

CASO CLÍNICO

Lipoma de recto prolapsado e incarcerated: caso clínico y análisis de la literatura

Prolapsed and incarcerated rectal lipoma: case report and literature review

Prolapso e encarceramento de lipoma do reto: caso clínico e análise da literatura

Alejandra Liz¹

ORCID 0000-0002-1530-4782

alejandraliz@montevideo.com.uy

Álvaro Castro¹

ORCID 0000-0002-0009-0048

castroalvaro@yahoo.com

DOI: 10.31837/cir.urug/7.1.10

Juan Escuder Rébori¹

ORCID 0000-0002-7386-7559

juanescuder.rebori@gmail.com

Marcelo Viola Malet¹

ORCID 0000-0003-2733-5276

mviolam@gmail.com

Recibido 15/2/2023

Aceptado 27/7/2023

Resumen

Los lipomas colónicos son tumores benignos poco frecuentes, extremadamente raros a nivel rectal. A pesar de ello, ocupan el segundo lugar en frecuencia detrás de los pólipos adenomatosos. Aunque la mayoría de los lipomas colorrectales son asintomáticos y se descubren incidentalmente, en ocasiones pueden ser sintomáticos y determinar complicaciones agudas que requieren tratamiento quirúrgico de urgencia. Estas formas de presentación pueden confundirse con las del cáncer colorrectal, constituyendo un desafío diagnóstico y terapéutico.

Presentamos el caso de una paciente que consultó en emergencia por una gran masa dolorosa de aparición aguda a nivel del ano, resultando ser un lipoma rectal prolapsado a través del canal anal.

Palabras clave: lipomas colónicos, lipoma de recto, neoplasias rectales.

¹Clínica Quirúrgica "1", Prof. Dr. Fernando González. Hospital Pasteur, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Abstract

Colonic lipomas are infrequent benign tumors, extremely rare at the rectum. Nevertheless, they follow in frequency polyp adenomas. Even though most colorectal lipomas are asymptomatic and incidental, they can occasionally be symptomatic and develop acute complications that require urgent surgical treatment. This form of presentation can be confounded with colorectal cancer, therefore impairing diagnosis and treatment.

We present the case of a female patient who came to the emergency room with an acute painful mass through the anus, that resulted in a prolapsed rectal lipoma.

Key words: colonic lipomas, rectal lipoma, rectal neoplasms.

Resumo

Os lipomas colônicos são tumores benignos pouco frequentes, extremamente raros no nível retal. Apesar disso, ocupam o segundo lugar em frequência atrás dos pólipos adenomatosos. Embora a maioria dos lipomas colorretais sejam assintomáticos e descobertos incidentalmente, às vezes eles podem ser sintomáticos e levar a complicações agudas que requerem tratamento cirúrgico de emergência. Essas formas de apresentação podem ser confundidas com as do câncer colorretal, constituindo um desafio diagnóstico e terapêutico.

Apresentamos o caso de um paciente que consultou na sala de emergência por uma grande massa dolorosa de início agudo ao nível do ânus, que acabou por ser um lipoma retal prolapsado pelo canal anal.

Palavras-chave: lipomas colônicos, lipoma retal, neoplasias retais.

Caso clínico

Mujer de 64 años con historia de pseudodiarreas, pujos y tenesmos rectales de meses de evolución. Consultó en emergencia por dolor anal y aparición brusca de una tumoración durante el esfuerzo defecatorio.

Del examen clínico se presentaba con buen estado general, normocoloreada y con examen abdominal normal. No se palpaban adenomegalias inguinales. En la región perianal, se observaba una gran tumoración, de 10 cm de diámetro mayor, polilobulada, de bordes irregulares, consistencia blanda, sanguinolenta y equimótica, la cual protruía a través del canal anal. La mucosa proximal, a nivel del pedículo de la tumoración, estaba sana (**Fig.1**). Era intensamente dolorosa al tacto, por lo que no se logró completar adecuadamente el examen proctológico.



Fig.1 Obsérvese el gran tamaño de la tumoración y su aspecto polilobulado.

Frente a un probable tumor de recto prolapsado e “incarcerado” a través del canal anal, de histología incierta, se decidió la exploración anal y el examen proctológico completo bajo anestesia, para completar la evaluación diagnóstica, establecer la correcta topografía de la lesión y su tratamiento.

Con la paciente bajo anestesia general y en posición ginecológica, se realizó el examen proctológico. Pudo comprobarse que la tumoración era de consistencia blanda y protruía a través del canal anal (**Fig. 2a**). Se identificó un pedículo delgado claramente definido, de unos 3 cm de longitud, implantado en pared anterior del recto, 2 cm por encima de la línea pectínea, sin compromiso de la capa muscular (**Fig. 2b**). El resto de la pared rectal no presentaba lesiones. Se decidió realizar una resección transanal mucosa-submucosa completa de la lesión, seccionándola en la base del pedículo (**Fig. 2c**). La paciente presentó una excelente evolución postoperatoria y fue dada de alta a las 48 hs sin sufrir complicaciones.

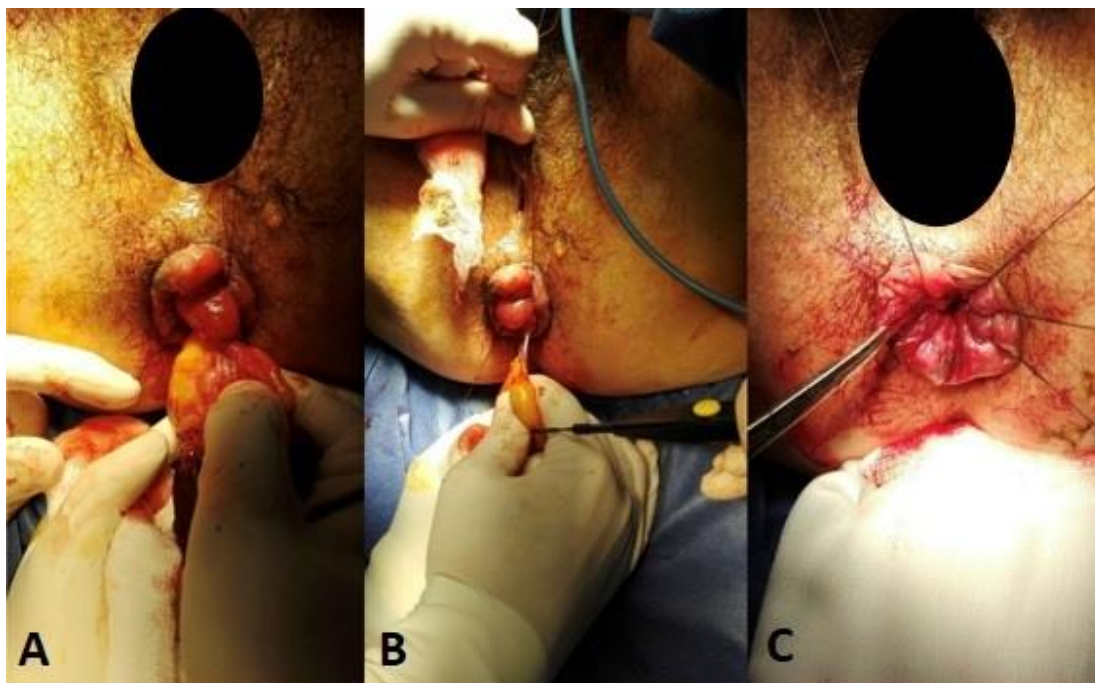


Fig. 2 a) se observa el aspecto lipomatoso de la lesión. b) sección a nivel del pedículo. c) lesión reseçada. Se observa mucosa sana en el resto del canal anal.

El informe anatomopatológico mostró una lesión de aspecto lipomatoso de 90 grs con un tamaño de 85 x 53 x 40 mm. La microscopía confirmó que se trató de un lipoma rectal con adipocitos maduros, sin malignidad (**Fig.3.**).



Fig. 3 a) obsérvese la masa de aspecto polilobulado, equimótica. b) al corte, la coloración amarillenta y consistencia lipomatosa de la lesión.

Debido a que el lipoma es una lesión benigna, el seguimiento en policlínica se dirigió al estudio del resto del colon para despistar lesiones asociadas, fundamentalmente cáncer colorrectal.

Discusión

El primer reporte de un lipoma colónico fue publicado por Bauer en 1757. En 1940, Backenstoe describió un caso de expulsión trans anal de un lipoma de ciego.¹ La prevalencia reportada de lipomas colónicos es de 0.2 a 4.9% según estudios clínicos y autopsias². Se presentan con mayor incidencia entre los 40 y 60 años de edad y son algo más frecuentes en sexo femenino, coincidiendo con el caso que se presenta.³ A nivel nacional, se han publicado dos casos clínicos de lipomas de colon que se presentaron como intususcepción intestinal,^{4,5} por lo que este es el primer reporte de lipoma de recto.

Los lipomas son neoplasias de origen mesenquimatoso. Se definen como lesiones benignas de muy bajo potencial maligno, ya que excepcionalmente se ha notificado su transformación sarcomatosa cuando adquieren gran tamaño. Histológicamente, son depósitos esféricos de tejido adiposo maduro en la pared intestinal, rodeados por una capsula fibrótica.⁶ El 90% de los lipomas colónicos son submucosos, el 10% restante son subserosos. Macroscópicamente, pueden adoptar una forma pediculada o sésil.

Se localizan más frecuentemente en el colon derecho, donde se observan en el 63% de los casos, siendo los de ciego los más frecuentes, correspondiendo al 20% del total. Los casos restantes se originan en el colon izquierdo. En el recto, son extremadamente raros. En un análisis de 17 pacientes con lipomas colónicos observados en un período de 18 años, la localización rectal solo se reportó en tres pacientes,⁷ lo que hace interesante este caso clínico. Generalmente son lesiones únicas, aunque la forma múltiple está presente hasta en un 14-25% de los casos.⁸

La aparición de síntomas se relaciona principalmente con su tamaño. Los menores a 2 cm suelen ser asintomáticos y se diagnostican en forma incidental, mientras que el 75% de los lipomas mayores a 4 cm desarrollan manifestaciones clínicas.⁹ Los síntomas más frecuentes son: constipación, dolor abdominal, rectorragia, intususcepción, perforación intestinal y la expulsión transanal del lipoma.^{3,10} Cuando son pediculados, su torsión intermitente con isquemia pueden dar lugar a una masa ulcerada, irregular e hipercromática, otorgándole una apariencia pseudomaligna en la colonoscopia, por lo que pueden confundirse con pólipos adenomatosos o tumores agresivos.¹¹ Los lipomas de recto de gran tamaño pueden presentarse con síntomas indistinguibles a los del cáncer rectal, como pujos, tenesmos, rectorragia y menos frecuentemente, prolapso. El paciente manifiesta la protrusión de una tumoración a través del ano durante el acto defecatorio, que posteriormente puede reintroducirse espontánea o activamente. En ocasiones no se reduce, pudiendo producir un prolapso agudo irreductible, determinando importante edema y dolor local, que incluso puede actuar como una “incarceración” llevando a la isquemia y necrosis mucosa. Esta complicación aguda requiere tratamiento quirúrgico de urgencia, como fue el caso de esta paciente.

El diagnóstico preoperatorio del lipoma colónico es difícil. Su pico de incidencia, sus manifestaciones clínicas inespecíficas y, en ocasiones, su aspecto imagenológico, pueden llevar a

confundirlos con el adenocarcinoma colónico.^{3,5,12} En las lesiones típicas, la videocolonoscopía permite ver claramente su aspecto lipomatoso. Se describen como lesiones de consistencia blanda, recubiertas de mucosa normal, característicamente son móviles y deformables, a diferencia de los carcinomas que presentan consistencia firme y ulceración mucosa. Sin embargo, como ya se mencionó, en lipomas de tamaño considerable que han presentado episodios de sufrimiento local, su aspecto puede variar y ser difícil de diferenciar de lesiones neoplásicas o tumorales. Ante esta situación la biopsia endoscópica es de gran relevancia. Durante la toma de biopsia, el tejido graso puede protruir a través del sitio puncionado, dando lugar al “signo de la grasa desnuda” (*naked fat sign*), que orienta al diagnóstico.⁷ La endoscopia con imagen de banda estrecha (NBI: *narrow band imaging*) constituye un importante adelanto en la endoscopia diagnóstica actual, ya que permite obtener más información sobre la mucosa gastrointestinal: por un lado, destaca cambios sutiles de la mucosa y por otro, permite observar su estructura íntima y el patrón vascular, gracias a un filtro de luz de banda estrecha que proporciona imágenes de gran contraste.¹³ La endomicroscopía láser confocal (CLE: *confocal laser endomicroscopy*) es una técnica óptica que permite la caracterización citológica *in vivo* de un tejido. A menudo denominada “biopsia virtual” logra, a través de imágenes amplificadas de alta resolución, vistas similares a la histología convencional. Sin embargo, aún se encuentra en desarrollo por lo que el análisis histopatológico continúa siendo el *gold standard* diagnóstico para estas lesiones.^{14,16}

La tomografía computarizada (TC) abdominopélvica se considera uno de los mejores métodos de imagen para el diagnóstico de estas lesiones. Característicamente, se ven como tumoraciones esféricas, de bordes regulares, bien delimitados, cuya densidad es compatible con tejido graso, entre -40 y -120 unidades Hounsfield. La resonancia nuclear magnética (RNM) puede contribuir a definir más claramente las capas de la pared rectal y confirmar la presencia de una lesión de partes blandas de densidad grasa. Suelen observarse como lesiones bien definidas, hiperintensas en T1 y T2 y ausencia de señal en las secuencias de supresión grasa.¹⁶ Habitualmente complementa la TC en casos de lesiones rectales, donde el diagnóstico alternativo más frecuente es el cáncer de recto.¹ La ultrasonografía endoscópica es útil para las lesiones rectales. Tiene una elevada sensibilidad y especificidad para evaluar las diferentes capas de la pared intestinal y el origen submucoso de la lesión, valorar si existe o no extensión hacia la muscular propia, su ecogenicidad y tamaño. Los lipomas aparecen integrados homogéneamente en las capas colónicas, con estructura conservada y con ecogenicidad intermedia o alta. Esta última característica es raramente apreciable en otros tumores submucosos.

El tratamiento de los lipomas colorrectales depende de su tamaño, topografía, existencia de síntomas y el riesgo quirúrgico del paciente. Los pacientes con lipomas de colon asintomáticos y menores a 2 cm pueden controlarse endoscópicamente. Frente a lesiones más grandes está indicada la resección, debido a que en su crecimiento pueden desarrollar síntomas y complicaciones, lo mismo que para los sintomáticos.

La elección del procedimiento quirúrgico depende de la posibilidad de lograr el diagnóstico preoperatorio, pudiendo ir desde resecciones oncológicas en casos de duda diagnóstica a la

resección local (lipomectomía), que es el tratamiento de elección para estas lesiones. Esto es más importante en el recto, pues no es lo mismo una resección local que una radical en términos de morbilidad (denervación, falla de sutura, incontinencia, colostomía). Esto hace indispensable una aproximación diagnóstica preoperatoria lo más exhaustiva y exacta posible.

Los lipomas colónicos pequeños pueden resecarse endoscópicamente mediante polipectomía o disecciones submucosas, con una adecuada tasa de éxito y bajo porcentaje de complicaciones. Las lesiones más grandes o complicadas requieren resección quirúrgica, la cual consiste en la exéresis del segmento colónico afectado, preferentemente por abordaje laparoscópico, no siendo necesario una resección oncológica clásica.¹⁷ En el recto, si bien pueden realizarse polipectomías en lesiones pequeñas, lo más habitual es la resección transanal.³ Esta tiene ventajas respecto a la endoscopia ya que permite la resección de toda la lesión para estudio anatomopatológico. Puede ser por vía transanal clásica o, actualmente, con el uso de plataformas endoscópicas transanales como el TEM (*transanal endoscopic microsurgery*), el TEO (*transanal endoscopic operation*) y el TAMIS (*transanal minimally invasive surgery*).^{18,19} Estas modalidades tienen la ventaja de que la resección se realiza con una mejor visualización y magnificación de la lesión, facilitando el control del sangrado. Permite la resección de lesiones a lo largo de todo el recto, lo que no es siempre posible por la vía transanal clásica. En comparación al abordaje clásico y a la polipectomía endoscópica, tienen mejores resultados, con mayor tasa de resecciones completas, menor fragmentación y menor recidiva, con un bajo porcentaje de complicaciones. En el caso clínico que presentamos, se optó por la vía transanal clásica debido a la topografía muy baja de la lesión en el recto, que no determinaba dificultades en su visualización y disección con el instrumental habitual.

En cuanto al seguimiento, este suele estar dirigido a descartar patologías colorrectales asociadas. Si bien no hay una relación causal con el cáncer de colon, dada la superposición de las edades de incidencia, los lipomas pueden presentarse de forma concomitante con un cáncer colónico. De ahí se desprende la importancia del estudio completo del colon, sea previo a la cirugía o en la evolución.

Conclusión

Hemos analizado un caso clínico de una patología poco frecuente como es el lipoma rectal, que además se presentó de forma inhabitual como un prolapso rectal “incarcerado” a través del canal anal. El diagnóstico diferencial de los lipomas colorrectales con tumores malignos puede realizarse a través de la colonoscopia, imagenología y eventual biopsia. Sin embargo, esto puede ser imposible cuando se presenta con una complicación aguda, requiriendo cirugía de urgencia y estudio anatomopatológico diferido, como sucedió en el caso que presentamos. Los cirujanos deben tener presente esta entidad inusual como diagnóstico diferencial en pacientes que se presentan con prolapso rectal.

Bibliografía

1. Kouritas VK, Baloyiannis I, Koukoulis G, Mamaloudis I, Zacharoulis D, Efthimiou M. Spontaneous expulsion from rectum: a rare presentation of intestinal lipomas. *World J Emerg Surg.* 2011;6:19. doi: 10.1186/1749-7922-6-19.
2. Evans JC, Carter P, Shabir S, Garvey CJ. Submucosal Rectal Lipoma Presenting as Rectal Prolapse. *Clin Radiol.* 2002;57(6):523-5. doi: 10.1053/crad.2001.0926.
3. Ghanem OM, Slater J, Singh P, Heitmiller RF, DiRocco JD. Pedunculated colonic lipoma prolapsing through the anus. *World J Clin Cases.* 2015;16;3(5):457-61. doi: 10.12998/wjcc.v3.i5.457.
4. Bosch del Marco, L.M. Lipoma de colon. Invaginación intestinal. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 1960;31(1-2):58-63.
5. D'Auria A, Balboa O, López Susviela J, Torturiello H, Francia-Volgesang E, De los Santos J. Oclusión cerrada por invaginación de lipoma submucoso de colon. *Cir Urug.* 1982;52(1): 87-89.
6. Erkan N, Çalışkan C, Korkut M, Vardar E, Yılmaz C. Lipoma of the Large Intestine: A Clinicopathological Review of Six Cases. *Balkan Med J.* 2010;27:6-10
7. Anyfantakis D, Karona P, Kastanakis M. Rectal Lipoma in an Elderly Male: A Case Report. *Cureus.* 2020;12(5): e8366. doi:10.7759/cureus.8366.
8. Shiordia Puente FJ, Pradel Mora, JJ. Lipoma colónico e intususcepción intestinal: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Cir Gen.* 2014;36(2);107-111.
9. Blanco González FJ, Cebollero Benito MP, Hernando Almudí E, Esarte Muníain J, Córdoba Díaz de Laspra E, Martínez Germán A, et al. Lipomas de colon: nuevas aportaciones a su diagnóstico. *Cir Esp.* 2000;67;(2):175-179.
10. Jiménez Escovar F, García Alonso M, Esteban Collazo F, Cerdán Miguel J. Prolapso anal de un lipoma de colon sigmoide. *Rev Esp Enferm Dig.* 2005; 97(11): 838-843.
11. Kumar L, Laksman TK. Giant Submucosal Lipomatous Polyp Causing Perforation of Sigmoid Colon: A Case Report and Review of Literature. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(1):22-4. doi: 10.7860/JCDR/2015/10554.5468.
12. Arévalo Novoa JF, Díaz Pérez JA, Ferreira Bohórquez EJ, Puentes Vega NJ. Lipoma primario de colon simulador de un adenocarcinoma. *Rev Esp Enferm Dig.* 2009;101(8): 581-592.
13. Tchekmedyian AJ, Pellisé M, Sáenz R. Imágenes de banda estrecha o Narrow band imaging (NBI): una nueva era en endoscopia digestiva. *Rev Méd Urug.* 2008; 24(1).

14. Ussui V, Xu C, Crook JE, Diehl NN, Hardee J, Staggs EG, et.al. Use of endoscopic distal attachment cap to enhance image stabilization in probe-based confocal laser endomicroscopy in colorectal lesions. *Endosc Int Open*. 2015;3(5):516-22. doi: 10.1055/s-0034-1392233.
15. Chakrabarti A, Goenka MK. Submucosal Lipoma of the Rectum Presenting as Rectal Prolapse and Appearing as Adenomatous Polyp on Confocal Laser Endomicroscopy: A Case Report and Literature Review. *Gastroenterol Hepatol Open Access*. 2016;5(1):176–178
16. Arora R, Kumar A, Bansal V. Giant rectal lipoma. *Abdom Imaging*. 2011;36:545–547. doi: 10.1007/s00261-010-9668-7
17. Nardi W, Daneri MD, Gonzalez R, Gross S, Ruiz H, Bugallo FG, et.al. Invaginación de colon cuasado por lipoma. *Rev Argent Coloproct*. 2019;30(4):114-118.
18. Rossi G. Resecciones transanales: pasado, presente y futuro. *Rev Argent Coloproct*. 2019;30(3):1-77.
19. Atallah S, Albert M, Larach S. Transanal minimally invasive surgery: A giant leap forward. *Surg Endosc*. 2010;24(9):2200-5. doi: 10.1007/s00464-010-0927-z.

Contribución de los autores:

Concepción: Alejandra Liz, Juan Escuder

Diseño: Alejandra Liz, Álvaro Castro

Análisis: Álvaro Castro

Redacción y revisión críticas: Alejandra Liz, Marcelo Viola

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Nota: Este artículo fue aprobado por el editor Gustavo Rodríguez Temesio.