

LIPOMA COLÓNICO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Presentación de caso clínico

Colonic lipoma causing intestinal obstruction, a case report

Oscar Alberto Castejón Cruz ¹Maslova Luxely Toledo ²Lesly Liseth Cerrato

RESUMEN

Los lipomas están dentro del grupo de las neoplasias benignas no epiteliales de baja frecuencia y es la segunda neoplasia más frecuente de colon, son tumores bien diferenciados originándose de tejido conectivo intestinal, con incidencia del 0.035% a 4.4%, presentándose entre los 50 y 70 años de edad, predomina en raza blanca, 50-70% están confinados al colon ascendente, el 90% son de localización en tejido submucoso y el resto subseroso, normalmente cursan de forma asintomática y presentan manifestaciones clínicas cuando tienen un tamaño mayor a 2 cm, interfiriendo con el funcionamiento mecánico normal del colon. **Objetivo:** Describir un caso de obstrucción intestinal secundario a un lipoma colónico y su discusión.

Caso Clínico: Paciente masculino de 65 años de edad, acudió al Servicio de Emergencia del Hospital Escuela por: dolor abdominal de 4 días de evolución, continuo, tipo cólico, exacerbándose con la defecación, así mismo episodios diarreicos de 10 días de evolución líquida con estrías sanguinolentas

aproximadamente de 10 a 12 evacuaciones por día, además presentó historia de vómito de 3 a 4 días de evolución de tipo bilioso. A la exploración física presentó distensión e hipertimpanismo abdominal, dolor a la palpación, reportándose radiológicamente asas intestinales dilatadas con movimientos peristálticos hacia la cavidad abdomino pélvica. Se realiza hemicolectomía derecha enviándose al servicio de Anatomía Patológica un segmento de colon de 20 cm de largo por 6 de ancho, seroso, café grisáceo con prominente vascularización, más tumoración pediculada de 6x4 cm, con superficie externa grisácea cubierta parcialmente por fibrina, estableciendo el diagnóstico histopatológico de Lipoma Submucoso Pediculado y Ulcerado. Estos tumores usualmente son asintomáticos y representan un hallazgo dentro de la evaluación por alguna otra patología, el diagnóstico preoperatorio es importante, pues muchas veces tienden a ser confundidos con neoplasias malignas del colon cuando el lipoma se encuentra ulcerado, dado que ambas se presentan en similares grupos etarios y sintomatología parecida.

Palabras Clave: Lipoma, obstrucción intestinal, maniobra de Cattel-Brash

ABSTRACT

Lipomas are included within the group of non-epithelial benign neoplasms and they are the

¹Estudiante de VI año de la Carrera de Medicina, FCM_UNAH.

²Dra. En Medicina y Cirugía, especialista en Anatomía Patológica, Docente Titular de la FCM/UNAH y Adscrita al servicio de Anatomía Patología del Hospital Escuela.

³Dra. En Medicina y Cirugía, especialista en Anatomía Patológica.

second most frequent neoplasia in the colon. These are well differentiated tumors that originate in the intestinal connective tissue, with an incidence of 0.035 - 4.4%, they occur with greater frequency in the 50 and 70 age group, and are more common in Caucasians; 50 -70% are confined to the ascending colon, 90 % are located in submucosal tissue and the rest are subserosal or intramucosal in origin, usually all are asymptomatic. They present clinical manifestations when they reach a size of 2 cm, when they start interfering with the normal colon function. **Objective:** to describe and discuss a case of intestinal obstruction secondary to a colon lipoma. **Clinical case:** the patient is a 65 year old male, seen at the Emergency Service of the University School Hospital. The symptoms were: abdominal continuous colic type pain of 4 days duration, which increased with defecation, also diarrheal episodes of 10 days duration with the following characteristics: liquid, blood stained, 10-12 evacuations per day; the patient also presented history of bile vomiting episodes of 3-4 days duration. In the physical examination the patient presented abdominal distention and hyper tympanic sounds, pain upon palpation, x-rays showed dilated intestinal loops, with peristaltic movements on the pelvic abdominal cavity. A right side hemicolectomy was performed and a 20 x 6 cm segment was sent to the anatomic pathology service. The characteristics of the sample were: serous, grayish brown with prominent vascular irrigation and a 6x4 cm pediculated tumor. The histopathology report showed a submucous pediculated and ulcerated lipoma. These tumors are usually asymptomatic and are frequently diagnosed as a result of a medical evaluation for some other pathology. This makes a pre operative diagnosis important,

since it is frequent that these tumors be confused with a malignant colonic tumor when the lipoma is ulcerated, since both occur in similar age groups and present alike symptoms.

Key words: Lipoma, intestinal obstruction, Cattel-Brash maneuver.

INTRODUCCIÓN

Los lipomas son neoplasias benignas intramurales mesenquimatosas que se desarrollan a partir de células adiposas maduras. Estas lesiones son las segundas neoplasias de colon, siendo las primeras los pólipos edematosos; sin embargo los lipomas son raros con una incidencia del 0.035% a 4.4%⁽¹⁾. La edad más frecuente de presentación se encuentran entre los 50 a 70 años de edad, con localización típica característica en la capa submucosa y con menor frecuencia en la subserosa, siendo de tipo pediculado o sésil son observados en todo el colon, duodeno y yeyuno. Se localizan en colon derecho especialmente a inmediaciones de la válvula ileocecal, casi siempre son asintomáticos, pero al aumentar de tamaño se asocian a dolor abdominal, cambios en el hábito intestinal y obstrucción; la compresión tumoral en su crecimiento y la tracción de las ondas peristálticas pueden llegar a ulcerar la mucosa provocando hemorragias, torcerse e incluso infartarse⁽²⁾. Como son lesiones benignas pueden recurrir de forma lenta en menos del 5% después de la extirpación, los cambios malignos son menos frecuentes⁽³⁾. Esta patología presenta un problema al diagnóstico sobre todo en el diagnóstico diferencial con las neoplasias malignas. Los estudios de imágenes son de ayuda para el diagnóstico, en estos se pueden evidenciar las lesiones polipoides y su base de

implantación en colon. Existen criterios de elección para establecer la cirugía por laparotomía o laparoscopia⁽⁴⁾:

- a) Lipoma con diámetro mayor a 4 cm.
- b) Diagnóstico preoperatorio incierto.
- c) Lipoma con aparición de invaginación intestinal.
- d) Compromiso de la capa muscular

Se presenta un caso de lipoma submucoso pediculado en colon ascendente cuyo diagnóstico fue por anatomía patológica, como causa primaria de una obstrucción intestinal su sintomatología fue dolor abdominal de tipo cólico, vómitos biliosos y diarrea^(2,5). El objetivo de este artículo es describir un caso de obstrucción intestinal secundario a un lipoma colónico respecto a esta entidad patológica con baja incidencia hace que sean pocos los pacientes atendidos por lo que su hallazgo despierta interés científico.

Caso Clínico

Paciente masculino de 65 años de edad, procedente del Distrito Central de Tegucigalpa, cuya actividad laboral es la agricultura. Analfabeta, católico, estado civil unión libre, acudió a Emergencia de Cirugía del Hospital Escuela por presentar: Cuadro de dolor abdominal de aproximadamente 9 días de evolución, tipo cólico, localizado en mesogastrio, flanco y fosa ilíaca izquierda, ocasionalmente irradiándose a fosa iliaca derecha, continuo, atenuándose espontáneamente y exacerbándose con el acto defecatorio. Refiere diarrea de 12 días de evolución, tipo líquido, con estrías sanguinolentas, aproximadamente 8 a 10 evacuaciones por día, manifestó hiporexia, pérdida de peso en los últimos 3 meses (ignora cuánto peso ha perdido) y distensión abdominal.

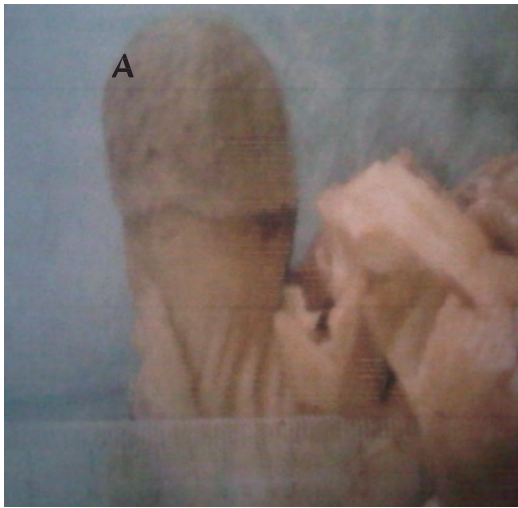
Usó antiespasmódicos y ranitidina. El paciente manifestó que no sentía mejoría por lo que visitó a un médico particular quien lo remitió al centro asistencial por probable enfermedad diverticular. Niega antecedentes personales patológicos de diabetes Mellitus, hipertensión arterial, asma, alergias a drogas y alimentos. A la exploración física se observa en posición antalgica, con fascies de enfermedad aguda, signos vitales con presión arterial de 130/80mmHg, frecuencia cardiaca de 69 por minuto, frecuencia respiratoria de 22 por minuto. Abdomen simétrico con distensión abdominal, descamación de piel, con dolor a la palpación superficial y profunda en todos los cuadrantes, presenta hipertimpanismo en cavidad abdominal.

Se le realizó ultrasonografía abdominal un día antes de su ingreso al centro hospitalario reportando: órganos intra abdominales superiores normales, páncreas sin poder valorarse por abundante gas, se observan asas dilatadas con movimientos peristálticos hacia cavidad abdomino-pélvica sin poder observarse que haya líquido libre en cavidad en ese momento. Tres días después de su ingreso hospitalario se le realizó Laparotomía exploratoria más Hemicolectomía derecha con anastomosis termino-terminal (T-T) y maniobra de Cattell-Brash. Encontrando: invaginación de colon ascendente hacia el colon transverso, masa palpable pediculada de 3 a 4 cm de diámetro intraluminal en el tercio medio del colon ascendente, líquido inflamatorio moderado, asas intestinales distendidas y 1500 centímetros cúbicos de líquido intestinal aspirado por sonda naso gástrica, enviándose al servicio de Anatomía Patológica para su estudio. **Macroscópicamente:** Segmento del colon

ascendente y parte de colon transverso que en total miden 20 cm de largo por 6 cm de ancho, serosa café grisácea con prominente vascularización, pared de 2 cm de espesor, mucosa café clara con pliegues edematosos. A 9 cm del borde proximal se observa tumoración

pediculada de 6x4 cm de superficie externa, grisácea, cubierta parcialmente de fibrina, al corte se evidencia coloración amarillenta de textura blanda, el tallo se observa ligeramente torcido con áreas violáceas (Fig. N°1).

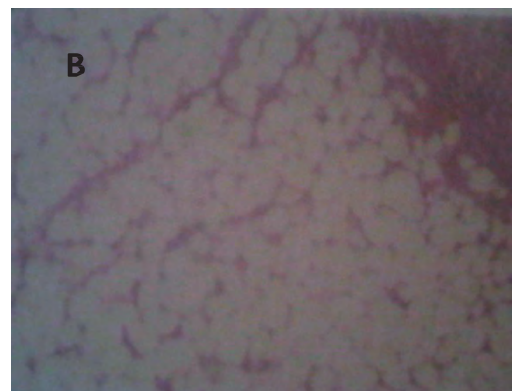
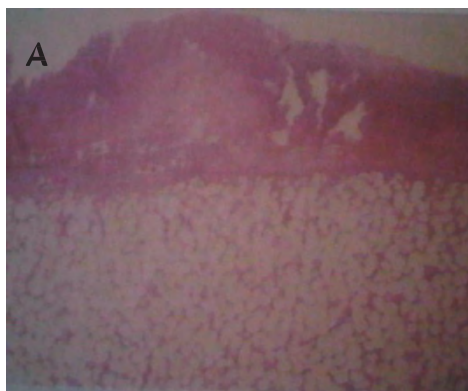
Figuras N° 1 Macroscópico



- A.** Segmento de colon de 20 cm de largo x 6 cm de ancho, serosa café grisáceo con prominente vascularización, pared de 2 cm de espesor, mucosa color café claro con pliegues edematosos, a 9 cm del borde proximal se observa tumoración pediculada de 6x4 cm de superficie externa, grisácea y cubierta de fibrina.
- B.** Al corte: coloración amarillenta, blanda, friable y el tallo se observa ligeramente torcido con aéreas violáceas.

Microscópico: Masas mucosas bien circunscritas de tejido adiposo maduro con finos tabiques fibrosos que contienen pocos vasos sanguíneos, la cual está cubierta por mucosa erosionada y presencia de macrófagos espumosos (Fig.2).

Figuras N° 2 Microscópico



- A.** Microscópico. Corte histológico mostrando Lipoma colónico: Tejido adiposo maduro con finos tabiques fibrosos que contienen pocos vasos sanguíneos, el cual está cubierta por mucosa erosionada (Magnificación 60x y Coloración H&E).
- B.** Tabiques fibrosos entre tejido adiposo bien diferenciados (magnificación 40x)

En el séptimo día intrahospitalario el paciente refiere haber presentado evacuaciones diarreicas de color verde, se evalúa físicamente encontrándose: **Tensión** arterial 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 84 por minuto, frecuencia respiratoria de 17 por minuto. Tacto rectal: Esfínter tónico, ampolla rectal llena, de bordes lisos y regulares, heces de color café-blandas, no se evidencia presencia de melena, el resto del examen físico dentro de límites normales. Se realiza interconsulta con el servicio de Medicina Interna por hipertensión arterial en Estadio 1 **no** cuantificable y se recomienda iniciar tratamiento con Hidroclorotiazida 12,5 mg vía oral por día(vo/d). El diagnóstico de esta patología colónica se hizo por Anatomía Patológica, identificándose como un Lipoma Submucoso pediculado y ulcerado. Se decide dar el egreso hospitalario por buen estado general y sin ninguna complicación postoperatoria; manejado con Ciprofloxacina 500 mg vía oral cada 12 horas por 14 días, Clindamicina 300 mg vo cada 8 horas, cita en consulta externa de Otorrinolaringología en **un mes** para seguimiento del caso. Actualmente el paciente está en tratamiento para control de su hipertensión arterial, en buen estado general sin evidencia alguna de patología obstructiva.

DISCUSION

Esta patología fue descrita por Bauer et al en 1757, como patología benigna poco frecuente dentro de las neoplasias benignas del sistema gastrointestinal en personas entre la sexta y

séptima décadas de la vida. El 50% de los lipomas de todo el tracto digestivo se localizan en colon, se pueden encontrar en cualquier otra área anatómica del intestino pero el 90% de los casos se localizan en el lado derecho del mismo, siendo más frecuente en la región cecal, seguido del colon ascendente y colon sigmoides^(3,6).

Característicamente se presentan **como** únicos, de diversos tamaños y pueden adoptar una forma sésil o pediculada, sin embargo el 10% de los casos los podemos encontrar de forma múltiple. Por tanto la edad como la del caso (65 años), localización y características de la neoplasia están dentro de los criterios establecidos. *Pemberton y McCormick* encontraron 50 lipomas en colon ascendente, 15 en colon transverso y 17 en colon izquierdo y recto,⁽⁷⁾ relacionándose con este caso, ya que en otras investigaciones aparece que la localización más frecuente es en el lado derecho del colon. Un 90% de las presentaciones de los lipomas surgen de la submucosa y en ocasiones restantes en la subserosa y la intermucosa, su aspecto macroscópico típicamente es una lesión sésil o pediculada, de color amarillo, recubierta por una mucosa de aspecto normal como la del caso descrito. Estas lesiones cuando son menores de 2 cm raramente causan síntomas, en cambio cuando exceden este tamaño tienden a causar sintomatología, observándose hasta un 75% de los casos de lipomas de más de 4 cm de diámetro, ocasionando diarrea, constipación, dolor abdominal, hemorragia rectal, masa palpable, obstrucción intestinal, impactación fecal, invaginación e incluso

informes de prolapso de los lipomas a través del conducto anal.^(4,8-10)

El diagnóstico clínico puede ser difícil, aunque pueden ser de gran utilidad estudios de imágenes como: Tomografía Axial Computarizada, ultrasonografía y colon por enema entre otros. El caso actual se presenta como una impresión diagnóstica de apendicitis complicada y el diagnóstico postoperatorio fue cáncer de colon. Uno de los métodos de imágenes más útiles en estos casos son las radiografías abdominales, donde se puede visualizar una lesión ovoide en colon con bordes bien definidos, también pueden presentar alteraciones de los movimientos peristálticos, signos considerados patognómicos de la enfermedad.⁽⁵⁾ El tratamiento de elección en la mayoría de lipomas de gran tamaño es resección quirúrgica, siendo el procedimiento de elección la resección segmentaria, la cual puede ser mediante cirugía laparoscópica.

La maniobra utilizada para la resección del segmento de colon fue la Maniobra de Cattel-Brash, la cual es una movilización y giro superior a la izquierda de colon derecho en la raíz del mesenterio del intestino delgado, duodeno, cabeza de páncreas para exponer las estructuras vasculares retroperitoneales. Al paciente se le realizó Laparotomía exploratoria y Hemicolecotomía dado que la lesión presentaba criterios de elección para este tratamiento. En caso de Lipomas menores de 2 cm el tratamiento es la resección por medio de cirugía endoscópica pero, es controversial por las complicaciones asociadas a este tipo de procedimientos. Pfeil *etal* en una serie de pacientes con lipomas de gran tamaño que fueron sometidos a la resección vía endoscópica, observó una tasa

de perforación de un 42,8%, esta complicación estuvo relacionada con el ancho y volumen del lipoma, también con compromiso de la muscularis propia. En definitiva los síntomas secundarios a lipomas en colon son poco frecuentes, son detectados por estudios de imágenes, exámenes de laboratorio y el diagnóstico definitivo se realiza por histopatología^(5,11).

Agradecimientos

A la Asociación Científica de Estudiante de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, al Departamento de Registros Médicos del Hospital Escuela y al paciente del caso descrito por su valiosa colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montes Trevez P, Salazar Ventura S, Ramos Barrientos M. Lipoma Colónico Gigante causa de hemorragia digestiva baja: reporte de un caso. Rev. gastroenterol. Perú. 2007;27(3):307-309.
2. Carrales Porras A, Zuñiga Vargas A. Lipoma del tracto gastrointestinal (Reporte de un caso y revisión de literatura). Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2008; LXV(586):383- 385.
3. Scoggin S, Frazee R. Laparoscopically assisted resection of a colonic lipoma. J Laparoendosc Surg. 1992;2:185-189.
4. Ciraldo A, Thomas D, Schmidt S. Gastric Lipoma presenting as gastrointestinal bleeding: A case report. The internet Journal of Oncology. [en Internet] 2000 [Consultado el 20 de mayo del 2012];4(1). Disponible en:

- <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-oncology/volume-1-number-1/gastric-lipoma-presenting-as-gastrointestinal-bleeding-a-case-report-5.html#sthash.CxuOBOKG.dpuf>
5. Andreu J, Pamos S Canelles P, et al. Lipoma Colónico gigante causa de infrecuente de rectorragia. Rev. Sdad Valenciana Patol Dig. 1999;18:162-164
 6. Hernández Magro P, Patiño López G, Iriarte Gallego G, Tinajero Ramírez L, Báez García J, Villanueva Sanenz E. Lipoma Obstructivo de Colon. Presentación de un caso y Revisión de la Literatura. Cir Ciruj. 2008;76:435-438.
 7. JiménezEscovar F, García Alonso M, Callazo E, Cedan Miguel J. Prolapso anal de un lipoma de colon sigmoides. Rev. Esp. Enferm Dig. [revista en Internet]. 2005 [Consultado 28 de abril 2012]; 97(11): 839-840. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082005001100010&lng=es.
 8. Menéndez P, Cubo T, Padilla D, Villarejo P, Gambí D, Alonso A. et al . Hemorragia digestiva secundaria a lipoma duodenal. Rev. esp. enferm. dig. [revista en Internet]. 2008 Jul [Consultado 28 de abril 2012] ; 100(7): 445-446. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008000700016&lng=es.
 9. Tronet G, Setton J, García M, Russi M. Lipoma de colon, a propósito de 2 casos. Rev. Chilena de Cirugía. 2003;55(3):274-276.
 10. Medina Garrido Y, Hernández Cubas M, Pino Torres C, Socias, M. Lipoma en Ciego. Rev. Cub Med Mil. 2007;36(1).
 11. Michel Butte, J. Iñiguez Ortega, C. Martínez, J. Zúñiga, A. Pinedo, G. Intususcepción de colon por lipoma. Reporte de 2 casos. Rev. Chil Cir Vo. 2006;58(2):151-154.