

## Cartas al director

### Lipohiperplasia de la válvula ileocecal como causa de abdomen agudo

Sr. Director:

Los lipomas son tumores benignos, de origen mesenquimatoso, desarrollados a partir de adipocitos, raros en el tracto gastrointestinal, localizados en la submucosa o subserosa, y con clínica inespecífica y variable.

Añadimos un caso más a la bibliografía médica destacando del caso la edad del paciente y la presentación clínica aguda.

Se trataba de un varón de 36 años de edad que acudió a urgencias de nuestro hospital por presentar dolor abdominal agudo, intenso y de aparición brusca de 12 h de evolución localizado en la fosa ilíaca derecha (FID) desde el primer momento y sin sintomatología intestinal previa. En sus antecedentes personales destacaba ser ex-ADVP en período de deshabitación, endocarditis y tuberculosis pulmonar; no refería haber tenido cuadros de dolor abdominal previos. En la exploración destacaba fiebre de 39 °C, defensa abdominal con Blumberg positivo en FID y 7.500 leucocitos con desviación izquierda. Se realizó ecografía abdominal, apreciándose una imagen en ciego con morfología “en diana” que parecía corresponder a una invaginación ileocólica, por lo que se realizó un enema opaco (fig. 1a), en donde se apreció un defecto de repleción en el colon ascendente de bordes lisos que confirmó la sospecha de invaginación intestinal, no consiguiéndose desinvaginar, por lo que se indicó intervención quirúrgica urgente. Intraoperatoriamente, se apreció a la palpación una tumoración intraluminal en la cara anterior del ciego con la serosa en dicha zona con aspecto isquémico, realizándose resección ileocólica y anastomosis laterolateral; en el informe anatomopatológico se describieron dos lipomas submucosos de ciego, localizados a ambos lados de la válvula ileocecal (fig. 1b), con infartación y ulceración de la mucosa e intensa serositis con zonas de infartación serosa.

Los lipomas del tracto gastrointestinal pueden aparecer en cualquier parte del mismo con una incidencia autóptica entre el 0,035 y el 4,4%, siendo la mayoría asintomáticos<sup>2</sup>, más frecuentemente en el colon, y dentro de éste, por orden de frecuencia, en el ciego<sup>1</sup>, el colon transverso, el colon sigmoideo y colon ascendente.

Las características fundamentales de estos tumores son su pequeño tamaño y su crecimiento lento; son clínicamente silentes hasta que alcanzan cierto tamaño y la edad de aparición en la sexta década, con una nula tendencia a la malignización en el intestino grueso.

Se ha descrito el “síndrome de la válvula ileocecal” como el conjunto de manifestaciones clínicas derivadas de procesos que

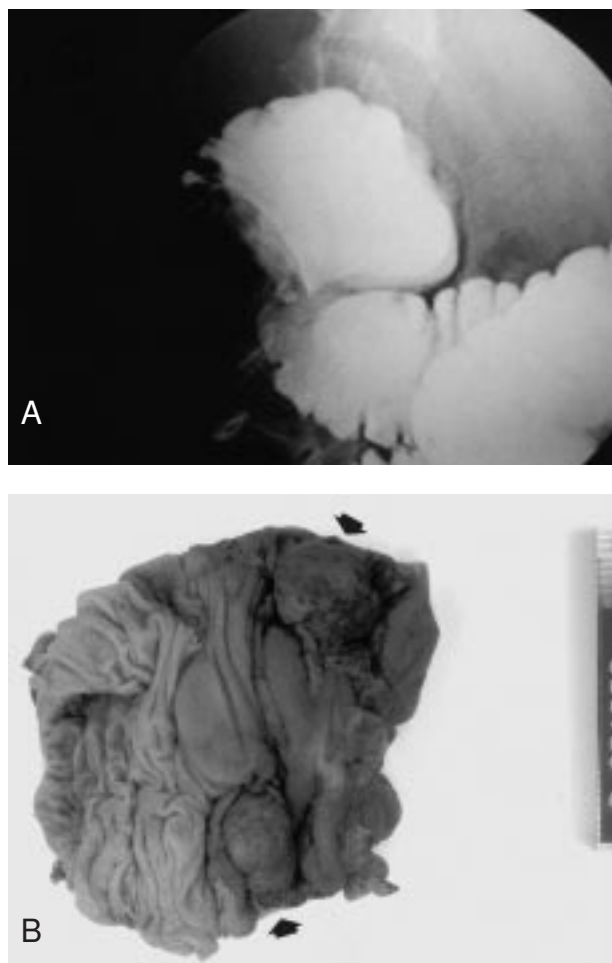


Fig. 1. A) Enema opaco: imagen de oclusión de colon ascendente. B) Fotografía de la pieza una vez resecada apreciándose los dos tumores (flechas) a ambos lados de la válvula ileocecal.

alteran tanto anatómica como funcionalmente dicha válvula, siendo la causa más frecuente la lipohiperplasia de la válvula<sup>3-5</sup>, caracterizada por la infiltración grasa de la submucosa, sin límites bien definidos y sin cápsula. Mientras que los lipomas están rodeados de cápsula, y sólo del 3 al 7%<sup>5</sup> de los lipomas del intestino grueso se localizan en la válvula ileocecal, como el caso que nos ocupa.

En cuanto al tratamiento, existe unanimidad entre todos los autores respecto a que los casos sintomáticos deben tratarse quirúrgicamente y, debido al carácter benigno de la lesión, de la forma menos agresiva posible. Así, si son de pequeño tamaño, y pediculados, se pueden extirpar por endoscopia; los de mayor tamaño quirúrgicamente, realizando colotomía y enucleación del lipoma<sup>6</sup>, o resecciones segmentarias cuando la situación local no lo permita por lesiones isquémicas, por invaginación, o localización en la propia válvula ileocecal, o hemicolectomías si coincide con otras lesiones o hay duda con respecto a su naturaleza<sup>1,7,8</sup>. Algunas de estas técnicas ya se han realizado con asistencia por laparoscopia<sup>6,9,10</sup>.

A. Climent, A. Estévez, C.J. Magdalena,  
J.S. Rouco, L. Cerrada y F. Rey

Policlínico Vigo, S.A. (POVISA). Vigo. Pontevedra.

## Bibliografía

1. Taylor BA, Wolf BG. Colonic lipomas, report of two unusual cases and review of the Mayo Clinic Experience 1976-1985. *Dis Col Rectum* 1987; 30: 88-893.
2. Gracia Correa F, Suárez García J, Febles Molina G, Cabezas de Heredia M, Alonso González MA. Lipoma de colon: a propósito de dos casos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1987; 71: 173-175.
3. De Castro G, Sieira A, González A, Climent A, Iribarren M, Martínez H et al. Lipohiperplasia de la válvula ileocecal. *Cir Esp* 1997; 61: 450-453.
4. Gracet JC. The ileocecal valve syndrome. *Br J Surg* 1964; 51: 371-374.
5. Saurin JC, Lambert R. Pathologie de la valvule de Bauhin. *Encycl Méd Chir Gastroentérol* 1995; 9: F10.
6. Rodríguez Lamos M, Madrid Rondón L, Camacho Ortuño F, Tejedós Cabeza L, Gutiérrez García J, García Romero E. *Cir Esp* 1998; 64: 179-180.
7. Castro EL, Stearns M. Lipoma of the large intestine, review of 45 cases. *Dis Col Rectum* 1972; 15: 441-444.
8. Grases P, Vittori L, Santiago S, Guirola E, Araujo J. Lipoma submucoso del sigmoides con invaginación colorrectal. *Gen* 1986; 40: 187-192.
9. Scoggin SD, Frazee RC. Laparoscopically assisted resection of a colonic lipoma. *Laparoendosc Surg* 1992; 2: 185-189.
10. Saclarides TJ, Ko ST, Airan M, Dillon C, Franklin J. Laparoscopic removal of a large colonic lipoma. Report of a case. *Dis Col Rectum* 1991; 34: 1027-1029.