

# Lipomas múltiples en colon. A propósito de un caso

**Autores** Livia Rodríguez,<sup>1</sup> Gabriela Rojas

**Afiliaciones** <sup>1</sup>Unidad de gastroenterología y eco endoscopia Anzoátegui, Venezuela. <sup>2</sup>Médicos Especialistas en Gastroenterología del Centro de Atención Primaria Asistanet, Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2014;68(4):132-134. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Livia Rodríguez. Unidad de gastroenterología y eco endoscopia Anzoátegui, Venezuela. Correo-e: liviarod@hotmail.com

Fecha de recepción: 12 de Diciembre de 2013. Fecha de revisión: 30 de enero de 2014. Fecha de aprobación: 13 de marzo de 2014.

## Resumen

Los lipomas del colon son neoplasias benignas subepiteliales, poco frecuentes en este órgano, solo un 10% se presenta como lesiones múltiples y su localización predominante es el colon derecho. Su prevalencia es similar tanto en hombre y en mujeres, suelen ser lesiones asintomáticas y son diagnosticadas incidentalmente; ocasionalmente cuando son mayores de 2 cm la sintomatología es dolor abdominal, obstrucción intestinal, rectorragia o alteración del hábito evacuatorio. Se presenta el caso de paciente femenino de 78 años quien inicia enfermedad actual 12 meses previos a la consulta, presentando cambio de hábito evacuatorio caracterizado por estreñimiento, dolor abdominal difuso tipo cólico, y pérdida de peso no cuantificada asociada a hiporexia. Exámenes de laboratorio reportaron: hemoglobina 10.9 g/dl, hematocrito 38.6% (VCM: 72), leucocitos 9.600 ml/mm<sup>3</sup>, eosinófilos 21% (eosinofilia moderada), coproanálisis sin alteraciones. Debido a la eosinofilia se le solicita serología para toxocariasis resultando positiva. Endoscopia digestiva superior: hernia hiatal tipo I y gastropatía eritematosa antral, Biopsia: gastritis crónica no atrófica. Endoscopia digestiva inferior: se observan 5 lesiones elevadas entre 3 y 5 cms de diámetro, redondeadas, péndulas, cubierta con mucosa de aspecto normal, de color amarillo, con signo del "cojín" presente, distribuidas en colon transversal, descendente y sigmoideas sugestivas de lipoma, además diverticulosis en sigmoideas. Se indicó tratamiento con laxante osmótico y antiparasitario presentando mejoría de los síntomas. Actualmente la paciente presenta hemoglobina en 12g/dl, eosinófilos 3% y normalización de la frecuencia evacuatoria y remisión del dolor abdominal.

**Palabras clave:** lipoma colónico, neoplasia benigna, colonoscopia.

## MULTIPLE LIPOMAS COLON. REPORT OF A CASE

### Summary

Colonic lipomas are rare benign neoplasms; approximately 10% present as multiple lesions. The prevalence is equal in both men and women, presenting usually as asymptomatic lesions, which are diagnosed incidentally. However, when they are large (> 2cm) they may present with abdominal pain, intestinal obstruction, rectal bleeding or altered bowel habits. We report on a 78 years old female patient with a 12 months history of changing bowel habits characterized by constipation, diffuse colic abdominal pain, and weight loss associated with hyporexia. Her laboratory tests report eosinophilia: 21% of 9600/mm<sup>3</sup> WBC, hemoglobin 10.9 g/dl, hematocrit 38.6%, stool tests were normal. Serology for toxocariasis was positive. Upper gastrointestinal endoscopy revealed hiatal hernia and erythematous gastric mucosa; biopsy was compatible with chronic atrophic gastritis. Colonoscopy revealed 5 raised lesions between 3 and 5cm in diameter, round, pendulous, covered with normal-appearing yellowish mucosa, ("pad sign"). This distribution in the transverse, descending and sigmoid colon is suggestive of lipomas coexisting with sigmoid diverticulosis. Treatment was indicated: osmotic laxative and anti-parasitic medications with symptomatic improvement. Currently the patient has 12g/dl of hemoglobin, and 3% eosinophils with normalization of her bowel movements.

**Key words:** colonic lipoma, benign neoplasia, colonoscopy.

## Introducción

El lipoma colónico es una entidad bien conocida, con baja incidencia por lo que su hallazgo despierta interés científico. Por otra parte su diagnóstico casi siempre es casual o en pacientes investigados por sospecha de otras enfermedades colorectales más frecuentes en la práctica clínica diaria.<sup>1</sup> Fue descrito por primera vez por Bauer en 1757 y en la serie publicada en los años 90 por Rogy y cols.<sup>2</sup> representaban el 0,3% de las enfermedades colorectales en general y el 1,8% de los tumores benignos de colon durante un periodo de diez años. La localización más frecuente es en el colon derecho (90%) y sólo en un 10% de los casos son múltiples. Suelen ser asintomáticos o acompañados de síntomas inespecíficos con dolor abdominal, alteración del ritmo intestinal, diarrea, rectorragia o melena. Hay complicaciones severas como la obstrucción intestinal por intususcepción o rectorragia masiva.<sup>3,4,8,9</sup>

El diagnóstico de lipoma es fundamentalmente endoscópico visualizándose una masa de aspecto graso, ovoide y con cierta capacidad elástica para volver a su forma inicial tras ser pellizcada con una pinza (signo de la almohada o cojín). También se puede hacer el diagnóstico por tomografía debido a las características radiolúcidas de la grasa. Algunos autores recomiendan no realizar biopsia de estas lesiones por la poca sensibilidad diagnóstica incrementando los riesgos de sangrado y perforación. Los lipomas son benignos y su malignización es excepcional siendo escasos casos los recogidos en la literatura médica. También están descritas asociaciones entre lipoma y adenocarcinoma de colon o incluso tumores extra abdominales.<sup>5</sup>

En cuanto al tratamiento en los casos asintomáticos se puede realizar seguimiento endoscópico sin tratamientos adicionales. La resección endoscópica es tema de controversia y sólo estaría indicada para lipomas sintomáticos menores de 20 mm de diámetro,<sup>6</sup> La resección quirúrgica parece la opción más acertada en lipomas de más de 20 mm o cuando exista sospecha de malignidad.<sup>7</sup>

## Caso Clínico

Se presenta el caso de paciente femenino de 78 años quien inicia enfermedad actual 12 meses previos a la consulta, presentando cambio de hábito evacuatorio caracterizado por estreñimiento, dolor abdominal difuso tipo cólico, de leve a moderada intensidad y pérdida de peso no cuantificada asociada a hiporexia. Exámenes de laboratorio reportaron: hemoglobina 10.9 g/dl, hematocrito 38.6 % (VCM: 72), leucocitos 9.600 ml/mm<sup>3</sup>, eosinófilos 21% (eosinofilia moderada), coproanálisis sin alteraciones. Debido a la eosinofilia moderada y dolor abdominal se le solicita serología para toxocariasis con resultado positivo. Endoscopia digestiva superior reportó hernia hiatal tipo I y gastropatía eritematosaantral, biopsia gástrica: gastritis crónica no atrófica. Endoscopia digestiva inferior: se observan 5 lesiones elevadas entre 3 y 5 cms de diámetro, redondeadas, péndulas, cubierta con mucosa de aspecto normal, de color amarillo, con signo del "cojín" presente, distribuidas en colon transverso, descendente y sigmoides sugestivas de lipoma, además diverticulosis no complicada en colon sigmoides **Figura 1, 2 y 3**. Se indicó tratamiento con laxante osmótico y antiparasitario presentando mejoría de los síntomas; actualmente la paciente presenta hemoglobina en 12gr/dl, eosinófilos 3% y normalización de la frecuencia evacua-

toria. Se discutió caso a cirugía general difiriéndose tratamiento quirúrgico en vista de la mejoría clínica con tratamiento conservador indicado.

## Discusión

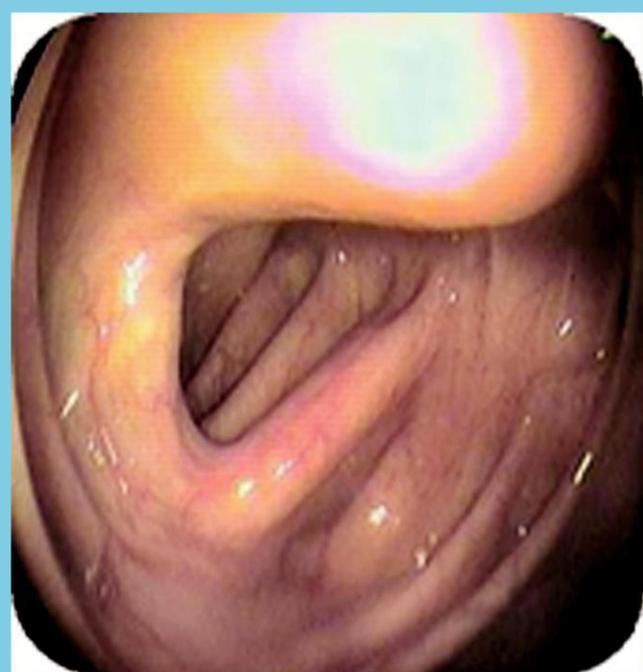
Los lipomas múltiples son infrecuentes presentándose según la literatura en el 10% de los casos, su prevalencia es similar tanto en hombres como en mujeres. No está descrita la relación de toxocariasis con la presencia de estas lesiones, en este caso fueron hallazgos casuales asociados los cuales se trataron médicamente con laxante osmótico y antiparasitario mejorando significativamente los síntomas de la paciente. El diagnóstico es endoscópico y no amerita tratamiento en los casos asintomáticos, únicamente seguimiento endoscópico. La resección endoscópica es tema de controversia y sólo estaría indicada para lipomas sintomáticos menores de 20 mm de diámetro.<sup>6</sup> Su tratamiento debe ser individualizado, conociendo que su tendencia natural es la del crecimiento paulatino hasta alcanzar un tamaño en el que desencadenaría una urgencia quirúrgica, por lo que se puede defender su extirpación en los pacientes en la edad media de la vida y sin factores de riesgo quirúrgico. Sin embargo la resección quirúrgica está indicada en lipomas de más de 20 mm o cuando exista sospecha de malignidad, no se indica tratamiento quirúrgico en menores de 20 mm ya que son lesiones benignas asintomáticas y no causan menor alteración y si la presentan, el tratamiento es médico como el indicado en esta paciente, no obstante, si se plantea tratamiento quirúrgico ya sea porque este causando obstrucción intestinal u otra complicación existen varias técnicas.<sup>7</sup> La colotomía con excisión completa del lipoma o la resección segmentaria son las técnicas más utilizadas, ya que es más beneficioso para el paciente.



**Figura 1** Lipoma en sigmoides



**Figura 2** Lipoma colon descendente



**Figura 3** Lipoma colon transverso

Tema: lipomas en colon

Patrocinio: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial.

### Referencias bibliográficas

1. Pastor C, Valenti I, Poveda. Revista Española de Enfermedades Digestivas Madrid mayo 2007; v.99 n.5.
2. Rogy MA, Mirza D, Berlakovich G, Winkelbauer F, Rauhs R. Submucous large-bowel lipomas presentation and management. A 18-year study. Eur J Surg 1991;157:51-5.
3. Kabaalioglu A, Gelen T, Aktan S, Keisci A, Bircan O, Luleci E. Acute colonic obstruction caused by intussusception and extrusion of a sigmoid lipoma through the anus after barium enema. Abdom Imaging 1997;22:389-91.
4. Rodríguez DI, Drehner DM, Beck DE, Mc Cauley CE. Colonic lipoma as a source of massive hemorrhage. Report of a case. Disease Colon Rectum 1990;33:977-9.
5. Siegal A, Wintz M. Gastrointestinal lipomas and malignancy. J Surg Oncol 1991;47:170-4.
6. Tamura S, Yokoyama Y, Morita T, Tadokoro T, Higashidani Y, Onishi S. "Giant" colon lipoma: What kind of findings are necessary for the indication of endoscopic resection? Am J Gastroenterol 2001;96:1944-6.
7. Chase MP, Yarze JC. Giant lipoma-to attempt endoscopic re-section or not? Am J Gastroenterol 2000;95:2143
8. Barrera A, Bannura G: Lipoma de colon transverso como causa de intuscepción colónica. Rev Chil Cir 1998;50:669-73.
9. Notaro JR, Masser PA: Annular colon lipoma: a case report and review of the literature. Surgery 1991;110:570-2.

### Clasificación

Área: gastroenterología

Tipo: clínica

