

Cartas al Director

Lipoma primario del colon simulador de un adenocarcinoma

Palabras clave: Lipoma. Adenocarcinoma de colon. Cirugía Colorectal.

Key words: Lipoma. Colon adenocarcinoma. Colorectal surgery.

Sr. Director:

Los lipomas de colon (LC) son tumores mesenquimales benignos derivados del tejido adiposo de la pared intestinal; estas lesiones en el 90% de los casos se presentan como masas únicas (1,2). Los LC fueron descritos inicialmente por Bauer en 1757 (2), y en 1909 Stetten señaló que se podían confundir con carcinomas colónicos (3). Estas lesiones ocupan el segundo lugar entre las neoplasias benignas del colon, luego del adenoma (2), y se han observado en el 0,5-4,4% de los estudios *post mortem* (2-4). Su pico de presentación se encuentra entre la quinta y sexta década de la vida (2). Los anteriores datos coinciden con el adenocarcinoma de colon, que es la neoplasia maligna más frecuente del colon. Además, los lipomas pueden llegar a tomar grandes dimensiones, ocasionando síntomas obstructivos y ulceración de la mucosa, lo cual facilita aún más su mal interpretación (3,4). Se han descrito diferentes casos de esta simulación; sin embargo, en la literatura latinoamericana se encuentran pocos casos y revisiones sobre este tema. Por lo anterior, se describe un caso de lipoma de colon que simuló un adenocarcinoma.

Caso clínico

Mujer de 44 años de edad que presentó dolor abdominal constante de tipo punzada en fosa iliaca derecha de un mes de

evolución, acompañado de melenas y episodios de hematoquexia 24 horas antes del ingreso. Al examen físico presentó dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal. Se realizó colonoscopia que mostró masa de aspecto neoplásico en colon derecho, la cual sangraba fácilmente, y tomaron biopsia que evidenció colitis crónica ulcerada severa. Luego realizaron tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen que demostró lesión tumoral en ciego y colon ascendente, cuyas densidades estaban en relación con un lipoma (Fig. 1); el antígeno carcinoembrionario fue de 0,50. La paciente continuó con deposiciones melénicas, y por la sospecha clínica de carcinoma de colon, se realizó hemicolectomía derecha con anastomosis terminolateral ileotransversa. En la pieza quirúrgica se identificó masa a nivel cecal de 4,5 x 3,5 cm de diámetro, cubierta por mucosa ulcerada. Al estudio histopatológico se observó una lesión neoplásica, compuesta por gran cantidad de adipositos maduros, dispuestos sobre un estroma finamente collagenizado y vascularizado, la cual se originaba a nivel submucoso y protruía a la luz intestinal. Esta lesión estaba cubierta por mucosa colónica inflamada con un epitelio reactivo y ulcerado (Fig. 1). Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Discusión

Los LC son neoplasias benignas, compuestas por adipositos maduros, dispuestos sobre un estroma fibrovascular (1). La mayoría se presenta como lesiones únicas, aunque se pueden presentar como lesiones múltiples (10%), denominándose lipomatosis colónica (2). Su ubicación habitual es el colon derecho, de este, el sitio más frecuente es el colon ascendente, seguido del transverso con un 12-25% de los casos (3). Hasta el momento no se han reportado casos donde se compruebe transformación maligna de esta entidad, aunque esta última no se ha descartado (2). Tiene igual prevalencia en hombres y en mujeres, aunque algunos autores relatan un ligero aumento en la frecuencia (66,7%) a favor de estas últimas (2,5). Estas lesiones suelen ser asintomáticas (2,4,6), siendo evidentes cuando son mayores a 2 cm (5), por lo que muchas veces son diagnosticados inciden-

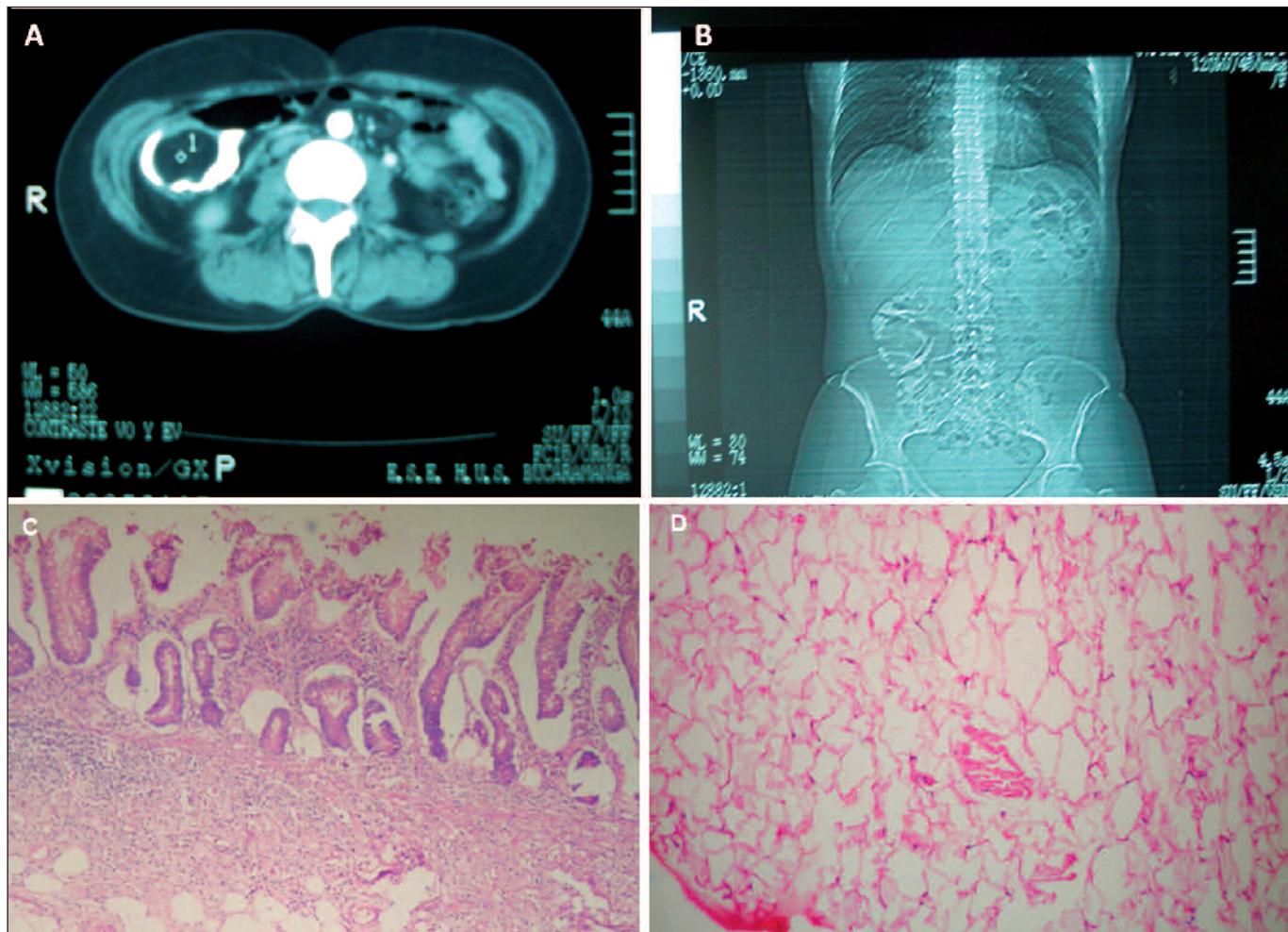


Fig. 1. A. Se reconoce en ciego masa de 4,6 x 3,5 cm que compromete la luz intestinal de -71,14 unidades Hounsfield. B. Reconstrucción donde se reconoce masa a nivel cecal exofítica que ocupa la luz intestinal. C. Lesión neoplásica benigna compuesta por gran cantidad de adipocitos maduros originada en la submucosa y cubierta por mucosa que exhibe ligero infiltrado leucocitario de tipo linfocitario, entremezclado con edema y escasos detritus celulares. Además, se observan a nivel epitelial múltiples cambios reactivos benignos (HE- 4x). D. Gran cantidad de adipocitos maduros dispuestos sobre un estroma fibrovascular escaso (HE 10x).

talmente (3,5). Cuando hay sintomatología, esta se caracteriza por dolor abdominal (42,4%), rectorragia (54,5%) y alteración en los hábitos intestinales (24,2%) (2). Además pueden aparecer deposiciones melénicas, hemorragia masiva gastrointestinal baja y obstrucción intestinal (3). También, se puede presentar como una invaginación intestinal (4), con dolor abdominal tipo cólico, masa abdominal palpable (85% de los casos) y evacuaciones sanguinolentas (2). El diagnóstico de esta patología ha mejorado con el advenimiento de diferentes métodos imágénológicos. En el estudio de colon por enema de bario, generalmente se observa una masa radiolúcida (5). En la colonoscopia, se observa una masa de bordes bien delimitados de aspecto amarillento (6), aunque se puede observar ulcerada (2). Cabe anotar que ante la alta sospecha de lipoma no se recomienda tomar biopsia, porque el examen histopatológico sólo reportará colitis no específica de diferentes grados de severidad (6) e incrementará el riesgo de hemorragia y de perforación intestinal (2,6). El mejor método diagnóstico es la TAC, que muestra en

la densitometría característica de tejido adiposo (5). A pesar de lo anterior, el diagnóstico definitivo se realiza a través del procesamiento de la pieza quirúrgica, en la cual, a nivel histopatológico se observan adipocitos bien diferenciados (6), ubicados más frecuentemente en la submucosa, seguida de la subserosa en menos del 10% (2,6). El tratamiento de esta lesión depende de las características individuales; algunos autores dan un tratamiento conservador cuando la lesión es menor de 2 cm y es asintomática (3). Cuando se utiliza tratamiento quirúrgico existen varias opciones, desde la resección vía endoscópica, hasta cirugía abierta. Aunque se ha demostrado que el tratamiento endoscópico en lesiones mayores de 2 cm aumenta el riesgo de perforación, algunos recomiendan esta vía de abordaje en lesiones menores de 3,9 cm (7). Existen criterios donde el tratamiento de elección es la cirugía por laparotomía o laparoscopia: a) lipoma con diámetro mayor de 4 cm; b) diagnóstico preoperatorio incierto; c) lipoma con aparición de invaginación intestinal; y d) compromiso de la muscular, de la serosa o de ambas (8).

En general el tratamiento quirúrgico es curativo, con mínimas tasas de recurrencia y excelente pronóstico.

En conclusión, los lipomas de colon se pueden confundir con un adenocarcinoma a este nivel, debido a que las dos neoplasias pueden cursar con una clínica y anatomía macroscópica similar. Por ello es útil el uso de la TAC abdominal, la cual mostrará densidades con características de tejido adiposo, logrando así una mejor aproximación diagnóstica prequirúrgica.

J. F. Arévalo Novoa, J. A. Díaz Pérez¹, E. J. Ferreira Bohórquez y N. J. Puentes Vega

Grupo de Investigación en Cirugía y Especialidades de la Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Fundación para el Avance de la Anatomía Patológica, Citología y Clínica Molecular (FAPCIM) Bucaramanga, Colombia. Grupo de Investigación en Patología Estructural, Funcional y Clínica de la Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

Bibliografía

1. Zamorano R, Campos A, Zamorano A, Marín P, Molina JC. Lipoma cecal invaginado hasta colon descendente. Rev Chilena de Cirugía 2008; 60(1): 3-4.
2. Zhang H, Cong JC, Chen CS, Qiao L, Liu EQ. Submucous colon lipoma: a case report and review of the literature. World J Gastroenterol 2005; 11: 3167-9.
3. Butte JM, Íñiguez A, Torres J, Ortega C, Martínez J, Zúñiga A, et al. Intususcepción de colon por lipoma. Reporte de 2 casos. Rev Chilena de Cirugía 2006; 58(2): 151-4.
4. Peñaloza A, Mariño S, Lorenzo F, Díaz N, Spinetti G. Invaginación intestinal por lipoma submucoso reporte de un caso en la literatura. Gac Méd Caracas 1996; 104(1): 78-81.
5. Liessi G, Pavanello M, Cesari S, Dell'Antonio C, Avventi P. Large lipomas of the colon: CT and MR findings in three symptomatic cases. Abdom Imaging 1996; 21: 150-2.
6. Ryan J, Martin JE, Pollock DJ. Fatty tumours of the large intestine: A clinicopathological review of 13 cases. Br J Surg 1989; 76: 793-6.
7. Kaltenbach T, Milkes D, Friedland S, Soetikno R. Safe endoscopic treatment of large colonic lipomas using endoscopic looping technique. Dig Liver Dis 2008; 40: 958-61.
8. Scoggan SD, Frazee RC. Laparoscopically assisted resection of a colonic lipoma. J Laparoendosc Surg 1992; 2: 185-9.