

Oclusión mecánica de colon transverso por lipoma submucoso

Dres. GUAYMIRAN RIOS-BRUNO,* NISSO J. GATEÑO-YAFFE**

y Dra. PERLA MAMAN***

Los tumores benignos de colon son muy poco frecuentes, constituyendo un escaso porcentaje entre todos los tumores de colon.

Bouie (5) en 19.103 exámenes proctológicos encontró 455 tumores benignos, de los cuales el 50 % eran asintomáticos. De ellos los más frecuentes son los adenomas (pólipos adenomatosos) y los lipomas (2).

Pack y Booher (13) en 1947, estudiaron 153 lipomas submucosos de colon. Según Bige-

low (3) las cifras de los hallazgos autópsicos de estos tumores, varían con los diferentes autores entre 0.05 y 0.06 %. Comfort (6) encontró 24 casos en 3.100 autopsias.

La primera revisión sobre el tema fue hecha por Stetten en 1909 recopilando hasta ese momento 77 casos (13).

En la Clínica Mayo, desde enero de 1936 a diciembre de 1947 se estudiaron 19 casos, los que unidos a la serie previa de Comfort hacen un total de 43 casos vistos en esa Clínica hasta ese momento (12).

Presentado a la Sociedad de Cirugía en la Reunión del 23/VI/71

Trabajo del Servicio de Emergencia. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo, Uruguay.

Docente Adscripto de Cirugía.

Adjunto de Clínica Quirúrgica.

Docente Adscripta de Anatomía Patológica.

LOCALIZACION

Los lipomas son tumores que se pueden encontrar todo a lo largo del tubo digestivo. Dentro del colon, la localización más frecuente es en el ciego y luego en el ascendente. Los

lipomas de colon transverso —como el que motiva nuestra comunicación— ocupan el tercer lugar en frecuencia (8).

Lipomas de colon

	Según Michaux 181 casos	Según D'Javid 278 casos
Ciego	25 %	31 %
Ascendente	15 %	17 %
Transverso	18 %	16 %
Descendente	15 %	14 %
Sigmoide ..	12 %	15 %
Recto ..	7 %	5 %
No determinada	3 %	2 %

Debray y col.(8) y Kiss y col.(11) hacen notar que el porcentaje de incidencia de los lipomas es mayor cuanto más lejos se va del recto, a la inversa de lo que sucede con los adenomas y neoplasmas.

En cuanto a la localización en las paredes del colon, lo más frecuente es que sean submucosos, quedando por dentro de la muscular mucosa a la que laminan, como en nuestro caso. Los subserosos son muy raros, representando —según Debray (8)— el 5.5 % de dichos tumores.

Los lipomas submucosos, en su inmensa mayoría, se encuentran en el ciego o cerca de la válvula ileocecal. Según Kiss y col.(11) frente a un tumor benigno de ciego hay 5 posibilidades contra 1 de que se trate de un lipoma y no un adenoma.

NUMERO

Generalmente son únicos y excepcionalmente múltiples.(3).

En nuestro caso se trataba de un lipoma único.

SINTOMATOLOGIA

En nuestro caso, la historia clínica era la siguiente: hombre de 58 años de edad que consultó en abril de 1970 por dolores cólicos que aparecían espontáneamente, sin relación con las comidas y sin otra sintomatología agregada salvo discreto adelgazamiento. Los dolores eran de mediana intensidad y desaparecían espontáneamente.

Dado que el paciente era portador de una incisión transversa de hipocondrio derecho a través de la que se le había efectuado una colecistectomía, y teniendo en cuenta que su estado general era excelente, se le medicó con antiespasmódicos indicándosele un estudio radiológico de colon por ingestión ya que pensamos en la posibilidad de un proceso adherencial a nivel del colon derecho.

El estudio radiológico mostró un buen relleno de todo el colon ascendente, ángulo derecho y colon transverso, no pasando la sustancia

de contraste más allá de la porción izquierda del mismo.

Frente a dicho hallazgo, planteamos la posibilidad de que existiera un neoplasma del ángulo izquierdo o vecino al mismo. Solicitamos un estudio radiológico de colon por enema opaco que no llegó a realizarse porque en la tarde el paciente hizo un cuadro de dolores cólicos repetidos, acompañados de vómitos, que obligó a su internación de urgencia.

El examen clínico mostró que se trataba de una oclusión mecánica de colon, por lo que se decidió la intervención quirúrgica.

Intervención: 6/V/70. Anestesia general. Laparotomía mediana supraumbilical. La exploración mostró una importante dilatación del colon transverso y ascendente. El intestino delgado estaba normal. A nivel de la porción izquierda del colon transverso, se palpaba una tumoración que llenaba completamente la luz del colon, encontrándose la porción distal de éste normal.

Se abrió el colon comprobándose que la tumoración ocupaba totalmente la luz colónica y era la responsable de la oclusión en esa cerrada que presentaba el paciente.

La tumoración se encontraba formando cuerpo con la pared colónica, elevando y distendiendo la mucosa sin infiltrarla.

Dado el aspecto se planteó que se trataba de un tumor benigno de colon y se procedió a efectuar una resección segmentaria del transverso con el objeto de extirpar ampliamente la base del tumor.

Se reconstruyó el tránsito con una anastomosis terminoterminal con puntos separados de lino, en dos planos.

El estudio anatomopatológico demuestra que se trata de una pieza constituida por un segmento de colon transverso abierto por su eje longitudinal a lo largo del borde antimesentérico. Mide 130 mm. de largo, con una circunferencia de 72 mm. en el cabo proximal y 55 mm. en el distal.

A 50 mm. de uno de los extremos se observa (fig. 1) que la luz está ocupada por una formación ovoidea de 60 x 30 mm. de ejes principales, tapizada por la mucosa intestinal, la que está ulcerada en una extensión de 28 mm.; en el resto está distendida con desaparición de los pliegues. La luz, a este nivel, está totalmente ocupada por este relieve anular.

En un corte que abarca la totalidad de la lesión (fig. 2), se observa que este relieve está constituido por una masa anular de tejido compacto con caracteres de grasa dispuesta en lóbulos irregulares separados por tabiques fibrosos, rodeada por una delgada cápsula conjuntiva fibrosa de la cual puede enuclearse fácilmente, desarrollada en el plano de la submucosa.

La mucosa suprayacente desliza con facilidad excepto en el área que está ulcerada.

El plano muscular está desplazado por la compresión de dicha formación tumoral.

Los cortes realizados a lo largo del colon en forma semiseriada no muestran otra lesión a destacar.

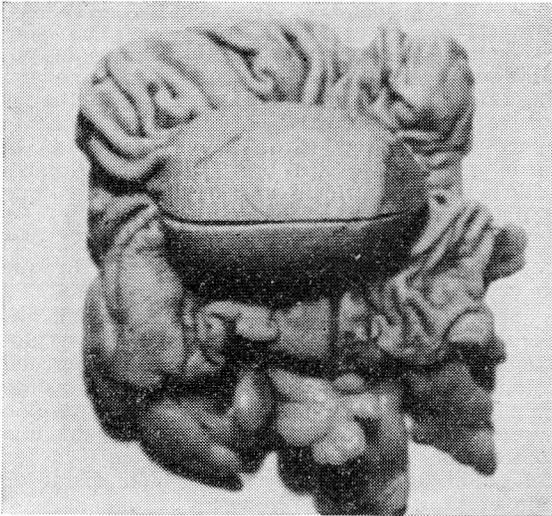


FIG. 1.—Segmento de colon resecado, abierto longitudinalmente por su borde antimesentérico, apreciándose la tumoración que ocupa la luz, recubierta por mucosa ulcerada en uno de los polos.

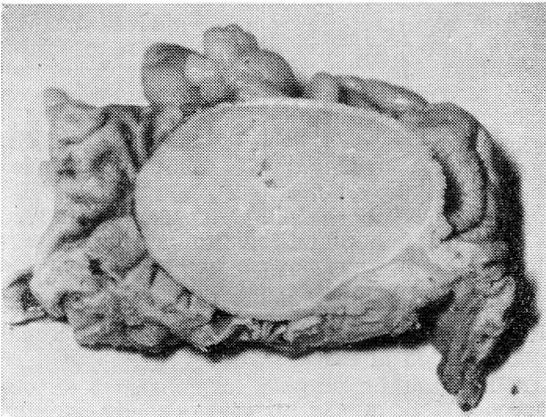


FIG. 2.—Corte longitudinal del segmento de colon resecado. El tumor eleva y distiende la mucosa sin infiltrarla y está rodeado por una fina cápsula conjuntiva. Se aprecia el pedículo, y en la extremidad opuesta la ulceración de la mucosa.

El estudio microscópico revela que se trata de cortes de pared de colon que muestra a nivel de la submucosa una neoformación constituida por tejido adiposo adulto, limitado por una cápsula conjuntiva; intensa congestión vascular en el resto de la pared.

No se observan fenómenos regresivos, ni atipia ni desorden celular.

En suma: lipoma submucoso de colon transverso levantando la mucosa (a la que ulcera parcialmente) y obstruye la luz.

La evolución clínica del paciente fue buena, siendo dado de alta al 8º día y seguido hasta el momento actual en que el estado es bueno, habiendo desaparecido toda la sintomatología.

Luego del acto quirúrgico, reinterrogado cuidadosamente el paciente manifiesta que hacía años que sufría esos dolores habiendo sido interpretados como debidos a su afección biliar. Al parecer nunca tuvo pérdidas macroscópicas de sangre ni otra sintomatología colónica.

De modo que, en nuestro caso, los elementos semiológicos fundamentales fueron el dolor, discreto adelgazamiento y luego el cuadro oclusivo.

Según Bigelow (3) el síntoma más frecuente es el dolor cólico repetido, al que siguen: tumor palpable, constipación, pérdida de peso, enterorragia y anemia.

En la serie de Bouie (5) de los 5 lipomas submucosos, 4 sangraron y en 3 se palpaba un tumor abdominal; todos presentaron dolores abdominales y pérdida de peso (en un caso 15 kilos).

Pemberton (14) divide los lipomas según su sintomatología en dos grupos: los que tienen varios años de evolución con cuadros suboclusivos mecánicos y los que debutan con cuadros agudos de oclusión mecánica.

Según Mayo (12) la sintomatología es muy similar a la del carcinoma colónico, aunque en algunos de ellos el largo tiempo de evolución (15 años en un caso) inclinan a pensar en un tumor benigno. El dolor cólico estaba presente en 12 de 19 casos.

COMPLICACIONES

La principal complicación es la oclusión intestinal por el mecanismo de invaginación, siendo la cabeza de la misma el propio tumor (10, 15, 18).

En la serie de Comfort (6) se había producido la invaginación intestinal en 26 de 29 casos de lipomas de intestino delgado y en 33 de 62 casos asentando en el colon.

Muchas veces, la palpación de la tumoración se debe a la percepción de la cabeza de la invaginación, como en el caso relatado por Bosch del Marco (4) en el que el lipoma era subseroso a localización sigmoidea.

La invaginación puede abocar a la constitución de un cuadro oclusivo o puede resolverse por la expulsión espontánea de la tumoración por vía anal (1, 6).

La otra complicación que le sigue en importancia a la anterior, es la producción de trastornos circulatorios a nivel tumoral que pueden llevar a la producción de alteraciones tróficas que van desde ulceraciones de la mucosa con la consiguiente enterorragia, hasta incluso la necrosis de la pared intestinal (16, 17). También por alteraciones vasculares se puede llegar a la congestión y edematización del tumor con el consiguiente aumento de volumen que desencadenará la obturación intestinal.

Para explicar dichos trastornos circulatorios se citan tres mecanismos fundamentales: Torsión pedicular, elongación vascular y trombosis de los vasos mucosos. En general se asocian los tres mecanismos, a lo que debe su-

marse la acción de la infección que se produce al necrosarse la mucosa.

Según Fraise (9) un tercio de los lipomas submucosos de colon se invaginan y un cuarto se necrosan.

El caso que hoy presentamos tiene como característica fundamental la de haber producido una oclusión obturación completa, por su enorme tamaño, cosa inusual en las series analizadas.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico depende en general del lugar en que asientan; los situados bajo, pueden ser detectados por la rectosigmoidoscopia; en los situados más allá del alcance del rectosigmoidoscopia (25 cm. de la margen anal), el diagnóstico es radiológico en algunos casos (6) y operatorio en todos.

En el examen radiológico contrastado mediante enema opaca se puede ver un defecto de relleno e incluso la cabeza de la invaginación (18).

Según Debray (8) un estudio radiológico completo puede orientarnos no solo al diagnóstico de tumor benigno de colon sino que incluso nos puede llevar a hacer diagnóstico de lipoma.

El tumor benigno de colon presenta las siguientes características: bien limitado; regular; redondeado u ovoideo; si es sesil hace ángulo recto con la pared y si es pediculado hace ángulo agudo; la pared colónica vecina no es rígida.

El lipoma se caracteriza por: sus variaciones de forma y tamaño en las distintas placas y fundamentalmente por su claridad, cosa que se puede apreciar mejor con el método de doble contraste con colon insuflado. En general el lipoma es más grande que otros tumores benignos, y se localiza, como vimos, fundamentalmente en el colon derecho.

Consideramos que el único diagnóstico seguro es el operatorio seguido de examen anatómopatológico.

TRATAMIENTO

La conducta es siempre quirúrgica dado que todo tumor de colon debe dar la prueba anatómopatológica de su naturaleza.

Es fundamental, en todos aquellos casos en que el diagnóstico macroscópico no es concluyente, efectuar la exéresis amplia de la pared en que asienta el tumor.

En general la conducta dependerá de una serie de factores (3): diagnóstico peroperatorio correcto, localización, tamaño, número de los lipomas y complicaciones presentes.

Pack (13) aconseja efectuar colotomía y exéresis del lipoma. En caso de invaginación, reducirla si es posible y tratarlo como si no estuviera complicado. Para este autor el tratamiento de elección es la resección local o segmentaria del colon.

Recordando que los lipomas pueden ser múltiples, es necesario hacer un prolijo examen de todo el tracto digestivo.

PRONOSTICO

El pronóstico es bueno si se extirpa completamente. Si se deja librado a su evolución, se complicará, con frecuencia, en la forma que hemos visto.

RESUMEN

Se presenta un caso de oclusión mecánica de colon producida por un lipoma submucoso.

Se destaca la poca frecuencia de los lipomas submucosos de esta localización y más aun la complicación relatada.

RÉSUMÉ

L'auteur présente un cas d'occlusion mécanique du colon produite par un lipome sous-muqueux. Il souligne que les lipomes sous-muqueux de cette localisation sont rares et plus rare encore la complication décrite.

SUMMARY

In one patient mechanic occlusion of the colon was caused by a submucous lipoma.

They are rare in this location, and this type of complication is even more so.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBA, E. Comunicación personal.
2. ANDERSON, W. A. Pathology. St. Louis Mosby Company, 1961.
3. BIGELOW, R. R. and ANLYAN, A. J. Submucous lipomas of the colon. *Arch. Surg.* 59: 114, 1949.
4. BOSCH DEL MARCO, L. M. Lipoma del colon. Invaginación intestinal. *Bol. Soc. Cir. Uruguay.* 31: 58, 1959.
5. BOUIE, L. A. and SWAN, T. Benign tumors of the colon. *Surg. Clin. N. A.* 9: 893, 1929.
6. COMFORT, M. W. Submucous lipomata of the gastrointestinal tract. *Surg. Gyn. & Obst.* 52: 101, 1931.
7. DARGENT, M. and FAIDUTTI, B. A propos des lipomes du colon. *Arch. Mal. Appar. Dig.* 53: 1035, 1964.
8. DEBRAY, Ch., HARDOVIN, J. P., PIRONNEAU, A., TERRIS, G. et MARTIN, E. Les lipomes du colon. *Arch. Mal. Appar. Dig.* 52: 883, 1963.
9. PRAISE, A. M., MUSI, A. y PATERSON, G. Lipoma submucoso del colon. *Pren. Méd. Argent.* 56:369, 1968.
10. LASON, A. H. Intussusception in adults. *Surgery.* 18: 457, 1945.
11. KISS, D. R., NAHAS, P. and VASCONCELOS, E. Submucous lipoma of the sigmoid complicated by colonic intussusception. *Int. Surg.* 50: 552, 1968.
12. MAYO, C. and GRIESS, D. F. Submucous lipoma of the colon. *Surg. Gyn. & Obst.* 88: 309, 1948.
13. PACK, G. T. and BOOHER, R. J. Intussuscepting submucous lipoma of the right colon. *Surg. Clin. N. A.* 27: 361, 1947.
14. PEMBERTON, J. and McCORMACK, C. J. Submucous lipomas of the colon and rectum. *Am. J. Surg.* 37: 205, 1937.

15. SANZ, C. and GIRALDO, J. Lipoma submucoso cecal invaginante. *Rev. Esp. Enf. Apar. Dig.* 25: 530, 1966.
16. SCHLOSSER, D. et CONSIGLIO, L. Submukose Kolonlipone. *Brun. Beitr. Klin. Chir.* 216: 414, 1968.
17. SIMSA, J. Lipomy tlustéhostrevo. *Rozhl. Chir.* 45: 340, 1960.
18. STOUT, A. P. Tumores of the colon and rectum. Excluding carcinoma and adenoma). *Surg. Clin. N. A.* 35: 1283, 1955.

DISCUSION

DR. PUIG: Después de la presentación tan brillantemente documentada que hizo el Dr. Gateño y tan brillantemente comentada y analizada en las referencias bibliográficas, me atrevo a presentar como aporte a la casuística la siguiente observación, de la Clínica Quirúrgica del Prof. Ardao.

G. S. N. N^o Reg. 76.670. (Hospital de Clínicas). Hombre de 54 años enviado de Castillos. Ingreso: 14/VI/1966.

La historia comienza 1 año antes con alteraciones en el tránsito intestinal; constipación y diarrea, a veces dolores en el hemiventre derecho. Diez días antes del ingreso, síndrome de oclusión intestinal incompleta con dolores y distensión abdominal, y en los últimos días algunas estrias sanguinolentas en las deposiciones. El día del ingreso es enviado por detención completa del tránsito.

Antecedentes: Operado 8 años antes por Litiasis vesicular y Q.H. del hígado. En la descripción operatoria prolijamente realizada por el Dr. Latourrette hay constancia de que la exploración colónica es normal. Se realizó colestectomía y quistotomía con cierre y abandono de la cavidad adventicial. (Q.H. localizado en sector 7).

Después del ingreso en Sala, regresa el síndrome oclusivo.

Al 4^o día se realiza estudio radiológico de colon por enema, informando el Dr. Pollero la existencia de una lesión orgánica a nivel del ángulo izquierdo del transverso y solicitando repetir el estudio para mayores precisiones.

Al 6^o día nuevo empuje oclusivo decidiendo el Dr. Rubio una intervención de urgencia.

Operación: 20/VI/66. Dr. Rubio y Dr. Puig.

Incisión paramediana interna izquierda. Hemicolon derecho distendido en oclusión sin sufrimiento isquémico de la pared. Lesión estenótica obturante producida por tumoración esférica, firme, móvil en la luz del colon de 5 cms. de diámetro en la pared izquierda del colon transverso. Pedículo que parece infiltrar la pared del colon. Teniendo en cuenta este hecho y la existencia de múltiples adenopatías epicólicas se realiza una resección primaria ensanchada del colon transverso colon descendente mesos y epiploones. Anastomosis terminoterminal en 2 planos.

Evolución: Al 4^o día restablece el tránsito intestinal. A los 20 días, se otorga el alta, en buenas condiciones.

Informe anatomopatológico: Dr. Cassinelli.

Se trata de un pólipo piriforme pediculado de 5 ½ por 3 cms. de superficie necrosada y hemorrágica. Al corte los caracteres de un lipoma submucoso de pared intestinal.

Histológicamente se trata de un lipoma adulto, simple, submucoso de crecimiento poliposo endoluminal primitivo del colon, con ulceración de la mucosa que lo recubre en la porción libre. Pared intestinal adyacente en el sector proximal presenta edema y fibrosis reaccional secundaria; áreas de necrosis hemorrágicas de la mucosa y de la submucosa. Los ganglios muestran dilatación ectásica de sus senos.