

Oclusión cerrada por invaginación de lipoma submucoso de colon

Dres. Agustín D'Auria, Oscar Balboa, Julio López Susviela,
Horacio Torturiello, Eduardo Francia-Volgesang,
Julio de los Santos

Se presenta un caso de oclusión cerrada de colon motivada por una invaginación colo-cólica que presentaba en la cabeza de la invaginación un lipoma submucoso de colon. Se destacan las características clínicas del caso, señalando la posibilidad actual de la detección de los lipomas de colon mediante el colon por enema de doble contraste y por fibrocolonoscopia. Se destaca que es el primer caso en nuestro medio donde se pudo llegar a resear aisladamente el tumor, sin tener que realizar exéresis colónica.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Colonic diseases

INTRODUCCION

La relativa rareza de los lipomas de colon creemos justifica la presentación de este caso. Su hallazgo en autopsias varía del 0.035% al 4.4% (12), siendo el término medio el de 0.5% (9).

A pesar de su infrecuencia, tres casos clínicos han sido ya presentados a esta sociedad: los de Bosch del Marco (2), G. Ríos-Bruno y Gateño (14) y Rubio y Puig (15). Remitiremos al lector a las extensas consideraciones patológicas señaladas en los trabajos antedichos, limitándonos a referir el caso vivido y a precisar opciones terapéuticas actuales.

OBSERVACION CLINICA

Paciente J.S.E., de profesión dentista, de 40 años de edad, procedente de Montevideo. Ingresa al C.A.S.M.U el 6-7-79 por vómitos y detención del tránsito intestinal para materias y gases datando de 18 horas.

Sus trastornos habían comenzado 45 días antes de su ingreso con náuseas, vómitos de alimentos y biliosos, dolores epigástricos de tipo cólico que no guardaban una relación evidente con las comidas.

Tal sintomatología motiva la consulta a uno de los autores, quien 23 días antes de su ingreso solicita un estudio contrastado de su esófago gastroduodeno. El informe radiológico señala la normalidad del tránsito esofágico, y desplazamiento de los pliegues gástricos a nivel del hiatus que hacen pensar en la posibilidad de una hernia hiatal.

Como el paciente no mejora, se solicita 12 días antes de su ingreso un nuevo estudio de esófagogastroduodeno, que no reveló ni hernia hiatal ni reflujo gastroesofágico.

Un quimismo gástrico realizado en ese momento muestra hipersecreción e hiperclorhidria. Tratada esta última condición, persisten en forma intermitente los síntomas del enfermo, quien agrega diez días antes de su ingreso trastornos digestivos bajos, con constipación pertinaz y dificultad para evacuar gases. En ese momento se solicita un colon por enema, que muestra una dilatación colónica distal marcada, durante el relleno retrógrado, con un obstáculo intraluminal redondeado en el sector izquierdo del colon transversal, el cual impide la progresión del enema. Después de la evacuación de la sustancia baritada, existe un pasaje parcial de ese contraste a los segmentos proximales del colon.

Un examen coproparasitario y coprofuncional fueron normales.

Sigue el paciente con alternativas de mejoría y empeoramiento hasta que 18 horas antes de su ingreso comienza con vómitos de alimentos y biliosos, y una detención total de materias y gases, aumentando sus dolores cólicos epigástricos. En ese momento el enfermo es referido al cirujano.

Examen al ingreso: Paciente con enorme ansiedad, un buen estado general y con moderada deshidratación. Temp. axilar 37°. PA 14/8. Pulso de 80 por minuto. Abdomen plano, no distendido, libre; no se palpan visceromegalias. La sonoridad es normal.

Se pide una Radiografía simple de abdomen, observándose una distensión gaseosa de la parte derecha del colon y la primera parte del colon izquierdo, con una detención de los gases a nivel de la parte media del descendente. Por detrás los gases no sobrepasan la válvula ileocecal. Con el diagnóstico de oclusión cerrada de colon, quizá por invaginación intestinal (por la imagen "en media luna" presente en el colon por enema previo), se interviene al enfermo a las 7h. 30 de su ingreso.

Se hace notar que antes de ser enviado al quirófano, el paciente evacúa materias líquidas, cuyo aspecto y color y cantidad no pudo ser precisado por el personal de enfermería.

Intervención

Con anestesia general se practica una incisión mediana supra e infraumbilical. Existe una masa de apariencia tumoral en la parte izquierda del transversal. No hay una gran distensión del hemicolon derecho. No hay ascitis. Hígado normal. Apéndice largo y libre. Divertículo de Meckel de 8 a 10 cms. de longitud.

Se disea el proceso comprobándose se trata de

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 3/6/1981.

Profs. Adjuntos de Cirugía, Gastroenterólogos, Prof. Adj. de Radiología y Prof. Adj. de Anatomía Patológica, Fac. Med. Montevideo.

Dirección 18 de Julio 2085 - Apto. 502 (Dr. A. D'Auria)

una invaginación colocolica, en cuya cabeza se presenta una tumefacción. Se realiza desinvaginación del proceso mediante maniobras adecuadas, que se ejecutan fácilmente. Se puede precisar en ese momento que la tumefacción es de consistencia elástica, mide 7 por 4 cm. y se deja ver a través de la serosa del colon.

Se realiza colotomía longitudinal sobre la bandaleta, separando al tumor de la mucosa en la casi totalidad de su circunferencia. Hay una área central, donde está fijado el tumor a la mucosa, donde ésta se encuentra necrótica y purulenta. Se extirpa ese medallón de mucosa junto con el tumor. Cierre de mucosa con puntos separados de Dexon. Seroserosa con puntos separados de lino.

Prevía incisión transversa izquierda complementaria, se exterioriza por contraabertura la zona donde se ha suturado la colotomía.

Puntos de sutura del peritoneo al colon exteriorizado.

Cierre de la incisión mediana con Dexon. Varios puntos totales extraperitoneales con tanza de nylon.

La evolución postoperatoria no causó problemas. Fue dado de alta a los 16 días de su intervención. Se permitió que granulara la herida de la contraabertura y posteriormente que epitelizara.

La eventración resultante fue corregida a los 9 meses de la primera operación, siendo el resultado de esta intervención satisfactorio.

Anatomía Patológica

Examen macroscópico.

1) Lipoma de 7 por 4 por 3 cms.; encapsulado, de color amarillento, con zonas de hemorragia.

2) Segmento de intestino de 35 mm., con una zona de hemorragia saliente, en forma de media luna, con hemorragias superficiales y engrosamiento de la pared.

Examen microscópico.

1) Fragmento de tejido con una masa lipomatosa, encapsulada, constituida por tejido adiposo adulto, con tabiques conjuntivos y abundante vascularización linfática, telangiectasias congestivas y hemorragia.

2) Necrosis y ulceración del epitelio intestinal, edema a infiltración plasmática linfocitaria y hemorrágica con organización fibrosa de una zona de hemorragia y ulceración. (Dr. Julio De los Santos).

DISCUSION

Se trataba de una oclusión cerrada de colon algo particular, donde llamaba la atención la ausencia de distensión abdominal, y lo prolongado del sufrimiento previo al cuadro oclusivo (10 días). Paradójicamente se había realizado al inicio de su sintomatología baja un colon por enema, que mostró una oclusión incompleta del intestino grueso, probablemente debido a una invaginación intestinal (imagen en media luna o en pinzas de langosta).

La causa más habitual de invaginaciones colocolicas en el adulto son los tumores malignos (3). No obstante, el tumor benigno que más frecuentemente es la causa de la invaginación es el lipoma de colon, en un porcentaje que oscila entre un 9,6% (3) y un 24,3% (7).

La invaginación intestinal es la complicación más grave del lipoma de colon. El crecimiento de la tumefacción y su desplazamiento con los movimientos intestinales hace que forme un seudopéndice en esta tumefacción submucosa. En una frecuencia del 32% (5) al 35% (6), los lipomas de colon se complican con invaginación intestinal.

En nuestro medio, uno de los tres casos presentados se reveló como una invaginación.

La invaginación es en general intermitente, lo cual explica la falta de distensión abdominal, la expulsión preoperatoria de líquidos por vía anal y la fácil maniobra de desinvaginación en este paciente.

Pese a existir una necrosis del apex de la tumefacción, no hubo una hemorragia digestiva evidente, corroborando que la frecuencia de este signo es baja (17%) (11).

Diagnóstico precoz

a. Clínico. No existe ningún signo ni síntoma que sea patognomónico del lipoma de colon. Aparecerá la sintomatología cuando el lipoma tenga un tamaño determinado, no dependiendo de la localización del tumor. Así Hurwitz (8) señala que si la lesión es de 1 cm o menos será asintomática; si tiene de 3 a 4 cm., 50% de los pacientes tendrán síntomas; si tiene más de 4 cm., como era en nuestro caso, el 75% de los enfermos mostrará sintomatología. No satisface, pues hoy en día un estudio puramente clínico de esta afección que toma frecuentemente una máscara de trastornos digestivos difusos, a veces puramente altos.

b. Radiológico. Al realizar un colon por enema con doble contraste, la presencia de una imagen de falta de relleno en la columna baritada, de contornos bien netos, a veces con un seudopéndice, es altamente sospechosa de un tumor benigno, sobre todo si existe una extensibilidad normal de la pared colónica. Abogarían para el diagnóstico más preciso de lipoma la presencia del signo del "apretón": un defecto de relleno globuloso que se transforma en elongado al producirse la contracción intestinal (19). El enema contrastado con agua haría un diagnóstico certero. Después de realizado el enema baritado, un enema acuoso mostrará que la lesión es más translúcida que otros tumores (10).

c. Colonoscopia. Los lipomas situados en el recto-sigmoides (20%) son accesibles al rectosigmoidoscopia convencional. El 80% restante puede ser diagnosticado precozmente por fibrocolonoscopia. Si se trata de tumores pequeños pueden ser extirpados con un ansa pasada por el colonoscopio (16, 18). En nuestro medio, sobre 53 casos de tumores polipoides de colon tratados en esa forma, Sojo y Estapé no hallaron ningún lipoma (17).

Si por el contrario el tamaño del tumor es mayor, puede hacerse una biopsia que afirmará el carácter benigno de la lesión y permitirá resecciones más limitadas.

TRATAMIENTO

Con la excepción de los pequeños lipomas que hemos visto pueden ser resecados endoscópicamente, el tratamiento debe ser invariablemente quirúrgico.

Variará en extensión según el tamaño del tumor, la localización del tumor y el grado de preparación del colon para la intervención quirúrgica.

La intervención ideal sería la exéresis aislada del tumor, conducta que pudimos realizar en nuestro caso por las características macroscópicas de la lesión, el conocimiento de trabajos anteriores sobre el tema en nuestro medio y el haber ayudado en el caso No. 11 del trabajo de Asiner (1) donde se había observado una invaginación del delgado por lipoma submucoso. Tal conducta fue ya realizada por Ray en 1905 con éxito. (13).

En contadas ocasiones puede realizarse la terapéutica ideal, ya sea por duda diagnóstica (imagen estenótica en el caso de Bosch, adenopatías sospechosas en el de Rubio), o por ser un tumor sesil y al realizarse la exéresis tener dudas sobre la vascularización del colon restante. En esos casos es necesaria la resección del colon, que debe ser siempre conservadora.

En nuestro caso particular, el hecho de operar en oclusión un colon no preparado motivó la exteriorización del colon en la zona de sutura de la colotomía. Se dejó granular y epitelizar, solucionando posteriormente la eventración así constituida.

RESUME

Oclusion fermée par invagination de lipome submuqueux du colon.

Il s'agit d'un cas d'occlusion du côlon provoquée par une invagination colo-colique qui présentait à la tête de l'invagination un lipome submuqueux du côlon. Il est à remarquer les caractères cliniques du cas en signalant la possibilité actuelle de la détection des lipomes du côlon par radiographie avec double contraste et par fibrocolonoscopie. Nous remarquons qu'il s'agit du premier cas dans notre milieu où il a été possible de ressequer isolément la tumeur sans avoir à faire une résection du côlon.

SUMMARY

Closed occlusion due to invagination of submucosal colonic lipoma

Report on a case of closed colonic occlusion caused by colo-colic invagination presenting, at invagination head, a submucosal lipoma of colon and description of its clinical characteristics. At present it is possible to detect colonic

lipomas by double contrast mucosal relief roentgenography and by fibrocolonoscopy. It is worth highlighting the fact that this is the first case in our country in which it was possible to resect the tumor isolatedly, without having to resort to colonic excision.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ASINER, B.; MARELLA, M.: Invaginación del Intestino Delgado en el adulto Cir. Uruguay, 43: 272, 1973.
2. BOSCH DEL MARCO, L.: Lipoma de Colon. Invaginación intestinal. Bol. Soc. Cir. Uruguay, 31: 58, 1960.
3. DEAN, D.L.; ELLIS, F.H. Jr. and SAUER, W.G.: Intussusception in Adults. Arch. Surg., 73: 6, 1966.
4. DEBRAY, C.H., HARDOUIN, J.P. PIRONNEAU, A.; TERRIS, G. et MARTIN, E.: Les lipomes du côlon. Arch. Mal. App. Dig., 52: 383, 1963.
5. D'JAVID, I.F.: Lipomas of the large intestine. Review of the literature and report of a case. J. Int. Coll. Surg., 33: 639, 1960.
6. DURAND, J.P.; DURON, J.J.; VALIDIRE, J.; SACLIER, M. H.; AQUINO, J.P.: Obstruction colique par un lipome digestif. Nouv. Pres. Méd., 8: 1263, 1979.
7. GUEULETTE, R.: De l'invagination intestinale. Ses formes cliniques chez l'adulte. Etude expérimentale et radiologique. Tesis de Paris 1925. Citado por (4)
8. HURWITZ, M. M.; REDLEAF, D.D.; WILLIAMS, H.J. and EDWARDS, J.E.: Lipomas of the gastrointestinal tract. An analysis of 72 tumours. Am. J. Roentgen, 99: 84, 1967.
9. LONG, C.G., DOCKERTY, M. C. and WAUCH, J.M.: Lipoma of the colon. Surg. Clin. N. Am., 29: 1233, 1949.
10. MARGULIS, A.R.; JOVANOVIH, A.: The roentgen diagnosis of submucous lipoma of the colon. Am. J. Roentgenol., 84: 1114, 1960.
11. MAYO, C.W.; PAGTALUMAN, R.J.C. and BROWN, D.J.: Lipoma of the alimentary tract Surgery, 53: 598, 1963.
12. MUKAMEL, E., WOLLOCH, Y., GLANZ, I.; DINTSMAN, M.: Lipomas of the large intestine. Am. J. Proct., Gastroent. Colon Rect. Surg., 29: 30, 1978.
13. RAY, J.H.: A case of acute intussusception of the sigmoid colon due to subserous polypoid lipoma; laparotomy; excision of polypus; recovery. Lancet, 1: 567, 1905.
14. RIOS-BRUNO, G.; GATEÑO, N y MAMAN, P.: Oclusión mecánica de colon transverso por lipoma submucoso Cir. Uruguay 42: 202, 1972.
15. RUBIO, R. y PUIG, R.: Comentario al trabajo de Rios-Bruno (14).
16. SHAPIRRO, P.T.; MICHAS, C.A.: Endoscopic removal of submucosal colonic lipomas. Arch. Surg., 111: 89, 1976.
17. SOJO, E; ESTAPE, G.; FALCONI, L.; DE LOS SANTOS, J.: Diagnóstico y tratamiento de los pólipos rectocolónicos Cir. Uruguay, 50: 19, 1980.
18. WAGE, J.D.; FRANKEL, A.: Removal of pedunculated lipoma by colonoscopy. Am. J. Gastroenterol, 61: 221, 1974.
19. WOLF, B.S.: Roentgen features of benign tumors of the colon. Surg. Clin. N. Am., 45: 1141, 1965.