

Lipoma gástrico submucoso

Dres. OSCAR BALBOA, HUMBERTO VIOLA-NUÑEZ,
WASHINGTON LIARD y MARTHA CHIOSSONI *

El interés del tema deriva de su escasa incidencia y en base a ello traemos esta observación de lipoma gástrico submucoso estudiado por nosotros en la Clínica Quirúrgica "A".

HISTORIA CLINICA

A. D. I., 52 años, sexo masculino, procedente del Interior de la República.

Su *enfermedad actual* comienza diez días antes del ingreso cuando, en aparente buen estado de salud, nota malestar epigástrico, sensación de debilidad y posteriormente una deposición con los caracteres de melena. Estos síntomas se reiteran apareciendo en los últimos días elementos de descompensación hemodinámica manifestada por mareos y palidez; no relata hematemesis ni vómitos.

En sus *antecedentes*: niega dispepsia ulcerosa; alcoholismo moderado; hienorragia en su juventud; apendicectomía hace diez años y discreta disnea de esfuerzo en los últimos tiempos.

Al *examen* se comprueba palidez cutaneomucosa intensa; hepatomegalia dura, lisa y regular de 5 cm. del reborde costal; no se palpa bazo.

Los *estudios de laboratorio* confirman la anemia: hematócrito 17 %; proteinemia total de 6 gr.; funcional hepático dentro de límites normales, llamando la atención un índice de protrombina bajo: 35 %.

El E.C.G. no revela trastornos y en el quimismo gástrico se comprueba una hiperclorhidria (clorhidria de concentración 3,45 gr.%, clorhidria de gasto 839 mgr.).

La *radiología* (fig. 1) muestra en el antro gástrico la existencia de una imagen lacunar, limitada por bordes netos sin alteraciones de la mucosa vecina, en el centro de la cual hay un depósito del medio de contraste que persiste en los diferentes enfoques.

Se hace el diagnóstico de tumor gástrico benigno, indicándose la intervención quirúrgica.

En el preoperatorio se realizan varias transfusiones normalizándose el hematócrito, régimen y protectores de la mucosa gástrica.

Operación. Prof. Ardao, Dres. Balboa y Viola; anestesia general. Laparotomía mediana supraumbilical; la exploración confirma la existencia de una tumoración redondeada, de 6 cm. de diámetro, de consistencia blanda, móvil, que asienta sobre la cara posterior del estómago, con todas las características de un tumor benigno. Hepatomegalia con hígado de aspecto cirrótico. Se realiza gastrotomía longitudinal sobre cara anterior, apareciendo el tumor que presenta dos pequeñas ulceraciones de la mucosa en su parte culminante, deslizando ésta fácilmente sobre el mismo en el resto de su superficie. Se hace incisión en gajo de naranja sobre la mucosa, incluyendo las ulceraciones y se realiza la exéresis submucosa del lipoma; cierre de la mucosa con sutura continua de catgut y de la gastrotomía en dos planos. Biopsia hepática y cierre de laparotomía.

La evolución postoperatoria cursó sin incidentes.

Anatomía patológica (Dra. M. Chiossoni). Macroscópicamente es una masa ovoide, encapsulada, de 6 × 4 × 3 cm., que en una de sus caras tiene una zona ovalada de 3 cm. de diámetro, con aspecto de mucosa gástrica que presenta dos pequeñas ulceraciones cuyo fondo está recubierto por exudado fibrinoso. Al corte tiene el aspecto de tejido adiposo.

La histología de los cortes de la región gástrica muestra la existencia de una úlcera crónica con abundante material fibrinoso en el estrato más superficial y una marcada reacción granulomatosa por debajo. El tejido granulomatoso se continúa en forma imperceptible con el tejido adiposo maduro que forma el lipoma. A nivel de la úlcera se observa muscularis mucosa amputada.

En suma: lipoma gástrico submucoso ulcerado. El fragmento de hígado puso en evidencia una cirrosis de tipo portal.

COMENTARIO

Se asigna a Cruveilhier (3) el mérito de la primicia de la comprobación necrópsica de un lipoma de estómago, correspondien-

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" (Prof. Héctor Ardao). Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 10 de junio de 1970.

* Adjunto de Clínica Quirúrgica; Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica; Docente Auxiliar de Clínica Quirúrgica; Asistente del Departamento de Anatomía Patológica.



FIG. 1.

do a Fischer (4) el primer hallazgo operatorio en una mujer de 35 años. En 1965, Rooney y Garzanscas (13) encuentran 103 casos en una completa revisión de la literatura mundial. En nuestro medio encontramos una observación publicada en 1952 por Miqueo-Narancio y Medoc (7).

Frecuencia. Rumold (12) establece que los tumores benignos son el 1 % del total de los tumores gástricos y que los lipomas constituyen sólo el 3 % de los benignos. Para Thompson y Oyster (16) representan el 1,1 % de los tumores benignos de estómago, mientras que Nimes y Geschickter elevan esta cifra a 6,1 %, existiendo valores intermedios en estadísticas de otros autores. Palmer (9) comprueba sólo 14 en 47.780 autopsias. Esto es por demás demostrativo de su baja frecuencia.

Edad. La edad a la cual se han diagnosticado es variable, encontrándose casos comprendidos entre 29 y 79 años, con un neto predominio entre la cuarta y quinta década de la vida, como en nuestra observación.

Sexo. No existe preferencia por ninguno de ambos, en los que se manifiesta con similar frecuencia.

Número. En general se trata de localizaciones únicas, siendo excepcionales las múltiples (lipomatosis). En la observación de Peabody y Zinskind (10) se encontraron trece lipomas, uno de los cuales era subseroso y el resto submucoso; en la de Troisier (17) había lipomas submucosos.

Tamaño. Es variable, la mayoría mediano, oscilando entre 3 y 6 cm. de diámetro. El caso de Metieviet alcanzaba los 20 cm.

Topografía. Se han descrito en casi todos los sectores de la pared gástrica, pero existe un evidente predominio por la localización antral (80 %).

Patogenia. La patogénesis de estos tumores no está aclarada. Weinberg (18) señala que las teorías aceptadas clásicamente admiten una predisposición o error congénito en el metabolismo de los lípidos a lo que se agrega la posibilidad de que la irritación mucosa crónica por agentes físicos, químicos o bacterianos, pueda actuar como factor determinante.

Es interesante recordar una entidad patológica, el depósito de grasa en la mucosa gástrica, descrito por Feyrters en 1929, que no ha demostrado tener relación con la existencia de lipomas de la pared del estómago.

o existen comunicaciones de recidiva luego de exéresis, lo que confirma la benignidad de esta afección.

Anatomía patológica. Macroscopia: Los lipomas gástricos se presentan bajo dos formas fundamentales, subserosos y/o submucosos, siendo estos últimos los más frecuentes. Se ubican inmediatamente por debajo de la mucosa, la cual desliza fácilmente sobre el tumor, que es bien encapsulado. Emerge en la luz gástrica bajo forma sesil o pediculada, pudiendo presentar, en la zona culminante, ulceraciones debidas a trastornos de irrigación de la mucosa por distensión; esto explica también las eventuales hemorragias digestivas que motivan la consulta.

Microscopia: Su estructura adiposa no tiene nada de particular. Se han señalado casos en los cuales existen otros tejidos contribuyendo a la arquitectura del tumor: lipomixoma, fibrolipoma, fibromixolipoma.

Scott y Brunshwig (14), finalmente, comunicaron una observación donde el lipoma coexistía con un carcinoma gástrico.

Estudio clínico y paraclínico. El diagnóstico clínico no ha sido realizado en ningún caso, siendo en su totalidad comprobaciones operatorias o hallazgos necrópsicos. Esto es índice de la pobreza de sus síntomas que sólo se manifiestan en forma severa y relativamente frecuente por dos complicaciones, la estenosis gastroduodenal y la hemorragia digestiva.

La obstrucción pilórica, observada según Palmer en el 20 % de los casos, deriva del predominio de la topografía antral para estos tumores que, siendo pediculados, pueden actuar como mecanismo valvular obstructor, franqueando inclusive el píloro y ocluyendo el propio duodeno (13).

Pero más común es la hemorragia digestiva (47 %), vinculada a ulceraciones de la mucosa y que se exterioriza ya sea como hematemesis o melenas. Generalmente no son importantes, pero se reiteran y anemizan al enfermo.

Otros síntomas presentes pueden ser los dolores epigástricos, que en la revisión de Palmer aparecen en el 27 % de los casos, aislados o asociados con dispepsia inespecífica o intrincada (7 %).

Es el estudio radiológico de gastroduodeno lo que proporciona datos más precisos, permitiendo en la mayoría de las situaciones el diagnóstico de "tumor gástrico benigno". Al respecto es fundamental recordar las precisiones que señalaba Moore (8):

- imagen lacunar bien circunscripta;
- localización en las paredes gástricas dejando libres las curvaturas;
- pliegues mucosos vecinos al tumor sin alteraciones, contrariamente a lo que sucede en procesos inflamatorios o malignos;
- ausencia de trastornos peristálticos;
- no se revela imagen de nicho.

El gastroduodeno de nuestro paciente (fig. 1) es muy demostrativo, presentando la particularidad de mostrar una imagen suspendida correspondiente a la ulceración de la mucosa en la parte culminante del tumor.

Aunque raramente son tan grandes como para ser palpados, en varios de los casos revisados, el proceso se tactaba en epigastrio.

El quimismo gástrico no aporta ningún elemento de importancia, no así la gastroscopia o mejor la fibroscopia que por su campo de examen más amplio puede ser un método auxiliar de gran valor.

Consideraciones terapéuticas. Teniendo en cuenta que se trata de una lesión benigna de la cual no hay comunicadas observaciones de transformación maligna o recidiva, se impone una conducta quirúrgica prudente y limitada a la exéresis local del lipoma. En este punto coinciden todos los autores que se han ocupado del tema.

Una gastrotomía de amplitud suficiente confirmará el tipo y topografía del tumor que será extirpado previa incisión y decolamiento submucoso, terminando con una sutura continua de la mucosa.

Es una intervención sencilla y sin mayores riesgos que termina con la afección.

RESUMEN

Se presenta una observación de lipoma gástrico submucoso tratado quirúrgicamente por exéresis localizada.

En base a la misma se realiza una revisión bibliográfica del tema, comprobándose su baja frecuencia y benignidad evolutiva.

Se destacan las dificultades para el diagnóstico por la clínica; éste sólo se puede concretar radiológicamente, planteándose la posible utilidad de la fibroscopia gástrica.

RÉSUMÉ

On y présente un cas de lipome gastrique de la sousmuqueuse, traité chirurgicalement par résection locale.

La revision bibliographique constate qu'il s'agit d'une lesion rare et benigne du point de vue evolutif.

On signale les difficultés du diagnostic clinique; seulement la radiologie fait le diagnostic. L'utilité de la gastroscopie au fibroscopie est signalée.

SUMMARY

A case of submucosal gastric lipoma is presented, treated by means of local resection.

The available bibliography is reviewed: it is a rare and benign condition.

Clinical diagnostic problems are outlined. Diagnosis is possible only by means of roentgenologic studies. The use of gastroscopy with fibroscope is discussed.

BIBLIOGRAFIA

1. BANZET, P., CHAPPELARD, P. et SAINNANES, P. Lipomes de l'estomac. *Ann. Chir.*, 14: 139, 1960.
2. BRETTE, M., PASQUIER, J. et MOUSSALEM, R. Les lipomes de l'estomac. *Lyon Med.*, 12: 653, 1963.
3. CRUVEILHIER, L. Von. Citado por Rumold (12).
4. FISCHER, W. Citado por Rumold (12).
5. GRAFE, W. et al. Benign neoplasms of the stomach. *Am. J. Surg.*, 100: 561, 1960.
6. MARSHALL, S. Gastric tumors other than carcinoma. *Surg. Clin. N. Amer.*, 35: 693, 1955.
7. MIQUEO-NARANCIO, M. y MEDOC, J. Lipoma submucoso gástrico. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 12: 439, 1951.
8. MOORE, A. B. A roentgenologic study of benign tumors of the stomach. *Am. J. Roentg.*, 11: 61, 1924.
9. PALMER, E. Benign intramural tumors of the stomach. *Medicine*, 30: 81, 1951.
10. PEABODY, J. and ZINSKIND, J. Lipomatosis of the stomach. *Ann. Surg.*, 138: 784, 1953.
11. RAMOS, E. et al. Lipoma of the stomach; report of a case and review of the literature. *Am. J. Dig. Dis.*, 3: 232, 1958.
12. RUMOLD, M. J. Submucous lipomas of the stomach. *Surgery*, 10: 242, 1941.
13. ROONEY, J. and GARZANSKAS, A. Submucous lipoma of the stomach. *Am. J. Surg.*, 110: 967, 1965.
14. SCOTT, K. and BRUNNSCHWIG, A. Citado por Rumold (12).
15. STRAJESCU, E. et al. A propos d'un cas de lipome gastrique. *Lyon Chir.*, 63: 264, 1967.
16. THOMPSON, H. L. and OYSTER, J. Neoplasms of the stomach other than carcinoma. *Gastroenterology*, 15: 185, 1950.
17. TROISIER. Citado por Palmer (9).
18. WEINBERG, T. and FELDMAN, M. Lipoma of the gastrointestinal tract. *Am. J. Clin. Path.*, 25: 272, 1955.