

PÉRDIDA PONDERAL COMO FACTOR ASOCIADO DE INVAGINACIÓN COLOCOLÓNICA POR LIPOMA GIGANTE

Y. González-Amores, B. Ferreiro-Argüelles, J. Calle-Calle, S. Hernando-Rebollar, M. Jiménez-Moreno, E.V. Perdices-López, A. Ortega-Alonso, A. Casado-Bernabeu, R.J. Andrade-Bellido

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Resumen

La invaginación intestinal es una causa infrecuente de obstrucción intestinal en el adulto. Más infrecuente es su aparición en una localización que no comprometa asas de intestino delgado, o sobre un lipoma gigante. Presentamos un caso en el que además de todos estos factores, los cuadros de suboclusión intestinal fueron intermitentes y en el que la pérdida ponderal previa es propuesta como un factor desencadenante.

Palabras clave: Lipoma colónico. Intususpección. Obstrucción intestinal. Pérdida ponderal.

Abstract

Intussusception is a rare cause of intestinal obstruction in adults. Its occurrence is even rarer if it does not involve small bowel loops or is caused by a giant lipoma. We report a case in which, in addition to all these factors, the episodes of partial bowel obstruction were intermittent and in which the previous weight loss could be a triggering factor for intussusception.

Keywords: Colonic lipoma. Intussusception. Intestinal obstruction. Weight loss.

CORRESPONDENCIA

Yolanda González Amores
yolanda_gonzalez4@hotmail.com

Caso clínico

Los lipomas son los tumores benignos gastrointestinales más frecuentes, predominando en colon derecho y en mujeres, con una mayor incidencia entre la 5ª-6ª década de la vida. Generalmente son de pequeño tamaño y asintomáticos, aunque cuando sobrepasan los 4 cm, en un 75% de las ocasiones dan síntomas tales como sangrado gastrointestinal, dolor abdominal o alteraciones del hábito intestinal.

La invaginación es una causa infrecuente de obstrucción en el adulto (1%), sólo un 20% acontecen sobre colon, pues habitualmente se dan sobre asas de intestino delgado o ileocólicas. Suelen asociarse a una lesión orgánica y limitarse a un segmento del colon¹.

Se han descrito casos en la literatura de lipomas gigantes causantes de obstrucción intestinal aguda por invaginación como forma clínica de debut² y pérdida ponderal secundaria a cuadros suboclusivos^{3,4}, pero no así que la pérdida ponderal previa sea un factor asociado o desencadenante de este tipo de cuadro, como es el caso que nos ocupa.

Se trata de una mujer de 38 años con antecedentes de hipotiroidismo, cesárea y colocación de balón intragástrico por obesidad mórbida 5 meses antes, con pérdida ponderal posterior de 28 kg.

Acude a urgencias por un cuadro de estreñimiento, distensión abdominal y náuseas. Asimismo, refería tres episodios previos con las características descritas en la semana anterior con resolución espontánea.

A la exploración presentaba un abdomen distendido y timpanizado, doloroso de forma difusa y sin signos de irritación



Figura 1 Masa ovalada de densidad grasa situada en colon descendente-sigma, que ocupa toda la luz.

peritoneal. Un TAC urgente mostró una invaginación colónica que se extendía hasta sigma (Figura 1).

Tras valoración por el servicio quirúrgico, que descartó la necesidad de cirugía urgente se realiza una colonoscopia sin preparación que identificó una gran masa excrecente polipoidea a 40 cm de margen anal, que ocluía la luz del sigma por completo. Se cursa ingreso de la paciente y ante la mejoría clínica con tratamiento conservador, se realiza una segunda colonoscopia que objetiva una gran masa de aproximadamente 4 cm, oval, lisa, con mucosa de características normales, excepto en una pequeña zona ulcerada superficial con fibrina, localizada en zona teórica de ángulo hepático del colon. Se realiza tatuaje endoscópico de la misma. Ante la discrepancia en la localización de la lesión por endoscopia se solicita un segundo TAC que muestra dicha lesión, de densidad grasa y 5 cm de diámetro, en ángulo hepático, sin alteraciones en colon descendente y sigma (Figura 2).

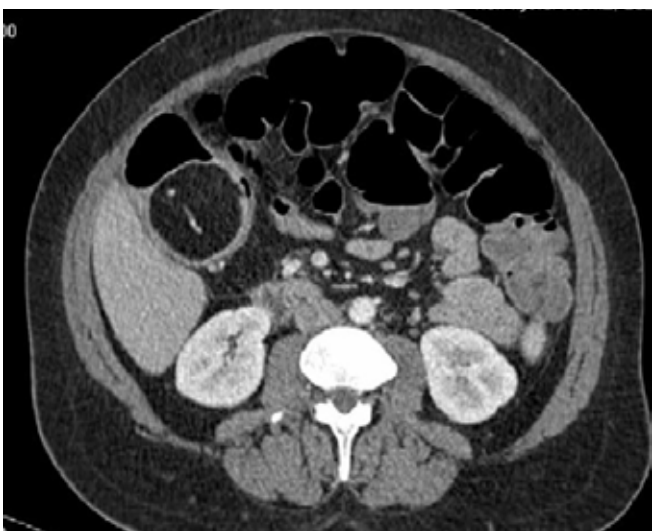


Figura 2 Masa de densidad grasa de 5 cm en ángulo hepático.

Se intervino de forma programada, realizándose una sección a nivel de ileon terminal y de colon transverso con anastomosis laterolateral de ileon sobre transverso, al confirmarse la existencia de una gran tumoración en ángulo hepático. Llamaba la atención durante la intervención, una marcada desparietalización de colon ascendente con hiperlaxitud de tejidos.

El estudio anatomopatológico posterior confirmó que la tumoración era un lipoma submucoso pediculado de 3x3x9.5 cm con mucosa supraadyacente ulcerada.

El diagnóstico definitivo se obtuvo por anatomía patológica, siendo la TAC la prueba de elección para la aproximación diagnóstica previa a la cirugía, si bien no proporciona un diagnóstico de seguridad.

Proponemos en este caso la pérdida ponderal severa como la causa de la hiperlaxitud de los tejidos abdominales, que pudo dar lugar a una hipermovilidad de asas de colon ascendente dentro de la cavidad abdominal, lo que permitió que el lipoma pudiera invaginarse desde ángulo hepático hasta sigma y posteriormente volver a su posición inicial como demuestran las pruebas complementarias, causando los cuadros pseudooclusivos de la paciente.

Cabe destacar la rareza del caso, pues la invaginación es una causa infrecuente de obstrucción intestinal en el adulto, o que la causa subyacente sea un lipoma gigante. Suele darse cuando los lipomas son pediculados, como en esta ocasión, aunque éstos tampoco son habituales⁵. También es atípica la localización, ya que los lugares más frecuentes de presentación de la invaginación son enteroentérica e ileocólica, siendo la colo-colónica la forma más infrecuente y la acontecida en este caso, pues no es habitual en la literatura de dicho proceso que no estén involucrados segmentos de intestino delgado, la causa subyacente (un lipoma gigante), la presentación intermitente de los cuadros suboclusivos y la pérdida ponderal previa como causa desencadenante.

BIBLIOGRAFÍA

1. L. Mancebo Aragonese, I. Moral Cebrián, A. Castaño Pascual. Invaginación intestinal en el adulto. *Emergencias* 2005; 17:87-90.
2. Ongom PA, Wabinga H, Lukande RL. A 'giant' intraluminal lipoma presenting with intussusception in an adult: a case report. *J Med Case Rep*. 2012 Oct 29;6(1):370.
3. Kuzmich S, Connelly JP, Howlett DC, Kuzmich T, Basit R, Doctor C. Ileocolocolic intussusception secondary to a submucosal lipoma: an unusual cause of intermittent abdominal pain in a 62-year-old woman. *J Clin Ultrasound*. 2010 Jan; 38 (1):48-51.
4. Watson NA, Bisset RA. Case report: intussusception--a cause of chronic abdominal symptoms and weight loss. *Clin Radiol*. 1994 Oct. 49 (10):723-6.
5. Mouaqit O, Hasnai H, Oussadem A, Maazaz K, Amarti A, Ait Taleb K. Pedunculated lipoma causing colo-colonic intussusception: a rare case. *BMC Surgery* 2013;13:51.