

Cartas al Director

Lipoma gigante de colon e invaginación intestinal

Palabras clave: Lipoma. Invaginación intestinal. Pólipos. Suboclusión. Colonoscopia.

Key words: Lipoma. Intestinal intussuseption. Polyps. Subocclusion. Colonoscopy.

Sr. Director:

Hemos leído recientemente en su revista un interesante caso de lesión polipoidea colónica (lipoma de colon) en el que González López y cols. (1) ponen de manifiesto la escasa frecuencia de esta lesión benigna y revisan diversos aspectos de esta entidad, como la localización más habitual o sus características clínicas. Nosotros hemos tenido la oportunidad de diagnosticar en junio y noviembre de 2008, dos casos de lipoma gigante de colon con clínica suboclusiva.

Caso clínico 1

Mujer de 43 años que consulta por episodios de dolor abdominal y diarrea de 6 meses de evolución. La paciente no advirtió rectorragia, ni pérdida de peso. La exploración física no demostró alteraciones significativas. El estudio analítico mostró los siguientes parámetros alterados: Hb: 9,8 g/dl. Fe: 13 mcg/100 (vn: 50-140). Los parámetros bioquímicos y marcadores tumorales (CEA y Ca 19.9) fueron normales. La colonoscopia puso de manifiesto una tumoración polipoide gigante móvil en la unión del ángulo esplénico y colon descendente, que im-

pidió el paso del endoscopio. La cabeza de la lesión estaba ulcerada. Las biopsias fueron negativas para malignidad. Una TC abdominal advirtió una imagen de invaginación en colon descendente. La paciente ingresó antes de la fecha programada para cirugía al presentar un nuevo y más intenso cuadro suboclusivo. En la intervención se advirtió una gran tumoración polipoide de base ancha en el colon descendente, próxima al ángulo esplénico. Se realizó una hemicolectomía izquierda. El informe histológico evidenció un lipoma submucoso en el ángulo esplénico de 5 cm, que ulceraba la mucosa. Se aislaron 22 ganglios que resultaron reactivos.

Caso clínico 2

Mujer de 57 años sin antecedentes de interés que consulta por episodios intermitentes de dolor abdominal y diarrea de 4

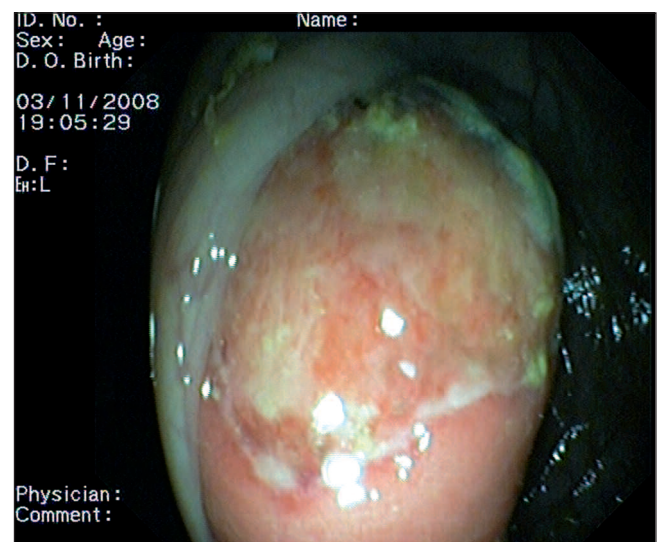


Fig. 1.

meses de evolución. La paciente no advirtió rectorragia. La exploración física no demostró alteraciones significativas. El estudio analítico no presentó alteraciones. La colonoscopia evidenció en el colon transverso una formación polipoide de gran tamaño que ocupaba casi por completo la luz, y mostraba ulceraciones en la cabeza (Fig. 1). El lugar se marcó con un clip para valorar mejor la localización del pólipo mediante una radiografía simple. Se tomaron biopsias que fueron informadas como: mucosa colónica con signos de ulceración y presencia de tejido de granulación y tejido conectivo fibroso, sin evidencia de malignidad. Se realizó una TC de abdomen que confirmó los hallazgos endoscópicos. Tres semanas más tarde la paciente tuvo que ser operada de forma urgente al presentar un cuadro suboclusivo. En la intervención se objetivó una invaginación colónica asociada a un lipoma de 5,5 cm, con origen en la submucosa. Se realizó una hemicolectomía derecha. Se aislaron varios ganglios reactivos.

Discusión

Los lipomas son tumores benignos infrecuentes en el tracto gastrointestinal. No obstante, el colon es el lugar predominante. La localización más habitual es el colon derecho, disminuyendo su frecuencia en sentido distal. El diagnóstico de dos casos de lipoma colónico de gran tamaño en tan breve periodo de tiempo, pone de manifiesto que la patología infrecuente también existe y, debe ser tenida en cuenta. En nuestra experiencia, ambos casos afectaron a mujeres de edad media. La clínica predominante consistió en episodios recurrentes de dolor abdominal y diarrea, ocasionados probablemente por la invaginación del colon. La colonoscopia tiene un papel importante en el manejo del lipoma gigante de colon, al advertirse generalmente como una lesión polipoide rugosa, de coloración parduzca y aspecto ulcerado. No siempre se advierte la típica coloración amarillenta. La colocación de un clip adyacente al lipoma ayudará a localizar con mayor precisión la lesión, sobre todo si no se ha realizado previamente una TC. Las opciones para confirmar el diagnóstico pasan por realizar una ecoendoscopia en la que se advierta la típica hipoecogenidad de la lesión, o bien, researla mediante endoscopia o cirugía. El tratamiento definitivo del lipoma colónico gigante es la exéresis quirúrgica, espe-

cialmente cuando produce una situación de obstrucción intestinal aguda o una invaginación recurrente, como en los casos presentados. Existen publicaciones antiguas en las que se consiguió una resección endoscópica segura (2,3). En otra, los autores concluyen que la resección endoscópica de lipomas mayores de 2 cm se asocia a un alto riesgo de perforación (4). Más recientemente, se han publicado casos aislados con buenos resultados (5,6). En uno de ellos, la realización previa de una ecoendoscopia permitió confirmar que el lipoma era superficial a la capa muscular, no produciéndose complicaciones tras la resección (5). Hoy en día, la cirugía continúa siendo el tratamiento recomendado para los lipomas colónicos gigantes. No obstante, el aumento de la experiencia con resección endoscópica puede hacer de ésta, una opción segura. El tratamiento elegido debe basarse en el juicio clínico y en todo caso, debe realizarse lo antes posible, para evitar episodios recurrentes de cuadros suboclusivos.

J. Espinel, E. Pinedo¹ y G. Rascarachi

Servicio de Gastroenterología y ¹Radiología. Hospital de León

Bibliografía

1. González López C, Vallejo A, Armas JR, Pellicer F, Herreras JM. Lesión polipoidea colónica infrecuente. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100(10): 663-4.
2. Papp JP, Haubrich WS. Endoscopic removal of colonic lipomas. *Gastrointest Endosc* 1973; 20: 66-7.
3. Waye JD, Frankel A. Removal of pedunculated lipoma by colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 1974; 61: 221-2.
4. Bar-Meir S, Halla A, Baratz M. Endoscopic removal of colonic lipomas. *Endoscopy* 1981; 13: 135-6.
5. Kim CY, Bandres D, Tio L, Benjamin SB, Al-Kawas FH. Endoscopic removal of large colonic lipomas. *Gastrointest Endosc* 2002; 55(7): 929-31.
6. Wild D, Fiore J, Guelrud M. Successful endoscopic resection of a giant colonic lipoma causing intussusception. *Gastrointest Endosc* 2008; 68(4): 774-5.