

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. P. Larghero Ybarz

## LIPOMA DE COLON. INVAGINACION INTESTINAL (\*)

Dr. Luis M. Bosch del Marco

El lipoma de colon es una afección poco frecuente, pero de señalado significado quirúrgico, ya que determina problemas de interés diagnóstico y complicaciones mecánicas de tipo agudo; tal es la situación observada en:

J. M., Nº 16.312. 40 años, que el 30 de setiembre de 1958, ingresa al servicio del Prof. Larghero Ibarz, enviado por el doctor José María Ferrari; residente en Guichón (Paysandú), por un síndrome suboclusivo provocado por una tumoración palpable de colon descendente, de naturaleza no aclarada.

La sintomatología clínica data de un mes, con diarreas atribuidas en un primer momento a mediación antibiótica, instituida por una otitis supurada. Evoluciona luego con trastornos del tránsito, caracterizados por crisis suboclusivas e intermitentes. El examen clínico evidencia: intensa repercusión general, anemia notoria, distensión abdominal con reptación y una masa palpable en fosa ilíaca izquierda, fija al plano posterior de un diámetro de 6 cms.

Radiológicamente (enema baritado), se aprecia una imagen de estenosis en parte inferior de colon descendente, con falta de relleno y detención de la columna. (Dr. Praderi, Hospital Pasteur, Nº 9.560, 29/IX/58). Figuras 1 y 2.

Se diagnostica neoplasma de colon sigmoideo en la etapa obstructiva y se realiza el 30/IX/58, una colostomía transversa derecha y a continuación el 25/XI/58, colectomía izquierda amplia. La comprobación operatoria de esa oportunidad, fue la de una invaginación colocolónica izquierda, estando la cabeza del "boudin", implantada en región sigmoidea y señalada por una masa tumoral determinante de la complicación. La desinvaginación a ese nivel, resulta casi impracticable. El sector intestinal desinvaginado, de gran extensión, acusa un señalado proceso alterativo parietal, lo que obliga a reseca en su totalidad el colon izquierdo, con descenso

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la Media Hora Previa el día 11 de mayo de 1960.

del ángulo del mismo lado, terminándose la operación por restablecimiento de la continuidad intestinal, término terminalmente en el fondo de la pelvis. La operación se practicó con criterio cancerológico, en el sentido de su amplitud, pues en todo momento se pensó estar frente a un cáncer complicado. La evolución fue sin incidentes, procediéndose el 7/I/59 al cierre de su colostomía, con esfinterostomía posterior. Alta a la semana en excelentes condiciones.

**Anatomía patológica:** Laboratorio de Patología Quirúrgica del profesor Pedro Larghero Ibarz, Nº 29.058. El examen de la pieza revela la



Fig. 1

existencia de un tumor con todos los caracteres de un lipoma. El mismo se ha desarrollado por fuera de la capa muscular del órgano. La mucosa colónica se presenta parcialmente ulcerada a nivel del sitio en que se encuentra levantada y aplastada por el tumor subyacente. En otro fragmento analizado, se informa que no se reconoce lesión de carácter tumoral; observándose una sigmoiditis ulcerada inespecífica, con hipersecreción de las glándulas e intenso edema: Jorge Pradines. Figuras 3 y 4.

### COMENTARIO

El lipoma con asiento en el colon se considera una rara afección; pero no obstante analizando los casos publicados al respecto, se puede apreciar su relativa frecuencia.

Bauer (1957), describe este tumor por primera vez en el tracto digestivo, <sup>(1)</sup>. Pack y Booher, señalan en 1947, 153 casos de lipoma en el colon. Mayo y Griess en 1949, agregan 69 casos. Long y Dockerty, <sup>(2)</sup>, mencionan 33 lipomas colónicos en 125.000 exploraciones abdominales, de las cuales en 23 veces el tumor constituyó el hecho patológico principal; siéndolo en 10 ocasiones, un hallazgo incidental.

Staemmler, puntualiza una incidencia de 0,05% y Henderson, <sup>(3)</sup>, destaca en lo que a localización colónica se refiere, que



Fig. 2

la mitad asientan en ciego y colon ascendente. Conviene llamar la atención, como lo hacen Cabaud y Harris, <sup>(4)</sup>, que muchas de las observaciones referidas a la válvula ileo cecal, son más que lipomas, verdaderas infiltraciones grasosas difusas de la válvula.

Dos tipos anatómicos tumorales importa reconocer: el submucoso, (90%), y el subseroso, (10%); los primeros se originan en los apéndices epiploicos y alcanzan gran desarrollo sin dar síntomas; son quizás los de menor interés clínico. Únicos en general, pueden no obstante apreciarse en mayor número.

Los subserosos adoptan a su vez dos disposiciones: sesiles, (como el que motiva nuestra presentación), o pediculados. Se admite que estos son la consecuencia de los movimientos peristálticos intestinales.

Macroscópica e histológicamente ofrecen los caracteres comunes al lipoma, siendo de interés destacar la alteración frecuen-

te de la mucosa de recubrimiento. Ella es atrófica con congestión y focos inflamatorios; erosiones y aún ulceraciones en el domo del tumor. La hemorragia acompaña a estos procesos y puede así constituir un signo temprano del mal. El tamaño es variable de uno a treinta centímetros de diámetro. La malignización no se señala en las publicaciones al respecto. Su distribución por sexos es equivalente y la mayor frecuencia se ve en las edades media y avanzada.

En un alto porcentaje no dan manifestaciones clínicas y se les sorprende en exploraciones quirúrgicas o en reconocimientos autópsicos. Otras veces aquellas son de poca evidencia, cursando



en varios años, hasta que un episodio agudo de tipo obstructivo, obliga a precisar la causa.

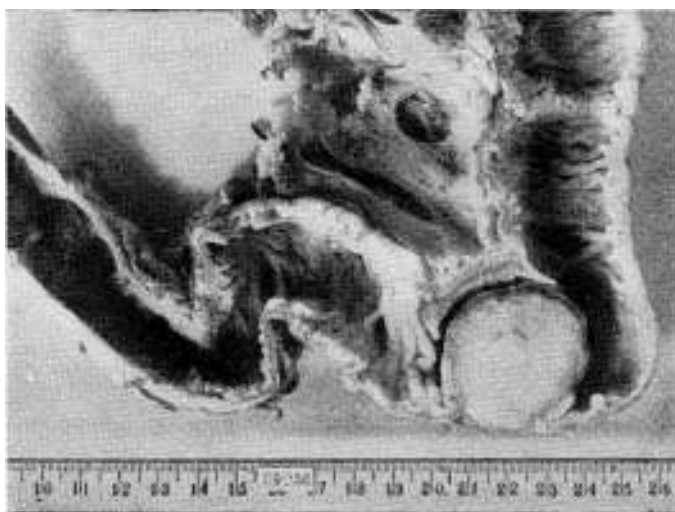
Destácanse como signos y síntomas más comunes: la perturbación del tránsito intestinal. Dolores intermitentes, anemia, hemorragia, tumefacción palpable y aún la eliminación por la vía natural, (5). El dolor y la obstrucción por crisis es casi de rigor en los casos de invaginación intestinal, (6), en general, el curso evolutivo es prolongado por meses y años, (7); y desde luego mucho mayor que la de los tumores malignos. En resumen, no hay signos específicos del lipoma del colon (8). El diagnóstico

primario es raramente verificado y las sospechas recaen siempre en el carcinoma tan frecuente a ese nivel.

En plena crisis obstructiva y según la evolución, será posible a veces, establecer el diagnóstico de invaginación intestinal y por tal camino pensar en la afección que nos ocupa.

**Radiológicamente:** no infiltran la pared como lo hacen los tumores malignos. La falta de relleno es definidamente clara y situada centralmente. La traslucidez es manifiesta, presentándose así la lesión con una imagen de mayor nitidez.

**Tratamiento:** será quirúrgico; excisión con ligadura en la



base cuando es pediculado, o resección y sutura cuando es adherente. Si la naturaleza del tumor es imposible o difícil de determinar en el acto operatorio, hecho habitual, la colectomía segmentaria es comúnmente realizada. En los casos de obstrucción intestinal, ella será precedida en forma imperativa, de una colostomía de derivación en el sitio electivo y si aquella es determinada a su vez por una invaginación intestinal a punto de partida del tumor, como en la observación que presentamos, los límites de la exéresis estarán sujetos a la extensión del intestino comprometido.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1) RYRBERG, C. H., Lipoma of the colon. Acta Chir. Scandinav., Fasc. 1-Vol III, 45,1956.
- 2) LONG, G. C., M. D. Dockerty and J. M. Waugh: Lipoma of colon. Surg. Clin. North Amer., 29:1233,1949.
- 3) WOLF, B. S., M. Melamed and M. T. Khilnani: Lipoma of the colon. J. Mt. Sinai Hosp., 21:80,1954.
- 4) CABAUD, Philip. G., M. D., Lois Harris, M. D.: Lipomatosis de la válvula ileo cecal. Anales de Cirugía. Vol. 6. Nº 11:1101,1959.
- 5) MANHEIN, S. D. and H. Peskin: Spontaneous elimination of lipoma from sigmoid Flexure. J. A. M. A., 118:1214,1942.
- 6) PCK, G. T., and Booher, R. J., Intussuscepting submucous lipoma of right colon. S. Clin. North. America, 27:361,1947.
- 7) MAYO, C. W., and Greiss, D. F., Submucous Lipoma of the colon. Surg. Gyn. and Obst. 88:309,1949.
- 8) GINZBURG LEON. M. D., Michael Weingarten, M. D., Murry G. Fischer, M. D.: Submucous lipoma of the colon. Anales de Cirugía, 4, 5:733,1958.