

# TRANSECCIÓN LENTA DE UN LIPOMA DE COLON MEDIANTE LIGADURA CON ENDOLOOPS

A. Sánchez-Yagüe, M.C. López-Vega, F.J. Rodríguez-González, I.M. Méndez-Sánchez, C. López-Muñoz, A. M. Sánchez-Cantos

Unidad de Aparato Digestivo, Hospital Costa del Sol, Marbella.

## Resumen

**Introducción:** los lipomas de colon, aunque generalmente asintomáticos puede presentarse con dolor abdominal u obstrucción. Se han descrito varios tratamientos endoscópicos.

**Caso clínico:** Un paciente de 28 años se presentó con estreñimiento y dolor abdominal recurrente. Una colonoscopia reveló una lesión submucosa pediculada compatible con un lipoma. Una ecoendoscopia confirmó una lesión hiperecoica limitada a la capa submucosa. Se maniobraron dos endoloops sobre el pedículo de la lesión para lograr una transección mecánica lenta. La lesión se desprendió en 8 días.

**Discusión:** Varios tratamientos endoscópicos han sido descritos para el tratamiento de los lipomas de colon. La ligadura con endoloops es una opción segura de tratamiento endoscópico que se basa en la transección lenta en lugar de la resección con asa.

**Palabras clave:** Endoloop, lipoma, colon, "loop and let go".

### CORRESPONDENCIA

Andres Sánchez-Yagüe  
Unidad de Aparato Digestivo  
Hospital Costa del Sol  
Autovía A-7, Km 187. 29603 Marbella

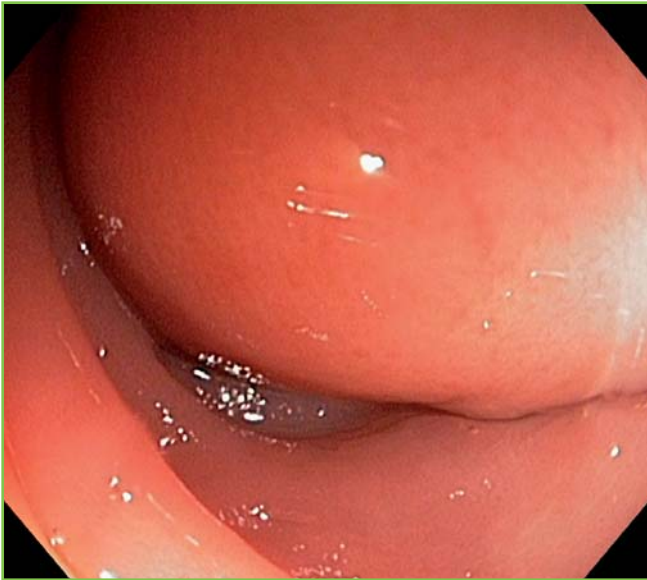
asyague@gmail.com

## Introducción

Los lipomas de colon son tumores subepiteliales benignos que se presentan como estructuras sésiles o polipoides<sup>1</sup>. Aunque benignos y generalmente asintomáticos los lipomas grandes pueden ser sintomáticos y presentarse con dolor abdominal o estreñimiento secundario a obstrucción intermitente o invaginación intestinal<sup>2, 3</sup>. Varios tratamientos endoscópicos se han descrito para los lipomas del colon incluyendo la resección con asa<sup>4</sup> y la ligadura con endoloops sin resección<sup>5,7</sup>. Este último ha demostrado buenos resultados sin complicaciones aunque en algunos casos el endoloop puede aflojarse evitando que el tratamiento sea eficaz<sup>7</sup>. Presentamos un caso de un lipoma de colon tratado mediante una doble ligadura con endoloops sin resección, una variante de la técnica "loop and let go".

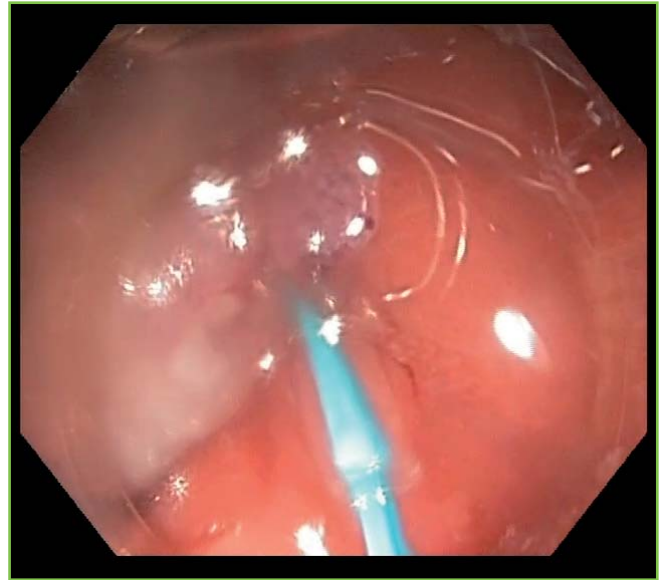
## Caso clínico

Un varón de 28 años fue remitido a nuestra consulta externa por estreñimiento y dolor abdominal intermitente localizado en el cuadrante inferior izquierdo. Inicialmente se recomendó observación, pero debido a la persistencia de los síntomas se indicó una colonoscopia en la que se detectó una lesión polipoide pediculada de 3 cm con mucosa normal sugestiva de un lipoma (**Figura 1**) situada a 25 cm del margen anal. No se encontraron otras lesiones en el colon. Se realizó una ecoendoscopia radial en la que se evidenció una lesión homogénea hiperecogénica limitada a la capa submucosa (**Figura 2**). Debido a su tamaño y la presencia de síntomas atribuibles a la lesión se le ofreció tratamiento endoscópico.



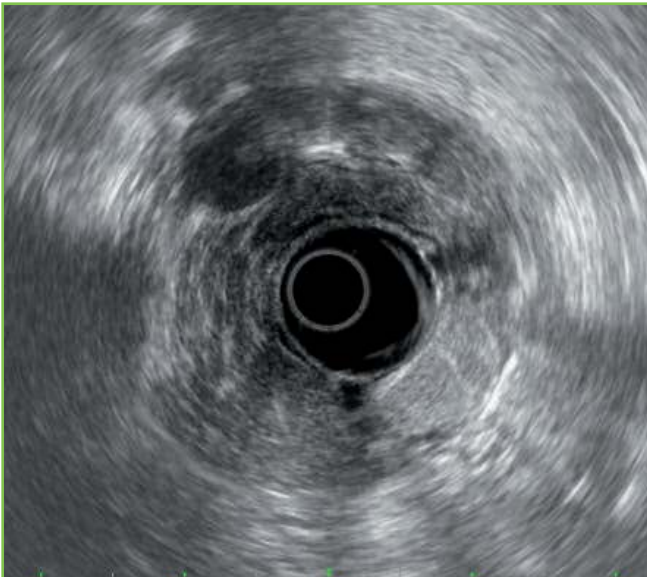
**Figura 1**

Imagen endoscópica del lipoma.



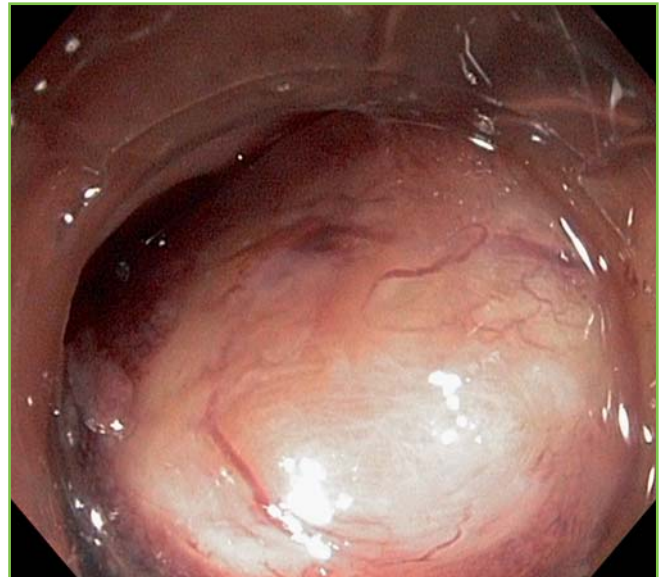
**Figura 3**

Colocación del primer endoloop.



**Figura 2**

Ecoendoscopia: lesión hiperecoica bien delimitada confinada a la capa submucosa .



**Figura 4**

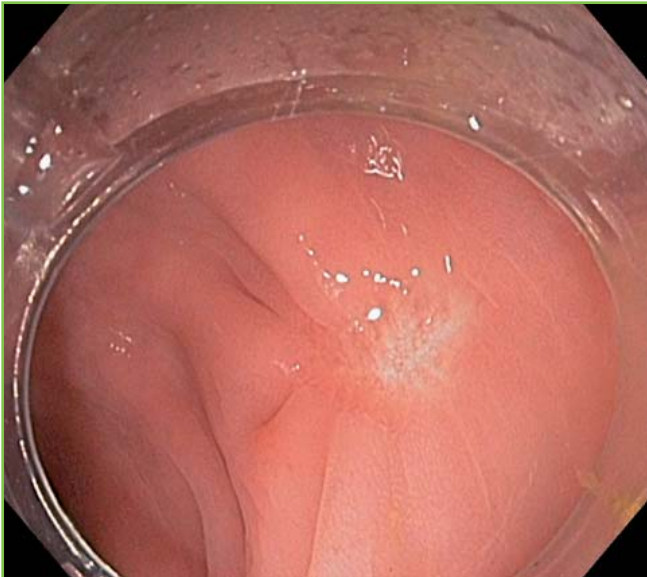
Signo de la grasa desnuda ("naked fat sign").

En una sesión diferente se insertó un colonoscopio pediátrico de alta definición (PCF-H180, Olympus, Japón) con un capuchón distal corto (D-201-12704) hasta el área del lipoma. El capuchón impide que la mucosa se adhiera a la lente del endoscopio mejorando así la visualización sobre todo durante la colocación de los endoloops. Se maniobró un endoloop (MAJ 340, Olympus) sobre la base del lipoma (**Figura 3**) utilizando una técnica de dos pasos. En primer lugar se apretó el endoloop utilizando la vaina y posteriormente se avanzó el cierre para mantener el endoloop fijo en la posición de máxima presión antes de la liberación. A continuación se tomaron biopsias revelando el "signo de la grasa desnuda" ("naked fat sign") (**Figura 4**). Finalmente se maniobro un segundo endoloop que se libero adyacente al primero aprovechándose de la cintura que éste había formado para estrangular con más fuerza el

pseudopedículo del lipoma. No se observaron complicaciones durante o después del procedimiento. El paciente confirmó la expulsión del lipoma y los endoloops unos 8 días después del procedimiento. Una colonoscopia de seguimiento realizada dos meses más tarde reveló en la zona una cicatriz de 5 mm sin signos de lesión residual (**Figura 5**).

## Discusión

Los lipomas de colon son tumores benignos raros que se pueden presentar como lesiones sésiles o pediculadas<sup>1</sup>. Aunque en su mayoría asintomáticos algunos pacientes, especialmente aquellos con grandes lipomas, pueden



**Figura 5**

Cicatriz en el punto de transección del lipoma.

presentar estreñimiento y dolor abdominal secundarios a obstrucción intermitente o invaginación intestinal<sup>2, 3</sup>. Varias técnicas endoscópicas se han descrito para el tratamiento de los lipomas de colon incluyendo distintas técnicas de resección con asa<sup>8-10</sup>. En general, la resección con asa se ha considerado segura para reseccionar lipomas pequeños (<2 cm) pediculados o sésiles con una base de implantación estrecha de forma que las lesiones que no cumplen estos criterios presentan un mayor riesgo de perforación<sup>4</sup>. Otros artículos han puesto de relieve el riesgo de sangrado después de la resección endoscópica de lipomas de colon<sup>11</sup>.

Los endoloops se han utilizado para el tratamiento de los lipomas de colon como un complemento de la resección endoscópica<sup>10</sup>. La técnica "loop and let go" que utiliza endoloops para el tratamiento de los lipomas del colon fue descrita inicialmente por Raju y cols<sup>5</sup>. Kaltenbach y cols pusieron de relieve la idoneidad de esta estrategia como tratamiento de los lipomas de colon en 8 pacientes<sup>6</sup>. La base racional radica en el desprendimiento de la lesión mediante transección mecánica lenta<sup>5</sup>. El uso de endoloops antes de la resección endoscópica implica un aumento potencial del riesgo de perforación inducida por cauterización en el punto de colocación del endoloop lo cual no hace sino destacar la seguridad de la técnica de "loop and let go" técnica<sup>7</sup>. Una desventaja de esta técnica podría ser la necesidad de seguimiento ya que en algunos casos podrían requerirse varias sesiones y endoloops adicionales ya que podría aflojarse el endoloop según la lesión se va adelgazando. En nuestro caso se utilizaron dos endoloops doble para asegurar un cierre mas fuerte y evitar que se aflojasen. Otra desventaja podría ser el riesgo de malignidad, pero la incidencia de liposarcoma en el colon es despreciable<sup>12, 13</sup>. Esto haría la obtención de una muestra innecesaria a menos que hubiese una alta sospecha de malignidad. En este aspecto la ecoendoscopia es un complemento valioso de diagnóstico. Los lipomas se presentan característicamente como lesiones hiperecoicas homogéneas,

mientras que los liposarcomas presentan áreas tabicadas o hipoeicoicas secundarias a la necrosis<sup>14</sup>. En nuestro caso visualizamos una lesión hiperecoica y homogénea. No se han comunicado complicaciones con la técnica de "loop and let go" hasta la fecha<sup>5,7</sup>. En conclusión, usando la técnica de doble ligadura con endoloops podría ser considerada como un método seguro y eficaz para el tratamiento de lipomas de colon sintomático o de gran tamaño.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Creasy TS, Baker AR, Talbot IC, Veitch PS. Symptomatic submucosal lipoma of the large bowel. *Br J Surg* 1987;74:984-6.
2. Krishnan SJ, Shehab TM, Strasius SR. Giant colonic lipoma presenting as intermittent obstruction. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4, xxv.
3. Rogy MA, Mirza D, Berlakovich G, Winkelbauer F, Rauhs R. Submucosal large-bowel lipomas—presentation and management. An 18-year study. *Eur J Surg* 1991;157:51-5.
4. Pfeil SA, Weaver MG, Abdul-Karim FW, Yang P. Colonic lipomas: outcome of endoscopic removal. *Gastrointest Endosc.* 1990;36:435-438.
5. Raju GS, Gomez G. Endoloop ligation of a large colonic lipoma: a novel technique. *Gastrointest Endosc.* 2005;62:988-990.
6. Kaltenbach T, Milkes D, Friedland S, Soetikno R. Safe endoscopic treatment of large colonic lipomas using endoscopic looping technique. *Dig Liver Dis* 2008;40(12):958-61.
7. Lee SH, Park JH, Park do H, Chung IK, Kim HS, Park SH, et al. Endoloop ligation of large pedunculated submucosal tumors (with videos). *Gastrointest Endosc* 2008; 67:556.
8. Kim CY, Bandres D, Tio TL, Benjamin SB, Al-Kawas FH. Endoscopic removal of large colonic lipomas. *Gastrointest Endosc* 2002;55:929-31.
9. Koo J, Kaffes A. Endoscopic resection of large colonic lipomas assisted by a prototype single-use endoloop device. *Endoscopy* 2006;38:644-7.
10. Murray MA, Kwan V, Williams SJ, Bourke MJ. Detachable nylon loop assisted removal of large clinically significant colonic lipomas. *Gastrointest Endosc* 2005;61:756-9.
11. Shim CS, Jung IS. Endoscopic removal of submucosal tumors: preprocedure diagnosis, technical options, and results. *Endoscopy.* 2005;37:646-654.
12. Gutsu E, Ghidirim G, Gagauz I, Mishin I, Iakovleva I. Liposarcoma of the colon: a case report and review of literature. *J Gastrointest Surg* 2006;10:652-6.
13. Chen KT. Liposarcoma of the colon: a case report. *Int J Surg Pathol* 2004;12:281-5.
14. Takahashi Y, Irisawa A, Bhutani MS, Shibukawa G, Takagi T, Wakatsuki T et al. Two Cases of Retroperitoneal Liposarcoma Diagnosed Using Endoscopic Ultrasound-Guided Fine-Needle Aspiration (EUS-FNA). *Diagn Ther Endosc.* 2009;2009:673194.