

## CIRUGIA

## LIPOMAS DE COLON.

### (Reporte de un caso)

Alba Zúñiga Pérez \*  
 José Ayi Wong \*\*

#### SUMMARY

**Colonic lipomas are an infrequent pathology, their clinic presentation is variable and they have different therapeutic options, sometimes they require surgical treatment. We present a case of a 32 year old woman treated in our hospital, as an example and made a review of literature about this pathology**

**Nombre del departamento:** Servicio de Emergencias Hospital San Juan de Dios

**Descriptores:** lipoma de ciego, lipoma de colon, lipoma intestino grueso.

**Título corto:** Lipoma de ciego

**Correspondencia.** Apdo. 435-2010 Zapote, teléfono: 380-9360

#### CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 32 años se presenta al servicio de emergencias del HSJD en julio del 2005 con historia de dolor abdominal tipo cólico de tres días de evolución, localizado en fosa iliaca derecha. Niega diarrea, niega síntomas urinarios, niega vómitos. Como antecedentes quirúrgicos tiene una histerectomía con salpingoo-forectomía en febrero del 2005 por aborto séptico. Niega antecedentes personales patológicos.

Al examen físico de ingreso se encuentra: fc 96 x min, temp 37°C, PA110/70, FR 22. Conciente, orientada cardiopulmonar sin hallazgos patológicos, abdomen doloroso con masa palpable en fosa iliaca derecha compatible con

plastrón apendicular.

**Laboratorios:** hemograma con leucocitosis y desviación izquierda, química normal, examen general de orina normal. Se decide llevar paciente a SOP con diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda. La laparotomía evidencia masa en colon ascendente intraluminal, móvil, dura que impresiona pediculada. Se realiza hemicolectomía derecha con ileo-transverso anastomosis.

**Biopsia describe:** masa polipoide de 7.5 x5 cm, a nivel de válvula ileocecal, corresponde con tumo-ración de tejido adiposo con zonas de hemorragia, ulceración aguda, diagnóstico definitivo lipoma polipoide con ulceración de la mucosa

\* Residente Cirugía General Hospital San Juan de Dios,

\*\* Asistente Cirugía General, Servicio de Emergencias Hospital San Juan de Dios

## D I S C U S I Ó N

La primera descripción de un lipoma intestinal fue en 1757 por Bauer. Su frecuencia es variable y va desde un 0.04 - 4.4% según lo reportado en la literatura. En cuanto a tumores benignos del colon ocupa el 2<sup>a</sup> lugar en frecuencia. Es el tumor de origen mesenquimatoso más frecuente. Su localización es variable y se ha encontrado en orden de frecuencia en ciego, colon derecho, sigmoides, colon transverso y recto. Generalmente son únicos, y de un tamaño variable, se han descrito desde 2mm hasta 30 cm. de diámetro. Pueden ser sesiles, pediculados, lobulados, ovoides, etc. La edad de aparición más frecuente es entre los 40—70 años. No se han demostrado variaciones en cuanto al sexo, aunque algunos autores consideran que es más frecuente en mujeres. En algunos casos se asocian con enfermedad diverticular y con pólipos adenomatosos. Histológicamente son tumores bien diferenciados, formados por células grasas dispuestas en grupos, separadas por tejido conectivo trabeculado, con escasos vasos sanguíneos. Su localización puede ser submucosa o subserosa, siendo más frecuente la primera que se presenta hasta en 90 % de los casos. En los grandes lipomas la muscular de la mucosa puede estar comprimida o distorsionada, la mucosa puede verse atrófica y adelgazada por la presión y elongación del tumor.

En esos casos puede ulcerarse y manifestarse clínicamente como hemorragia intestinal. No tienen tendencia a malignizar pero pueden coincidir con enfermedad maligna. No se ha descrito degeneración sarcomatosa. Cuando ocurre torsión e isquemia pueden dar aspecto pseudomalígeno. En general son asintomáticos, y resultan ser un hallazgo durante una laparotomía exploratoria, colon por enema, o colonoscopia. En 25% de los casos desarrollan síntomas. Estos síntomas son inespecíficos: dolor abdominal tipo cólico, constipación, pérdida de peso, sangrado oculto o macroscópico, anemia, trastornos en hábitos gastrointestinales. Siempre debe hacerse diagnóstico diferencial con cáncer de colon. Pueden asociar complicaciones y manifestarse como tales, por ejemplo: obstrucción intestinal total o parcial, hemorragia y/o intususcepción. Se ha descrito también la eliminación espontánea por estrangulación y necrosis del pedículo.

### Estudios

Es difícil lograr un diagnóstico preoperatorio. Son útiles los estudios de gabinete y endoscopios. Las radiografías de abdomen permiten ver una imagen redondeada de bordes lisos y conservación de mucosa, no dan certeza de que sea masa benigna. Si se asocia a complicaciones estas alteran la imagen. El colon por enema evidencia un defecto de llenado esférico, ra-

diolucido con imágenes bien definidas. Dato patognomónico: "squeeze sign" son cambios en el tamaño y forma de la masa causados por los movimientos peristálticos. La colonoscopia permite la visualización directa. No es útil cuando se trata de una lesión atípica, es difícil hacer diagnóstico diferencial con enfermedad maligna. Los submucosos aparecen como una masa cubierta por mucosa normal, aspecto amarillento. Existen varios signos al examen endoscópico que hacen sospechar se trata de un lipoma: Signo de "cushion" (cojín) y "naked" (desnudo). Cushion sign: es la recuperación de la forma normal de la masa luego de ser traccionada con un fórceps endoscópico. Naked sign: es la protrusión de la grasa luego de tomar biopsia. La tomografía axial computarizada se describe como el método no invasivo a usar cuando la colonoscopia no es concluyente. Permite ver una imagen ovoide o esférica con márgenes claros. Densidad de absorción de -40 a -120 Hounsfield, el tejido que lo rodea puede aumentar la densidad y disminuir la agudeza del TAC.

La resonancia magnética se ha usado con éxito sin embargo presenta más dificultades que el TAC. Recientemente se ha estudiado el uso de ultrasonido endoscópico para el diagnóstico de tumores submucosos del intestino grueso demostrando estos estudios que

este examen da información sobre el tamaño, la localización y sitio de origen del tumor. La naturaleza del tumor se determina de acuerdo a la ecogenicidad del mismo, siendo los lipomas hiperecoicos, homogéneos, con un borde bien definido.

**Tratamiento:** en pacientes asintomáticos no se requiere ningún tratamiento pues no se ha descrito transformación maligna.

Resección endoscópica: solo se recomienda para tumores menores de 2cm con pedículo porque se ha visto que riesgo de perforación es mayor entre más grande sea tumor. Se ha descrito hasta 43% de perforaciones.

**Quirúrgico:** cuando es sintomático, cuando no es candidato a resección endoscópica, si se asocia a complicaciones, si el diagnóstico es incierto. Se recomienda colotomía o resección colónica segmentaria. Si preoperatoriamente no se ha excluido malignidad es recomendado realizar una resección amplia. Se han descrito también

Abordajes laparoscópicos exitosos con resecciones segmentarias y colectomías, con los beneficios propios de este tipo de cirugías.

## R E S U M E N

Los lipomas del intestino grueso son una patología infrecuente. Generalmente cursan asintomáticos. En aquellos casos donde provocan síntomas estos son inespecíficos y las manifestaciones clínicas son variables. Como tratamiento se puede optar por diferentes conductas incluyendo el manejo quirúrgico. Es nuestro propósito hacer una revisión de esta patología y exemplificar con un caso clínico.

## B IBLIOGRAFÍA

1. Antevil J, Bhayrul S, et al. Safe and rapid Laparoscopic Access- A new approach? World J. Surg 2005;29(6): 800-803
2. Brunnese L et al. Intestinal Lipoma: CT findings. Four case report. Radiol. Med 2002; 103(4): 421-3
3. Chan KC et al. Intermitent intussusception caused by colonic lipoma. J Formos Med Assoc 1998; 97(1): 63-5
4. Fernández MJ et al. Gastrointestinal lipomas. Arch Surg 1983; 118(9):1081-3
5. Gidhirim G, et al. Giant Submucosal lipoma of the cecum: report of a case and review of literature. Rom. J Gastroenterol 2005; 14(4): 393-6
6. Jelenec F, Brenic E. Laparoscopically assisted resection of an ascending colon lipoma causing intermittent intussusception. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2005; 15(2): 173-5
7. Jiang Et al. Giant submucosal lipoma in the descending colon. World J Gastroenterology 2007: 14(13): 5664-7
8. Kasinelos P et al. Cecal lipoma with Pseudomalignant features: a case report and review of the literature. World J Gastroenterol 2007; 3(17): 2510-3 under colonoscopic guidance
9. Ladurner R et al Laparoscopic Assisted resection of giant sigmoid lipoma. Surg Endosc 2003;14(4): 393-6
10. Maccarone D. Lipoma de Ciego. La Prens Med Argent 1969,56(7):307-311
11. Montes Teves P et al. Giant colonic lipoma as a cause of lower digestive hemorrhage. Report of a case. Rev Gastroenterol Peru 2007; 27 (3) 307-9
12. Peters M, Obermeyer R, et al: Laparoscopic management of Colonic Lipomas. JSLS 2005; 9(3):342-4
13. Radhi J.M:Lipoma of the Colon: Self Amputation.AJG 1993;88(11) : 1981
14. Rogy MA et al. Submocous large-bowel lipomas presentation and management an 18 year study. Eur J Surg; 1991; 157(1): 51-5
15. Taylor B, Wolff B. Colonic Lipomas Dis Col and Rect. 1987; 30(11):888-893
16. Vecchio R, Ferrara M, Mosca F, et al. Lipomas of the Large Bowel. Eur J Surg 1996; 162:915-919