

LIPOMA INTRABDOMINAL GIGANTE SINCRÓNICO CON NEOPLASIA DE COLON

M.C. García-Esteban, C. Núñez-Sousa, A. Bejarano-García, H. Pallarés-Manrique, M. Ramos-Lora

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Caso

Presentamos el caso de una mujer de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus e intervenciones quirúrgicas previas por hemorroides, histerectomía y prolapso uterino. Ingresó en nuestro hospital por cuadro de dolor abdominal, vómitos y estreñimiento de una semana de evolución, refiriendo pérdida de peso de unos seis kilos en las dos últimas semanas. A su ingreso la paciente presentaba un estado general aceptable, sin datos de deshidratación, estaba afebril y hemodinámicamente estable. La exploración fue anodina, el abdomen era depresible, sin dolor a la palpación, donde no se delimitaban masas.

Entre las pruebas complementarias realizadas destacaba un hemograma con 10.5 g/dl de hemoglobina, hematocrito 33.6%, volumen corpuscular 58.9 fl, no había leucocitosis. Se realizó un examen bioquímico donde no se apreciaban alteraciones destacables, salvo un marcador tumoral mínimamente elevado [CEA 4.60 ng/ml (0-4)], así como reactantes de fase aguda elevados (proteína C reactiva 0.5, velocidad de sedimentación globular 24). Se practicó un estudio endoscópico de colon donde se objetivó una tumoración mamelonada, a unos 120 cm del margen anal de aspecto maligno, las biopsias endoscópicas revelaron una histología compatible con adenoma tubulovelloso con displasia severa. En el estudio tomográfico del abdomen no se detectaron lesiones metastásicas aunque como hallazgo incidental se diagnosticó gran masa de densidad grasa que ocupa prácticamente toda la cavidad abdominal desde región

subhepática hasta pelvis, de 26.8x10x32 centímetros de ejes transverso-anteroposterior-cranio-caudal respectivamente, comprimiendo y desplazando las estructuras adyacentes, no presentando polos sólidos ni áreas de realce con el contraste intravenoso.

Se le practicó hemicolectomía derecha y resección de la masa gigante prevesical del espacio de Retzius extrayéndose una pieza quirúrgica que pesó 5.073 gramos y cuyo estudio histológico confirmó que se trataba de un lipoma.

Discusión

Los lipomas son tumores mesenquimales benignos de crecimiento lento formados por grasa madura, con una incidencia aproximada del 10% son los tumores mesenquimales más frecuentes¹. El tumor se compone de tejido adiposo bien diferenciado rodeado por una fina cápsula fibrosa. Suelen presentarse en tejidos blandos y músculo esquelético pero pueden hacerlo en cualquier región del cuerpo que contenga grasa, incluyendo el tracto gastrointestinal (GI). Aunque generalmente son únicos, pueden ser múltiples. Aproximadamente, el 90-95% asientan sobre la capa submucosa, el 5-10% lo hace sobre mucosa y subserosa. La mayor parte de ellos son asintomáticos y se diagnostican de forma incidental cuando se realizan estudios por otras causas. La producción de síntomas está condicionada por el tamaño, una medida de más de 3-4 cm supone el inicio de las primeras molestias en los pacientes. El lipoma no es una lesión susceptible de malignización, por lo que es importante establecer un correcto diagnóstico sobre la naturaleza de la lesión evitando así una cirugía innecesaria. Una proyección en sección transversal del lipoma ha demostrado ser útil para su evaluación radiológica.

CORRESPONDENCIA

M^o Carmen García Esteban
Hospital Juan Ramon Jimenez. Aparato Digestivo.
Ronda Exterior Norte, s/n
21005 Huelva
Tlf: 630063035
magaes82@hotmail.com

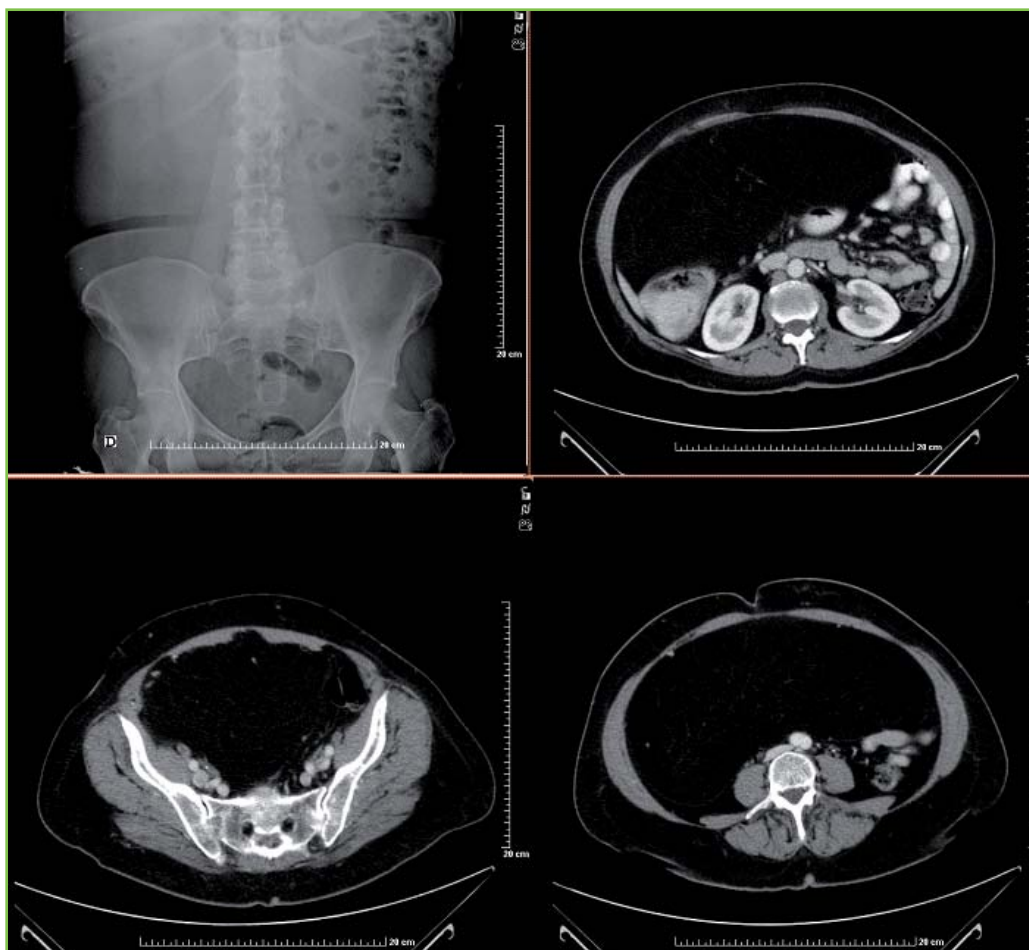


Figura 1

Composición de imágenes de TC abdominal con contraste donde se observa una gran masa intrabdominal correspondiente a lipoma gigante que desplaza el resto de estructuras de la cavidad.

Los casos publicados son, en su mayoría, sobre complicaciones importantes secundarias a la presencia de lipomas; en otros casos es el dolor abdominal y la distensión progresiva la forma de presentación. Sin embargo, no existen series en las que describan lipomas asintomáticos detectados como hallazgo incidental.

En cuanto al diagnóstico radiológico, la tomografía (TC) y la resonancia (RM) identifica fácilmente la grasa macroscópica, por lo tanto son las técnicas de imagen más específicas para el diagnóstico. La imagen que se observa es la de una formación redondeada, homogénea, bien circunscrita, puede contener tabiques en su interior. No realzan tras la administración de contraste intravenoso.

Los lipomas son lesiones que pueden aparecer en cualquier parte del tracto GI. Los lipomas gástricos son lesiones raras (5% de todos los que asientan en tracto GI), suponen el 3 % de las lesiones benignas en esta localización y más frecuentemente sobre el antro. Aproximadamente, el 20-25% de los lipomas del tracto GI se localizan en el intestino delgado, son el segundo tumor benigno tras los estromales y predomina la ubicación ileal. Los lipomas más frecuentes son los del colon, cerca del 65-75% de los lipomas intestinales se localizan en éste y lo más frecuente es encontrarlos sobre colon derecho en las proximidades de la válvula ileocecal. Los

lipomas del hígado se han divulgado raramente, siendo en su mayoría asintomáticos con independencia del tamaño y nunca degeneran. El diagnóstico diferencial de las lesiones grasas del hígado es diverso, incluyendo esteatosis focal, adenoma, hiperplasia nodular focal, lipoma, angiomiolipoma, carcinoma hepatocelular, y liposarcoma primario y metastático. Los lipomas pancreáticos son entidades raras que se describen escasamente en la literatura; el diagnóstico diferencial incluye la infiltración grasa focal, teratoma y liposarcoma. El mesenterico es una localización inusual, donde los lipomas no infiltran los tejidos circundantes y pueden llegar a alcanzar grandes tamaños².

Los de pequeños tamaños (menores de 2-4 cm) suelen ser asintomáticos, pero por encima de esta medida pueden provocar complicaciones por obstrucción o intususpección. El dolor abdominal, los cambios de ritmo intestinal, hemorragia digestiva, el malestar abdominal o afectación de órganos adyacentes por compresión, cuando son de gran tamaño, son síntomas que podrían ocasionar estos tumores¹⁻⁴.

En algunos casos, el tamaño de la masa no permite distinguir el órgano del que depende y es necesaria la realización de técnicas como el US doppler, angioTC o angiografía a partir de las cuales se puede distinguir la estructura que le aporta la vascularización³.

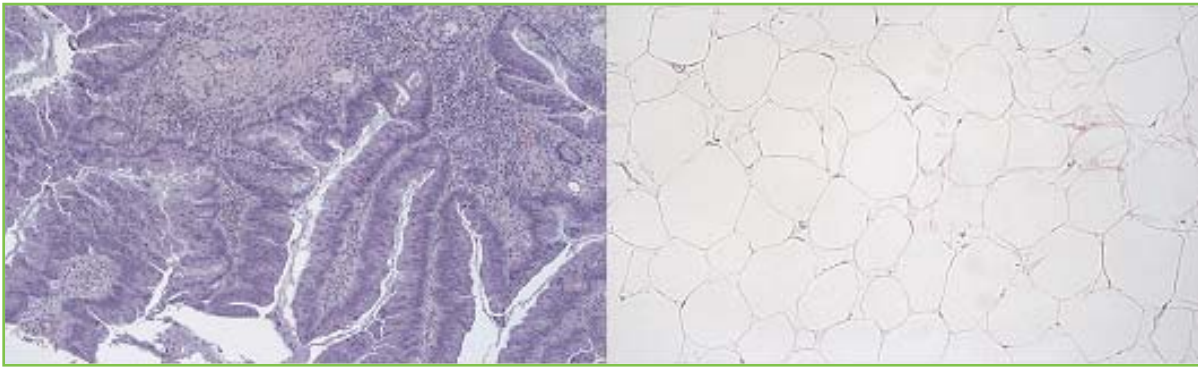


Figura 2

Composición de imágenes del estudio histológico de las piezas obtenidas en la intervención quirúrgica. A la izquierda, imagen correspondiente a pieza de colon, adenocarcinoma. A la derecha, imagen histológica del lipoma.

El tratamiento quirúrgico de los lipomas se contempla en el caso de que provoque síntomas o que presente gran tamaño. Ante un lipoma de pocos centímetros que se haya diagnosticado de forma incidental no es necesario realizar ningún tipo de tratamiento, incluso puede no hacerse seguimiento de la lesión dada su naturaleza benigna sin riesgo de malignización⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shiroshita H, Komori Y, Tajima M, Bandoh T, Arita T, Shiraishi N, Kitano S. Laparoscopic Examination and Resection for Giant Lipoma of the Omentum. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2009;19: 217–220.
2. Genchellac H., Demir M.K., Ozdemir H., Unlu E., Temizoz O. Computed Tomographic and Magnetic Resonance Imaging Findings of Asymptomatic Intra-Abdominal Gastrointestinal System Lipomas. *J Comput Assist Tomogr* 2008;32:841-847.
3. Sato M, Ishida H, Konno K, et al. Mesenteric lipoma: report of a case with emphasis on US findings. *Eur Radiol.* 2002; 12:793–795.
4. Peters MB Jr, Obermeyer RJ, Ojeda HF, et al. Laparoscopic management of colonic lipomas: a case report and review of the literature. *JSLs.* 2005;9:342-344.