

LIPOMAS SUBMUCOSOS DE ILEON TERMINAL Y DE COLON

Informe de 2 casos y revisión de la literatura

Dr. Mario Sánchez Arias *
Dr. José A. Ramírez Corrales **

RESUMEN

Los lipomas submucosos de ileon terminal y colon ocupan el segundo lugar en frecuencia entre las neoplasias benignas del intestino. Clínicamente se manifiestan por síntomas que se atribuyen a otras enfermedades debido probablemente a su baja frecuencia. La sintomatología y signología dependen del tamaño del tumor y no necesariamente de su presencia en el tubo intestinal; así entre más grande sea, mayor la posibilidad de producir intususcepción, obstrucción, sangrado, perforación, peritonitis y abdomen agudo.

Estos pacientes usualmente se catalogan como portadores de enfermedades inflamatorias o infecciosas del aparato gastrointestinal. Sin embargo, con más acuciosidad clínica y con mejores estudios radiológicos o endoscópicos, se podrían diagnosticar preoperatoriamente.

Se presentan en este trabajo dos casos de lipoma submucoso de ileon terminal y colon ascendente que produjeron intususcepción, oclusión y en uno, perforación y peritonitis. Al mismo tiempo, se hace una revisión de la literatura sobre estas lesiones.

SUMMARY

Submucous lipomas of the terminal ileon and colon are second in frequency among benign neoplasms of the intestinal tract. Their clinical features are generally attributed to other diseases. The signs and symptoms depend upon the tumor size and not necessarily on its presence in the intestine. So, if larger the tumor, greater the possibility of intussusception obstruction, bleeding, perforation and peritonitis.

The diagnosis of inflammatory or infectious disease are usually made in these patients. However, with better clinical and radiologic studies they could be diagnosed preoperatively.

Two cases of submucous lipomas of the terminal ileon and right colon are reported. They produced intussusception, occlusion and, in one of them, perforation and peritonitis. At the same time, the literature is reviewed.

* Asistente Especialista Cirugía General Hospital
Dr. Calderón Guardia

** Jefe de Clínica Anatomía Patológica Hospital
Dr. Calderón Guardia

INTRODUCCION

Las neoplasias benignas de ileon terminal y colon derecho son poco frecuentes. El lipoma ocupa el segundo lugar, después del adenoma tubular. Usualmente estos lipomas son únicos (múltiples sólo en 0.6% de los casos) (11). Su frecuencia oscila en los diferentes informes entre 0.035% (12) y 4.45% (54) en autopsias. Han sido informados como más frecuentes en mujeres (1.5 a 2 veces más que en hombres), entre la quinta y sexta décadas de la vida, con edad promedio de 54 años (14). Las manifestaciones clínicas han sido expuestas en la literatura por diferentes autores (1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 18, 21, 24, 26), encontrándose grandes diferencias en la frecuencia de presentación de cuadros clínicos, desde 11% (20) hasta 91% (19). De todos modos hay acuerdo en que los síntomas principales son dolor cólico abdominal, sangrado y alteraciones del hábito intestinal. Estas alteraciones se explican por efecto mecánico. El dolor se produce por invaginaciones repetidas que regresan espontáneamente. Se pueden asociar síntomas digestivos menos característicos como constipación, meteorismo o sensación de masa ocupante. El sitio de mayor frecuencia de presentación es el ciego, seguido de colon ascendente, transverso y por último, colon descendente (3, 15, 17, 19).

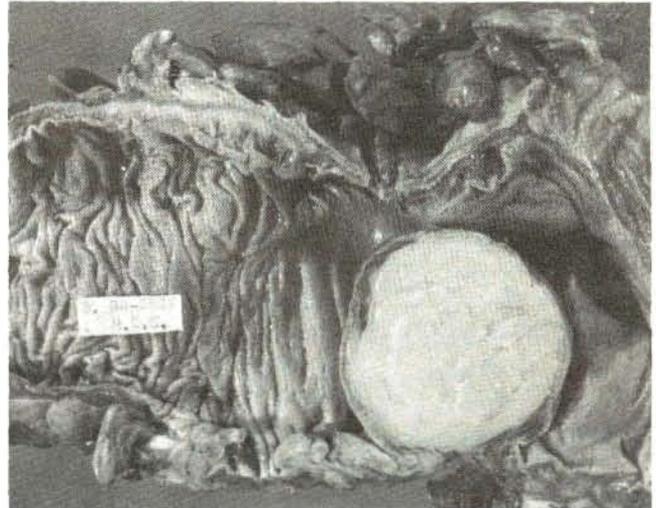
Usualmente estas neoplasias no se diagnostican preoperatoriamente y son hallazgos transoperatorios que han producido oclusión intestinal (15), intususcepción (2, 16, 22), perforación, peritonitis abdomen agudo (13) y sangrado (23).

La etiología no está clara. Se ha intentado explicar como un trastorno en el metabolismo de las grasas, pero no se ha logrado demostrar.

El tratamiento sin lugar a dudas es quirúrgico, ya que la mortalidad operatoria es de 0.5%, mucho menor que el riesgo de dejar un carcinoma. Cuando las lesiones son únicas se debe hacer colotomía y resección; cuando son múltiples, resección del segmento de intestino correspondiente. En ningún caso se justifican resecciones radicales, cuando se dispone de estudio histológico transoperatorio. Si se presentan con intususcepción, no se recomienda la reducción, sino la

resección primaria radical, por el peligro de estar manipulando una neoplasia maligna (17), con la consiguiente diseminación de células a otros territorios del organismo.

Figura 1.



Región ileocecal y colon ascendente. Lipoma submucoso con necrosis y perforación en su base.

Paciente femenina de 33 años, admitida por primera vez diez años antes al Servicio de Medicina del Hospital del Hospital Dr. Calderón Guardia por cuadro de rectorragia y dolor abdominal. En esa ocasión se estudió exhaustivamente y no se demostró patología quirúrgica. Se trató presuntivamente como salmonelosis; sin embargo, continuó con sintomatología y es catalogada como portadora de colon espástico. En su último ingreso presentó abdomen agudo típico de apendicitis. En sala de operaciones se encontró apéndice sano y una pequeña perforación de 5 mm. en la base de un tumor pediculado de 6 cm. de diámetro mayor en colon ascendente, con peritonitis localizada y seudoinvaginación ceco-cólica. Se efectuó colectomía derecha con ileo transverso-anastomosis término-terminal.

Anatomía patológica

Pieza quirúrgica constituida por 8 cm. de ileon terminal, 18 cm. de colon ascendente y apéndice cecal. En la serosa había abundante teji-

do epiploico adherido y una zona de ulceración con un punto de perforación situado a 6 cm. de la válvula ileocecal. A la apertura se observó, en correspondencia con la zona ulcerada, una formación ovoide de 6 cm. de diámetro mayor, blanda, que crecía hacia el lumen elevando la mucosa, la cual aparecía ulcerada en la cúspide del tumor. Al corte, dicha formación estaba constituida por tejido blanquecino amarillento, homogéneo (Fig. 1). Microscópicamente mostró en su totalidad tejido adiposo maduro bien diferenciado, sin atipias. Aparecía bien delimitadas por una pseudocápsula de tejido conjuntivo y unida por un pedículo fibrovascular a la pared intestinal, la cual, en ese sitio, mostraba una zona de perforación. En el resto del intestino y el apéndice, existía proceso de peritonitis aguda.

Figura 2.



Ileon terminal. Lesión submucosa cubierta de mucosa ulcerada en la cúspide.

Paciente femenina de 29 años quien refirió, como antecedente, cuadro de dolor abdominal tipo cólico, asociado en algunas ocasiones a heces sanguinolentas desde años antes. En una ocasión se le internó, practicándosele estudios de tubo digestivo, sin encontrarse alteraciones aparentes. Continuó el control en la consulta externa con diagnóstico de "colitis nerviosa". En su último ingreso refirió cuadro de dolor abdominal súbito de 6 horas de duración, en flanco derecho, con náuseas y vómitos. Ingresó al Servicio

de Emergencias con facies de dolor, pálida, sudorosa, taquicárdica, con cuadro de abdomen agudo y presencia de masa en fosa iliaca derecha. Se llevó a cirugía con diagnóstico de quiste de ovario retorcido, encontrándose una intususcepción ileo-cólica, provocada por una masa pediculada intraluminal de ileon terminal. Se practicó una reducción de la intususcepción y resección del segmento ileal correspondiente, con anastomosis termino-terminal.

Anatomía patológica:

Segmento de ileon terminal de 5 cm. de longitud, cuya serosa mostró aspecto normal. Por la superficie mucosa, se observó una masa de 2.8 cm. de diámetro mayor, cubierta de mucosa, la cual aparecía ulcerada en la porción apical. Al corte, la masa estaba formada por tejido blanco-amarillento, blando, homogéneo (Fig. 2). Microscópicamente estaba constituida por células adiposas maduras, delicado estroma vascular y delimitada por una pseudocápsula de tejido conjuntivo. En su porción central había un vaso sanguíneo con trombosis antigua y superficialmente comprimía la mucosa, la cual presentaba ulceración. Profundamente, la masa rechazaba la capa muscular propia.

COMENTARIO

Hay hechos interesantes que se repiten en estos dos casos y que concuerdan con la literatura revisada. Son pacientes del sexo femenino. Si bien su edad promedio fue de 31 años, menor que en las series informadas (50 - 60 años), son sólo dos casos, estadísticamente no significativos. En ninguno se sospechó el diagnóstico preoperatoriamente; sin embargo, en las dos hubo sintomatología digestiva de importancia que retrospectivamente puede ser atribuida a la neoplasia. Así observamos cómo nuestras pacientes tuvieron episodios previos de rectorragia, cuya causa no se aclaró, dolores abdominales "inespecíficos" tampoco aclarados y finalmente se presentaron a emergencias con cuadro de abdomen agudo típico que obligó a la exploración inmediata. Se encontraron también hechos coincidentes en

este tipo de lesión, como es, principalmente, la intususcepción, favorecida por el tumor dependiente de la pared intestinal, que hace de punta de la misma. Además, uno de ellos presentó una perforación, produciendo peritonitis local en el área del ciego y colon ascendente, confundiendo el diagnóstico, como era de esperar, con el proceso agudo de más frecuencia en esa zona (apendicitis). También es interesante que ambas enfermedades tenían datos transoperatorios de oclusión parcial, la cual no llegó a tener una expresión clínica suficiente para ser sospechada preoperatoriamente. Finalmente, en la segunda paciente, se encontró una masa palpable en fosa ilíaca derecha, pero fue atribuida al volumen de la intususcepción y no a la tumoración en sí.

Todo lo anteriormente descrito nos hace pensar que, si bien la sintomatología como se describe depende del tamaño del tumor (mayor de 2 cm.) y del efecto mecánico del mismo, el cuadro clínico es probablemente manifiesto en un buen porcentaje de casos en forma temprana y se debe pensar en este problema.

Lo usual, como se mencionó, es que no se hace un diagnóstico correcto desde las primeras consultas del paciente y se tratan como otras entidades. Nuestras dos pacientes fueron catalogadas como portadoras de colon espástico y "colitis nerviosa", respectivamente. Apoya el hecho de que su sintomatología era causada por el tumor y las intususcepciones repetidas, así como por la erosión y sangrado de su superficie. Además, posoperatoriamente en el seguimiento se describen como asintomáticas.

La intususcepción fue parcial en la primera paciente y total en la segunda, como suele ocurrir y se describe en la literatura, por el efecto mencionado (2, 16, 22). El enema baritado puede ayudar a descubrir tumores de más de 2 cm. (11). Sin embargo, en la primera de nuestras pacientes, se practicó años antes durante su internamiento en que fue tratada como salmonelosis y el resultado fue negativo, probablemente porque no se hizo con doble contraste, como se requiere en estos casos.

Nuestras enfermas fueron tratadas con resección y anastomosis término-terminal, básicamente porque no se dispuso estudio histopatológico transoperatorio. En el segundo caso se efectuó una maniobra inicial para reducir la intususcepción y al tratarse de un tumor, se prefirió realizar la resección completa. En el primer caso, la tumoración era muy evidente y así en los dos se optó por la resección radical (23), lo que nos parece la mejor conducta en estas condiciones. De contar con el examen histopatológico transoperatorio, se practica exclusivamente la resección local o segmentaria (en caso de lesiones múltiples) que se requiera.

BIBLIOGRAFIA

1. Bigelow, R.R.; Anlyan, A.J. Submucous lipomas of the colon A.M.A. Arch Surg 59:114, 1949.
2. Bosch. Lipoma of the colon. Intestinal invagination Bol. Sec. Cir. Urug. 31:58, 1960.
3. Cebaud. Lipomatosis of the ileocecal valve. Ann Surg 150:1092, 1959.
4. Custerdo y Motilva. Submucosal lipomas of the colon Rev. Esp. Enf. Ap. Dig 63:278, 1983.
5. Davis, W.L.; German, J.D.; Chang, Ch. Lipomas of the colon Amer Surg 28:749-53, 1962.
6. Farshi, D.S. Lipomas of the colon (3 cases) and review of literature Ann Chir 34(10):791, 1980.
7. Froise, A. Submucous lipomas of the colon Prensa Médica Argentina 56:369, 1961.
8. Gerdeu, F. Lipomas of the colon Arch Surg 113(7):897, 1978.
9. Haddad, I. Lipoma of the large intestine Rev. Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 29:219, 1975.
10. Hayes, M. Submucous lipoma of the colon (4 cases) Dis ColRec 3:145, 1960.
11. Jordan, D.; Haller, M. Lipomas of the colon Surgery 55 (6):28, 1964.
12. Kirschbaum, J.D. Submucous lipomas of the intestinal tract as a cause of intestinal obstruction Ann Surg 101:734, 1935.
13. Leve, I.M. Submucosal lipomas of the colon. Rev. Med Univ Navarra 26(3):185, 1982.

14. Long, G.C.; Dockeut, M.B.; Wough, I.M. Lipoma of the colon S Cl N.A. 29:1233, 1949.
15. Meccarone, A. Lipoma del ciego. Prensa Médica Argentina. 56:308, 1969.
16. Meley, J. Colocolic invagination in adults causing by submucous lipoma. Lyon Chir 62:582, 1966.
17. Nagorney, W. Surgical management of intussuception in the adult. Ann Surg 83:193, 1981.
18. Ochsner, R. Submucous lipomas of the colon, Dis Col Rec 3:1, 1960.
19. Polazzo, W.L. Lipomas of the gastrointestinal tract. Am J Roentgenol. 62:823, 1949.
20. Peck, G.T.; Booher, R.J. Intussuscepting submucous lipoma of right colon S.Cl. N.A. 27: 361, 1947.
21. Roszkowski, H.J.; Clarck, P.L. Lipomas of the colon, Am J Surg 104:642, 1962.
22. Schroder, P. Ileo-ceco-colic invagination. Zentralbl Chir 100 (24):1519, 1975.
23. Sousa, J. Lipoma of the cecum simulating cancer. Hospital (Rio) 58:31, julio 1960.
24. Waltermire, S. Lipoma of the colon with intussusception. South Afr. Med. J 70(5), 1977.
25. Weimberg, T.; Feldman, M. Lipomas of the gastrointestinal tract. Am J Clin Path 25:272, 1955.
26. Wolf, P. Lipoma of the colon. JAMA 235(20):2225, 1976.
27. Worthen, H. Lipoma of the cecum clinically simulating carcinoma. Dis Col Red 22(4):270, 1979.

**ACTA MEDICA
COSTARRICENSE**
INFORMA:

Estimado (a) colega:

Por acuerdo de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y Cirujanos, se ha aumentado el tiraje de Acta Médica Costarricense a 2.000. ejemplares, además se enviará la revista por correo al o a la colega que la solicite enviando sus datos personales como sigue:

**Nombre completo
código
dirección o apartado donde desea
que le enviemos la revista.**

Enviar sus datos a:

**ACTA MEDICA COSTARRICENSE
Colegio de Médicos y Cirujanos
Apartado 548 - 1.000.
San José, Costa Rica.**

o personalmente en la oficina del Comité Científico con la secretaria.

Una vez inscrito (a) en el listado de suscriptor gratuito de Acta Médica, la revista le será enviada regularmente.

COMISION EDITORA