

BUTTE B, JEAN MICHEL; IÑIGUEZ C, ARMANDO; TORRES M, JAVIERA; ORTEGA M, CLAUDIA;
MARTINEZ C, JORGE; ZUÑIGA D, ALVARO; PINEDO M, GEORGE
Intususcepción de colon por lipoma. Reporte de 2 casos
Revista Chilena de Cirugía, vol. 58, núm. 2, abril-, 2006, pp. 151-154
Sociedad de Cirujanos de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531916013>



Revista Chilena de Cirugía,
ISSN (Versión impresa): 0379-3893
editor@cirujanosdechile.cl
Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

CASOS CLINICOS

Intususcepción de colon por lipoma. Reporte de 2 casos* Colonic Intussusception caused by a lipoma. Report of two cases

Drs. JEAN MICHEL BUTTE B¹, ARMANDO IÑIGUEZ C¹, JAVIERA TORRES M²,
CLAUDIA ORTEGA M³, JORGE MARTINEZ C¹, ALVARO ZUÑIGA D¹, GEORGE PINEDO M¹

¹Departamentos de Cirugía Digestiva, División de Cirugía. ²Anatomía Patológica y ³Radiología.
Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

RESUMEN

La intususcepción de colon es una patología infrecuente en los adultos. En un 20 a 50% de los casos es secundaria a una enfermedad maligna. Sin embargo, en un número no despreciable, puede ser secundario a un lipoma. Como esta asociación es poco frecuente el diagnóstico preoperatorio sólo se realiza en pocos pacientes. El tratamiento en general es quirúrgico y depende de la presentación clínica. El presente trabajo describe las características clínicas, radiológicas y anatomopatológicas de dos pacientes que consultaron por un cuadro compatible con una obstrucción intestinal incompleta del colon. Se sospechó por las características de la tomografía computada en el primer enfermo y por los hallazgos de la colonoscopia en el segundo, la presencia de un lipoma de colon. Ambos pacientes fueron sometidos en forma electiva, a una resección del segmento de colon comprometido. Los dos enfermos evolucionaron sin complicaciones y fueron dados de alta al 10° y 8° día, posterior a la cirugía. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico preoperatorio de lipoma de colon en los 2 enfermos.

PALABRAS CLAVES: *Intususcepción de colon, lipoma*

SUMMARY

Colonic intussusception is uncommon among adults. In 20 to 50% of cases, it is secondary to malignant tumors. However, occasionally, it can be secondary to a lipoma. We report a 46 years old female and a 76 years old male with a colonic intussusception. The diagnosis was made in the female with an abdominal CAT scan that showed the lesion in the transverse colon, associated to an image with the density of fat. In the male, the diagnosis was made with a colonoscopy that showed a polypoid lesion that partially obstructed the ileocecal valve. Both patients were operated and the lesions were excised. The postoperative period was uneventful and they were discharged at the tenth and eighth postoperative day, respectively. The pathological study of the surgical piece confirmed the diagnosis of lipoma.

KEY WORDS: *Colonic intussusception, lipoma*

INTRODUCCIÓN

La intususcepción de colon es un cuadro clínico poco frecuente. Corresponde al 5% de todas las intususcepciones y al 1% de las obstrucciones in-

testinales en adultos. Esta situación se produce cuando un segmento de intestino proximal se introduce en el lumen del segmento distal, lo cual, es facilitado por lesiones intraluminales que favorecen el peristaltismo intestinal¹.

*Recibido el 19 de Julio de 2005 y aceptado para publicación el 12 de Diciembre de 2005.
mail:gpinedom@hotmail.com

Los lipomas de colon son tumores benignos, que se originan en la submucosa en un 90% de los casos². Se ubican principalmente en el colon derecho y habitualmente son asintomáticos³. La manifestación clínica más frecuente es el dolor, que habitualmente ocurre cuando tienen un tamaño mayor de 2 cm. Sin embargo, también se pueden manifestar como hemorragia u obstrucción intestinal⁴. En algunas oportunidades, cuando el lipoma se encuentra ulcerado, se puede confundir con un tumor maligno del colon. Su tratamiento en general es quirúrgico⁵.

El objetivo de este trabajo es describir dos casos de intususcepción de colon secundario a un lipoma y discutir aspectos de esta asociación.

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1

Paciente de sexo femenino de 46 años. Ingresó el 5/1/2005 al Hospital Clínico de la Universidad Católica por un cuadro clínico de 2 semanas de evolución, caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico, difuso, de intensidad moderada, distensión abdominal, náuseas, disminución de expulsión de gases por el ano, rectorragia escasa y fiebre hasta 38,5°C. Al examen físico: frecuencia cardíaca 80 x' y presión arterial 120/70 mmHg, abdomen levemente distendido y con sensibilidad a nivel epigástrico y periumbilical, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales normales y tacto rectal sin alteraciones. Exámenes de laboratorio: hemograma (hematocrito 39%, glóbulos blancos 12900 x mm³, plaquetas 545000 x mm³), proteína C reactiva (3,4 mg/dl) y perfil bioquímico normal. Debido a la persistencia del dolor se realizó una tomografía computada de abdomen en la cual se observó una imagen de densidad grasa a nivel del colon descendente asociado a intususcepción con

el colon transverso, sugerente de un lipoma de colon y cambios en la densidad de la grasa adyacente (Figuras 1a y 1b). El 6/1/2005 se realizó una colonoscopia con el fin de confirmar el diagnóstico tomográfico. En esta se observó una formación polipoidea en el segmento correspondiente a la parte proximal del colon descendente, de 10 x 4 cm. La lesión tenía una superficie irregular con áreas de mucosa congestiva y otras cianóticas con úlceras superficiales y sin sangrado. No se observaron signos de isquemia y se logró reducir la obstrucción colónica. La paciente evolucionó en buenas condiciones generales. El 10/1/2005 se realizó una laparotomía exploradora con el fin de resear el segmento comprometido. En esta cirugía se observó que a nivel del 1/3 medio del colon transverso existía un área con inflamación de la serosa. En el lumen intestinal se palpaba un pólipo de aproximadamente 6 cm, móvil. No se observaron otros hallazgos. Se realizó una resección del colon transverso y una anastomosis colocolónica terminoterminal. La paciente evolucionó en el postoperatorio sin complicaciones y fue dada de alta a los 10 días de la cirugía, en buenas condiciones generales. La biopsia mostró una formación tumoral a nivel del colon transverso y que obstruía parcialmente el mismo, de 4 x 3,3 x 3 cm, ulcerado en el vértice y con indemnidad del resto de la mucosa (Figura 2). Lo anterior correspondía a un lipoma submucoso con una úlcera crónica (Figura 3). Además se observaron 27 ganglios sin compromiso tumoral.

Caso clínico 2

Paciente de sexo masculino de 76 años. Consultó en diciembre de 2004 en el Hospital Clínico de la Universidad Católica, por un cuadro de varios meses de evolución caracterizado por dolor de tipo cólico en hemiabdomen derecho, postprandial, asociado a distensión abdominal y baja de peso no

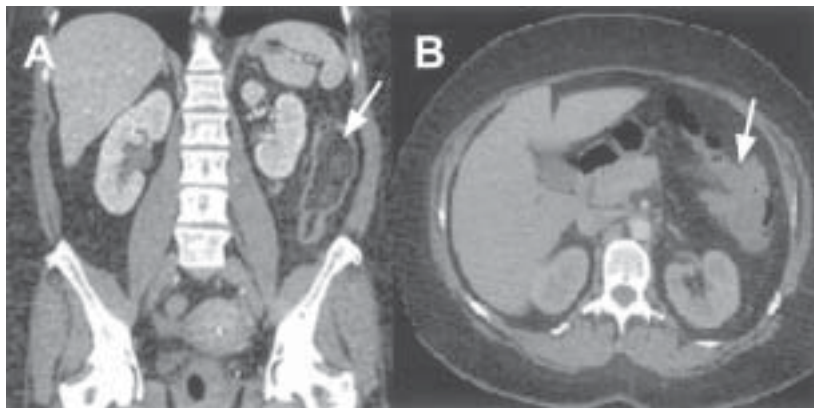


Figura 1 a y b. Tomografía computada de abdomen y pelvis "Invaginación a nivel del ángulo esplénico del colon, secundario a una masa de densidad grasa con características de lipoma intraluminal".

cuantificada. No presentaba alteraciones al examen físico. Los exámenes de laboratorio (hemograma y perfil bioquímico) y la radiografía de tórax fueron normales. Se realizó una colonoscopia que mostró una lesión polipoidea, no ulcerada de aproximadamente 6 cm de diámetro, a nivel de la válvula ileocecal y que la obstruía parcialmente, compatible con un lipoma. Por la imposibilidad de resección colonoscópica, debido al tamaño de la lesión, se decidió operar al enfermo. El 13/12/2004 fue intervenido quirúrgicamente; durante la cirugía se observó la lesión previamente descrita a nivel del ciego; era móvil y respetaba la mucosa. No se observaron otros hallazgos. Se realizó una hemicolectomía derecha e ileotransversoanastomosis. Evolucionó en el postoperatorio en forma satisfactoria y fue dado de alta al octavo día posterior a la cirugía, en buenas condiciones generales. La biopsia mostró a 9 cm de la válvula ileocecal una formación solevantada, polipoidea, submucosa, de 6 x 4 cm, que correspondía a un lipoma submucoso. Actualmente se encuentra en buenas condiciones generales, asintomático.

DISCUSIÓN

La intususcepción intestinal fue descrita por primera vez por Barbette de Amsterdam en 1674 y en 1871 Sir Jonathan Hutchinson realizó la primera reducción quirúrgica exitosa⁶.

Esta enfermedad usualmente ocurre en niños y afecta la mayoría de las veces al intestino delgado^{7,8}. En el adulto es una enfermedad poco frecuente y se considera que un 0,003 a 0,02% de las admisiones hospitalarias son debidas a esta patología⁹. En estos casos se presenta con mayor frecuencia en mujeres (relación 2:1) y alrededor de los 60 años^{1,7}.

La intususcepción se puede clasificar según el sitio afectado. Así existirán intususcepciones entéricas (intestino delgado), ileocólicas (prolapso del ileon en la válvula ileocecal), ileocecales (la válvula ileocecal es el punto de intususcepción) y colónicas (colon)¹⁰. Cuando ocurren a nivel del

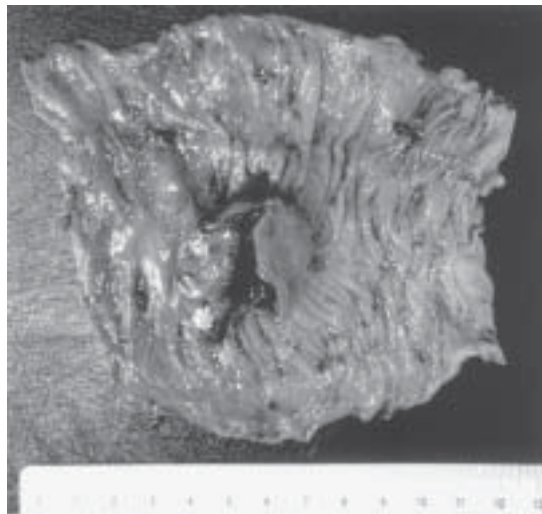
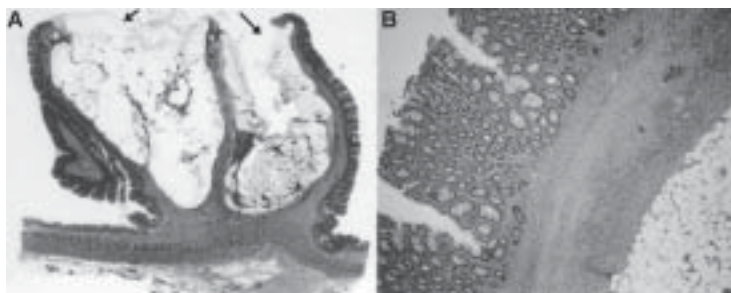


Figura 2. Segmento de intestino grueso de 11 cm de longitud, en el que se reconoce, a 4,5 y 5 cm de los bordes quirúrgicos, una formación tumoral, polipoidea, de 4 x 3,5 x 3 cm, ulcerada, que obstruye parcialmente el lumen de la pieza.

colon, generalmente se compromete el ciego, colon ascendente⁷ o la unión rectosigmoidea¹¹. En estos pacientes la intususcepción se ubicó en una zona que es menos frecuente, pero que también ha sido señalada por otros autores¹², en la primera enferma y a nivel de la válvula ileocecal en el segundo.

En los adultos se puede presentar con síntomas agudos, subagudos y crónicos, por lo que el diagnóstico preoperatorio habitualmente es difícil y sólo se realiza en 1/3 de los casos¹. Los principales síntomas observados son dolor abdominal (80%), náuseas o vómitos (20%), sangrado (20%), diarrea (20%) y masa abdominal (20%)⁸. Estos pacientes se presentaron con síntomas subagudos caracterizados principalmente por manifestaciones de oclusión intestinal incompleta y rectorragia leve en el primero. El estudio con tomografía computada (TAC) señaló que la causa de la obstrucción era una intususcepción secundaria a un lipoma, en el

Figura 3. (a) Visión con lupa: "Tumor submucoso, bien delimitado y circunscrito, constituido por tejido adiposo, que soleva la mucosa ulcerándola en el vértice". (b) "Tumor submucoso, constituido por tejido adiposo maduro, con indemnidad de la mucosa suprayacente".



primer enfermo, por lo que en casos de sospecha clínica y como otros autores han señalado la TAC es de utilidad¹³.

A diferencia de lo observado en los niños, en los adultos generalmente se demuestra la causa de la intususcepción en un 70 a 90% de los casos⁸. Es importante destacar que además en un 20 a 50% de los enfermos la lesión es maligna¹. Entre las lesiones más frecuentemente descritas que causan intususcepción están los adenocarcinomas y los lipomas¹².

Los lipomas corresponden al segundo tumor benigno más frecuente del colon, luego de los adenomas¹², fueron descritos por primera vez por Bauer en 1757 y en 1909 Stetten señaló que podían confundirse con carcinomas³. Además se ha señalado que pueden simular una angiodisplasia¹⁴. Tienen una incidencia de 0,5 a 4,4% en estudio de autopsias¹⁵ y en la mayoría de las oportunidades se originan en la submucosa^{2,3}. Esta situación puede plantear problemas diagnósticos con tumores submucosos o con neoplasias malignas cuando existe ulceración¹². En general son lesiones únicas, pero se han descrito lesiones múltiples hasta el 20% de los casos^{2,4}. En un 50% de los casos se ubican en el colon. El sitio más frecuente es el ciego y colon ascendente^{2,5}. El colon transverso se ve afectado por estos tumores en un 12 a 25% de los casos¹². La mayoría son asintomáticos, aunque pueden producir dolor, alteraciones del tránsito intestinal, sangrado, obstrucción e intususcepción⁶. Esta última complicación es excepcional en lipomas ubicados en el colon transverso¹⁶.

El mejor método de diagnóstico de una intususcepción es la TAC porque permite observar en toda su dimensión la zona de obstrucción y además la presencia de adenopatías regionales y metástasis a distancia cuando se sospecha que la lesión es maligna. En el caso de los lipomas la TAC de abdomen y pelvis también es considerada el método que permitiría la primera aproximación al diagnóstico¹³, posteriormente se puede complementar con una colonoscopia, que permite visualizar directamente la lesión. Lamentablemente y debido a la ubicación submucosa, el diagnóstico preoperatorio es infrecuente.

El tratamiento de ambas patologías es quirúrgico. El momento de la cirugía en una intususcepción depende de la forma de presentación de la enfermedad. Así, enfermos con una obstrucción aguda y signos de complicación abdominal deberán ser operados de urgencia con resección y eventual anastomosis o colostomía según el sitio afectado. En enfermos sin una urgencia quirúrgica y con un diagnóstico demostrado por TAC o enema baritado, la

reducción colonoscópica es una situación planteable, pero controversial, porque se asociaría a la posibilidad de fracturar un eventual tumor maligno y por lo tanto diseminarlo⁸. En el caso de los lipomas sintomáticos el tratamiento depende del tamaño y de la localización. Se puede practicar una hemicolectomía, una resección segmentaria o una resección local³, las que incluso se pueden realizar en forma laparoscópica¹⁷.

REFERENCIAS

1. Azar T, Berger D. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997; 226: 134-8.
2. Thonet G, Setton J, Garcia M, Russi M. Lipomas de colon. A propósito de 2 casos. *Rev Chil Cir* 2003; 55: 274-6.
3. Ryan J, Martin J, Pollock D. Fatty tumours of the large intestine: A clinicopathological review of 13 cases. *Br J Surg* 1989; 76: 793-6.
4. Taylor B, Wolff B. Colonic lipomas. Report of two unusual cases and review of the Mayo Clinic experience, 1976-1985. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 888-93.
5. Alponat A, Kok K, Goh P, Ngoi S. Intermittent subacute intestinal obstruction due to a giant lipoma of the colon: A case report. *Am Surg* 1996; 62: 918-21.
6. Gordon R, O'Dell K, Namon A, Becker L. Intussusception in the adult. A rare disease. *J Emerg Med* 1991; 9: 337-42.
7. Zeebregts C, Geraedts A, Blaauwgeers J, Hoitsma H. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 891-92.
8. Eisen L, Cunningham J, Aufses A. Intussusception in adults: Institutional review. *J Am Coll Surg* 1999; 188: 390-95.
9. Coleman M, Hugh T, May R, Jensen M. Intussusception in the adults. *Aust N Z J Surg* 1981; 51: 179-81.
10. Briggs D, Carpathios J, Zollinger R. Intussusception in adults. *Am J Surg* 1961; 101: 109-13.
11. Bardavid C, Parada X, Avalos N. Intususcepción colocolónica por pólipo. *Rev Chil Cir* 2002; 54: 199-201.
12. Barrera A, Bannura G. Lipoma de colon transverso como causa de intususcepción colónica. *Rev Chil Cir* 1998; 50: 669-73.
13. Marín A, Vergara J. Intususcepción colorectal. *Rev Chil Cir* 2003; 55: 267-9.
14. Hall P, Murfitt J, Pollock D. Ceacal lipomas mimicking colonic angiodysplasia. *Br J Rad* 1985; 58: 1213-14.
15. Weinberg T, Feldman M. Lipomas of the gastrointestinal tract. *Am J Clin Pathol* 1955; 25: 272-81.
16. Heinken J, Forde K, Gold R. Computerized tomography as a definitive method for diagnosing gastrointestinal lipomas. *Radiology* 1982; 142: 409-14.
17. Saclarides T, Ko S, Airan M, Dillon C, Franklin J. Laparoscopic removal of a large colonic lipoma. Report a case. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 1027-9.