



Lipoma de intestino grueso, punto de inicio de invaginación intestinal. Presentación de un caso

Lipoma of Large Bowel, a Point of Start of Bowel Intussusception. Case Report

Claudia Cabarcas¹

Juan Fernando Salcedo Brand²

Dolcey Márquez³

María José Herrera Bedoya⁴

Sindy Vergara⁵



Palabras clave (DeCS)

Lipoma
Intususcepción
Intestino grueso
Tomografía
 computarizada
 multidetector

Key words (MeSH)

Lipoma
Intususception
Intestine, large
Multidetector computed
 tomography

Resumen

Los lipomas constituyen la segunda causa de neoplasias benignas del colon, suelen ser asintomáticos, pero pueden manifestarse con úlceras que llevan a hemorragias o anemia ferropénica; también pueden manifestarse como obstrucción intestinal a través de una invaginación intestinal. Esta última condición rara en adultos, representa el 1 % de las causas de obstrucción intestinal en este grupo de edad; al menos el 90 % son secundarios a una condición que sirve como cabeza de invaginación o punto de partida. Se presenta el caso de un hombre de 64 años de edad con dolor abdominal, en quien los estudios de imagen establecieron el diagnóstico de invaginación ileocólica ocasionada por un lipoma colónico. Se le practicó una hemicolectomía y anastomosis ileotransversa. El estudio histopatológico confirmó el hallazgo de un lipoma colónico como punto de inicio de una invaginación.

Summary

Lipomas are the second cause of benign neoplasms of the colon. They are usually asymptomatic, but can manifest as cases of ulcers that have hemorrhages or iron deficiency anemia. They can also manifest as bowel obstruction through intussusception. This last condition is rare in adults, representing 1% of the causes of bowel obstruction in this group. Of the cases that occur, at least 90% are secondary to a condition that serves as the head of the intussusception or starting point. We present the case of a 64-year-old man with abdominal pain, in whom imaging studies established the diagnosis of ileocolic intussusception in relation to a possible colonic lipoma. He underwent surgery where a hemicolectomy and ileo-transverse anastomosis were performed. The histopathological study confirmed the finding of a colonic lipoma as the starting point of the intussusception.

Introducción

La invaginación intestinal representa el 1 % de las causas de obstrucción intestinal en adultos. Al menos el 90 % de los casos son secundarios a una condición que sirve como cabeza de invaginación, tales como carcinomas, pólipos, divertículos de Meckel, divertículos colónicos y neoplasias benignas, las cuales generalmente se evidencian en el momento del acto quirúrgico (1).

Los lipomas del colon constituyen la segunda causa de neoplasias benignas del colon (2). Los casos de invaginación ocasionada por estos se han relacionado con su tamaño, usualmente mayor a 2 cm. Sus localizaciones más frecuentes son el ciego y el colon ascendente. En la mayoría de los casos, los radiólogos pueden hacer fácilmente el diagnóstico correcto de invaginación intestinal al observar la típica imagen de intestino dentro del intestino en la tomografía computarizada (TC) abdominal, pero es importante

diferenciar el punto de partida de la invaginación para determinar el tratamiento adecuado. Se presenta un caso de un lipoma localizado en ciego como causa de invaginación ileocólica.

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino de 64 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de importancia, quien consulta por un cuadro clínico de aproximadamente 20 días de evolución caracterizado por dolor tipo cólico localizado en el epigastrio, que se irradia hacia el mesogastrio y los flancos. Además, pérdida de peso no cuantificada, emesis, y cambios en su patrón intestinal, dado por deposiciones blandas (diarreicas). En una evaluación ambulatoria por la misma sintomatología se le realizó una ecografía de abdomen total en la que se identificó engrosamiento de la pared intestinal en el hemicolon

¹Residente de Radiología, Universidad del Norte. Barranquilla, Atlántico.

²Radiólogo Hospital Universidad del Norte. Docente Universidad del Norte. Barranquilla, Atlántico.

³Radiólogo Hospital Universidad del Norte. Docente Universidad del Norte. Barranquilla, Atlántico.

⁴Patóloga Hospital Universidad del Norte. Docente Universidad del Norte. Barranquilla, Atlántico.

⁵Residente de Radiología, Universidad del Norte. Barranquilla, Atlántico.

izquierdo. Al momento de su ingreso se observa abdomen no distendido, peristalsis positiva, blando, depresible, defensa muscular dolorosa a la palpación generalizada sin signos de irritación peritoneal, no se palparon masas ni organomegalias; se consideró un paciente con dolor abdominal de etiología por esclarecer, se inició manejo con líquidos endovenosos, se solicitaron bioquímica hemática y TC simple y con medio de contraste de abdomen como estudios paraclínicos.

Imagenología

En la TC simple y con medio de contraste de abdomen total se observó, hacia el ángulo esplénico del colon, una imagen de densidad grasa de -115 unidades Hounsfield (UH) con diámetros de 5,0 × 3,4 cm (figura 1) asociada a retracción de la grasa mesentérica y secundario desplazamiento de derecha a izquierda de las asas intestinales. Se visualizó realce de las paredes intestinales posterior a la administración del medio de contraste (figura 2), retracción y arremolinamiento de los vasos mesentéricos superiores adyacente a la imagen en forma de “diana” compatible con invaginación intestinal (figura 3). La conclusión del estudio fue: lipoma endoluminal, que actuaba como probable cabeza de invaginación ileocólica.

Con los nuevos datos imagenológicos se le practicó una colonoscopia en la cual se observó, inmediatamente posterior al ángulo hepático, una gran lesión polipoide, dura, que ocupaba toda la circunferencia, pero no se logró determinar su sitio de inserción proximal dado que no permitía el paso del equipo; la mucosa colónica periférica presentaba algunas úlceras lineales intercaladas con mucosa sana; se tomaron muestras de la lesión.

Dados los hallazgos de la colonoscopia: una estenosis intestinal sin la posibilidad de realizar tratamiento endoscópico, se le practicó una hemicolectomía derecha y anastomosis ileotransversa, por cirugía abierta, sin complicaciones. La resección intestinal fue de aproximadamente 20 cm, incluyó desde el íleon distal hasta el tercio proximal del colon transverso. Se encontró una masa intraluminal de aproximadamente 10 × 10 cm a la altura del ciego que producía invaginación ileocecal, extendida hasta el colon transverso, la cual se redujo manualmente; no se encontró compromiso de la serosa, se observaron ganglios aislados a la altura del mesocolon derecho. Los demás órganos intraabdominales tenían aspecto normal.

Histopatología

En el estudio histopatológico de las muestras extraídas en la colonoscopia y en la cirugía se identificó una lesión tumoral mesenquimal benigna conformada por células adiposas de aspecto maduro, con congestión, hemorragia y zonas de necrosis isquémica. En algunas zonas periféricas de la lesión se observó tejido de granulación por la abundancia de vasos sanguíneos con endotelios prominentes y fibroblastos de aspecto reactivo. Se concluyó que se trataba de un lipoma colónico con zonas de necrosis isquémica, focos de abscedación y acúmulos bacterianos (figuras 4 y 5).



Figura 1. TC de abdomen en fase arterial. En el ángulo esplénico del colon lesión con -115 UH de valores densitométricos asociado a retracción de la grasa mesentérica (flecha).

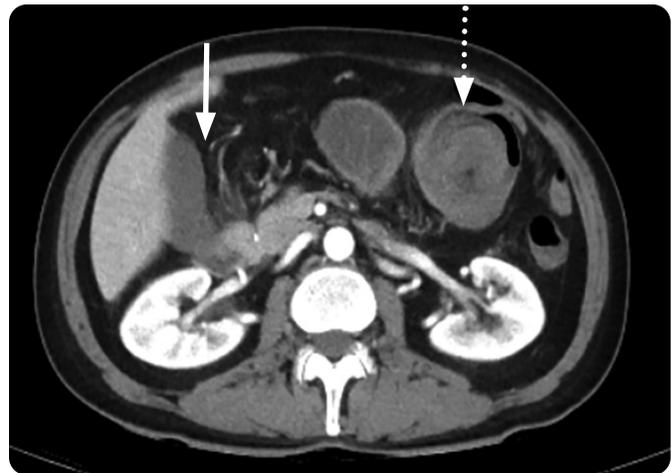


Figura 2. TC axial de abdomen en fase portal. Retracción y arremolinamiento de los vasos mesentéricos superiores (flecha). Imagen en forma de diana por invaginación intestinal (flecha discontinua)

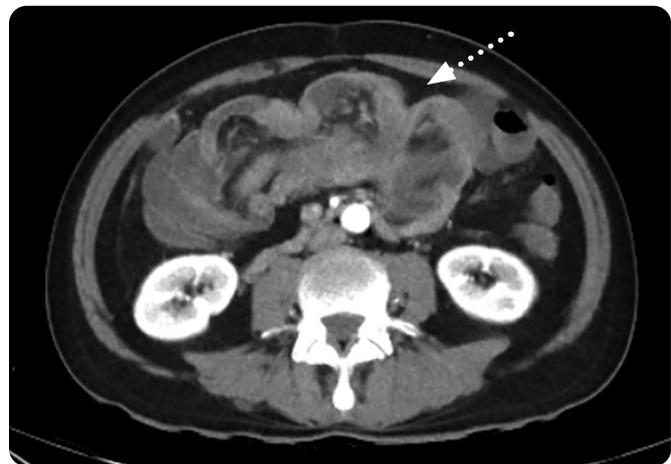


Figura 3. TC axial de abdomen. Realce de las paredes intestinales con la administración del medio de contraste (flecha).

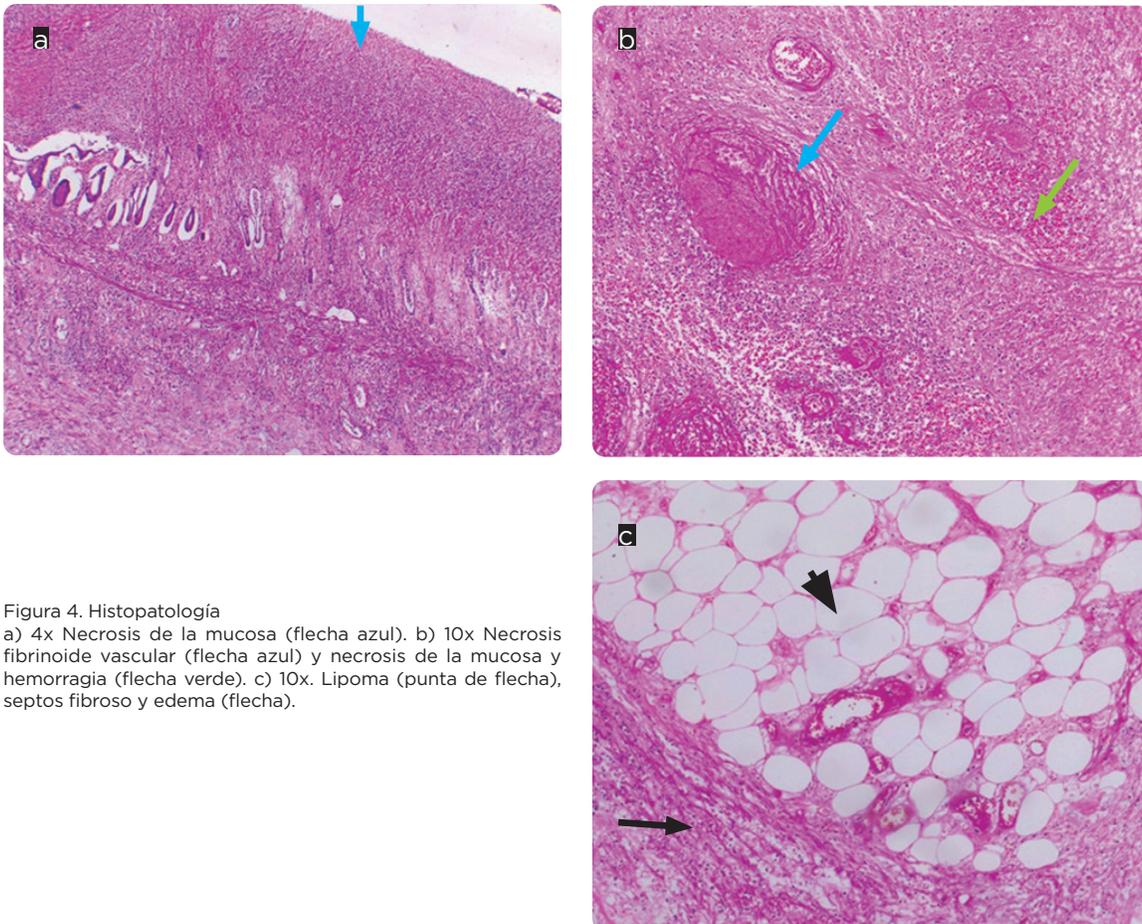


Figura 4. Histopatología
 a) 4x Necrosis de la mucosa (flecha azul). b) 10x Necrosis fibrinoide vascular (flecha azul) y necrosis de la mucosa y hemorragia (flecha verde). c) 10x. Lipoma (punta de flecha), septos fibroso y edema (flecha).

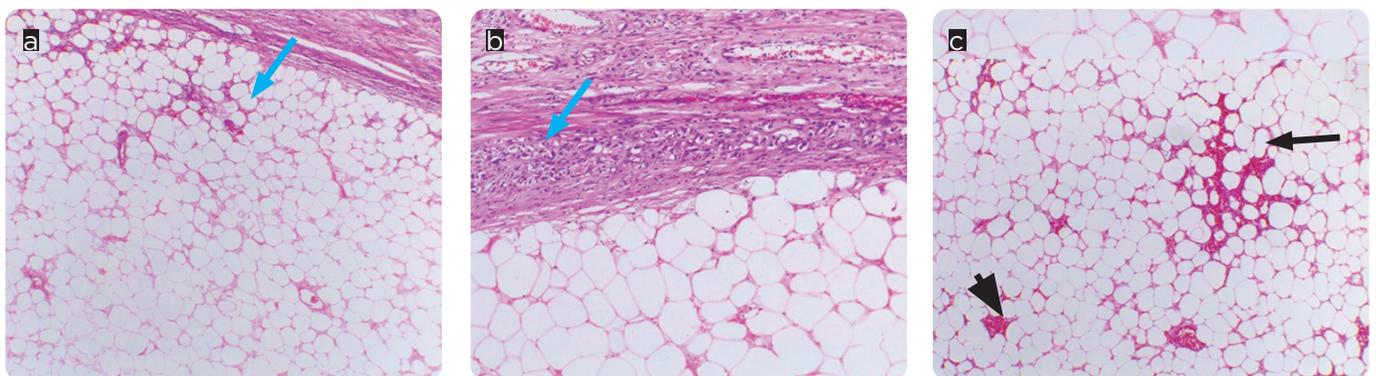


Figura 5. Histopatología
 a) 4x Lipoma (flecha azul). b). 4x Lipoma (flecha azul). c) 10x. Lipoma (punta de flecha) y tejido de granulación (flecha).

Discusión

Los lipomas del colon constituyen la segunda neoplasia benigna del colon (2), corresponden al 0,034-4,4 % de las neoplasias intestinales. Sus localizaciones más frecuentes, en un 51-70 % de los casos, son el ciego y el colon ascendente (3).

Los lipomas se definen como tumores mesenquimales que se componen de tejido adiposo maduro lobulado, de crecimiento lento, con un mínimo estroma de tejido conectivo, localizados en la submucosa;

ocasionalmente, pueden extenderse hasta la capa muscular propia del intestino y hasta el 10 % son subserosos. Usualmente, la mucosa es normal, pero puede mostrar hiperplasia, adenomas, ulceraciones, necrosis o pólipos. Los cambios celulares secundarios pueden incluir hipertrofia, necrosis grasa, hiperchromasia y pleomorfismo, los cuales, cuando son muy extensos pueden simular un liposarcoma; sin embargo, esta es una patología extremadamente rara y para su diagnóstico se requiere la presencia de lipoblastos (4,5).

Suelen ser asintomáticos, pero pueden manifestarse con úlceras que llevan a hemorragias o anemia ferropénica u obstrucción intestinal por invaginación. Estos últimos se han relacionado con un tamaño usualmente mayor a 2 cm (6).

La invaginación es una forma rara de obstrucción intestinal en adultos que representa el 1 % de los casos de obstrucción intestinal en este grupo poblacional (1,7).

En contraste con los casos en niños, la invaginación en adultos, en al menos el 90 % de los casos, es secundaria a una condición que sirve como cabeza de invaginación (8).

Se define como la introducción de un asa de intestino, con su pliegue mesentérico (*intussusceptum*) en el lumen de una porción contigua del intestino (*intussusciens*) como resultado de la peristalsis. Las invaginaciones se clasifican según la ubicación en entero entéricas, ileocólicas, ileocecales o colocolónicas. En adultos se puede subclasificar con base en la identificación o no de un punto o cabeza de invaginación. Aquellos casos en los que no se identifica la cabeza de invaginación tienden a ser transitorios; sin embargo, en los que existe suelen ser persistentes o recurrentes; en algunos casos también pueden ser transitorios (9).

Aunque el mecanismo exacto que precipita la invaginación, especialmente cuando no existe punto de inicio, no es bien entendido, esta condición se ha atribuido a las contracciones disrítmicas del colon; en los casos donde existe una lesión “cabeza de la invaginación” la peristalsis actúa como una corriente que arrastra la lesión hacia atrás induciendo la invaginación de un segmento del intestino en otro (9).

Las condiciones patológicas asociadas, en adultos pueden corresponder a lesiones como carcinomas, lipomas, linfomas, divertículos, y pólipos adenomatosos intraluminales (8,10).

Las manifestaciones clínicas e imagenológicas pueden variar dependiendo de la presencia o no de una cabeza de invaginación. La diferenciación de estas dos entidades es determinante para un tratamiento apropiado y tiene el potencial de reducir la prevalencia de intervenciones quirúrgicas innecesarias. En los casos en los que no hay una cabeza de invaginación se pueden manifestar como un dolor abdominal vago, con hallazgos tomográficos, generalmente incidentales (11).

Los casos con una lesión que actúa como cabeza de invaginación pueden manifestarse con hallazgos clínicos atípicos. A menudo, hay antecedentes previos de dolor abdominal episódico, náuseas y vómito, síntomas que sugieren obstrucciones intestinales parciales. Otras manifestaciones pueden estar relacionadas con un proceso neoplásico, incluyendo estreñimiento, pérdida de peso, melenas o una masa abdominal palpable, más que síntomas específicos relacionados con la invaginación en sí misma. Los síntomas pueden ser amplios debido a la variedad de las causas de la invaginación (11,12).

Ante las manifestaciones clínicas poco específicas y la sospecha de obstrucción intestinal, los pacientes suelen ser evaluados con diferentes métodos de imagen. Una de las herramientas iniciales, con la que se cuenta en la gran mayoría de los servicios de urgencia, es la radiografía simple de abdomen, cuyos hallazgos suelen ser poco específicos. Puede mostrar una masa con densidad de tejidos blandos en las asas de intestino delgado asociado con hallazgos de una obstrucción intestinal. En el 25 % de las radiografías simples de abdomen no se encuentran hallazgos patológicos. Los estudios baritados pueden demostrar el signo clásico del “resorte” a la altura del punto de invaginación; sin embargo, estos estudios suelen estar poco disponibles en los servicios de urgencia y han caído en desuso para la evaluación de esta patología (13).

Tanto la ecografía como la TC son estudios más sensibles y específicos en estos casos. Algunos estudios han demostrado que la ecografía tiene una sensibilidad para detectar invaginación de un 97,9 % y una especificidad de 97,8 %; su valor predictivo positivo es de 86,6 % y el valor predictivo negativo es de 99,7 % en la población pediátrica (14). En adultos las cifras han demostrado ser similares; sin embargo, la evaluación por esta modalidad suele ser limitada debido a la interposición del contenido gaseoso intestinal y grasa abdominal, por lo que la TC es el estudio de elección para estos pacientes, con una precisión diagnóstica de hasta el 100 % (15). Los hallazgos en la ecografía suelen ser el signo de la dona o diana en los cortes transversales y el signo del pseudorriñón en los cortes longitudinales (13).

En la TC, la invaginación intestinal aparece como una masa intestinal anormal parecida a una imagen en diana, en cortes transversales con diámetro mayor que el del intestino normal la cual puede estar asociada con obstrucción del intestino proximal, principalmente en los casos en los que hay lesiones en la luz intestinal. Se deben evaluar siempre las estructuras anatómicas, como la pared intestinal buscando engrosamientos anormales, la grasa mesentérica: alteración en la densidad secundaria a la obstrucción y los vasos mesentéricos que cambian de posición ocasionando en algunas ocasiones “signos del remolino”. Identificar una masa en la TC puede servir como un indicador radiológico fiable de una invaginación lo cual, a menudo, es un reto debido a la apariencia compleja tanto del edema de la pared intestinal como de la masa de punto de partida, la dificultad aumenta dependiendo del grado de compromiso de los vasos mesentéricos y el engrosamiento de las asas intestinales, esto último hace complejo diferenciar una masa de una inflamación (9).

En la TC, particularmente los lipomas colónicos, se pueden observar como masas intraluminales bien circunscritas, con muy baja atenuación, que tienen componente graso -80 a -120 UH; este método es particularmente útil en la identificación de lipomas colónicos de gran tamaño que causan dolor abdominal o invaginación (6). La baja atenuación de los lipomas generalmente se puede detectar en la TC, pero como Buetow y colaboradores (16) informaron en su serie de casos de 10 lipomas intususceptados de colon —de los cuales nueve mostraron alguna pérdida de densidad de grasa, y uno de ellos mostró una atenuación total de los tejidos blandos—, la masa colónica puede tener la apariencia de un tumor maligno. Los lipomas de intestino delgado con una invaginación complicada pueden entonces, no tener las características clásicas en la TC (17).

Conclusión

La invaginación intestinal es una causa rara de obstrucción intestinal en adultos; sin embargo, debe ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial al abordar estos pacientes. La mayoría de los casos en este grupo de pacientes se deben a lesiones malignas, y en un menor porcentaje a lesiones benignas, como el lipoma colónico. La invaginación ocurre especialmente cuando se trata de lesiones de gran tamaño. Los estudios por imágenes diagnósticas como ecografía y principalmente las TC de abdomen simple y con medio de contraste son esenciales para evaluar de manera adecuada la anatomía y características de la lesión antes del manejo quirúrgico, y lograr una adecuada planificación y abordaje del mismo.

Referencias

1. Ohasi de Figueiredo L, García D, Ronaldo Alberti L, Paiva R, Petroianu A, Barbosa Paolucci L. Colo-colonic intussusception due to large submucosal lipoma: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2016;28:107-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.09.006>
2. Blanco González F, Cebollero Benito M, Hernando Almudí E, Esarte Muniain J, Córdoba Díaz de Laspra E, Martínez Germán A, et al. Lipomas de colon: nuevas aportaciones a su diagnóstico. *Cirugía Española.* 2000;67(2):175-9.
3. Coyne P, Teemul T, Dent B, Henderson D, Crabbe R, Garud T. Submucosal lipoma of the large intestine masquerading as a colonic malignancy. *J Surg Case Reports.* 2011;2011(2):4.
4. Nallamothu G, Adler DG. Large colonic lipomas. Vol. 7, *Gastroenterology and Hepatology.* Millenium Medical Publishing; 2011. p. 490-2.
5. Charifa A, Badri T. Lipomas. *Pathology [Internet]. StatPearls Publishing;* 2019 [cited 2020 Feb 11]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29493968>
6. Meghoo CAL, Cook PR, McDonough CA, Bowser LK, Waddell BE. Large colonic lipoma with mucosal ulceration mimicking carcinoma. *Gastrointest Endosc.* 2003;58(3):468-70.
7. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G, Vassiliou I, et al. Intussusception of the bowel in adults: A review. *World J Gastroenterol.* 2009;15:407-11.
8. Vagholkar K, Chavan R, Mahadik A, Maurya I. Lipoma of the small intestine: A cause for intussusception in adults. *Case Rep Surg.* 2015;2015:1-3.
9. Kim YH, Blake MA, Harisinghani MG, Archer-Arroyo K, Hahn PF, Pitman MB, et al. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point. *Radiographics.* 2006;26:733-44.
10. M'rabet S, Jarrar MS, Akkari I, Abdelkader A Ben, Sriha B, Hamila F, et al. Colonic intussusception caused by a sigmoidal lipoma: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018;50:1-4.
11. Felix EL, Cohen MH, Bernstein JS. Adult intussusception: Case report of recurrent intussusception and review of the literature. *Am J Surg.* 1976;131(6):758-61.
12. Weissberg DL, Scheible W, Leopold GR. Ultrasonographic appearance of adult intussusception. *Radiology.* 1977;124(3):791-2.
13. Triantopoulou C, Vassilaki A, Filippou D, Velonakis S, Dervenis C, Koulentianos E. Adult ileocolic intussusception secondary to a submucosal cecal lipoma. *Abdom Imaging.* 2004;29(4):426-8.
14. Bartocci M, Fabrizi G, Valente I, Manzoni C, Specca S, Bonomo L. Intussusception in childhood: role of sonography on diagnosis and treatment. *J Ultrasound.* 2015;18(3):205-11.
15. Rafailidis V, Phillips C, Yusuf G, Sidhu P. A case of adult intussusception with greyscale, contrast-enhanced ultrasound and computerised tomography correlation. *Ultrasound.* 2017;25(2):120-5.
16. Buetow PC, Buck JL, Carr NJ, Pantongrag-Brown L, Ros PR, Cruess DF. Intussuscepted colonic lipomas: Loss of fat attenuation on CT with pathologic correlation in 10 cases. *Abdom Imaging.* 1996;21(2):153-6.
17. Thompson WM. Imaging and findings of lipomas of the gastrointestinal tract. *Am J Roentgenol.* 2005;184(4):1163-71.

Correspondencia:

Sindy Vergara Severiche
 Calle 19 # 43G-80
 Medellín, Colombia
sindyvergara90@gmail.com

Recibido para evaluación: 26 de octubre de 2019

Aceptado para publicación: 20 de febrero de 2020