

Lipoma Colónico Gigante como causa de Hemorragia Digestiva Baja: Reporte de un Caso

Pedro Montes Teves*, Sonia Salazar Ventura*, Milko Ramos Barrientos*

RESUMEN

Los lipomas del intestino grueso son neoplasias poco comunes de tejido adiposo que rara vez causan síntomas; sin embargo cuando son mayores de 2 cms suelen presentar sintomatología. Los síntomas mas frecuentes son dolor abdominal y sangrado por vía rectal. Reportamos el caso de una paciente de 48 años de edad, que acude con dolor abdominal, nauseas, vómitos y hematoquezia. Se le realizó una colonoscopia que mostró una tumoración que ocluía totalmente la luz del colon descendente. Se le realizó una colectomía segmentaria estableciéndose el diagnóstico de lipoma colónico.

PALABRAS CLAVES: lipoma colónico, Hemorragia digestiva baja.

Rev Gastroenterol Perú; 27: 307-309

SUMMARY

The lipomas in the large intestine are uncommon neoplasias of fatty tissue which rarely cause symptoms; nevertheless, when they are larger than 2 cm, they present symptoms. The most frequent symptoms are abdominal pain and rectal bleeding. We report the case of a 48 years old patient, who presents abdominal pain, nausea, vomiting and hematochezia. A colonoscopy was performed which showed a tumor that completely occluded the light in the descending colon. A segmentary colectomy was performed, establishing the diagnosis of colonic lipoma.

KEY WORDS: colonic lipoma, lower digestive hemorrhage.

* Hospital Nacional Daniel A. Carrión

INTRODUCCIÓN:

Los lipomas de colon son neoplasias benignas que aun ocupando el segundo lugar entre los tumores benignos de colon, son considerados raros, habiéndose reportado una incidencia de 0.2 %⁽¹⁾. Estos tumores usualmente son asintomáticos y representan un hallazgo dentro de la evaluación por alguna otra patología, sin embargo cuando estos aumentan de tamaño, comienzan a dar síntomas el más común de los cuales es el dolor abdominal, pudiendo también manifestarse como alteración del hábito intestinal o hematoquezia, representando un problema diagnóstico, sobre todo para el diagnóstico diferencial con neoplasias colónicas malignas.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, de 48 años de edad, sin antecedentes personales ni patológicos

de importancia, con un antecedente familiar de madre fallecida por Cáncer Gástrico.

La paciente acude con un tiempo de enfermedad de 6 semanas. El cuadro se inicia con dolor abdominal tipo cólico, difuso. Dos semanas antes de su ingreso el cuadro doloroso abdominal se intensifica, acompañándose de nauseas y vómitos, posteriormente comienza a presentar deposiciones sanguinolentas, que se tornan en hematoquezia franca, que se autolimita; sin embargo 5 días después vuelve a presentar hematoquezia por lo que se decide su hospitalización.

Al examen físico se encuentra una paciente en buen estado nutricional, pálida, al examen preferencial el abdomen se encuentra blando, depresible, con dolor a la palpación en flanco y fosa iliaca izquierda, no se palpan masas, ruidos hidroaereos presentes.

Exámenes auxiliares: Hematocrito: 34 %, Hemoglobina 10 gr/dl, Leucocitos 8000, Plaquetas 250000, TP: 12.5 seg. INR: 0.95, TPT: 38.5 seg. Glucosa: 93 mg/dl,

Creatinina: 0.53 mg/dl, Bilirrubina Total: 0.88 mg/dl, Bilirrubina Directa: 0.36 mg/dl, Bilirrubina Indirecta: 0.52 mg/dl, TGO: 38 UI/L, TGP: 22 UI/L, FA: 284 UI/L, PT: 7.2 g/dl, Albúmina: 3.8 g/dl, Globulina: 3.9 g/dl, CEA: 2.19 ng/ml.

Se realizó radiografía de colon a doble contraste, en la que solo se llega a opacificar hasta la proximidad del ángulo esplénico ya que a este nivel se observa gran tumoración polipoidea que impide el pasaje de la sustancia de contraste (Figura 1).



Fig. 1

Se realizó una colonoscopia, observándose a nivel de ángulo esplénico una lesión elevada subpediculada de aproximadamente 7 cms que ocupa casi el 100 % de la luz, recubierta por mucosa con erosiones, el resto del colon fue endoscópicamente normal. Las biopsias fueron informadas como: muestra constituida por tejido necrótico con severo infiltrado inflamatorio crónico y agudo.

Debido a los resultados anteriormente mencionados se decide optar por un manejo quirúrgico, realizándose resección segmentaria de colon, enviándose la lesión a anatomía patológica donde es informada como Lipoma submucoso de colon con áreas de erosión y necrosis grasa en su ápice. (Figura 2)



Fig. 2

DISCUSIÓN:

Los lipomas del tracto gastrointestinal son poco frecuentes; existen diversos estudios en lo referente a la incidencia de estos tumores, así por ejemplo Weinberg en una serie de 60 000 autopsias, encontró que estos tumores solo se encontraban en 0.2 %⁽¹⁾, Mayo reportó una incidencia de 2.6 %⁽²⁾. Rogy ha reportado que los lipomas colónicos constituyeron el 0.3 % de los casos tratados por enfermedad colorectal, durante un lapso de 18 años⁽³⁾.

Usualmente estos tumores son encontrados en personas de edad avanzada, aunque se ha descrito en niños, siendo el rango de edad al momento de la presentación entre los 40 y 80 años, con una edad promedio de 70 años⁽⁴⁾. En lo referente a la distribución por sexo, algunos autores no han encontrado diferencias, en tanto que otros describen una mayor frecuencia en el sexo femenino de hasta 1.5 a 2 veces⁽⁴⁾.

Los lipomas colónicos pueden ser encontrados en cualquier parte del intestino grueso, sin embargo hasta en un 90 % de casos se encuentran localizados en el colon derecho, siendo la localización más frecuente el ciego, seguido por el colon ascendente y el colon sigmoides. Característicamente se presentan como únicos, sin embargo hasta un 10 % pueden ser múltiples⁽⁵⁾.

Un 90 % de los lipomas surgen de la submucosa y en los casos restantes de la subserosa y la intermucosa⁽⁶⁾. Su aspecto macroscópico típicamente es el de lesiones sésiles o pediculadas, de color amarillento, recubiertas usualmente por una mucosa de aspecto normal, y que presenta características endoscópicas típicas como son el signo del cojín o almohadilla, así como el signo de la carpa. La mayoría de estos permanecen asintomáticos, y son descubiertos de manera incidental ya sea a través de resecciones colónicas por otro motivo o por exámenes endoscópicos de screening.

Los lipomas menores de 2 cm, rara vez causan síntomas, en cambio cuando exceden este tamaño tienden a causar sintomatología, la que se observa hasta en un 75 % de casos en lipomas mayores a 4 centímetros⁽⁷⁾. El síntoma más frecuente es dolor abdominal, descrito como de tipo cólico, debido a obstrucción intestinal parcial o intususcepción intermitente, seguido por la alteración del hábito intestinal, y en menor frecuencia sangrado digestivo el cual se produce cuando la mucosa que recubre el lipoma se ulcera debido a algún episodio de intususcepción o cuando por el mismo tamaño del tumor submucoso se compromete la irrigación de la mucosa; excepcionalmente se ha descrito la presentación como masa palpable⁽⁸⁻¹¹⁾.

El diagnóstico preoperatorio de estos tumores es importante, pues muchas veces tienden a ser confundidos con neoplasias malignas del colon⁽¹²⁾, dado que ambas entidades se presentan en similares grupos de edad y con sintomatología parecida; habiéndose reportado una agudeza diagnóstica preoperatoria de 62 %⁽⁶⁾.

Dentro de las modalidades diagnósticas además de la endoscopia tenemos los estudios de imágenes, siendo uno de los más utilizados la radiografía de colon con contraste de

bario en donde se visualizan como una lesión por defecto de relleno, de aspecto ovoideo, y bordes bien definidos, la cual puede presentar deformación con los movimientos peristálticos o con la compresión extrínseca, signos considerados casi patognomónicos, en los casos en que es sintomática como en el caso de sangrado puede mostrar ulceraciones en su superficie observándose esta de aspecto irregular en la radiografía.

La tomografía axial computarizada abdominal también es empleada en el diagnóstico, visualizándose como una imagen intraluminal, de aspecto hipodenso, y que poseen valores densitométricos de grasa⁽¹³⁾. Usualmente la tomografía abdominal es útil para visualizar solo los lipomas grandes, ya que aquellos que son pequeños usualmente no son detectados debido a presencia de artefactos o efectos de volumen parcial.

El tratamiento de elección en la mayoría de los casos de lipomas grandes es la resección quirúrgica, especialmente en los casos en los que no se puede descartar malignidad, siendo los procedimientos de elección la resección segmentaria de colon o la colotomía con escisión del tumor, las cuales pueden ser realizadas mediante cirugía abierta o laparoscópica⁽¹⁴⁾.

La resección endoscópica es una posibilidad de manejo, pudiendo esta realizarse en el caso de lipomas menores de 2 cms; sin embargo en los lipomas de más de 2 cms el uso de la resección endoscópica es controversial, habiéndose descrito una alta tasa de complicaciones asociadas a este procedimiento⁽¹⁵⁾. Pfeil en una serie de pacientes con lipomas colónicos grandes que fueron sometidos a resección endoscópica, observó una tasa de perforación de 42.8 %, el desarrollo de esta complicación estuvo relacionado con el ancho de la base y el volumen del lipoma, así como el compromiso de la muscularis propia⁽¹⁶⁾. Recientemente Kim y colaboradores han descrito una técnica para la resección endoscópica de los lipomas grandes mediante la inyección de salino en la base del tumor o de adrenalina 1:10000, en volumen de 5 a 10 ml y posterior polipectomía, habiendo probado esta técnica en 4 pacientes y no observando complicaciones en ninguno de ellos. Es de importancia señalar que todos estos pacientes habían sido previamente evaluados con ultrasonografía endoscópica, encontrándose en todos los casos el tumor superficial a la muscularis propia⁽¹⁷⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. WEINBERG T, FELDMAN M. Lipomas of the gastrointestinal tract. *Am J Clin Pathol* 1955;25:272-281
2. MAYO CW, PAGTALUNAN GJ, BROWN DJ. Lipoma of the alimentary tract. *Surgery* 1962; 53: 598-603
3. ROGY MA, MIRZA D, BERLAKOVICH G et al. Sub mucosal large-bowel lipomas presentation and management. An 18 year study. *Eur J Surg* 1991; 157:51-55
4. PAREJA E, GARCÍA-GRANERO E, ZARAGOZA E et al. Lipomas submucosos de colon. *Rev Esp Enferm Dig* 2002; 94: 370-372
5. ZHANG H, CONG JC, CHEN CS et al. Sub mucous colon lipoma: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2005;11:3167-3169
6. BARDAJI M, ROSET F, CAMPS R et al. Symptomatic colonic lipoma: differential diagnosis of large bowel tumors. *Int J Colorect Dis* 1998;13:1-2
7. ANDREU J, PAMOS S, CANELLES P et al. Lipoma Colónico gigante como causa infrecuente de rectorragia. *Rev Sdad Valenciana Patol Dig* 1999;18: 162-164
8. HOZO I, PERKOVIC D, GRANDIC L et al. Colonic lipoma intussusception: a case report. *Med Arh* 2004; 58: 382-3
9. CATERINO S, TIZIANO G, MERCANTINI P et al. Rectorraghia caused by lipoma of the hepatic flexure of the colon. A case report and review of literature. *G Chir* 2002; 23: 205-8
10. BASKARAN V, PATNAIK PK, SETH AK et al. Intestinal lipoma: a rare cause of lower gastrointestinal hemorrhage. *Trop Gastroenterol* 2003;24:208-210
11. FRANK-LAW JM, BEGIN LR, VASILEVSKY CA et al. The dramatic presentation of colonic lipomata: report of two cases and review of the literature. *Am Surg* 2001;67:491-4
12. MEGHOO C, COOK P, MCDONOUGH C et al. Large colonic lipoma with mucosal ulceration mimicking carcinoma. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 468-470
13. LIESSI G, PAVANELLO M, CESARI S et al. Large lipomas of the colon: CT and MR findings in three symptomatic cases. *Abdom Imaging* 1996;21:150-152
14. PETERS MB, OBERMEYER RJ, OJEDA HF et al. Laparoscopic management of colonic lipomas: a case reporte and review of the literature. *JLS* 2005;9: 342-4
15. ROGERS S, LEE M, AHSLEY S. Giant colonic lipoma as lead point for intermittent colo-colonic intussusception. *Surgery* 2002; 121: 687-8
16. PFEIL SA, WEAVER MG, ABDUL-KARIM FW et al. Colonic lipomas: outcome of endoscopic removal. *Gastrointest Endosc* 1990; 36: 435-438
17. KIM C, BANDRES D, TIO L et al. Endoscopic removal of large colonic lipomas. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 929-931