



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Lipoma gástrico pediculado. Reporte de caso



José López-Zamudio^a, Karla Liseth Leonher-Ruezga^{a,*},
Luis Ricardo Ramírez-González^a, Gladis Razo Jiménez^b, Alejandro González-Ojeda^c
y Clotilde Fuentes-Orozco^c

^a Departamento de Cirugía General, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México

^b Unidad Médica de Alta Especialidad, Departamento de Patología, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México

^c Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México

Recibido el 24 de marzo de 2014; aceptado el 26 de septiembre de 2014

Disponible en Internet el 6 de junio de 2015

PALABRAS CLAVE

Neoplasia;
Lipoma;
Tracto
gastrointestinal;
Estómago;
Gastrectomía

Resumen

Antecedentes: Los lipomas del tracto gastrointestinal son una condición rara, benigna y de crecimiento lento que puede constituir un desafío diagnóstico, son más frecuentes en el colon. El lipoma gástrico se presenta en menos del 5% de los casos y representa menos del 1% de todos los tumores gástricos, por lo general su hallazgo es incidental y su presentación inicial puede ser: obstrucción, hemorragia e invaginación. El objetivo de presentar este caso es por su rareza, los pocos síntomas que presentó el paciente y recopilar la información más actual sobre su diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico: Paciente masculino de 59 años para el cual tras haber padecido un cuadro de pancreatitis aguda, se solicitó control tomográfico para buscar complicaciones y se encontró una invaginación piloro-duodenal, se le realiza una endoscopia en la que se identifica un tumor de 6 cm, a pesar de que se toma una biopsia no es posible confirmar un diagnóstico, por lo que se decide realizar una gastrectomía parcial, y el estudio de histopatología confirmó el diagnóstico de lipoma gástrico así como márgenes libres de enfermedad. Se mantuvo con adecuada evolución posquirúrgica y actualmente asintomático después de 18 meses de seguimiento.

Conclusiones: El lipoma gástrico es una entidad benigna rara que puede simular una enfermedad maligna, en nuestro caso, un hallazgo incidental el cual se manejó mediante una gastrectomía parcial con resultados posquirúrgicos satisfactorios.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia: Calle Belisario Domínguez No.1000, Col.: Independencia, CP. 44340, Guadalajara, Jalisco. México, Tel.: +33 3617 0060.

Correo electrónico: karlaleonher@gmail.com (K.L. Leonher-Ruezga).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2015.05.005>

0009-7411/© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Neoplasms;
Lipoma;
Gastrointestinal
tract;
Stomach;
Gastrectomy

Pediced gastric lipoma. Case report**Abstract**

Background: The gastrointestinal tract lipomas are a rare, benign, slow-growth condition and can be a diagnostic challenge, they are more frequent in the colon. The gastric lipoma occurs in fewer than 5% of cases, and represents less than 1% of all gastric tumors, usually their finding is incidental and the initial presentation may be obstruction, bleeding and intussusception. The purpose of presenting this case for its rarity, the few symptoms that the patient present and collect the most current information about the diagnosis and treatment.

Clinical case: We report the case of a 59 years-old male patient who after having suffered acute pancreatitis a tomography control was made looking for complications it found a pylorus-duodenal intussusception, an endoscopy was performed and a tumor about 6 cm was found and biopsies without confirm diagnosis, so it was decided to perform a partial gastrectomy, histopathology study confirmed the diagnosis of gastric lipoma as well as disease free margins. Was maintained with adequate postoperative evolution currently asymptomatic.

Conclusions: The gastric lipoma is a rare benign entity that can mimic a malignancy, in our case an incidental finding which was managed by partial gastrectomy with satisfactory postoperative results.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

De acuerdo a Neto et al.¹ los lipomas gastrointestinales son una enfermedad rara con pocos síntomas; fueron descritos por primera vez en 1842 por Jean Cruveilhier en la Universidad de París. Los lipomas gastrointestinales se presentan más frecuentemente en el colon (60-75%) y en el intestino delgado (más del 31.2%)¹; el lipoma gástrico representa menos del 5% de los tumores del tracto gastrointestinal y representa menos del 1% de los tumores benignos del estómago¹.

A nivel mundial existen aproximadamente 220 reportes sobre esta patología². Generalmente los lipomas gástricos son de crecimiento lento, localizados en un 90-95% en la submucosa, y 5-10% en la serosa. La etiología del lipoma permanece desconocida sin embargo, se cree que puede ser una condición adquirida o secundaria a alguna alteración embriológica. La mayoría de estos tumores son pequeños y asintomáticos, se identifican de forma incidental en autopsia². Histológicamente estos tumores están constituidos por adipocitos bien diferenciados con una cápsula fibrosa y si se secciona se encuentra un tejido amarillento³. Los lipomas gástricos se localizan más frecuentemente en el antro en un 75% de los casos sin embargo, pueden encontrarse en cualquier parte del estómago.

Los lipomas gástricos frecuentemente pasan desapercibidos o se confunden con otro tipo de tumores más frecuentes como tumores del estroma gastrointestinal, leiomioma, fibroma, neurilenoma, adenomioma, adenoma de las glándulas de Brunner y páncreas heterotópico.

El lipoma gástrico es una entidad benigna pero puede simular un comportamiento maligno⁴. Cuando los tumores tienen un tamaño entre 3-4 cm la presentación clínica más frecuente es el sangrado de tubo digestivo alto pudiendo ser

agudo o crónico, esto se origina por ulceración de la mucosa que ocasiona el tumor⁴.

El dolor abdominal y los síntomas obstructivos son comunes al inicio de su presentación y esto es más frecuente si el tumor tiene un crecimiento endoluminal el cual podría complicarse con una intususcepción, lo cual no es raro y manifestarse en lesiones que se encuentran en la región prepilórica y prolapsarse hacia el bulbo duodenal⁴. Clásicamente los lipomas gástricos durante la endoscopia se presentan como tumores suaves, lesiones bien delimitadas ovaladas o esféricas que son compresibles y que al realizar estudios con bario presentan poca atenuación⁴.

La tomografía ha demostrado tener un valor considerable para el diagnóstico de los lipomas gástricos, por lo general estas lesiones se aprecian como áreas bien circunscritas, uniformes, de densidad grasa con una atenuación entre -70 a -120 UH, con esto la tomografía puede realizar el diagnóstico sin tener que realizar endoscopia o incluso cirugía si el paciente se encuentra asintomático^{5,6}.

El tratamiento quirúrgico puede ser laparoscópico en tumores menores a 6 cm mientras que en tumores mayores a 6 cm se recomienda una gastrectomía subtotal⁷.

Caso clínico

Paciente masculino de 59 años de edad, con antecedente de consumo de marihuana en una ocasión, alcoholismo y tabaquismo desde los 28 años, hipertensión arterial de 8 años de evolución en control con enalapril, dislipidemia en tratamiento con pravastatina y benzafibrato, litiasis renal con expulsión de litos en 2 ocasiones, la última en 2011 y pancreatitis aguda leve de origen alcohólico.

Inició su padecimiento posterior a ser egresado de hospitalización por cuadro de pancreatitis aguda, se valora en la consulta externa de gastroenterología y se le solicitó

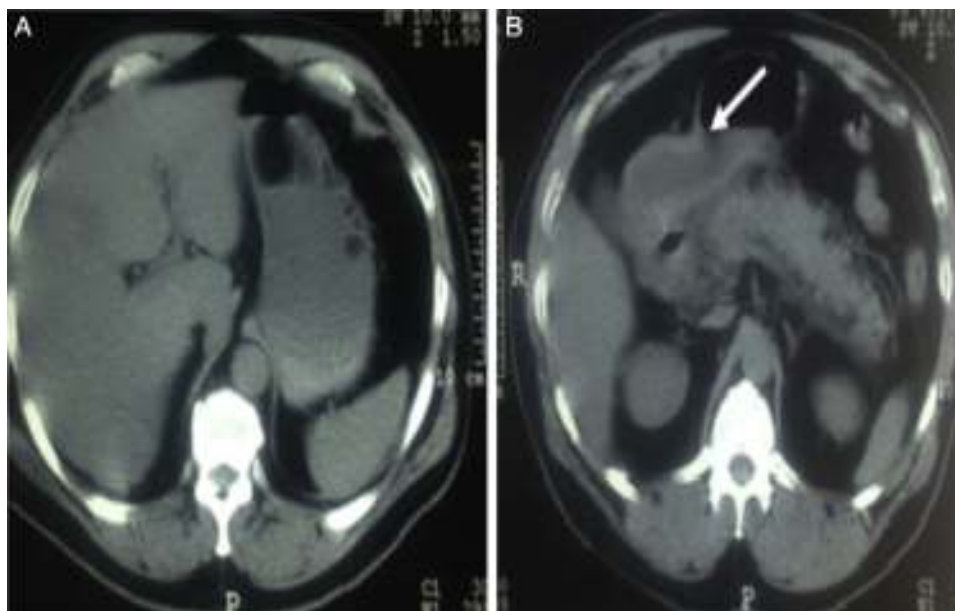


Figura 1 A) Tomografía simple en la que se aprecia en estómago una lesión ocupante en su interior. B) Tomografía de abdomen simple en la que se aprecia páncreas sin complicaciones tardías e imagen reportada como probable invaginación píloro-duodenal (flecha).

una tomografía de abdomen en búsqueda de complicaciones tardías, en donde se observó una probable invaginación píloro-duodenal, aumento de densidad grasa del páncreas con reforzamiento posterior a expensas de imágenes nodulares hipodensas con mayor reforzamiento a nivel del parénquima (fig. 1). Se decide realizar endoscopia la cual reporta mucosa del cuerpo gástrico adelgazada, eritematosa, engrosada y con patrón reticular, antro rotado sobre su propio eje longitudinal lo que impide acceder a este segmento después de insuflar aire, se encuentra píloro grande y abierto que no cierra completamente con la peristalsis. En cuerpo hacia curvatura menor hay una tumoración polipoida pediculada de superficie lisa de 8 cm de diámetro, se toman biopsias, concluyendo gastritis más tumor gástrico; el resultado histopatológico positivo a malignidad solo a metaplasia intestinal incompleta en antro.

Por el resultado de la anatomía patológica se decide una segunda endoscopia con nueva toma de biopsias reportando en curvatura mayor hacia la cara posterior, un gran pólipo pediculado de base amplia de aproximadamente 6 cm con mucosa de aspecto infiltrativo, con superficie regular, color rojizo, ulcerado en su base y algunos segmentos del vértice, consistencia muy dura, se toman de la base múltiples biopsias, a la retroflexión se observa el pólipo con ulceraciones cubiertas de fibrina, integrando el diagnóstico de pólipo gástrico. Reporte de anatomía patológica con gastritis crónica moderada a severa con atrofia moderada focalmente erosionada, ulcerada, metaplasia intestinal completa con zonas de displasia de bajo grado (leve), asociada a *Helicobacter pylori* (*H. pylori*)++/+++, biopsias de pólipo negativas a malignidad.

Por las características de la tumoración se decidió realizar un ultrasonido endoscópico donde se encontró una lesión del antro gástrico con dimensiones de 49 × 56 mm

de diámetro, dependiente de la capa muscular con infiltración serosa en algunas áreas, sin encontrar metástasis o adenopatías.

Iniciamos manejo para erradicación de *H. pylori* por reporte de metaplasia intestinal y se envía al servicio de cirugía general para el manejo definitivo de la lesión. El reporte de la serie esofagogastroduodenal de control es: pérdida de la morfología del antro y píloro con defecto de llenado importante, identificando zona de confluencia anómala en pliegues en antro gástrico sugestivo de zona de estrechez a este nivel.

Los laboratorios prequirúrgicos muestran: hemoglobina 9.3 g/dl, hematocrito 32.5%, leucocitos 6.5 miles/mcl, plaquetas 388 miles/mcl, neutrófilos 52.9%, tiempo de protrombina 11.1 segundos, INR 0.92, TPT 34.4, glucosa 99 mg/dl, creatinina 0.8 mgs/dl, colesterol 124 mg/dl, triglicéridos 71 mg/dl, albúmina 3.5 g/dl, deshidrogenasa láctica 258 UI/l.

Se decide programar para intervención quirúrgica y en esta se encontró un tumor en antro gástrico en la pared anterior, intraluminal de aproximadamente 5 × 5 cm, sin evidencia de adenopatías, resto de la cavidad sin alteraciones a nivel macroscópico. Se decide realizar gastrectomía parcial con antrectomía más gastroyeyunoanastomosis más yeyuno-yeyunoanastomosis en Y de Roux.

Se mantuvo con adecuada evolución posquirúrgica sin evidencia de fugas, se inició tolerancia a la vía oral 4 días posteriores a la cirugía de forma progresiva que tolera sin complicaciones, por lo que se decide su egreso.

El resultado de histopatología reportó un lipoma gástrico de 5 cm, la pieza quirúrgica con bordes negativos para malignidad (fig. 2).

Es citado 2 semanas después a la consulta externa donde se observa que el paciente se mantiene en buenas

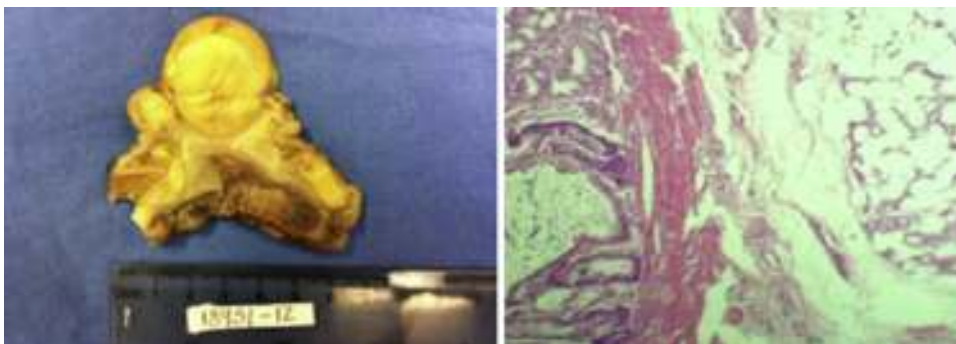


Figura 2 Izquierda: aspecto macroscópico del lipoma, parte superior de la pieza, se observa el lipoma. Derecha: corte histológico en el que se aprecia la capa muscular del estómago y tejido graso correspondiente a lipoma gástrico.

condiciones, tolerando la vía oral, con una serie esofagoduodenal posquirúrgica donde no se aprecian alteraciones (fig. 3).

Se mantuvo con adecuada evolución posquirúrgica y actualmente asintomático después de 18 meses de seguimiento.

Discusión

Los lipomas gástricos son muy raros, la mayoría de los lipomas en tracto gastrointestinal ocurren en el colon y solo se presentan el 5% en el estómago. La edad de presentación es alrededor de la quinta y sexta década de la vida, y no existe predilección de sexo¹. Su etiología aún permanece desconocida, hay teorías que sugieren que existe un secuestro embriológico de adipocitos o a un proceso de envejecimiento¹.

Son tumores benignos de naturaleza mesenquimatosos, de tejido blando, el cual está compuesto por lipocitos maduros y circunscritos por una cápsula fibrosa, macroscópicamente los lipomas están formados por un tejido amarillento graso el cual se presenta en diferentes tamaños^{1,2}.

La mayoría son lesiones pequeñas asintomáticas que son detectadas de forma incidental en estudios de rutina y seguimiento por otra patología o incluso durante las autopsias³.

Más del 90% de los casos se originan en la submucosa y su localización más frecuente es en el antro pilórico³. Esta localización explica la alta frecuencia de intususcepción dentro del píloro o al duodeno, resultando un cuadro de dispepsia y/o síntomas obstructivos^{3,4}.

Los síntomas se relacionan con el tamaño de la lesión, cuando son menores de 2 cm son usualmente asintomáticas y descubiertas de forma incidental. Con tumores grandes mayores de 3-4 cm la presentación clínica más frecuente es el sangrado de tubo digestivo alto ya sea agudo o crónico,³ causada por ulceración del tumor, así como el dolor abdominal y datos de obstrucción especialmente si hay crecimiento endoluminal que puede causar intususcepción⁴. Lo importante de las lesiones de gran volumen es la probabilidad de prolapso, lo que puede originar estasis venosa con la formación posterior de úlceras, convirtiéndose en una verdadera urgencia quirúrgica^{1-3,5}.

El diagnóstico diferencial más importante del lipoma gástrico es el liposarcoma el cual es un tumor de tejido blando del tracto gastrointestinal como el leiomioma o el fibroma

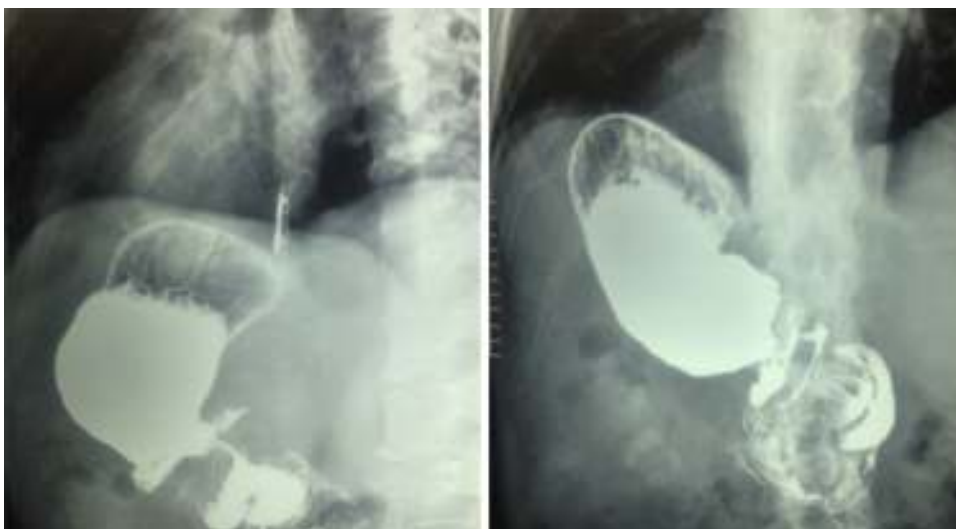


Figura 3 Estudio contrastado con adecuado paso del medio de contraste, no hay datos de fuga.

así como otros tumores intramurales como neurilemoma, adenomioma, adenoma de las glándulas de Brunner, y páncreas ectópico^{1,4}.

Los hallazgos radiológicos clásicos del lipoma gástrico son un tumor liso, bordes bien delimitados, masa ovalada o esférica que es compresible durante el examen fluoroscópico y presenta atenuación en los estudios con bario^{5,6}.

La tomografía es de gran utilidad para realizar su diagnóstico, se manifiestan como tumores bien diferenciados, con densidad grasa en atenuación entre -70 a -120 UH que es patognomónico en estos casos; por lo que la tomografía en la mayoría de los casos puede hacer el diagnóstico sin la necesidad de hacer una endoscopia^{5,6}.

La resonancia magnética tiene una sensibilidad excelente para la grasa y puede ser usada en ciertas poblaciones como niños o paciente con alergia a medio de contraste^{5,6}.

En la endoscopia algunas de las lesiones son translúcidas, lo suficiente para realizar un diagnóstico correcto, produce una ulceración en «ojo de buey», lo que hace estas lesiones indistinguibles de otros tumores submucosos^{5,6}.

En la endoscopia existen 3 signos clásicos descritos para el lipoma: el signo de «la tienda» es la disposición de pliegues gástricos hacia una úlcera del tumor, signo de «la almohada» es la sensación de oprimir una esponja al tacto, y por último la presencia de mucosa amarillenta^{5,6}.

Si se encuentra una lesión submucosa mayor de 2 cm en una endoscopia o una serie esofagogastroduodenal, se debe realizar una tomografía para buscar datos que sugieran un lipoma, si se encuentran datos sugestivos no es necesaria la biopsia; esta solo está indicada cuando se encuentren lesiones que no son totalmente grasas; si se decide tomar la biopsia por endoscopia esta no revelará el diagnóstico, ya que la lesión es submucosa con mucosa normal sobre ella⁷.

Los lipomas que se descubren de forma incidental o que son asintomáticos no deben ser tratados ya que no existe ningún reporte de degeneración maligna^{1,7}.

La resección laparoscópica se reserva para tumores menores de 6 cm o con protrusión endoluminal o extraluminal. Las indicaciones para resección quirúrgica son síntomas que pongan en peligro la vida y la imposibilidad de descartar malignidad¹. Así como clásicamente para tumores mayores de 6 cm se realiza una gastrectomía subtotal⁸⁻¹⁰.

Conclusiones

Hemos presentado el caso de un paciente masculino de 59 años de edad con diagnóstico histopatológico de lipoma

gástrico localizado en antro y pared anterior, el cual se comportó asintomático y fue descubierto de forma incidental tras controles tomográficos por diagnóstico previo de pancreatitis aguda. Sin embargo, se inició su protocolo de estudio dándonos en un inicio la sospecha de malignidad mediante biopsias endoscópicas, por lo que se decide brindar tratamiento quirúrgico realizando una gastrectomía parcial con antrectomía más gastroyeyunoanastomosis y yeyunoanastomosis en Y de Roux. El reporte histopatológico fue de lipoma gástrico de 5 cm aproximadamente con pieza quirúrgica con bordes negativos para malignidad. Actualmente el paciente se encuentra con un seguimiento de 6 meses asintomático libre de enfermedad y recidivas según control tomográfico y endoscópico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Neto FA, Ferreira MC, Bertencello LC, Neto AA, de Aveiro WC, Bento K, et al. Gastric lipoma presenting as a giant bulging mass in an oligosymptomatic patient: a case report. *J Med Case Rep.* 2012;6:317, <http://dx.doi.org/10.1186/1752-1947-6-317>.
2. Kim DD, Tsai AIA, Otani ARO, Puglia CR, Malheiros CA. Lipoma gástrico: relato de caso. *Rev Col Bras Cir.* 2011;38(3):205-6.
3. Taylor AJ, Stewart ET, Dodds WJ. Gastrointestinal lipomas: a radiologic and pathologic review. *AJR Am J Roentgenol.* 1990;155(6):1205-10.
4. Myint M, Atten MJ, Attar BM, Nadimpalli V. Gastric lipoma with severe hemorrhage. *Am J Gastroenterol.* 1996;91(4):811-2.
5. Thompson WM, Kende AI, Levy AD. Imaging characteristics of gastric lipomas in 16 adult and pediatric patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2003;181(4):981-5.
6. Kang JY, Chan-Wilde C, Wee A, Chew R, Ti TK. Role of computed tomography and endoscopy in the management of alimentary tract lipomas. *Gut.* 1990;31(5):550-3.
7. Abdul Rahman AR, Farooq Ashraf M. A 45 year old man with a gastric lipoma. *Saudi J Gastroenterol.* 2006;12(3):149-50.
8. Zak Y, Biagini B, Moore H, DeSantis M, Ghosh BC. Submucosal resection of giant gastric lipoma. *J Surg Oncol.* 2006;94(1):63-7.
9. Furtado WS, Mello DA, Santos VM, Bringel TL, Oliveira Junior WP, Moura HJ. Gastric lipoma and pyloric obstruction in a 51 year old woman. *An Sist Sanit Navar.* 2013;36(1):145-8.
10. Mehta JA, Khedkar KB, Thakur VV, Singh R, Joshi RM. Gastric antral lipoma presenting as gastric outlet obstruction. *Indian J Gastroenterol.* 2013;32(6):422, <http://dx.doi.org/10.1007/s12664-013-0340-3>.