



LIPOMAS PERIPAPILARES «EN RACIMO»

Sr. Director: Los lipomas son tumores benignos no epiteliales compuestos por tejido adiposo que pueden asentar sobre múltiples sistemas. En el tubo digestivo su localización habitual es el colon derecho¹; en el intestino delgado se sitúan más frecuentemente en el íleon. Su localización en tracto digestivo superior es muy infrecuente: en una revisión de 1.200 duodenoscopias consecutivas tan sólo se encontraron dos lipomas duodenales².

Presentamos el caso de un varón de 59 años, remitido a nuestro servicio para la realización de una gastroscopia debido a la presencia de epigastralgia aguda intermitente, sin otra sintomatología ni antecedentes de relevancia. Se realizó una esofagogastroduodenoscopia convencional con endoscopio de visión frontal, que no reveló alteraciones a nivel esofagogástrico. En la segunda porción duodenal, sobre la región papilar, se encontraron varias formaciones polipoideas, arracimadas, de aspecto submucoso. La exploración mediante duodenoscopia de visión lateral confirmó la presencia en la segunda porción duodenal de las tres formaciones descritas, de morfología polipoide y aspecto submucoso, pediculadas y alargadas, de 1 a 3 cm de longitud cada una, formando un racimo que impedía identificar la papila (fig. 1). Se tomaron dos macrobiopsias con asa de diatermia, de 1,5 y 2 cm, aproximadamente, para estudio histopatológico. Al corte, se observaba un interior amarillento que impresionaba como lipomatoso. La anatomía patológica confirmó, posteriormente, la sospecha diagnóstica.

Los lipomas son tumores benignos submucosos o —con menos frecuencia— subserosos, que se sitúan preferentemente en el colon (65%), principalmente derecho, y de forma habitual sobre la válvula ileocecal¹. Son más frecuentes en varones. Suelen ser asintomáticos, salvo en aquellos casos en los que su gran tamaño, o la movilidad que les confiere el ser pediculados, puede condicionar un dolor abdominal secundario a obstrucción o intususcepción³. Raramente sangran de manera espontánea, aunque pueden hacerlo si se ulceran^{4,5}, pudiendo producir anemia crónica. Generalmente, se encuentran de manera incidental en el transcurso de exploraciones endoscópicas o tomográficas, ambas con una buena sensibilidad para su detección^{2,3,5}. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico, mediante la toma de biopsias profundas, que penetren hasta la submucosa, o macrobiopsias. La ecoendoscopia está adquiriendo un importante papel en el diagnóstico diferencial de los tumores submucosos, y puede determinar qué lipomas son candidatos a resección endoscópica o a exéresis quirúrgica, con fiabilidad demostrada por su buen índice de concordancia interobservador⁶. La ecoendoscopia identifica los lipomas como masas homogéneas claras hiperecóticas situadas en la capa submucosa^{5,6}, y permite visualizar la profundidad del tumor. Se estima que el tratamiento debe ser quirúrgico cuando son mayores de 2 cm e infiltran la *muscularis mucosae*, o cuando presentan complicaciones graves (obstrucción, hemorragia), ya que la resección endoscópica en dichos casos conlleva un alto riesgo de perforación^{7,8}. La mayoría de autores coinciden en la necesidad de realización de ecoendoscopia previamente a la resección para minimizar el riesgo de complicaciones^{7,9}, aunque Hizawa⁹ ha aplicado una técnica endoscópica diseñada previamente para la resección de linfangiomas (*unroofing*), que parece reducir el riesgo de complicaciones al reseccionar tan sólo el tercio superior de los tumores submucosos. Recientemente se ha comunicado la inyección de adrenalina o suero salino en la base del tumor con buen resultado⁷. Presentamos unas imágenes endoscópicas singulares, tanto por su infrecuente localización en duodeno, pocas veces comunicada, como, sobre todo, por su morfología múltiple y arracimada. Asimismo, deseamos advertir de la posibilidad de complicaciones importantes cuando son de

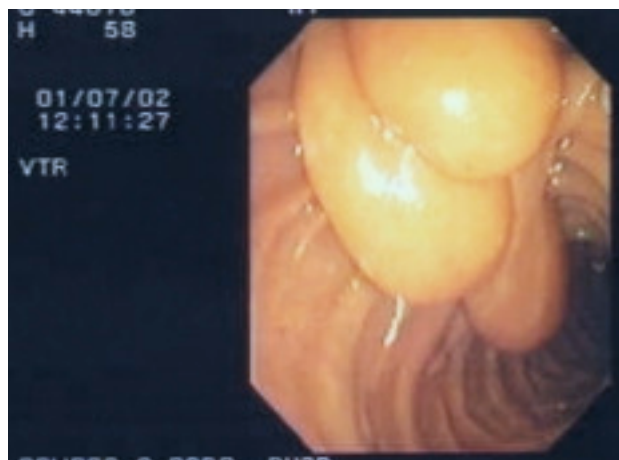


Fig. 1. Visión endoscópica de la segunda porción duodenal, donde se observan tres formaciones pediculadas submucosas en el área papilar, cuyo estudio anatomopatológico diagnosticó como lipomas.

gran tamaño, pudiendo incluso requerir cirugía, así como de la utilidad del empleo de la ecoendoscopia previamente a su resección con el fin de minimizar el riesgo de perforación y hemorragia.

A.J. DEL POZO GARCÍA, J. CANTERO PERONA,
E. GÓMEZ DOMÍNGUEZ y L. GARCÍA BUEY
Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Davila AD, Willenbucher RF. Other diseases of the colon and rectum. In: Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH, editors. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and liver disease: Pathophysiology, diagnosis, management. Philadelphia: WB Saunders, 1998; p. 1977-2006.
2. Wald A, Milligan FD. The role of fiberoptic endoscopy in the diagnosis and management of duodenal neoplasms. *Am J Dig Dis* 1975;20:499-505.
3. Reddy RR, Schuman BM, Priest RJ. Duodenal polyps: diagnosis and management. *J Clin Gastroenterol* 1981;3:139-47.
4. Michel LA, Ballet T, Collard JM, Bradpiece HA, Haot J. Severe bleeding from submucosal lipoma of the duodenum. *J Clin Gastroenterol* 1988;10:541-5.
5. Tung CF, Chow WK, Peng YC, Chen GH, Yang DY, Kwan PC. Bleeding duodenal lipoma successfully treated with endoscopy polypectomy. *Gastrointest Endosc* 2001;54:116-7.
6. Gress E, Schmitt C, Savides T, Faigel DO, Catalano M, Wassel W, et al. Interobserver agreement for EUS in the evaluation and diagnosis of submucosal masses. *Gastrointest Endosc* 2001;55: 71-6.
7. Kim CY, Bandres D, Tio TL, Benjamin SB, Al-Kawas F. Endoscopic removal of large colonic lipomas. *Gastrointest Endosc* 2002;55:929-31.
8. Bar-Meir S, Halla A, Baratz M. Endoscopic removal of colonic lipomas. *Endoscopy* 1981;13:135-6.
9. Hizawa K, Kawasaki M, Kouzuki T, Aoyagi K, Fujishima M. Unroofing technique for the endoscopic resection of a large duodenal lipoma. *Gastrointest Endosc* 1999;49:391-2.