

6. Theodoropoulos J, Krecioch P, Myricks S, Atkins R. Delayed presentation of a splenic challenge. *Int J Colorectal Dis.* 2010;25:1033-4.
7. de Vries J, Ronner HR, Oomen APA, Linkskens RK. Splenic rupture following colonoscopy, a rare complication. *Neht J Med.* 2009;67:230-3.
8. Prowda JC, Trevisan SG, Lev-Toaff AS. Splenic injury after colonoscopy: conservative management using CT. *AJR.* 2005;185:708-10.
9. Capellani A, di Vita M, Zanghi A, Cavallero A, Alfano G, Piccolo G, et al. Splenic rupture after colonoscopy: report of a case and review of literature. *World J Emerg Surg.* 2008;3:8.
10. Lalor PF, Mann BD. Splenic rupture after colonoscopy. *JSLs.* 2007;11:151-6.

Laura Casanova Martínez*, Eduardo Martín Arranz, Pilar Vázquez López, Marta Jaquotot Herranz, Pedro Mora Sanz y José M. Segura Cabral

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laucasanovam@gmail.com (L. Casanova Martínez).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.03.010

Invaginación intestinal por lipoma de colon de gran tamaño. Tratamiento laparoscópico

Giant lipoma-induced colonic intussusception. Laparoscopic management

Sr. Director:

La invaginación o intususcepción del colon es una entidad infrecuente. La mayoría de las veces se diagnostica en la infancia y solo el 5% en población adulta¹. En el 83-93%²⁻⁴ de los casos se identifica una lesión subyacente. Las lesiones benignas causantes de invaginación cólica son en gran parte lipomas, adenomas e hiperplasias linfoides, mientras que las malignas corresponden casi siempre a adenocarcinomas de colon¹⁻³.

Los estudios más antiguos mostraban un mayor porcentaje de invaginaciones cólicas frente a las entéricas (65 vs 35%¹, 62 vs 38%²), invirtiéndose dicha proporción conforme nos acercamos a la fecha actual (75 vs 25%³, 33 vs 61%⁴). Dicho cambio puede deberse a que la detección precoz de cáncer de colon hace que disminuya el número de lesiones de tamaño suficiente como para producir una invaginación⁴.

La sintomatología es fundamentalmente crónica o subaguda. El síntoma más habitual es el dolor abdominal, seguido

por náuseas y vómitos. En menor medida aparecen melenas o hematoquecia, presencia de masa abdominal o alteración del ritmo intestinal.

Con la utilización de la tomografía computarizada (TC) se llega al diagnóstico preoperatorio hasta en el 83-85%⁴ de los pacientes haciendo posible realizar un estudio más completo de la lesión y plantear un mejor abordaje terapéutico.

En general, el tratamiento es quirúrgico, con resección intestinal en la mayoría de los casos. En algunas situaciones especiales, la actitud expectante puede llevar a la resolución del problema por sí mismo.

Presentamos el caso de una mujer de 74 años que consulta por cuadro de 2 años de evolución de vómitos posprandiales ocasionales, ritmo intestinal irregular con episodios diarreicos autolimitados de 24 h de duración, con 2-3 deposiciones al día sin productos patológicos y pérdida de 8 kg en el último año. Como antecedentes personales destacan diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, hipertensión arterial y apendicectomía hacia 20 años. La paciente refería haber sido estudiada al inicio del cuadro en otro centro mediante análisis, ecografía abdominal, enema opaco y colonoscopia, sin resultados concluyentes, aunque no aportaba informes. En la exploración física no se encontraron alteraciones de interés.

Se decide realizar gastroscopia y TC abdominal (fig. 1). En la primera no hay datos relevantes, mientras que en la TC se encuentra una lesión intraluminal de densidad grasa, de

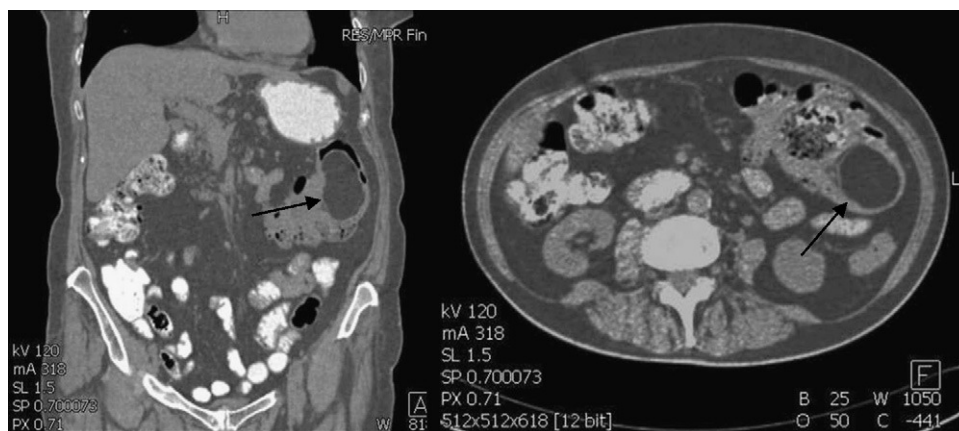


Figura 1 Cortes coronal y axial de lipoma.

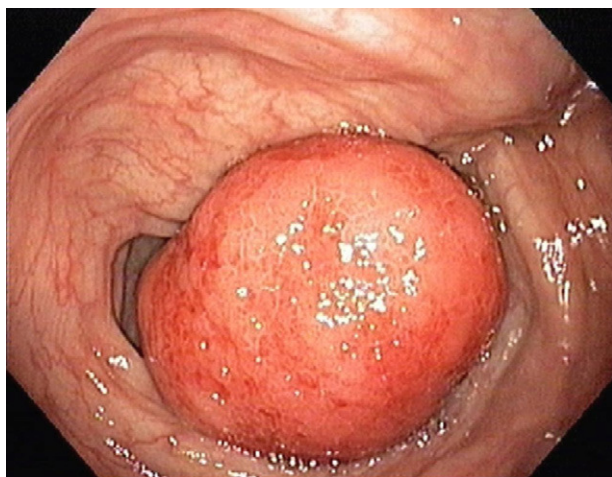


Figura 2 Imagen endoscópica de lipoma.

unos 6 cm, que se invagina en el interior de la luz colónica ocupando el ángulo esplénico del colon, sin signos de obstrucción ni sufrimiento intestinal. La colonoscopia mostró una formación polipoidea de gran tamaño y aspecto submucoso en colon transverso con biopsias inespecíficas (fig. 2). Se tatuaron con tinta china los extremos distal y proximal de la lesión. La paciente fue intervenida quirúrgicamente realizándose una hemicolectomía derecha por vía laparoscópica. La pieza contenía un tumor voluminoso cuya anatomía patológica correspondió a un lipoma. La evolución de la paciente fue muy favorable. Cuatro meses después de la intervención se encuentra asintomática desde el punto de vista digestivo y ha normalizado su ritmo intestinal.

Los lipomas son relativamente raros pese a ocupar el segundo lugar, tras los pólipos adenomatosos, entre las lesiones benignas del colon. El 90% se originan en la submucosa. Parece haber un ligero predominio en las mujeres y su localización más habitual es el colon derecho. Muy frecuentemente son asintomáticos. Los de gran tamaño pueden provocar síntomas como dolor abdominal, sangrado digestivo bajo y, raramente, invaginación^{5,6}. En estos casos, el tratamiento habitual es el quirúrgico. Como en otras entidades, la vía laparoscópica ofrece menos días de estancia hospitalaria y menor número de complicaciones posquirúrgicas. La resección endoscópica mediante asa de polipectomía es factible, si bien el riesgo de perforación es alto en los mayo-

res de 2 cm y con base de implantación amplia⁷. También es posible su resección utilizando ligadura con endoloop⁸. Muy recientemente se ha descrito un caso de desaparición de un gran lipoma del colon después de realizarse biopsia, probablemente por enucleación de su contenido⁹.

Bibliografía

1. Stubenbord WT, Thorbjarnarson B. Intussusception in adults. *Ann Surg.* 1970;172:306-10.
2. Nagorney DM, Sarr MG, Mslrath DC. Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg.* 1981;193:230-6.
3. Azar T, Berger DL. Adult Intussusception. *Ann Surg.* 1997;226:134-8.
4. Morera-Ocón FJ, Hernández-Montes E, Bernal-Sprekelsen JC. Invaginación intestinal en el adulto: presentación de un caso y revisión de la literatura médica española. *Cir Esp.* 2009;86:358-62.
5. Abou-Nukta F, Gutweiler J, Khaw J, Yavorek G. Giant lipoma causing a colo-colonic intussusception. *Am Surg.* 2006;72:83-4.
6. Lin CW, Hsieh YH, Tzeng JE, Tseng KC. Lipoma-induced colon intussusception. *Endoscopy.* 2009;41 Suppl 2:E14-15.
7. Peters Jr MB, Obermeyer RJ, Ojeda HF, Knauer EM, Millie MP, Ertan A, et al. Laparoscopic Management of Colonic Lipomas: A Case Report and Review of the Literature. *JLS.* 2005;9:342-4.
8. Lee SH, Park JH, Park do H, Chung IK, Kim HS, Park SH, et al. Endoloop ligation of large pedunculated submucosal tumors (with videos). *Gastrointest Endosc.* 2008;67:556-60.
9. Ishiyama S, Tashiro Y, Nagayasu K, Niwa K, Ono S, Sugimoto K, et al. Spontaneous disappearance of a giant colonic lipoma after endoscopic biopsy. *Endoscopy.* 2011;43 Suppl 2:E16.

Marta Basterra Ederra^{a,*}, Federico Bolado Concejo^{a,*}, Pilar Caballero García^b y Fabiola Oteiza Martínez^c

^a Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España

^b Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España

^c Servicio de Cirugía General, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fboladoc@hotmail.com (F. Bolado Concejo).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.04.009