

Cartas al Director

Hemorragia digestiva secundaria a lipoma duodenal

Palabras clave: Lipoma. Duodeno. Hemorragia gastrointestinal.

Key words: Lipoma. Duodenum. Gastrointestinal bleeding.

Sr. Director:

El lipoma duodenal representa el 4% de todos los lipomas de localización gastrointestinal, siendo habitualmente asintomáticos, por lo que es excepcional la hemorragia gastrointestinal como primera manifestación clínica.

Presentamos el caso de un varón de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, angor inestable tratado con triple *bypass* y en tratamiento con betabloqueantes, antiagregante plaquetario y vasodilatador coronario. Acudió al Servicio de Urgencias por episodio de mareo, sudoración, náuseas y vómitos alimenticios con deposiciones melénicas. EF: consciente, orientado, con palidez mucocutánea. TA: 90/50 mmHg; 90 lpm. Exploración abdominal sin hallazgos significativos. Tacto rectal: heces melénicas. Analítica: 3.790.000 hematíes; Hb.: 9,9 g/dl (hcto. 30,6%). Plaquetas 289.000 miles/pl. Actividad protombina 90%.

Se realizó gastroscopia, que evidenció hernia hiatal no complicada, sin evidencia de lesión sangrante. El estudio colonoscópico encontró heces melénicas, sin otros hallazgos. Durante el ingreso se repitieron los episodios de deposiciones melénicas, con valores de hemoglobina de hasta 7 g/dl sin repercusión hemodinámica. Se realizó nuevo estudio endoscópico, que informó de la existencia en tercera porción duodenal de una lesión submucosa que provocaba ulceración de la mucosa, sin sangrado activo. La biopsia endoscópica informó de mucosa intestinal con fenómenos inflamatorios inespecíficos. Se realizó tránsito gastroduodenal, que objetivó un defecto de repleción a

nivel de tercera porción duodenal. La TC abdominopélvica informó de la existencia de una lesión en tercera y cuarta porción duodenal compatible con lipoma (Fig. 1).

Ante la persistencia de repercusión clínica del enfermo, se decidió intervenir quirúrgicamente, evidenciándose a nivel del ángulo de Treitz una tumoración de consistencia blanda, móvil con fácil desplazamiento proximal hasta tercera porción duodenal. Se realizó extirpación de las tercera y cuarta porciones del duodeno. El estudio anatomopatológico mostró una tumoración de 6 x 2 cm con ulceración parcial de la mucosa y base de implantación de 2 cm. El postoperatorio fue satisfactorio, siendo dado de alta hospitalaria al séptimo día tras la cirugía.

Los lipomas gastrointestinales son neoplasias benignas que representan el 4% de todas las neoplasias del tracto digestivo. Su localización más frecuente es el colon (65%) seguido por el intestino delgado (26%), siendo la localización duodenal infrecuente con afectación del 4% (1). Habitualmente son asintomáticos y la aparición de síntomas está en relación con el tamaño, de forma que por encima de los 4 cm el 75% de los lipomas son sintomáticos (1-3). Los síntomas son resultado de complicaciones de la lesión como intususcepción, ulceración y hemorragia (2-5). De forma excepcional ha sido descrita la aparición de ictericia por compresión de la ampolla de Vater (6).

Los lipomas gastrointestinales son tumoraciones sésiles, de implantación submucosa, que pueden llegar a pedicularse, como resultado de la fuerza peristáltica, elongando la mucosa peritumoral. Tanto la compresión de la tumoración en su crecimiento como la tracción de las ondas peristálticas pueden llegar a ulcerar la mucosa con la consiguiente hemorragia enteral, como ocurrió en nuestro caso (4).

En el diagnóstico de estas lesiones son de utilidad métodos de imagen como el tránsito gastroduodenal, donde pueden evidenciarse como lesiones polipoideas y, en función de la longitud del tallo, pueden ser móviles y parecer más distales a su base de implantación. La endoscopia podrá describir estas lesiones como tumoraciones polipoideas de implantación sésil o pediculadas, de consistencia blanda, recubiertas por mucosa normal o ulcerada y en este caso identificarlas

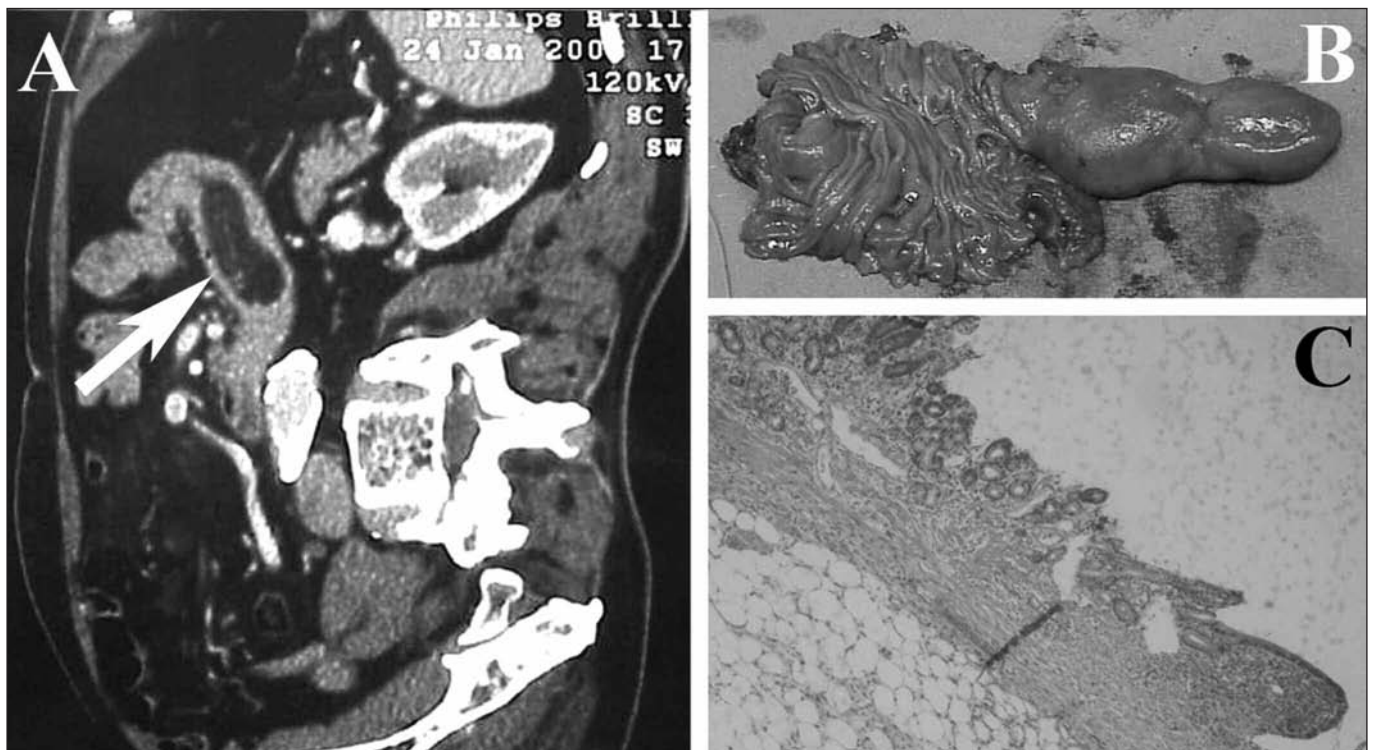


Fig. 1. A. Masa en tercera y cuarta porciones duodenales compatible con lesión mesenquimal. B. Pieza quirúrgica. C. La histología de la lesión fue lipoma que perforaba la mucosa duodenal.

como el origen de la hemorragia y realizar el diagnóstico diferencial con otras lesiones submucosas como el leiomioma (2,4). La utilización de la ecoendoscopia identificará esta lesión como submucosa, hiperecogénica y homogénea (7,8). La TAC puede dar un diagnóstico fiable, identificándolas como lesiones intraluminales, de contornos suaves y con baja densidad (9).

El tratamiento de los lipomas duodenales sintomáticos es la resección quirúrgica. La extirpación endoscópica es posible, aun con lesiones de gran tamaño (10). En las lesiones sésiles de amplia base de implantación, localización difícil o cuando existen dudas diagnósticas, se recomienda la extirpación a través de duodenotomía o resección segmentaria (2,4).

P. Menéndez, T. Cubo, D. Padilla, P. Villarejo, D. Gambí,
A. Alonso y J. Martí

*Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo. Hospital
General de Ciudad Real*

Bibliografía

1. Mayo CW, Pagatalunan RJG, Brown DJ. Lipoma of the alimentary tract. *Surgery* 1963; 53: 498-503.
2. Agha FP, Dent TL, Fiddian-Green RG, Branstein AH, Nostrant TT. Bleeding lipomas of the upper gastrointestinal tract. A diagnostic challenge. *Am Surg* 1985; 51: 279-85.
3. Sarma DB, Weillbaecher TG, Basavaraj A, Reina RR. Symptomatic lipoma of the duodenum. *J Surg Oncol* 1984; 25: 133-5.
4. Michel LA, Ballet T, Collard JM, Bradpiece HA, Haot J. Severe bleeding from submucosal lipoma of the duodenum. *J Clin Gastroenterol* 1988; 10 (5): 541-5.
5. Blanchet MC, Arnal E, Paparel P, Grima F, Voiglio EJ, Caillot JL. Obstructive duodenal lipoma successfully treated by endoscopic polypectomy. *Gastrointest Endosc* 2003; 58 (6): 938-9.
6. Kirkland WG, Bayer RA. Multiples lipomas of the duodenum. A case report. *Gastroenterology* 1951; 19: 142-7.
7. Imamura K, Fuchigani T, Iida M, Ohgushi H, Omae T, Kinura Y, et al. Duodenal lipoma. A report of three cases. *Gastrointest Endosc* 1983; 29 (3): 223-4.
8. Inai M, Sakai M, Kajiyama T, Imada-Shirakata Y, Inoue K, Ueda S, et al. Endosonographic characterization of duodenal elevated lesions. *Gastrointest Endosc* 1996; 44 (6): 714-9.
9. Kakitsubata Y, Kakitsubata S, Nagatano H, Mitsuo H, Yamada H, Watanabe K. CT manifestations of lipomas of the small intestine and colon. *Clin Imaging* 1993; 17: 179-82.
10. Sou S, Nonura H, Takadi Y, Nagahama T, Matsubara F, Matsui T, et al. Hemorrhagic duodenal lipoma managed by endoscopic resection. *J Gastroenterol Hepatol* 2006; 21: 479-81.