

Cartas científicas

Invaginación colocólica por lipoma

Lipoma causing colo-colonic intussusception

La intususcepción intestinal en el adulto representa menos del 5% de todas las invaginaciones, que son una enfermedad típica del niño. Fue descrita por Barbette, 1674, con evolución nefasta hasta Hutchinson, en 1876, que realizó la primera reducción quirúrgica exitosa. Las localizaciones más frecuentes son las ileo-ileales o ileocólicas; las lesiones cólicas aisladas o ileocecocólicas son raras. La etiología en el adulto aparece en un 70–90% de los casos¹ (a diferencia del niño); en las lesiones cólicas, frecuentemente, se trata de un tumor maligno. Por esto presentamos este caso: una intususcepción colocólica por un tumor de estirpe benigna, el lipoma.

Mujer de 37 años que acude a urgencias por presentar dolor abdominal y rectorragia, con antecedentes de tratamiento con anticonceptivos. Refería molestias abdominales y náuseas de una semana de evolución y en las últimas 48 h, rectorragia con las deposiciones. No refiere otros síntomas. A la exploración, estaba afebril, estable, con un abdomen depresible, doloroso a la palpación en flanco izquierdo, donde había una ocupación de 5–6 cm de diámetro, no adherida a planos superficiales y sin signos de irritación peritoneal. En el tacto rectal había heces en ampolla y restos hemáticos en agua de lavar carne.

Se realizó, como pruebas complementarias, hemograma: hematocrito del 35,6%, hemoglobina de 11,9 g/l, leucocitos de 11.700 leucocitos/μl. Una radiografía de abdomen que fue normal; una ecografía abdominal informada como «se identifica un asa dentro de otra, compatible con invaginación colocólica. Lesiones focales ecogénicas en el parénquima hepático», y una tomografía computarizada (TC) abdominal (fig. 1) con resultado de «invaginación colocólica en colon descendente por probable lipoma. Lesiones focales hepáticas compatibles con hiperplasia nodular focal».

Se procedió a la intervención quirúrgica; se realizó una laparotomía media que confirmó la intususcepción colocólica (fig. 2), con afectación severa de la pared. Sin otras lesiones cólicas. Múltiples lesiones pequeñas hepáticas de aspecto benigno. Se biopsió una de las lesiones hepáticas del borde derecho. Se realizó una hemicolecotomía izquierda que incluía la invaginación, con anastomosis colocólica terminoterminal funcional con GIA. Drenaje con Penrose. Cierre por planos. La paciente evolucionó favorablemente y se le dio el alta a los 8

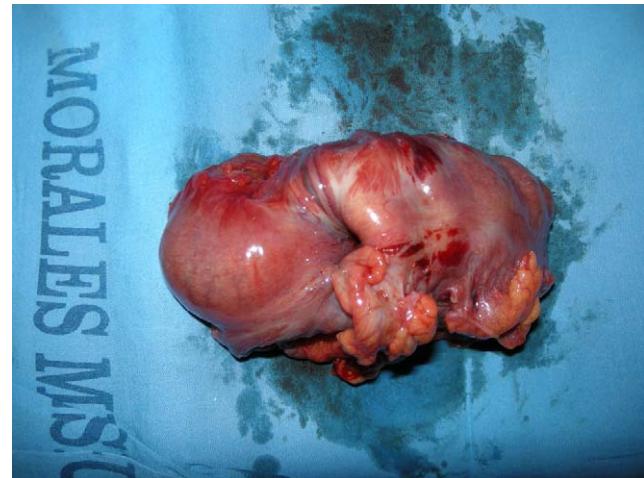


Figura 1 – Corte sagital de abdomen. Se aprecia invaginación colocólica en colon descendente por probable lipoma de 32,9 mm de ancho, por 54,5 mm de longitud. Lesiones focales hepáticas con características de benignidad, compatibles con hiperplasia nodular focal.

días. Anatomía patológica informó de invaginación por lipoma.

Resaltamos la importancia de este caso por la infrecuencia de su etiología y su anatomía, ya que es una enfermedad característica de los primeros 2 años de vida; su incidencia en el adulto es de 3 casos por millón de habitantes al año².

La etiología asienta, en un 75–80%, en intestino delgado y el resto, en colon². La naturaleza de la cabeza de invaginación es diversa. Así, en el intestino delgado predominan procesos benignos, como hamartomas, lipomas, leiomiomas, adenoma inflamatorio, divertículo de Meckel, adherencias, etc.; aunque también tumores malignos, sobre todo, metástasis⁴. Mientras que en el colon la posibilidad de malignidad es mayor^{2,3} (habitualmente adenocarcinomas).

Sin embargo, la invaginación colocólica por un lipoma nos ha llevado a una búsqueda exhaustiva de la bibliografía existente al respecto, y examinamos las principales características de los lipomas del colon. Éstos se localizan en un 90%



Figura 2 – Imagen macroscópica de la pieza reseada donde se aprecia la intususcepción cólica sobre sí misma.

en la submucosa, suelen ser solitarios, de tamaño variable y sésiles o pediculados; normalmente son asintomáticos, pero cuando son de gran tamaño dan manifestaciones clínicas como la intususcepción (causada por la progresión de un lipoma pediculado)⁵. En un estudio bibliográfico⁶ se afirma que, de 275 casos publicados de lipoma en el colon, 28 pacientes tuvieron una clínica de presentación dramática, con dolor y/o sangrado rectal como síntomas más precoces de una intususcepción, y en algunos casos llegó a la perforación del colon; en estos casos los lipomas eran de gran tamaño (>2 cm), en relación con marcada ulceración/necrosis en su superficie, y necesitaron una intervención quirúrgica urgente.

La dificultad en su diagnóstico radica tanto en su escasa incidencia como en la escasa clínica, pues síntomas como dolor abdominal, rectorragia u oclusión son comunes a otras etiologías, por lo que es fundamental una prueba de imagen que catalogue u oriente el origen de dicha clínica. Según la habilidad del servicio de radiología, se prefieren unas pruebas de imagen sobre otras. Actualmente, se puede optar por el diagnóstico mediante: ecografía o TC (en la literatura clásica también se incluía el enema opaco), así como la colonoscopia, sobre todo en las invaginaciones con participación del colon. De las expuestas, la de mayor sensibilidad es la TC, pero con las desventajas de su menor accesibilidad, dosis de irradiación, necesidad de administración de contraste oral o

intravenoso, lo cual retarda la realización de la prueba y conlleva efectos adversos. Por esto, la prueba con mayor rendimiento es la ecografía, por ser más accesible, rápida e inocua. Mediante estas pruebas se puede detectar imágenes muy características: se puede observar en el eje longitudinal una masa alargada y en el eje transversal, una masa en forma de diana⁷. Así, nos permiten un diagnóstico preoperatorio, lo cual no siempre es posible si el inicio ha sido con una oclusión intestinal total o una perforación intestinal, en cuyo caso se realiza tras una cirugía urgente por abdomen agudo.

Según lo expuesto, concluimos que el fin será, en todos los casos, la intervención quirúrgica, con exéresis de la zona afecta, por el riesgo de perforación del segmento intestinal que conlleva la invaginación.

B I B L I O G R A F Í A

1. Gordon RS, O'Dell KB, Namon AJ, Becker LB. Intussusception in the adult—a rare disease. *J Emerg Med.* 1991;9:337–42.
2. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg.* 1997;226: 134–8.
3. Pollack CV, Pender ES. Unusual cases of intussusception. *J Emerg Med.* 1991;9:347–55.
4. Martín JG, Aguayo JL, Aguilar J, Torralba JA, Liron R, Miguel J, et al. Invaginación intestinal en el adulto. Presentación de siete casos con énfasis en el diagnóstico preoperatorio. *Cir Esp.* 2001;70:93–7.
5. Cirino E, Calì V, Basile G, Muscari C, Caragliano P, Petino A. Intestinal invagination caused by colonic lipoma. *Minerva Chir.* 1996;51:717–23.
6. Franc-Law JM, Bégin LR, Vasilevsky CA, Gordon PH. The dramatic presentation of colonic lipomata: report of two cases and review of the literature. *Am Surg.* 2001;67:491–4.
7. Gayer G, Zissin R, Apté S, et al. Pictorial review: adult intussusception—a CT diagnosis. *Br J Radiol.* 2002;75:185–90.

M. Pilar Guillén-Paredes*, Diego Martínez-Gómez, Jose Luis Aguayo-Albasini, Mónica Mengual-Ballester y Benito Manuel Flores-Pastor

Servicio de Cirugía, Hospital General Universitario Morales Mesequer, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mapimed@hotmail.com
(M.P. Guillén-Paredes).