

## Cartas al director

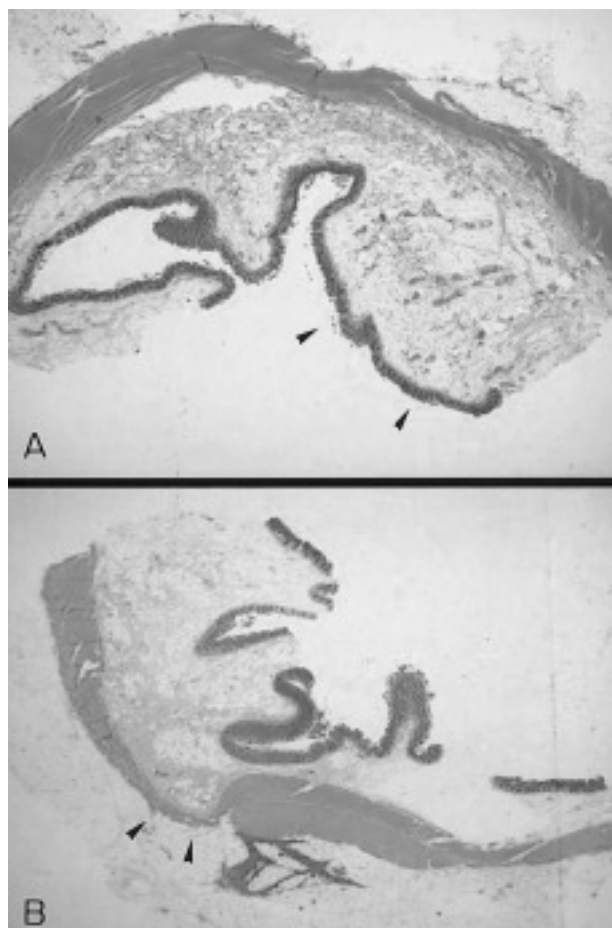


### Seudodiverticulosis y pseudopoliposis colónica por lipohiperplasia

Sr. Director:

La diverticulosis y poliposis colónica son frecuentes en la clínica diaria, localizándose principalmente a nivel de sigma y colon izquierdo. Sin embargo, la lipohiperplasia o lipomatosis intestinal (infiltración difusa del plano submucoso por tejido adiposo) es una patología intestinal infrecuente, y que generalmente afecta a la válvula ileocecal, siendo excepcional a nivel colónico<sup>1</sup>. La lipohiperplasia puede presentar sintomatología cuando afecta a la válvula ileocecal y al intestino delgado<sup>2</sup>, mientras que a nivel colónico suele ser asintomática y un hallazgo casual, siendo excepcional la presencia de sintomatología<sup>1</sup>. Presentamos un caso de lipohiperplasia del colon derecho con clínica y radiología compatible con un cuadro de diverticulosis y poliposis de colon.

Varón de 52 años diagnosticado de hepatopatía alcohólica, que consulta por dolor abdominal leve, tipo cólico, y difuso, aunque focaliza parcialmente en hipocondrio-flanco derecho, sin relación con la ingesta, y de 5 meses de evolución. A la exploración abdominal presenta una hepatomegalia de 7 cm, y es discretamente doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio-flanco derechos, sin irritación peritoneal ni defensa. En la analítica destaca un aumento de las transaminasas por su hepatopatía, siendo el resto normal. La radiología simple de tórax y abdomen fue normal. Se realizó una gastroscopia que informó de gastropatía hipertensiva sin varices gastroesofágicas, y la ecografía mostró una gran hepatomegalia con aumento difuso de la ecogenicidad. En el enema opaco el ciego y el colon derecho estaban ascendidos a hipocondrio derecho, con múltiples divertículos a dicho nivel, y a nivel de ángulo hepático-colon transversal se observaba una imagen polipoide. La colonoscopia no llegó hasta el colon derecho por mala tolerancia de la exploración. Con el diagnóstico de diverticulosis del colon derecho y lesión polipoide colónica se intervino, hallando colon derecho ascendido hasta hipocondrio derecho, sin hallar lesiones tumorales, polipoides ni diverticulares macroscópicas, realizándose una hemicolectomía derecha. El estudio histológico no observa macroscópicamente formaciones diverticulares, ni polipoides. A nivel del ciego y colon ascendente destaca una submucosa ampliada a expensas de tejido adiposo maduro vascularizado, observándose una muscular propia adelgazada, sin observar formaciones diverticulares. La hiperplasia grasa protruye hacia la luz intestinal adoptando una morfología



*Fig. 1. Histología del colon derecho: se observa una submucosa ampliada a expensas de tejido adiposo maduro vascularizado. La figura 1A muestra una zona con una mucosa que, debido a la grasa subyacente, protruye hacia la superficie endoluminal con una apariencia polipoide (flechas). La figura 1B muestra una zona muscular propia muy adelgazada, con una apariencia diverticular. No se observan en ningún caso ni pólipos ni divertículos verdaderos (hematoxilina-eosina. Imagen sin aumento).*

seudopolipoide, y en algunas zonas el adelgazamiento de la muscular propia da lugar a una apariencia pseudodiverticular (fig. 1). Se diagnostica lipohiperplasia o lipomatosis de colon. La evolución postoperatoria ha sido satisfactoria, tras 1 año de seguimiento.

Son pocos los datos epidemiológicos que se disponen de la lipohiperplasia intestinal. Tawfik<sup>2</sup>, en un estudio en autopsias para determinar su incidencia, observó que el 20% de las personas no padecían lipohiperplasia, el 28% presentaban un grado leve, el 39% un grado moderado y el 14% un grado severo, correlacionándose el grado de lipohiperplasia con el grado de infiltración grasa de la cavidad ventricular derecha, del páncreas, y el peso del paciente. Además, observó que afecta principalmente a la válvula ileocecal, y es frecuente que otras lesiones gastrointestinales se asocien. En cuanto a su presentación, es rara su descripción antes de los 40 años, situándose generalmente entre los 50 y los 70 años con un ligero predominio femenino 2:1<sup>2</sup>. Su etiología es incierta, e incluso se considera que hasta cierto

grado de hiperplasia grasa puede ser normal, proponiéndose la obesidad y las alteraciones del metabolismo lipídico como factores asociados a ésta. Así, Ryan<sup>3</sup> considera que es una manifestación localizada de una obesidad generalizada, aunque hay que destacar que ninguno de sus casos tenía sobrepeso. Por otro lado, hay que recordar que no es lo mismo la lipohiperplasia que el lipoma intestinal; así, Haller y Roberts<sup>4</sup> indican que el lipoma presenta una membrana que lo delimita y suele estar confinado a un lado de la pared intestinal, mientras que la lipohiperplasia es difusa y sin membrana envolvente.

En cuanto a su presentación clínica, la lipomatosis colónica suele ser asintomática, excepto si afecta a la válvula ileocecal (síndrome de la válvula ileocecal, etc.) o al intestino delgado (intususcepción intestinal, etc.).<sup>2,5</sup> Es infrecuente que su inicio clínico sea como un cuadro diverticular o polipoideo colónico, y en este sentido destacan las aportaciones de Catania<sup>1</sup>, Baumgartner<sup>6</sup> y Greiner<sup>7</sup>. Catania<sup>1</sup> presentó un caso de lipomatosis colónica difusa, no sólo localizada en colon derecho, como en nuestro caso, que provocaba un dolicosigma, hipertrofia de los apéndices epiploicos, y divertículos colónicos, que con frecuencia desencadenaban cuadros suboclusivos alternando con episodios diarreicos. Baumgartner<sup>6</sup> y Greiner<sup>7</sup> describieron otros dos casos de lipomatosis colónica con múltiples divertículos. En este sentido, Brouland<sup>8</sup> presentó un caso igual, pero en él los divertículos eran causados por áreas de debilidad en la pared colónica inducidos por lipomas y no por una lipohiperplasia.

Las técnicas de imagen no suelen aportar ningún dato, excepto en los casos en los que afecta a la válvula ileocecal que suele mostrar una sombra translúcida con o sin hendidura central o configuración estrellada<sup>2</sup>. La lipomatosis colónica puede provocar un defecto de repleción en el enema opaco, como en nuestro caso, siendo difícil el diagnóstico diferencial con respecto a lesión maligna, incluso con endoscopia digestiva baja y biopsia. Sin embargo, un correcto diagnóstico preoperatorio es importante para prevenir un tratamiento quirúrgico demasiado radical o innecesario. Actualmente la prueba fundamental y la que nos permite sospechar la lesión es la colonoscopia, pues muestra una mucosa intestinal conservada y lesiones pseudopolipoides blandas con histología benigna<sup>3</sup>. Aunque no suele ser definitiva si permite un diagnóstico de sospecha preoperatorio<sup>3</sup>.

La cirugía se indica generalmente por dudas diagnósticas con malignidad o por sintomatología persistente, debiendo realizarse exéresis de toda la zona afectada<sup>1</sup>. Los resultados son muy buenos, y al ser una patología benigna el pronóstico es excelente, aunque en casos de resecciones intestinales importantes puede quedar morbilidad permanente asociada, como el síndrome de intestino corto, la presencia de diarreas persistentes, etc<sup>1</sup>.

**Antonio Ríos Zambudio<sup>a</sup>, José Sánchez Valero<sup>a</sup>,  
Enrique Martínez Barba<sup>b</sup>, Andrés Roca Blaya<sup>a</sup>,  
Luis Martín Díaz<sup>a</sup> y Manuel del Pozo Rodríguez<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo II. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia. España.

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia. España.

## Bibliografía

1. Catania G, Petralia GA, Migliore M, Cardi F. Diffuse colonic lipomatosis with giant hypertrophy of the epiploic appendices and diverticulosis of the colon. Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1995;38:769-75.
2. Tawfik OW, McGregor DH. Lipohyperplasia of the ileocecal valve. *Am J Gastroenterol* 1992;87:82-7.
3. Ryan J, Martín JE, Pollock DJ. Fatty tumours of the large intestine: a clinicopathological review of 13 cases. *Br J Surg* 1989;76:793-6.
4. Haller JD, Roberts TW. Lipomas of the colon: a clinico-pathologic study of 20 cases. *Surgery* 1964;55:773-81.
5. Tatsuguchi A, Fukuda Y, Moriyama T, Yamanaka N. Lipomatosis of the small intestine and colon associated with intussusception in the ileocecal region. *Gastrointest Endosc* 1999;49:118-21.
6. Baumgartner CJ. Recurrent multiple intussusceptions with lipomatosis: multiple diverticula. *Am Surg* 1969;35:70-1.
7. Greiner L. Diffuse colonic lipomatosis with giant diverticulosis. *Med Welt* 1980;31:1380-1.
8. Brouland JP, Poupard B, Nemeth J, Valleur P. Lipomatous polyposis of the colon with multiple lipomas of peritoneal folds and giant diverticulosis: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1767-9.