

GASTROENTEROLOGIA

LIPOMA DEL TRACTO GASTROINTESTINAL (Reporte de un caso y Revisión Bibliográfica)

Adriana Corrales Porras*

Andrea Zúñiga Vargas**

SUMMARY

Benign colonic lesions are infrequent and account for a low percentage of all colonic tumors. Among the benign tumors, lipomas are second in frequency. They are composed of mature adipose tissue with fibrous stroma. Most are found submucosally and may vary in their incidence, localization, symptoms and pathogenesis, making diagnosis difficult. Most of them are asymptomatic but in rare instances they may present as surgical emergencies.

Palabras Claves: Lipoma; Colon; Intus-cepcción; Obstrucción Intestinal.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones benignas de colon

son infrecuentes, y corresponden a un muy bajo porcentaje del total de tumores de colon. (9) 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. (6) Típicamente es submucoso y puede producir sangrado de tracto gastrointestinal si llega a erosionar la mucosa, pero existe gran variedad en cuanto a su incidencia, localización, sintomatología y patogénesis. (2) El diagnóstico puede ser difícil, sobre todo al intentar diferenciarlo del pólipos adenomatosos; en una colonoscopía incluso puede semejar una lesión maligna. (7)

En los adultos, la mayoría se encuentran ubicados en el ciego y en el colon ascendente y son más comunes en las mujeres, principalmente entre la quinta y la séptima décadas de la vida. Casi siempre son asintomáticos pero el aumento de su tamaño se asocia con dolor abdominal, cambios en el hábito intestinal y sangrado como consecuencia de la obstrucción, intus-cepcción o ulceración de la mucosa que los recubre. Su aspecto macroscópico puede ser pedunculado o sésil, y generalmente se originan en la submucosa. (5) En este caso, se presenta un lipoma localizado en el colon descendente asociado a una constipación cuya sintomatología consistió en distensión ab-

* Médico General, Área de Salud Naranjo

** Médico General, Área de Salud Curridabat

dominal y vómitos.

C A S O C L Í N I C O

Mujer de 46 años de edad admitida al servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios con cuadro de 2 días de evolución de dolor abdominal difuso, constante, asociando distensión abdominal y vómitos, sin antecedentes quirúrgicos ni patológicos previos. Sus exámenes de química sanguínea y los marcadores tumorales se encontraban dentro de rangos normales. Se le efectuó un ultrasonido de abdomen que evidenciaba colelitiasis múltiple sin colecistitis, y una tomografía axial computarizada a nivel de abdomen la cual reveló una formación sólida de 58 x 68 mm con extensión de 65 mm en colon descendente, la porción más central de la formación es hipodensa e impresiona tejido graso, sin adenopatías descritas. A la vez se efectuó un colon por enema encontrándose dicho estudio dentro de los límites normales. Es intervenida quirúrgicamente con una resección de colon trasverso y anastomosis intestinal colon- colon, encontrándose una tumoración de 5 cm en colon transverso de aspecto lipomatoso, el cual en el examen histopatológico de la pieza demostró una tumoración bien delimitada sin atipias, correspondiente a un Lipoma Submucoso en colon trasverso. El paciente tuvo una buena evolución postoperatoria, y se cubrió con antibioticoterapia, metronidazol y

gentamicina además de tratamiento analgésico. Fue dada de alta por su evolución satisfactoria, se le dejó tratamiento oral con cefalexina y cita de control en Cirugía General.

D I S C U S I Ó N

Los lipomas del tracto gastrointestinal fueron descritos por Bauer et al en 1757. El lipoma es la segunda neoplasia benigna más común de tumores de colon con una incidencia de 0.2% a 4.4 % (4-8) y una relación mujer-hombre de 2:1. (8) Más de 90 % de los lipomas del tracto gastrointestinal 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. (3) Los lipomas del colon se encuentran principalmente en el ciego, y siguen las localizaciones en colon ascendente, transverso y descendente. Por lo general son solitarios de diversos tamaños y pueden adoptar una forma sesil o pedunculada. (4) Los lipomas de colon se han detectado de forma incidental durante exámenes como ultrasonido, tomografía axial computarizada o colonoscopía, indicados para diagnóstico de otras patologías en pacientes que consultan debido a un dolor abdominal, cambios de hábitos intestinales, sangrado transrectal o durante una exploración quirúrgica.

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. El síntoma más común es el dolor abdominal crónico y recurrente, pero también puede manifestarse por cuadros de oclusión intestinal, ya sea parcial o completa, e incluso intususcepción. Los síntomas menos frecuentes son rectorragia por ulceración de la mucosa, anemia crónica, diarrea o constipación, flatulencia o prolapso. (1-10) 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, por ejemplo lesiones sarcomatosas. La principal causa por la que se realiza una colonoscopía es la hematoquecia. En ésta, las lesiones submucosas se comprimen fácilmente durante la biopsia, pero rápidamente regresan a su tamaño anterior produciendo el signo de la almohada. Por ultrasonido pueden identificarse fácilmente tumoraciones submucosas; el lipoma colónico aparece como una masa hiperecoica, homogénea, confinada a la submucosa, distingible de un linfangioma, tumores de músculo liso y neoplasias invasivas y metastásicas. Durante la colonoscopía, la mucosa por encima del lipoma (casi siempre de características normales) puede presentar ulceración, en cuyo caso debe hacerse diagnóstico diferencial con adenocarcinoma.

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. La resolución quirúrgica de los lipomas de colon depende de la presentación del caso, se puede realizar una cirugía endoscópica electiva en el caso de un lipoma de más de 2 cm de diámetro sin embargo este método se ha asociado a complicaciones como hemorragia y perforación, por lo que se ha creado controversia sobre su utilización. (8) En el caso de una cirugía de urgencias; las indicaciones son obstrucción, intuscepción, perforación y en hemorragias masivas.

C O N C L U S I O N E S

Los lipomas de colon son neoplasias benignas frecuentes, y cuando se evidencia ulceración de la mucosa, es importante diferenciarlos de neoplasias malignas; por lo que sus características histopatológicas son fundamentales. El diagnóstico se puede realizar con ayuda de una tomografía axial computarizada donde se demuestre tumoración con densidad grasa. En definitiva, los síntomas secundarios a lipomas en el colon son poco frecuentes, por lo que son detectados incidentalmente durante exámenes

al valorar una patología abdominal aguda.

Los lipomas de colon deben ser resecados sólo si producen síntomas, y no se recomienda ser extirpados por vía endoscópica debido a las complicaciones antes mencionadas. Es aceptado que su tratamiento definitivo es quirúrgico; buscando siempre realizar la intervención menos agresiva e intentando la resección local mediante colectomía o la resección segmentaria del colon que incluya el tumor, como acontece en esta paciente.

R E S U M E N

Los lipomas del colon ocupan el segundo lugar en frecuencia de aparición de tumores benignos. Estos tumores están formados por tejido adiposo bien diferenciado con un estroma fibroso. Generalmente son submucosos y varían de acuerdo a su incidencia, localización, sintomatología, y patogénesis, lo que dificulta su diagnóstico; ya que la gran mayoría de estos tumores son asintomáticos. Algunos en raras ocasiones presentan complicaciones quirúrgicas.

B I B L I O G R A F I A

1. Bardaji M, Roset F, Camps R, Sant F, Fernandez-Layos MJ. Symptomatic colonic lipoma: differential diagnosis of large bowel tumors. *Int J Colorectal Dis* 1998;13: 1-2
2. Butte B Jean Michel, Armando Iñiguez C, Javiera Torres M, Claudia Ortega M, Jorge Martínez C, Alvaro Zúñiga D, George Pinedo M. Intususcepción de colon por lipoma. Reporte de 2 casos. *Revista Chilena de Cirugía*. Vol No 2, Abril 2006; págs. 151 – 154.
3. DeBeer RA, Shinya H. Colonic Lipomas, An Endoscopic Analysis. *Gastrointest Endosc* 1975; 22:90 – 91
4. Hong Zhang, Jin-Chun Cong, Chun-Sheng Chen, Lei Qiao, En-Qing Liu. Submucous colon lipoma: A case report and review of the literature. *World Journal of Gastroenterology* 2005; 11 (20): 3167 – 3169
5. Jiménez Escobar, M. García Alonso, F. Esteban Collazo y J. Cerdán Miguel. Prolapso Anal de un Lipoma de Colon Sísmoide. *Rev. Española de Enfermedades Digestivas* Vol 97, N 11, 2005; págs. 838 – 843.
6. Sinan Yol, Erdal B. Bostancı, Yusuf Ozogul, Musa Akoglu. Extensive adult colo-colonic intussusception from ascending colon to sigmoid colon: Report of a case. *Turk Journal Gastroenterology* 2004; 15 (3): 201 – 203
7. Spaventa-Ibarrola, César Decanini-Terán, Guillermo Becerril-Martínez, Ana Luisa Méndez-Skertchly, Claudio Golffier-Rosete. Lipoma de la válvula ileocecal. Informe de un caso clínico y revisión de la literatura. *Cir. Ciruj Vol 74, N 4, Julio – Agosto 2006; págs. 279 – 282*
8. Tascilar O et al. Clinical Evaluation Of Submucosal Colonic Lipomas: Decision making. *World Journal Gastroenterology* Vol 12 N 31, 2006; págs 5075 – 5077
9. Thonet Gerardo; Setton Joseph; García Milton; Russi Maurizzio. Lipoma de colon, a propósito de dos casos. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 55 – N 3, Junio 2003: págs. 274 – 276.
10. Vecchio R, Ferrara M, Mosca F, Ignoto A, Latteri F. Lipomas of the large bowel. *Eur J Surg* 1996;162:915-919
11. 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