

# Invaginación intestinal colo-colónica por lipoma colónico, a propósito de un caso

**Autores** José Medina<sup>1</sup>, Eleazar Ferrer<sup>1</sup>, Carla Díaz<sup>2</sup>, Vincenzo Rionero<sup>1</sup>

**Afiliación** 1. Médico Radiólogo, Clínica Santiago de León. Caracas - Venezuela.  
2. Gastroenterólogo, Clínica Santiago de León. Caracas - Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2020; 74(2): 86-88.

© Sociedad Venezolana de Gastroenterología. Caracas, Venezuela- ISSN 2477-975X.

**Fecha de recepción:** 08/01/2020

**Fecha de revisión:** 05/02/2020

**Fecha de Aprobación:** 26/02/2020

## Resumen

Se presenta el caso de paciente femenino de 80 años de edad, con dolor abdominal recurrente y masa abdominal palpable, con hallazgos imagenológicos de invaginación intestinal por lipoma colónico. Está ampliamente estudiado y demostrado que la causa más común de invaginación intestinal en adultos son las lesiones ocupantes de espacio (tumoraes), tanto benignas como malignas. La florida sintomatología que presentan los pacientes con esta patología y el gran abanico de diagnósticos diferenciales posibles conllevan a que los estudios imagenológicos jueguen un papel fundamental en el diagnóstico de la misma, y a su vez en la identificación de la causa desencadenante. A pesar de que en algunas lesiones tumorales es imposible discernir entre lesiones malignas o benignas las características observadas nos orientan en una dirección y son un apoyo vital para el facultativo tratante en la elección del tratamiento final.

**Palabras clave:** Invaginación intestinal en adultos, lipoma colónico, tomografía computada.

## COLO-COLONIC INTUSSUSCEPTION CAUSED BY A COLONIC LIPOMA, A CASE REPORT.

### Summary

We present the case of an 80-year-old female patient with recurrent abdominal pain and palpable abdominal mass, with imaging findings of intussusception due to colonic lipoma. It is well studied and determined that the most common cause of intestinal intussusception in adults is space-occupying (tumor) lesions, both benign and malignant. The florid symptoms presented by patients with this pathology and the wide range of differential diagnoses possibly lead to imaging studies playing a fundamental role in diagnosing it, and in turn in identifying the triggering cause. Despite the fact that in some tumor lesions it is

impossible to discern between malignant or benign lesions, the observed characteristics guide us in one direction and are a vital support for the treating physician in choosing the final treatment..

**Key words:** Intestinal intussusception in adults, tumor lesion, imaging studies.

## Introducción

Está ampliamente estudiado y demostrado que la causa más común de invaginación intestinal en adultos son las lesiones ocupantes de espacio (tumoraes), tanto benignas como malignas<sup>(1)</sup>.

La florida sintomatología que presentan los pacientes con esta patología y el gran abanico de diagnósticos diferenciales posibles conllevan a que los estudios imagenológicos jueguen un papel fundamental en el diagnóstico de la misma, y a su vez en la identificación de la causa desencadenante. A pesar de que en algunas lesiones tumorales es imposible discernir entre lesiones malignas o benignas las características observadas nos orientan en una dirección y son un apoyo vital para el facultativo tratante en la elección del tratamiento final.

## Presentación del caso

Femenino de 80 años de edad, quien presenta dolor abdominal recurrente durante tres meses, de leve a moderada intensidad a predominio de flanco y fosa iliaca izquierda no irradiado, concomitantemente masa abdominal palpable, pérdida de peso no cuantificada, inapetencia, flatulencia y modificación de patrón evacuatorio. Valores reportados en la hematología y la química sanguínea estuvieron dentro de los límites de la normalidad. Se realizaron los siguientes estudios:

Se realizó estudio endoscópico donde se evidencia lesión submucosa de gran tamaño en región ceco-ascendente

de aproximadamente 70 mm que no desaparece con la insuflación y ocupa  $\frac{3}{4}$  de la luz colónica recubierta de mucosa normal (Figura 1), no permitiendo visualización de la válvula ileocecal (Figura 2).

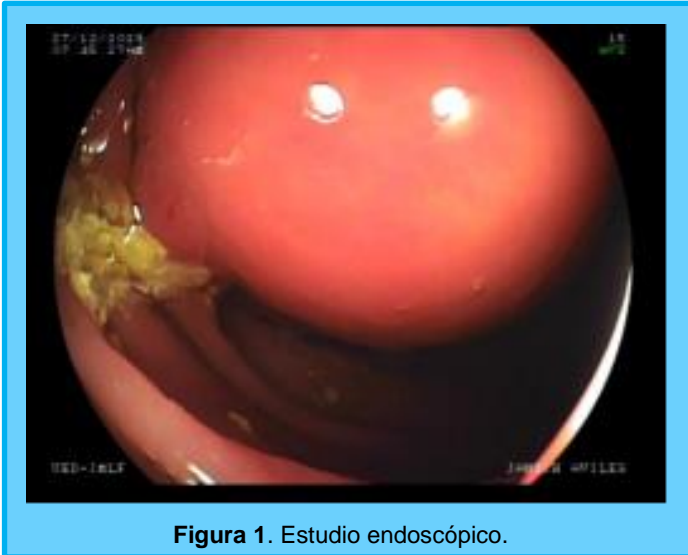


Figura 1. Estudio endoscópico.



Figura 2. Estudio endoscópico.

Posteriormente se indica tomografía computada de abdomen y pelvis donde identificando lesión ocupante espacio de densidad grasa (-91UH), ovalada, circunscrita, en colon transverso, con pedículo que se extiende desde unión ileocecal hasta colon transverso, donde se identifica signo de doble luz (Figura 3).

Se tomaron en consideración como posibilidades diagnósticas liposarcoma colónico, lipoma colónico, pólipo adenomatoso e invaginación intestinal. En vista de hallazgos característicos de lipoma en el estudio tomográfico y de invaginación mediante este y estudio endoscópico, se plantearon como diagnósticos definitivos.

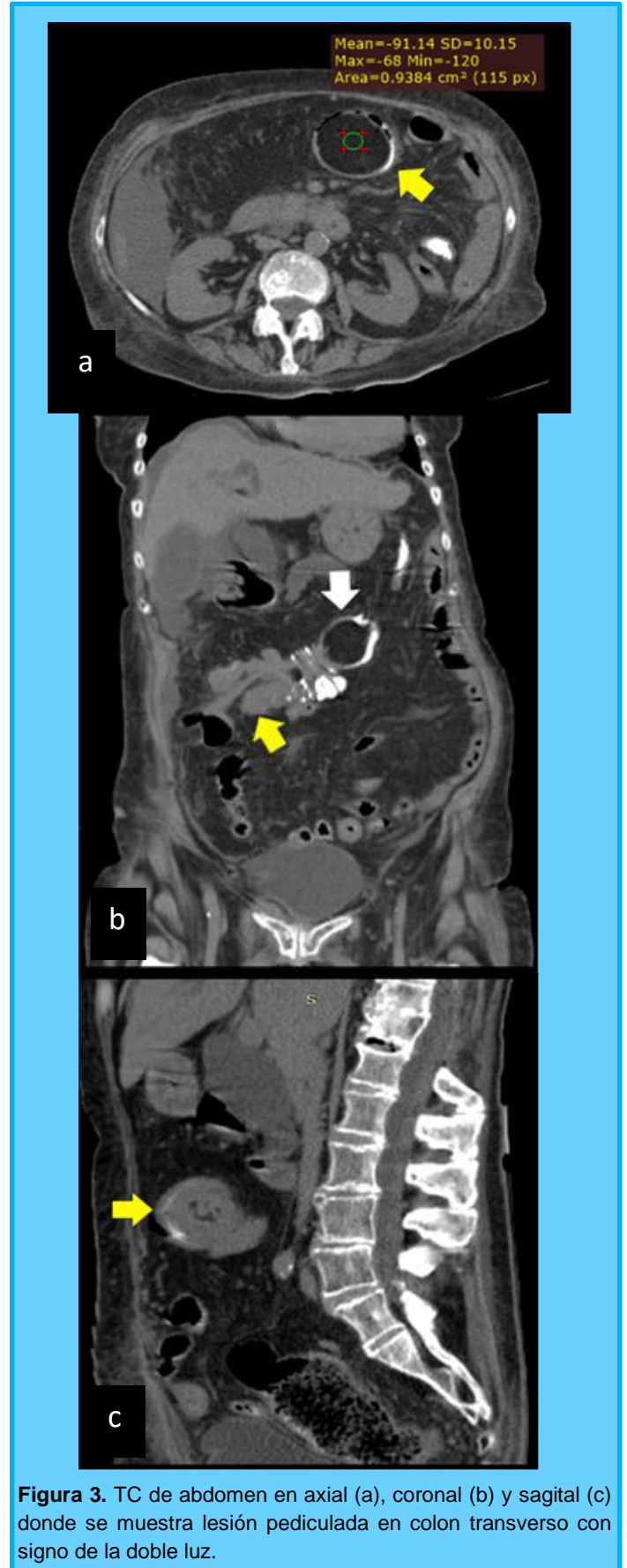


Figura 3. TC de abdomen en axial (a), coronal (b) y sagital (c) donde se muestra lesión pediculada en colon transverso con signo de la doble luz.

## Discusión

Las causas más frecuentes de invaginación intestinal colocolónica en adultos son los lipomas, sin embargo, los pólipos adenomatosos también son causas benignas de la presentación de esta patología.

Casi 50% de las lesiones colónicas que producen invaginación intestinal en adultos son malignas. El adenocarcinoma es la neoplasia maligna que con más frecuencia se relaciona con invaginación colocolónica. Otras causas menos frecuentes, igualmente malignas son linfoma y metástasis<sup>(1)</sup>.

Los adultos con invaginación intestinal suelen presentar síntomas digestivos no específicos. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal y náuseas o vómitos. Menos de 11% de los pacientes tienen fiebre, estreñimiento, diarrea o pérdida de peso. Los pacientes con la forma idiopática de la invaginación intestinal pueden tener síntomas transitorios, en comparación con los que tienen una punta directriz intraluminal subyacente y pueden referir síntomas intermitentes y con recaídas<sup>(1,2)</sup>.

Diversos son los estudios de imagen útiles ante la sospecha de una invaginación intestinal, sin embargo, la tomografía computada (TC) con administración de medio contraste oral y endovenoso actualmente se mantiene como el método de elección en adultos. Esta permite confirmar la presencia de la invaginación, demostrando la disposición en anillos concéntricos de las paredes intestinales y entre ellas la grasa mesentérica y/o el contraste que rodea al segmento invaginado formando el "signo de la diana"; permite la localización exacta de la invaginación, así como definir la causa de la misma, permitiendo incluso la evaluación y caracterización de lesiones tumorales como los lipomas, pólipos adenomatosos, liposarcoma, entre otros. Adicionalmente ayuda a detectar sus complicaciones, entre las que destacan la obstrucción, isquemia y perforación intestinal.

El estudio radiológico convencional de abdomen, la serie gastrointestinal inferior mediante fluoroscopia y el ultrasonido (US) abdominal, son otros métodos de utilidad, indicados principalmente en pacientes pediátricos, en los cuales se han demostrado considerable sensibilidad y ventajas, beneficiándose de dosis de radiación menor o nula, como en el caso de US, y de la función no solo diagnóstica, si no también terapéutica<sup>(2-6)</sup>.

La terapéutica de nuestra paciente no pudo ser evaluada debido inminente salida de la misma de nuestro país. Sin embargo, es importante mencionar que el manejo del lipoma colónico sigue siendo actualmente discutido, y esto es condicionado por su baja incidencia. Algunos autores han planteado manejo conservador con vigilancia cuando el lipoma no produce sintomatología, no supere los 2cm de diámetro, y si la biopsia por colonoscopia es negativa para malignidad. Sin embargo, si son menores a 2 cm, pediculados y sin compromiso de serosa, se toma como conducta la resección mediante endoscopia.

Por otra parte, existe el tratamiento quirúrgico indicado cuando el lipoma es de gran tamaño, compromete todas las capas del

tejido, ocasiona cuadros obstructivos o pseudo obstructivos, o cuando existe el riesgo de hemorragia o perforación durante la resección endoscópica. La hemicolectomía, colectomía subtotal y resección segmentaria son técnicas quirúrgicas establecidas, siendo incluso la última mencionada la de mayor preferencia debido a su menor morbilidad y mortalidad<sup>(4-7)</sup>.

## Referencias

1. Thompson W. Imaging and Findings of Lipomas of the Gastrointestinal Tract. *AJR* 2005;184:1163–1171.
2. Taylor AJ, Stewart ET, Dodds WJ. Gastrointestinal lipomas: a radiologic and pathologic review. *AJR* 1990;155:1205–1210.
3. Heiken JP, Forde KA, Gold RP. Computed tomography as a definitive method for diagnosing gastrointestinal lipomas. *Radiology* 1982;142:409–414.
4. Mbaba A, Abam R, Mp O. Huge symptomatic lipoma of the descending colon: a case report. *Int Journal of Medical and Health Research*. 2019;5:215-217.
5. Savita A, Pinky P, Shruti S, Megha R. Colonic lipoma: a rare yet important cause of intestinal obstruction. *Clinical cancer investigation Journal*. 2016;5:548-550.
6. Gonzalez M, Rodarte M. Colonic intussusception by a giant colon lipoma: a case report. *International Journal of Surgery Open*. 2017;9:7-9.
7. Azar T; Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg*. 1997; 226(2):134-8.