

Expulsión espontánea de lipoma submucoso de colon izquierdo

A propósito de una observación

Dres. Federico Schneeberger¹, Javier Seoane², Carlos Gómez Fossatti³, Jorge Zubiaurre⁴, Octacilio Araújo⁵, José Carzoglio⁶

Resumen

Se presenta un caso de eliminación espontánea de un lipoma submucoso de colon izquierdo seguido de buena evolución. Se realiza una breve reseña del tema señalando las características de estos tumores, su sintomatología y sus complicaciones, resaltando la rareza de la expulsión. Se exponen las distintas posibilidades de los medios diagnósticos disponibles y los diferentes procedimientos quirúrgicos a utilizar.

Palabras clave: Lipoma
Colon

Summary

Authors present a case of spontaneous expulsion of a descending colon submucous lipoma followed by favourable evolution. They make a brief review of the subject, pointing out these tumours characteristics, sympatomatology and complications, emphasizing the uncommonness of expulsion. They also comment on the different possibilities the available diagnostic means offer, and the various surgical procedures that can be used.

Los lipomas de colon, aunque infrecuentes y de naturaleza benigna, revisten un real interés quirúrgico.

Tienen importancia desde el punto de vista diagnóstico por su diferenciación con los tumores malignos con quienes comparten la edad de aparición y muchas veces, las manifestaciones clínicas. Esta dificultad diagnóstica puede llevar a soluciones quirúrgicas exageradas y gravadas de una mayor morbimortalidad. Estos tumores también interesan «per se» ya que pueden determinar complicaciones graves.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «B» (Director Prof. Dr. U. Larre Borges) y de la Clínica Gastroenterológica del Hospital de Clínicas (Director Prof. Dr. L. Peri)

¹ Ex Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. ² Médico Auxiliar. ³ Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica. ⁴ Profesor Agregado de Radiología. ⁵ Médico Endoscopista. ⁶ Médico anatomopatólogo.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 16 de setiembre de 1987.

Correspondencia: Dr. F. Schneeberger.
Rbla. Rpca. de México 5973. Montevideo.

El caso que presentamos ilustra una modalidad evolutiva poco frecuente, constituyendo la primera publicación nacional.

Caso clínico

O.P. de F. Hospital de Clínicas. 68 años. Sexo femenino. Procedente de Tacuarembó. Jubilada. Ingreso al Servicio de Gastroenterología el 16 de setiembre de 1986 por enterorragias.

Enfermedad actual

Desde 3 meses antes relata dolor en hipogastrio, ocasional, leve, sin irradiaciones, que alivia espontáneamente en una hora. Diez días antes del ingreso instala dolor cólico, en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, moderado, que cede con deposiciones diarreicas, que aparecen en número de 6 diarias y se acompañan de enterorragias escasas. No mareos ni sudoración. No lipotimia. Concomitantemente mucorrea y tenesmo rectal. No pujos. Vómitos biliosos al ingreso.

Antecedentes personales

Adelgazamiento moderado desde hace 3 meses. Dispepsia mixta de larga data. Lipectomía abdominal hace 22 años.

Examen

Obesa; dolorida. Piel y mucosas: bien coloreadas e hidratadas. Abdomen: globuloso; cicatriz bitransversa subumbilical. Dolor espontáneo y a la palpación que predomina en hemiabdomen izquierdo donde impresiona palpase un colon distendido y en la fosa ilíaca izquierda una tumoración dolorosa de límites imprecisos. No reptación.

Tacto rectal: Materias en la ampolla; sangre roja al guante.

Con el diagnóstico clínico presuntivo de suboclu-

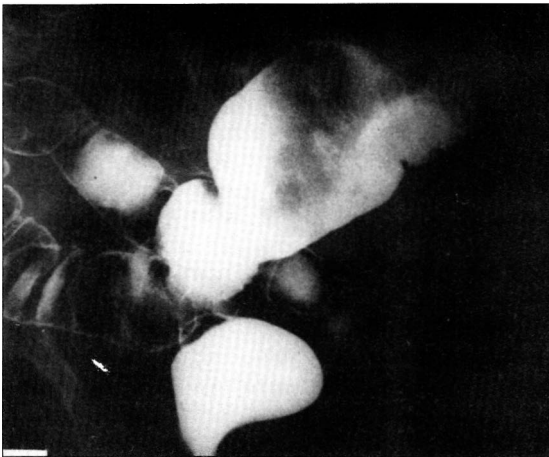


Figura 1.

sión por cáncer de colon izquierdo se realizan los siguientes estudios:

Rectosigmoidoscopia: Hemorroides internas grado II, en corona, no erosionadas.

Colon por enema: En unión del colon descendente con el sigmoides se observa lesión pediculada, polipoidea, ulcerada, de 6 cm en su eje mayor, de superficie lisa. A ese nivel dilatación pseudodiverticular del colon. El aspecto corresponde a un tumor submucoso. Diverticulosis colónica asociada (figura 1).

Fibrocolonoscopia: A 42 cm de la margen anal, gruesa lesión redondeada, de 8 x 4 cm, con base de implantación de 2 cm que tracciona la mucosa colónica simulando un pedículo. La superficie es lisa y congestiva con zonas irregulares y ulceradas. Consistencia firme. Se biopsia. Resto del colon hasta el ciego: sin lesiones.

Anatomía patológica: Fragmentos de tejido adiposo.

Fibrogastroscofia: En antro, cara posterior, úlcera de 8 mm superficial, con fondo cubierto de fibrina, sin pliegues. En cara anterior, en igual topografía, úlcera de 5 mm más profunda, con fibrina en su fondo y pliegues convergentes. No otras lesiones esofagogástricas.

Estudios humorales: normales.

Evolución: Persiste con dolor, diarrea y enterorragia. El 3 de octubre de 1986 se traslada a la Clínica Quirúrgica «B». Tres días después reitera el dolor, seguido de deposición diarreica, expulsando una masa tumoral y sangre escasa.

Anatomía patológica (figura 2). Formación polipoidea de 40 g de peso, de 70 x 30 x 30 mm, gris parduzca, en sectores lisa y brillante; en otros opaca.

Microscopía: Fragmentos cubiertos de exudado fibrinohemorrágico. En un sector se ve mucosa colónica con intensas alteraciones y hemorragia intersticial. Por debajo, neoformación mesenquimatoza benigna, constituida por adipocitos adultos sin atipia citológica, con cambios regresivos caracteri-

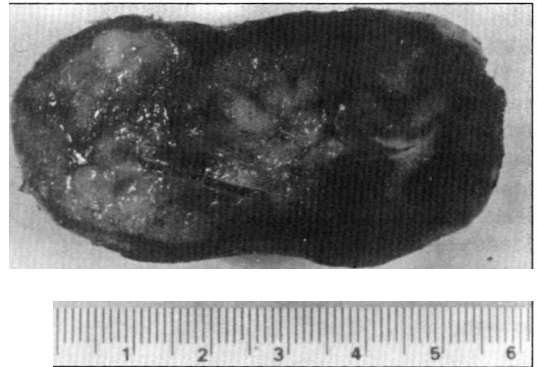


Figura 2.

zados por hemorragia intersticial y focos de necrosis. Se observan bandas de tejido conjuntivo vascular que lobulan la neoformación.

En suma: Lipoma submucoso de colon.

Fibrocolonoscopia: (7 días después de la expulsión). A 42 cm de la margen anal existe una zona de implantación de 15 mm de diámetro con mucosa que la recubre congestiva y edematosa.

Biopsia: tejido conjuntivo de granulación con densos infiltrados mixtos y exudado fibrinoleucocitario. No remanente tumoral en las muestras.

Colon por enema (posexpulsión): Se observa zona de implante pedicular con la mucosa sobre elevada.

Buena evolución. Alta en buenas condiciones el 2 de noviembre de 1986.

Comentario

Los adenomas constituyen los tumores colónicos benignos más frecuentes, ocupando los lipomas, el segundo lugar en frecuencia^(1,2).

Bauer, en 1757, señala por primera vez la existencia de los lipomas intestinales, mientras que la primera revisión la realiza Hiller en 1899^(3,4).

En 1938 se refieren 121 lipomas colónicos publicados⁽⁸⁾.

Jackman reporta 67 casos extirpados en 14 años de la Clínica Mayo (1948–1962)⁽¹⁾.

Su real incidencia surgida de distintas series de estudios necrópsicos arroja un porcentaje variable entre 0.035 y 0.5%^(2,3,5).

La expulsión espontánea de un lipoma de colon es una complicación poco frecuente. Manheim cita 19 casos publicados en 70 años (1870–1942)⁽⁶⁾. Sin embargo, para Dewis (citado por Long) esta complicación ocurre en 20% de los casos⁽⁴⁾.

En nuestro medio existen cuatro casos reportados de lipomas submucosos de colon^(2,7-9); todos ellos complicados de oclusión intestinal.

El presente caso clínico constituye la primera publicación nacional de una expulsión espontánea.

Si bien los lipomas pueden presentarse en todo el

tubo digestivo, la mayoría se localizan en el colon (65%)^(3,10,11).

Dentro del colon, la topografía más frecuente corresponde al ciego y al colon ascendente, disminuyendo hacia el colon izquierdo⁽²⁾. Habitualmente únicos, pueden ser múltiples en 10–20% de los casos^(3,4,12). Aparecen con mayor frecuencia en la sexta y séptima décadas, lo que coincide con las edades de prevalencia del cáncer colónico^(3,4,11). Se observan en ambos sexos con un ligero predominio en el sexo femenino: 1, 5–1^(2,10). Nuestro caso clínico —mujer de 68 años— coincide plenamente con la distribución señalada.

Los lipomas colorrectales tienen situación submucosa en su gran mayoría (90%), pero pueden ser también subserosos⁽⁴⁾.

Los submucosos pueden ser sesiles o proyectarse en forma polipoide hacia la luz intestinal, como en nuestra enferma, con un pedículo de dimensiones variables^(3,4).

Cuando tienen pequeño tamaño los lipomas son frecuentemente asintomáticos y constituyen un hallazgo necrópsico o intraoperatorio⁽⁷⁾. Los que superan los 4 cm de diámetro dan síntomas en 75% de los casos pero carecen de manifestaciones específicas^(7,8,12,13). El síntoma más importante corresponde al dolor cólico que se atribuye a la obstrucción de la luz intestinal por la masa tumoral o a la invaginación, actuando el tumor como cabeza de la misma^(1,4,5).

En frecuencia sigue la rectorragia, generalmente poco severa, y que se debe a la ulceración de la mucosa que recubre el tumor, y luego vienen las alteraciones del tránsito intestinal^(1,3,13).

Otros síntomas: anemia, masa palpable, síntomas digestivos, prolapso anal (cuando tienen localización rectal), se observan con menor frecuencia⁽¹⁾. Hurwitz no encuentra relación específica entre la localización colónica del tumor y el tipo de síntomas encontrados⁽¹³⁾.

El cuadro clínico más frecuente es la oclusión intestinal ya sea tipo obturación, por el propio tumor, o tipo invaginación. El lipoma constituye el tumor que con mayor frecuencia produce en el adulto invaginación de colon^(3,5). Coincidentemente, todas las referencias nacionales ilustran esta complicación oclusiva. La expulsión espontánea, menos frecuente, se explica por la torsión del pedículo con necrosis y caída del tumor.

Si bien este proceso se sigue habitualmente de curación espontánea, como revela nuestro caso clínico, puede sobrevenir la perforación colónica concomitante^(3,14).

El diagnóstico preoperatorio de lipoma de colon raramente se efectúa, sobre todo en la urgencia, donde el paciente se opera como una oclusión intestinal⁽⁴⁾. En estas circunstancias, aún el diagnóstico etiológico intraoperatorio puede ser difícil de realizar⁽¹¹⁾.

Sin embargo, fuera de la situación de urgencia, la

radiología, la endoscopia, y recientemente la tomografía axial computarizada pueden aportar elementos de gran valor diagnóstico.

La radiología puede demostrar rasgos característicos de los lipomas submucosos^(2,13,15). El colon por enema con doble contraste puede revelar una imagen lacunar bien delimitada, de bordes netos, con extrema movilidad, que se arrastra en ambos sentidos de acuerdo al pasaje del contraste. La pared colónica vecina es flexible y se contrae normalmente. Es característico del lipoma el cambio de forma del defecto al contraerse el intestino o mediante compresión extrínseca, lo que se denomina «signo del apretón». Dado que el lipoma es más radiolúcido que el agua, puede diagnosticarse demostrando la hiperclaridad del tumor utilizando un enema con agua sumado a una técnica de bajo quilovoltaje^(2,12,13).

Los estudios endoscópicos (rectosigmoidoscopia y fibrocolonoscopia) revisten también un importante valor diagnóstico. Permiten observar el aspecto globuloso del pólipo; el tinte amarillento de la mucosa que lo recubre, una mucosa lisa y un tumor blando y flexible. Se describen dos signos endoscópicos característicos «el signo de la almohada» que consiste en la deformación que sufre el tumor cuando se intenta biopsiarlo recuperando la forma al retirar el fórceps y el «signo de la grasa desnuda», que consiste en la protrusión de grasa por el punto de biopsia^(4,16). Pero la endoscopia tiene sus limitaciones; la más importante vinculada a la dificultad de alcanzar y explorar adecuadamente el ciego, donde precisamente predominan estos lipomas. Asimismo no permite visualizar aquellos lipomas de localización subserosa (10%)⁽¹²⁾.

La tomografía axial computarizada permite visualizar y diagnosticar los lipomas colónicos, tanto en su variedad submucosa como subserosa. Revela un tumor de forma esférica u oval; liso, de límites netos y con densidad homogénea correspondiente a tejido adiposo adulto (Nº entre –40 y –120 HU)⁽¹²⁾.

Una vez diagnosticado, el tratamiento del lipoma es quirúrgico, debiendo practicarse su exéresis para confirmar su naturaleza a través del estudio anatómopatológico de la pieza en su totalidad y con el fin de prevenir sus frecuentes complicaciones^(2,11).

Cuando el lipoma es pequeño y pediculado se puede resear por vía endoscópica.

El abordaje abdominal constituye la norma salvo en aquellos tumores, de localización muy baja, rectal, que pueden extirparse por vía endoanal.

La resección aislada representa el procedimiento de elección y consiste en realizar una colotomía y resear el tumor a través de la luz colónica o lograr su enucleación, separándolo de la mucosa, a través de una colotomía practicada en su base de implantación.

Cuando el diagnóstico de lipoma se desconoce, lo que ocurre con frecuencia y de modo fundamental en la urgencia, se requiere una exéresis más amplia, que puede consistir en una colectomía segmentaria o

en una hemicolectomía, ante la imposibilidad de descartar en el intraoperatorio el cáncer colónico (2,4,8,10).

En nuestro caso clínico, con el diagnóstico preoperatorio de tumor submucoso, probablemente un lipoma de gran tamaño (8 x 4 cm) y pediculado, dicha resección aislada constituye la opción quirúrgica a plantear.

Bibliografía

1. **Jackman RJ, Beahrs OH.** Lipomas colorrectales. En: «Tumores del intestino grueso». Barcelona. Científico Médica, 1971.
2. **Ríos Bruno G, Gateño NJ, Maman P.** Oclusión mecánica de colon transverso por lipoma submucoso. *Cir Uruguay* 1972; 42: 202.
3. **Custardoy AL, Vicente López E, Morales V, Devesa N.** Lipomas submucosos del colon. *Rev Esp Enferm Apar Dig* 1983; 63: 278.
4. **Long GC, Dockerty MB, Waugh JM.** Lipoma of the colon. *Surg Clin North Am* 1949; 39: 353.
5. **Rivetti R, Tomarchio S, Verani E, Caria Q.** Invaginazioni ileo-cieco-colica dell'adulto da lipoma sottomucoso del cieco. *Minerva Chir* 1984; 39: 353.
6. **Manheim SD, Peskin H.** Spontaneous elimination of a lipoma from the sigmoid flexure. *JAMA* 1942; 118: 1214.
7. **Bosch del Marco LM.** Lipoma de colon. Invaginación intestinal. *Bol Soc Cir Uruguay* 1959; 31: 58.
8. **D'Auria A, Balboa Q, López Susviela J, Turturiello H, Francia E, De los Santos J.** Oclusión cerrada por invaginación de lipoma submucoso de colon. *Cir Uruguay* 1982; 52: 87.
9. **Rubio R, Puig R.** Discusión de Ríos Bruno G (11).
10. **Fraise AM, Musi A, Paterson G.** Lipoma submucoso de colon. *Prensa Med Argent* 1969; 56: 369.
11. **Mayo CH W, Pagtalunan RJG, Brown DJ.** Lipoma of the alimentary tract. *Surgery* 53: 598, 1963; 53: 598.
12. **Ho KJ, Shin MS, Tishler JM.** Computed tomographic distinction of submucosal lipoma and adenomatous polyp of the colon. *Gastrointest Radiol* 1984; 9: 77.
13. **Hurwitz MM, Redleaf PD, Williams HJ, Edwards JE.** Lipomas of the gastrointestinal tract. *Am J Roentgen* 1967; 99: 84.
14. **Robertson DAF, Saweirs W, Low-Beer TS.** Spontaneous expulsion of a large colonic tumour. *Br Med J* 1982; 285: 1084.
15. **Wolf BS.** Aspectos radiológicos de los tumores benignos del colon. *Clin Quir North Am* 1965: 1141.
16. **Shapiro PD, Michas CA.** Endoscopic removal of submucosal colonic lipomas. *Arch Surg* 1976: 89.