

## Invaginación ileoileal e ileocecal por lipomatosis intestinal

R. Rivera Irigoín<sup>a</sup>, N. Fernández Moreno<sup>a</sup>, R. Funez Liébana<sup>b</sup>, F. Medina Cano<sup>c</sup>, E. Navarro Sanchis<sup>d</sup>, P.P. Moreno Mejía<sup>a</sup>, G. García Fernández<sup>a</sup>, J.M. Navarro Jarabo<sup>a</sup>, C.M. de Sola Earle<sup>a</sup>, F.J. Fernández Pérez<sup>a</sup>, J.J. Moreno Platero<sup>a</sup> y A. Sánchez Cantos<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Aparato Digestivo. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. <sup>c</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. <sup>d</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

### RESUMEN

La lipomatosis intestinal es una rara entidad con pocos casos descritos en la bibliografía médica; la mayoría de las veces es asintomática, y cuando es sintomática, en general, se presenta como cuadro oclusivo y menos frecuentemente como pérdidas hemáticas. En el diagnóstico son útiles el estudio baritado del intestino así como la ecografía y la tomografía computarizada. Presentamos el caso de un varón de 47 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, con cuadro de suboclusión intestinal de varios meses de evolución, en el que las pruebas complementarias permitieron establecer el diagnóstico de suboclusión intestinal por invaginación ileocecal secundaria a tumoraciones intraluminales del íleon; el acto operatorio y el posterior estudio anatomopatológico revelaron que se trataba de una lipomatosis intestinal, una entidad clínica poco frecuente que se ha asociado a diverticulosis y vólvulos intestinales.

### ILEO-ILEAL AND ILEOCECAL INVAGINATION DUE TO INTESTINAL LIPOMATOSIS

Intestinal lipomatosis is a rare entity and few cases have been reported in the literature. The condition is usually asymptomatic. Symptomatic cases usually present as obstruction or, less frequently, as bleeding. Intestinal barium studies, ultrasonography and computed tomography are useful diagnostic techniques. We present the case of a 47-year-old man with no relevant medical history who presented with intestinal obstruction of several months' duration. Complementary investigations yielded a diagnosis of intestinal obstruction due to ileocecal invagination secondary to endoluminal tumors of the ileum. Surgery and pathological analysis revealed the latter to be intestinal lipomatosis. This rare clinical entity has been associated with diverticulosis and intestinal volvulus.

Correspondencia: Dr. R. Rivera Irigoín.  
Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol.  
Ctra. Nacional 340, Km 187. 29600 Marbella. Málaga. España.  
Correo electrónico: robinrivera\_i@hotmail.com

Recibido el 4-2-2003; aceptado para su publicación el 9-4-2003.

### INTRODUCCIÓN

A pesar de la longitud y la variedad de estructuras componentes del intestino delgado, las neoplasias de esta parte del tracto gastrointestinal son relativamente poco frecuentes, y constituyen del 1 al 5% de todas las neoplasias gastrointestinales y el 0,3% de todos los tumores, siendo la incidencia estimada de 1,4 por 100.000 habitantes/año. Las dos terceras partes de estos tumores son malignos y un tercio, benignos<sup>1-3</sup>; de éstos los más frecuentes son los adenomas, seguidos de los leiomiomas, y el tercer lugar lo ocupan los lipomas, que representan del 8 al 20%. La lipomatosis intestinal es una entidad clínica muy rara con pocos casos descritos en la bibliografía médica. Presentamos el caso de un paciente con lipomatosis de íleon complicado con invaginaciones ileoileales e ileocecales.

### OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 47 años de edad, sin antecedentes de interés, que consulta por presentar un cuadro de 5 meses de evolución consistente en dolor abdominal recurrente en el flanco derecho con exacerbaciones después de la ingesta, asociado a diarrea de 4-5 deposiciones al día sin productos patológicos y pérdida ponderal de unos 20 kg de peso en este período. En la exploración física destacaba un abdomen doloroso a la palpación profunda en el flanco derecho, donde daba la impresión de palparse una masa sin signos de irritación peritoneal. La analítica demostraba una hemoglobina de 11,6 g/dl y VCM de 82 fl, siendo las series blanca y plaquetaria, así como la coagulación, normales; la bioquímica era normal, excepto la proteína C reactiva (PCR), de 9,5 mg/dl. Los coprocultivos, la serología para *Salmonella typhi*, *S. paratyphi* y *Brucella* fueron negativos, así como la serología frente al VIH. Las pruebas de imagen incluían una radiografía simple de abdomen normal, un tránsito intestinal lento (más de 8 h) con distensión de íleon preterminal que mostraba defectos de repleción fijos sugestivos de pólipos, el mayor de 4,5 cm, sin que se apreciaran úlceras o separación de asas sugestivas de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). En la zona ileocecal se apreciaba una estenosis con dificultad al paso de contraste (fig. 1). En la ecografía abdominal se apreciaba una imagen de intestino en escarpela con flujo parietal conservado, sugerente de invaginación intestinal (fig. 2). Con estos datos el paciente fue sometido a una laparotomía, practicándose una resección ileocecal de aproximadamente 60 cm con anastomosis ileocólica terminolateral. En el segmento resecado se apreciaban varias tumoraciones que estenosaban la luz y provocaban invaginaciones ileoileales e ileocecales, con mucosa interpuesta normal. El estudio anatomopatológico reveló múltiples formaciones lipomatosas, la mayor de 10 cm de diámetro (figs. 3 y 4). Tras la intervención el paciente presentó una evolución satisfactoria, manteniéndose asintomático tras un seguimiento de 12 meses.

*Fig. 1. Tránsito intestinal baritado con dilatación de íleon preterminal e imágenes de defecto de repleción en su interior, así como estenosis en la zona ileocecal.*

*Fig. 2. Eco-Doppler abdominal que muestra una imagen de intestino «en escarapela» con flujo parietal conservado, sugerente de invaginación intestinal.*

## DISCUSIÓN

La lipomatosis del intestino delgado fue descrita por primera vez por Hellstrom, en 1906, y constituye una rara entidad clínica con algo más de una veintena de casos descritos en la bibliografía médica<sup>4,6-8</sup>. Un grupo de investigadores en una revisión de 22 casos de lipomatosis de

*Fig. 3. Pieza quirúrgica en la que se aprecian múltiples tumoraciones de crecimiento intraluminal correspondientes a lipomas.*

*Fig. 4. Corte del mayor de los lipomas (10 cm de diámetro).*

intestino delgado<sup>4</sup> no encuentran predominio según el sexo, siendo la edad media de presentación de  $47,3 \pm 18$  años, sin que en ningún caso se describa una degeneración maligna.

La zona más frecuentemente comprometida es el íleon y aunque en la mayoría de los casos la afección del intestino delgado es segmentaria, también se han descrito casos en los que el intestino delgado prácticamente está afectado en su totalidad<sup>6,7,9</sup>, con las dificultades terapéuticas que de ello se deviran.

La clínica está determinada por la intususcepción o la obstrucción que son capaces de producir cuando el tamaño es lo suficientemente grande, como en el caso presentado<sup>7</sup>, y en menor medida la clínica está condicionada por las pérdidas hemáticas que pueden producirse desde su superficie.

El diagnóstico de la lipomatosis, como el de otros tumores del intestino delgado, es bastante difícil<sup>5</sup> y para su establecimiento contamos con la ayuda del tránsito gastrointestinal baritado, que tiene una sensibilidad de apro-

ximadamente el 35%, que se eleva considerablemente, llegando según algunas series hasta el 90%, si se hace con la técnica de enteroclisís<sup>10</sup>. También son de mucha utilidad en el diagnóstico la ecografía abdominal y la tomografía computarizada<sup>6,11</sup>. En nuestro caso, fueron muy orientativos los datos del tránsito gastrointestinal y la ecografía abdominal, en los que se apreciaban imágenes sugerentes de tumoraciones en la luz del íleon y de invaginación ileocecal, datos que fueron confirmados en la cirugía.

El tratamiento consiste en algunos casos en la resección quirúrgica de la zona afectada si ésta no es muy extensa, como en el caso que describimos. En otros casos en los que se acompaña de vólvulo se ha descrito la desvolvulación quirúrgica del mismo y, si la pared intestinal no estaba afectada, se ha optado por no reseccionarla<sup>4</sup>.

Se ha descrito la asociación de lipomatosis del intestino delgado con diverticulosis hasta en más del 40% de los casos; la incidencia de diverticulosis del intestino delgado en la población general es sólo del 1-1,5%<sup>4</sup>. Los lipomas son formaciones submucosas, y aunque no afectan a la muscularis propia<sup>9</sup>, probablemente la debiliten y condicionen la mayor posibilidad de divertículos en esta zona. También se ha descrito la asociación con vólvulos intestinales, y un caso de asociación de una lipomatosis intestinal difusa con lipomas pancreáticos y de las glándulas suprarrenales<sup>6</sup>. El presente caso nos muestra que a pesar de la poca frecuencia de esta patología debemos tenerla pre-

sente en el diagnóstico diferencial ante un cuadro de suboclusión intestinal.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Cooper MJ, Williamson RC. Enteric adenoma and adenocarcinoma. *World Surg* 1985;9:914-20.
2. Di Sario JA, Burt RW, Vargas H, McWhorter WP. Small bowel cancer: epidemiological and clinical characteristics from a population-based registry. *Am J Gastroenterol* 1994;89:699-701.
3. Lowenfels AB. Why are small-bowel tumors so rare? *Lancet* 1973;1:24.
4. Tani T, Abe H, Tsukada H, Kodama M. Lipomatosis of the ileum with Volvulus: Report of a Case. *Jpn J Surg* 1998;28:640-2.
5. Ciresi DL, Scholten DJ. The continuing clinical dilemma of primary tumors of the small intestine. *Am Surg* 1995;61:698-702.
6. Rossi A, Rossi G. Diffuse intestinal lipomatosis associated with pancreatic and adrenal lipomas. Diagnosis with computerized tomography: the first case? *Radiología Médica* 1998;96:636-8.
7. Basov VV, Frolova TS. Total intestinal lipomatosis complicated by invagination of the ileum. *Vestnik Khirurgii imeni I (I). Grekova* 1984;132:106-7.
8. Reeder PH, Hopens T. Intestinal lipomatosis-an unusual case. *Am J Gastroenterol* 1983;78:185-8.
9. Climie AR, Wylin RF. Small intestinal lipomatosis. *Arch Pathol Lab Med* 1981;105:40-2.
10. Bessette JR, Maglente DD, Kelvin FM, Chemish SM. Primary malignant tumors of the small bowel: a comparison of the small-bowel enema and conventional follow-through examination. *AJR Am J Roentgenol* 1989;153:741.
11. Ormson MJ, Stephens DH, Carlson HC. CT recognition of intestinal lipomatosis. *AJR Am J Roentgenol* 1985;144:313-4.