

Lipoma gigante submucoso de colon derecho expulsado de manera espontánea por vía rectal: reporte de caso

Giant Submucosal Lipoma of the Right Colon Spontaneously Expelled Rectally: Case Report

Faruk Hernández-Sampayo,¹  Pablo Salomón Montes-Arcón,^{2*}  Paola María Blanco-Pertuz,³  Gloria Caterine Pérez-Mingán.³ 

ACCESO ABIERTO

Citación:

Hernández-Sampayo F, Montes-Arcón PS, Blanco-Pertuz PM, Pérez-Mingán GC. Lipoma gigante submucoso de colon derecho expulsado de manera espontánea por vía rectal: reporte de caso. Revista. colomb. Gastroenterol. 2023;38(4):539-542. <https://doi.org/10.22516/25007440.998>

¹ Cirujano general, Universidad Metropolitana; residente de gastroenterología, Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.

² Médico residente de segundo año, posgrado de Patología, Universidad de Cartagena. Cartagena, Bolívar, Colombia.

³ Médica residente de segundo año, posgrado de Medicina Interna, Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.

*Correspondencia: Pablo Salomón Montes-Arcón. pmontesarcon@gmail.com

Fecha recibido: 13/12/2022
Fecha aceptado: 06/07/2023

Resumen

Los lipomas colónicos son tumores benignos que se originan en el tejido mesenquimal y se consideran el segundo tumor benigno más común en el colon, después de los pólipos adenomatosos. Tienden a afectar más a mujeres y su localización más frecuente es el colon derecho. Por lo general, estos lipomas no presentan síntomas, pero cuando alcanzan un tamaño considerable pueden causar manifestaciones. También pueden dar lugar a complicaciones como obstrucción, intususcepción y perforación.

Dado que sus características radiológicas son similares a la grasa, pueden ser visualizados mediante tomografía computarizada, aunque el diagnóstico definitivo se realiza mediante colonoscopia, donde se observa una masa grasa con forma ovalada y capacidad elástica. Las lesiones pueden ser extirpadas endoscópicamente o quirúrgicamente. La expulsión espontánea de un lipoma por vía rectal es rara y su mecanismo aún no está completamente comprendido. Aunque la literatura establece un punto de corte de 2 cm para decidir entre resección endoscópica o laparoscópica, la primera está en aumento y puede ampliar este límite. En casos grandes, como el reportado en este artículo, se recomienda una resección quirúrgica. Este caso particular se destaca por ser el lipoma de colon más grande reportado hasta ahora (13 cm) expulsado espontáneamente.

Palabras clave

Lipoma, tumor, colon, intestino.

Abstract

Colonic lipomas are benign tumors originating in mesenchymal tissue and are considered the second most common benign tumor in the colon after adenomatous polyps. They tend to affect women more; their most frequent location is the right colon. Generally, these lipomas do not exhibit symptoms, but when they reach a considerable size, they can cause manifestations. They can also result in complications such as obstruction, intussusception, and perforation.

Since their radiological characteristics are similar to fat, they can be visualized using computed tomography. Still, the final diagnosis is made through colonoscopy, where a fatty mass with an oval shape and elastic capacity is observed. Lesions can be removed endoscopically or surgically. Spontaneous expulsion of a lipoma rectally is rare, and its mechanism is not yet fully understood. Although the literature establishes a cut-off point of 2 cm to decide between endoscopic or laparoscopic resection, the former is increasing and can extend this limit. Surgical resection is recommended in cases such as the one in this article. This case is the biggest reported colonic lipoma (13 cm) expelled spontaneously.

Keywords

Lipoma, tumor, colon, intestine.



INTRODUCCIÓN

Los lipomas son tumores de tejidos blandos derivados de adipocitos maduros, descritos por primera vez por Bauer en 1757, los cuales macroscópicamente y radiológicamente son indistinguibles del tejido adiposo normal; epidemiológicamente son las lesiones más frecuentes derivadas de tejidos blandos en los pacientes adultos, con una ligera mayor presentación en pacientes masculinos⁽¹⁾.

La localización en el tracto gastrointestinal es infrecuente y de curso generalmente asintomático, que puede detectarse incidentalmente durante una cirugía, colonoscopia o autopsia⁽²⁾. A menudo son lesiones solitarias de origen submucoso que se encuentran en el colon proximal y típicamente miden menos de 2 cm de tamaño, con un diámetro máximo reportado en la literatura de 8,5 cm⁽³⁾. A pesar de las nuevas técnicas para el diagnóstico radiológico, el estándar de oro continúa siendo la evaluación histopatológica que lleva al diagnóstico preciso de esta entidad; la forma de remoción depende de la presentación del caso y podría derivarse en extirpación electiva o emergente⁽⁴⁾.

En el artículo se informa el caso de una paciente femenina que presentó, de manera espontánea, la expulsión parcial por vía rectal de un gran lipoma submucoso, quien además requirió una resección secundaria por vía laparoscópica de la totalidad de la pieza quirúrgica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 42 años sin antecedentes patológicos de importancia, quien consulta por un cuadro clínico de 1 año de evolución que se exacerbó en las 12 horas previas caracterizado por un dolor en el mesogastrio, tipo cólico no irradiado, sin atenuantes o agravantes, de intensidad 5/10

en la escala análoga del dolor y acompañado de expulsión de masa de consistencia blanda, no fétida, de color amarillenta a través del recto (**Figura 1**).



Figura 1. Lipoma expulsado por vía rectal con paredes bien definidas y sin datos de sangrado. Fuente: archivo de los autores.

Por este motivo, la paciente ingresa al servicio de urgencias; en el interrogatorio refirió un cuadro de invaginación intestinal hace 10 meses, de causa desconocida, con auto-resolución del cuadro, que requirió hospitalización por 3 días. Teniendo en cuenta lo referido y el dolor abdominal, se solicitó una tomografía computarizada de abdomen contrastada que describe una lesión de tipo lipomatosa a nivel del colon ascendente (**Figura 2**).

En dicho contexto, la paciente es evaluada por el servicio de cirugía general, quien sugiere la realización de una colonoscopia total en la que se evidencia a nivel del colon derecho próximo al ciego una lesión elevada, de protrusión subepitelial, sésil, de aproximadamente de 6 cm de diámetro, mamelonada, que ocupaba un tercio de la luz del colon (**Figura 3**).

El diagnóstico definitivo de anatomía patológica del espécimen expulsado de manera espontánea fue un lipoma

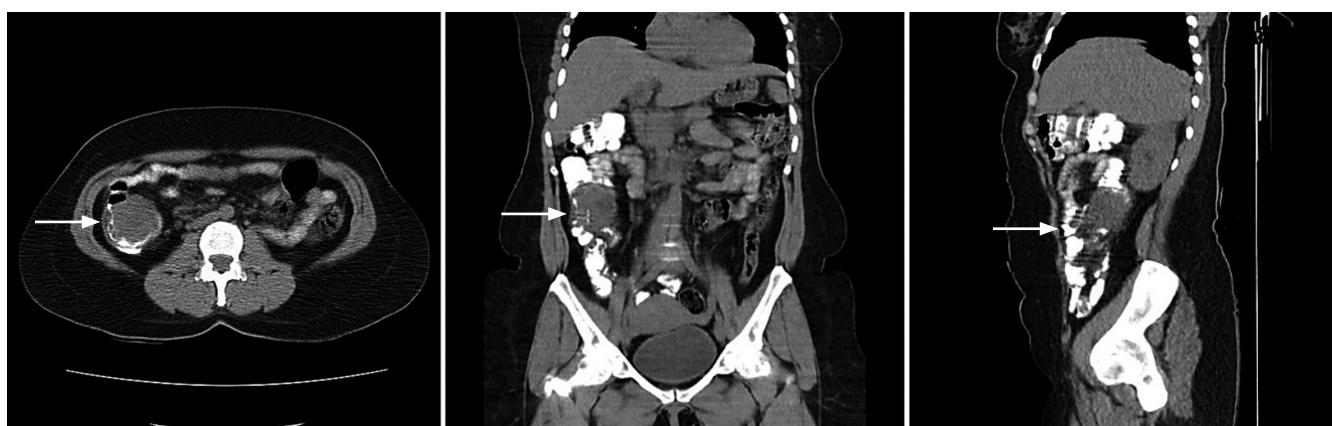


Figura 2. Imagen de tomografía en la que se evidencia, en diferentes cortes, la presencia del tumor radiolúcido de bordes bien definidos en el colon derecho. Fuente: archivo de los autores.

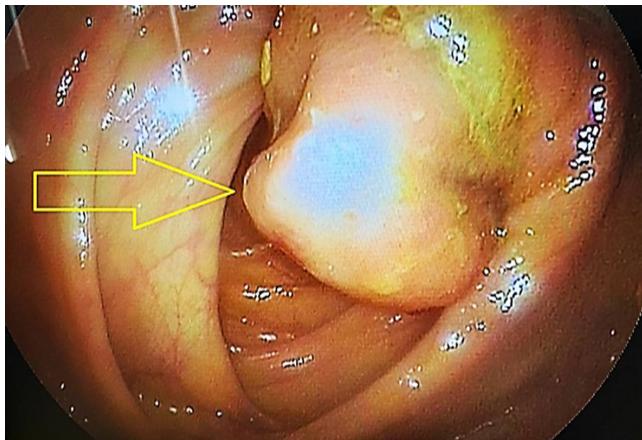


Figura 3. Visión endoscópica de lesión subepitelial que ocupa un tercio de la luz del colon. Fuente: archivo de los autores.

de 7 x 5 x 4 cm, con un peso de 117 g. Se realizó una junta médica con el equipo de gastroenterología y cirugía general, en la que se determinó la realización de una resección por vía laparoscópica de la lesión residual, teniendo en cuenta el antecedente de invaginación hace menos de 1 año, y con lo reportado en la literatura, que se abordará en la discusión de este artículo. Se realizó un procedimiento de tipo colectomía segmentaria por laparoscopia con anastomosis termino-terminal usando grapadoras mecánicas, con márgenes negativos. Actualmente, la paciente evoluciona de manera asintomática después de 1 año del procedimiento.

DISCUSIÓN

Los lipomas colónicos se definen como tumores benignos de origen mesenquimal cuya presentación es excepcional; se consolidan como el tumor colónico benigno más común, únicamente precedido por los pólipos adenomatosos⁽⁵⁾. Su incidencia oscila entre el 0,2% y el 4,4% con predominio en el sexo femenino; la edad de aparición es, en promedio, entre los 40 y 50 años. Respecto a su localización es de resaltar que la ubicación más frecuente es el colon derecho, que representa el 65% al 75% de todos los casos^(6,7).

Otros autores, como Rogy y colaboradores, publicaron una serie de casos evaluados por 10 años en centros de referencia y encontraron que los lipomas representaban el 0,3% de las enfermedades colorrectales en general y el 1,8% de los tumores benignos de colon, con un mayor frecuencia en mujeres, presencia en colon derecho y solitarios en 90%, lo que dejan solo un 10% a manifestaciones múltiples⁽⁸⁾.

Por lo general, estas lesiones cursan asintomáticas, sin embargo, el 30% de las lesiones de gran tamaño ocasionarán síntomas, especialmente cuando miden más de 2 cm;

las manifestaciones más comunes incluyen dolor abdominal, sangrado rectal y cambios en las deposiciones^(9,10). Cabe resaltar que el dolor abdominal puede ser secundario a la invaginación intestinal permanente, y el lipoma sirve como cabeza de invaginación; mientras que el sangrado rectal podría ser explicado por la ulceración de la mucosa que recubre el lipoma. Entre las complicaciones inusuales del lipoma colónico se encuentran obstrucción, intususcepción, perforación y hemorragia grave⁽¹¹⁾.

Entre los mayores significados clínicos del lipoma se encuentra la alta probabilidad de ser confundido con neoplasias malignas del colon debido a características similares en las manifestaciones clínicas; sin embargo, hasta la fecha no se han informado cambios malignos asociados con este tipo de lesión⁽¹²⁾.

En relación con el diagnóstico, las características radiolúcidas de la grasa hacen que estos tumores puedan ser visualizados por tomografía computarizada de abdomen y enema de bario, lo que deja claro que tiene un baja sensibilidad a los tumores menores de 1,5 cm; sin embargo, el diagnóstico es fundamentalmente endoscópico, el cual puede visualizar una masa de aspecto graso, ovoide y con cierta capacidad elástica para volver a su forma inicial tras ser pellizcada con una pinza (signo de la almohada o cojín)⁽⁸⁾. Al encontrarse por debajo de la mucosa normal no se recomienda una biopsia de la lesión por la poca rentabilidad diagnóstica, ya que por el contrario incrementa los riesgos de sangrado y perforación. El estándar de oro para el diagnóstico de lipoma colónico se da con base en el diagnóstico histopatológico⁽¹³⁾.

El tratamiento varía de acuerdo con el tamaño de la lesión; en lesiones menores de 2 cm se puede considerar la resección en bloque por vía endoscópica; sin embargo, la resección quirúrgica se recomienda en aquellas con un diámetro mayor de 2 cm por el riesgo de perforación existente, ya que el tejido graso es un mal conductor eléctrico y puede aumentar el riesgo de complicaciones en la resección endoscópica. Usualmente las lesiones con resección completa no suelen recurrir y los procedimientos son curativos, y justamente este análisis controversial se dio entre el equipo de gastroenterología y cirugía general al momento de escoger el procedimiento quirúrgico en la paciente. Los lipomas son tumores benignos cuya degeneración es nula, por lo que la resección se justifica para prevenir o tratar complicaciones^(8,14,15).

La expulsión espontánea de un lipoma por vía rectal es infrecuente y prácticamente anecdotica, por lo que se desconoce el mecanismo de autodisección de un lipoma; se cree que en los lipomas pediculados, el pedículo podría sufrir una estrangulación y posterior necrosis, lo que provoca su desprendimiento. Otra vía de presentación sería mediante la ulceración de la mucosa que recubre al lipoma y la consiguiente salida de este a la luz colónica⁽¹⁶⁾.

CONCLUSIÓN

Es importante recalcar que, a pesar de que la literatura es enfática en tomar como punto de corte los 2 cm para escoger entre resección endoscópica frente a laparoscópica, en la actualidad la curva de experiencia endoscópica está en aumento, lo que seguramente llevará a nuevos consensos que

amplíen este diámetro para intentar resecciones más avanzadas. Sin embargo, en este caso, teniendo en cuenta que la lesión medía 6 cm, nadie del equipo endoscópico consideró tener la experticia para la realización de esta. Si sumamos los 6 cm de la lesión colónica más el expulsado de forma espontánea de 7 cm, son 13 cm, lo que convertiría este caso en el lipoma de colon más grande reportado hasta el momento.

REFERENCIAS

1. Liyen Cartelle A, Uy PP, Yap JEL. Giant Colonic Lipoma Presenting as Intermittent Colonic Obstruction with Hematochezia. *Cureus*. 2020;12(11):e11434. <https://doi.org/10.7759/cureus.11434>
2. Farfour AN, Abu Omar NA, Alsohaibani FI. Lipoma grande de colon ascendente: reporte de un caso y revisión de la literatura. *J Surg Case Rep*. 2020;2020(9):rjaa354. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjaa354>
3. Sapalidis K, Laskou S, Kosmidis C, Passos I, Mantalobas S, Michalopoulos N, et al. Symptomatic colonic lipomas: Report of two cases and a review of the literature. *SAGE Open Med Case Rep*. 2019;7:2050313X19830477. <https://doi.org/10.1177/2050313X19830477>
4. Menegon Tasselli F, Urraro F, Sciaudone G, Bagaglini G, Pagliuca F, Reginelli A, et al. Colonic Lipoma Causing Bowel Intussusception: An Up-to-Date Systematic Review. *J Clin Med*. 2021;10(21):5149. <https://doi.org/10.3390/jcm10215149>
5. An HH, Duong TT, Van Truong N, Van Quoc L, Son VN, Thang NP, et al. A large lipoma of the descending colon: A rare case report. *Radiol Case Rep*. 2021;16(11):3396-99. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2021.08.013>
6. Ozen O, Guler Y, Yuksel Y. Giant colonic lipoma causing intussusception: CT scan and clinical findings. *Pan Afr Med J*. 2019;32:27. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.32.27.18040>
7. Chahri N, Querol V, Ballesta E. Expulsión espontánea de gran lipoma de colon izquierdo. *Rev Esp Enferm Dig*. 2013;105(8):502-3. <https://doi.org/10.4321/S1130-01082013000800013>
8. Pastor C, Valentí V, Poveda I, Martí P, Zozaya G, Baixauli J, et al. Lipomas submucosos de colon. *Rev. esp. enferm. dig.* 2007;99(5): 299-300.
9. Zenaidi H, Ismail IB, Rekik F, Aziz M, Rebii S, Zoghlami A. Large pedunculated colonic lipoma: a rare cause of colorectal intussusception in adults. *Pan Afr Med J*. 2020;36:200. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.200.24606>
10. Yeom JO, Kim SY, Jang EC, Yu JY, Chang ED, Cho YS. Colonic lipoma covered by hyperplastic epithelium: Case report. *World J Clin Cases*. 2013;1(3):124-7. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v1.i3.124>
11. Presti ME, Flynn MF, Schuval DM, Vollmar TM, Zotos VD. Colonic Lipoma With Gastrointestinal Bleeding and Intussusception. *ACG Case Rep J*. 2015;2(3):135-6. <https://doi.org/10.14309/crj.2015.32>
12. Lee JM, Kim JH, Kim M, Kim JH, Lee YB, Lee JH, et al. Endoscopic submucosal dissection of a large colonic lipoma: Report of two cases. *World J Gastroenterol*. 2015;21(10):3127-31. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i10.3127>
13. Zhou XC, Hu KQ, Jiang Y. A 4-cm lipoma of the transverse colon causing colonic intussusception: A case report and literature review. *Oncol Lett*. 2014;8(3):1090-92. <https://doi.org/10.3892/ol.2014.2278>
14. Meunier M, Limgba A, Schumacker I, Mehdi A. Intussusception related to transverse colonic lipoma: a case report and review of the literature. *Acta Chir Belg*. 2022;122(1):51-5. <https://doi.org/10.1080/00015458.2020.1739843>
15. Chase MP, Yarze JC. Giant lipoma-to attempt endoscopic resection or not? *Am J Gastroenterol*. 2000;95(8):2143-4. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2000.02221.x>
16. Allawati M, Logman T, Al Qubtan MT. Colonic Lipoma as a Leading Cause of Intussusception Resulting in Bowel Obstruction. *Cureus*. 2021;13(9):e18261. <https://doi.org/10.7759/cureus.18261>

**Available in:**

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337782276020>

How to cite

Complete issue

More information about this article

Journal's webpage in redalyc.org

Scientific Information System Redalyc

Diamond Open Access scientific journal network

Non-commercial open infrastructure owned by academia

Faruk Hernández-Sampayo, Pablo Salomón Montes-Arcón,

Paola María Blanco-Pertuz, Gloria Caterine Pérez-Mingán

Giant Submucosal Lipoma of the Right Colon**Spontaneously Expelled Rectally: Case Report**

Lipoma gigante submucoso de colon derecho expulsado de manera espontánea por vía rectal: reporte de caso

Revista colombiana de Gastroenterología

vol. 38, no. 4, p. 539 - 542, 2023

Asociación Colombiana de Gastroenterología,

ISSN: 0120-9957

ISSN-E: 2500-7440

DOI: <https://doi.org/10.22516/25007440.998>