficie de corte del tumor.**



**Fig. No.3. Relación del tumor con el asa intestinal delgada al corte.**

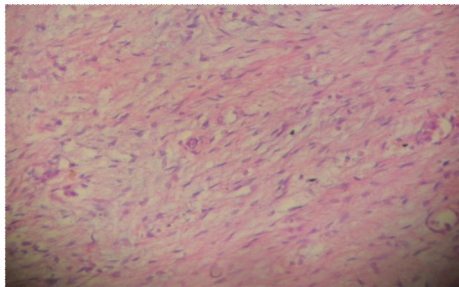


Figura.4 H/E 400X

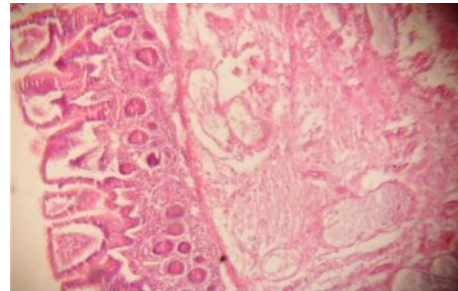


Figura.5 H/E 40X

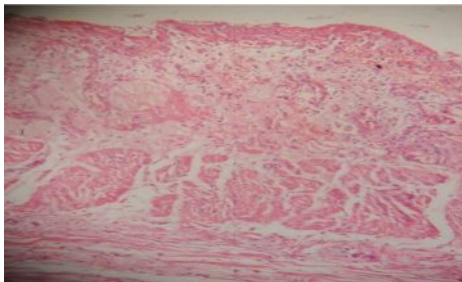


Figura.6 H/E 200X

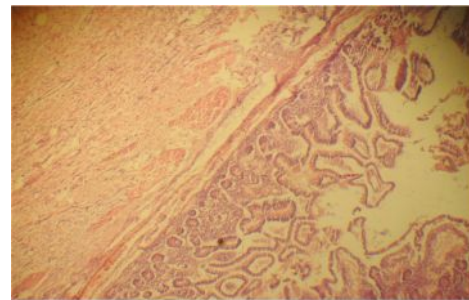


Figura.7 H/E 40X

### Aspecto Histológico del Tumor.