

Noticia Clínica

Invaginación de colon transverso causada por lipoma submucoso

Intussusception of colon transverse caused by submucosal lipoma

Sánchez Infante S, Castellón Pavón CJ, Franco Herrera R, Pérez Domene MT, Alias Jiménez D, Durán Poveda M

Hospital Rey Juan Carlos Móstoles. Madrid.

RESUMEN

Introducción: La invaginación es una causa poco común de obstrucción intestinal en el adulto. En la mayoría de los casos existe una lesión orgánica subyacente, generalmente maligna (40-50% de los casos). Esta alta tasa de neoplasia maligna hace que la resección quirúrgica sea el tratamiento de elección en este tipo de pacientes.

Descripción del caso: Varón de 73 años con hallazgo de lesión endoluminal sugestiva de lipoma en colonoscopia realizada por anemia ferropénica. Se realiza tomografía computarizada (TC) donde se aprecia gran lipoma colónico que condiciona invaginación y engrosamiento subyacente. El paciente presenta clínica silente de pseudooclusión intestinal intermitente por lo que se decide realizar una hemicolectomía derecha reglada con criterios oncológicos. El postoperatorio evoluciona sin incidencias y en los hallazgos anatomopatológicos se objetiva lesión lipomatosa sin atipia ni malignidad.

Discusión: La alta tasa de neoplasias malignas asociadas a las invaginaciones intestinales en el adulto hace que el tratamiento de elección sea la resección quirúrgica del segmento afecto independientemente de la etiología que la produzca.

Palabras clave: Invaginación intestinal, lipoma colónica.

ABSTRACT

Introduction: Intussusception is a rare cause of intestinal obstruction in the adult. In most cases there is an underlying organic lesion, generally malignant (40-50% of cases). This high rate of malignancy makes surgical resection the treatment of choice in this type of patient.

Description of the case: A 73-year-old man with a colonoscopy showing an endoluminal lesion suggestive of a lipoma due to iron deficiency anemia. A computed tomography (CT) scan was performed where a large colonic lipoma was seen that caused intussusception and underlying thickening. The patient presented silent symptoms of intermittent intestinal pseudo-occlusion, for which reason it was

CORRESPONDENCIA

Silvia Sánchez Infante
Hospital Universitario Rey Juan Carlos
28933 Móstoles
silviasic27@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Sánchez Infante S, Castellón Pavón CJ, Franco Herrera R, Pérez Domene MT, Alias Jiménez D, Durán Poveda M. Invaginación de colon transverso causada por lipoma submucoso. Cir Andal. 2023;34(4):465-467. DOI: 10.37351/2023344.9

decided to perform a regulated right hemicolectomy with oncological criteria. The postoperative course progressed without incident and the anatomopathological findings revealed a lipomatous lesion without atypia or malignancy.

Discussion: Given the high rate of malignant neoplasms associated with intussusceptions in adults, surgical resection of the affected segment with oncological criteria, such as the one performed in this case, is essential.

Key words: intestinal intussusception, lipoma.

INTRODUCCIÓN

La invaginación es una causa poco común de obstrucción mecánica intestinal en el adulto. Es una patología más frecuente en edad pediátrica sucediendo únicamente en el 5% de los casos en pacientes adultos^{1,2,3}. En la mayoría de los casos (70-90%) existe una lesión orgánica subyacente, siendo el 40-50% producidos por alguna neoplasia maligna, en especial, el adenocarcinoma⁴.

La alta tasa de neoplasia maligna como causa de invaginación intestinal hace que el tratamiento de elección sea la resección quirúrgica del segmento de colon afecto, siguiendo los estándares oncológicos^{1,5,6}.

DESCRIPCIÓN EL CASO

Presentamos un varón de 73 años, hipertenso, al que su médico de atención primaria solicita una colonoscopia por hallazgos analíticos de anemia ferropénica. En ella, se objetiva una lesión endoluminal submucosa sugestiva de lipoma en colon transverso con mucosa ulcerada. Se realiza biopsia de la lesión descartando malignidad, por lo que se decide solicitar una tomografía computarizada (TC) abdominal donde se aprecia un gran lipoma colónico que condiciona una invaginación además de engrosamiento concéntrico de la pared adyacente, no pudiendo descartar lesión mural subyacente.

El paciente es valorado en consultas de cirugía general, evidenciándose en la anamnesis una clínica silente de pseudoclusión intestinal intermitente. Dados los hallazgos de la TC y colonoscopia junto con la clínica del paciente, se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza un abordaje laparoscópico encontrándose una invaginación de colon transverso a nivel del ángulo hepático con dilatación retrógrada del colon proximal (Figura 1). Se realiza una hemicolectomía derecha reglada según los principios oncológicos con anastomosis laterolateral ileocólica intracavitaria. En la apertura de la pieza quirúrgica se observa un lipoma endoluminal de unos 5 cm, sin signos de neoplasia asociada.

El paciente fue dado de alta al quinto día postoperatorio sin incidencias. En el estudio histológico se identificó un pólipo revestido de mucosa colorrectal, conformado por tejido adiposo maduro sin atipia celular ni imagen de malignidad, compatible con lipoma submucoso (Figura 2).

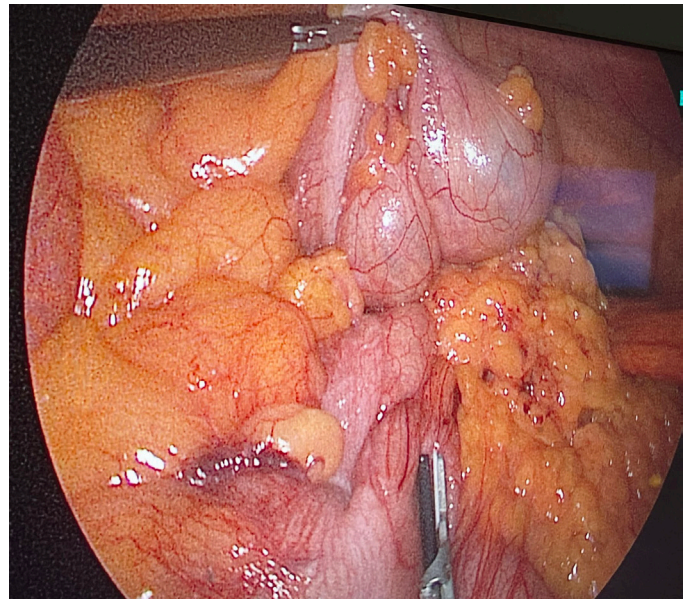


Figura 1 Imagen de laparoscopia intraoperatoria donde se observa la invaginación intestinal a nivel de colon transverso.

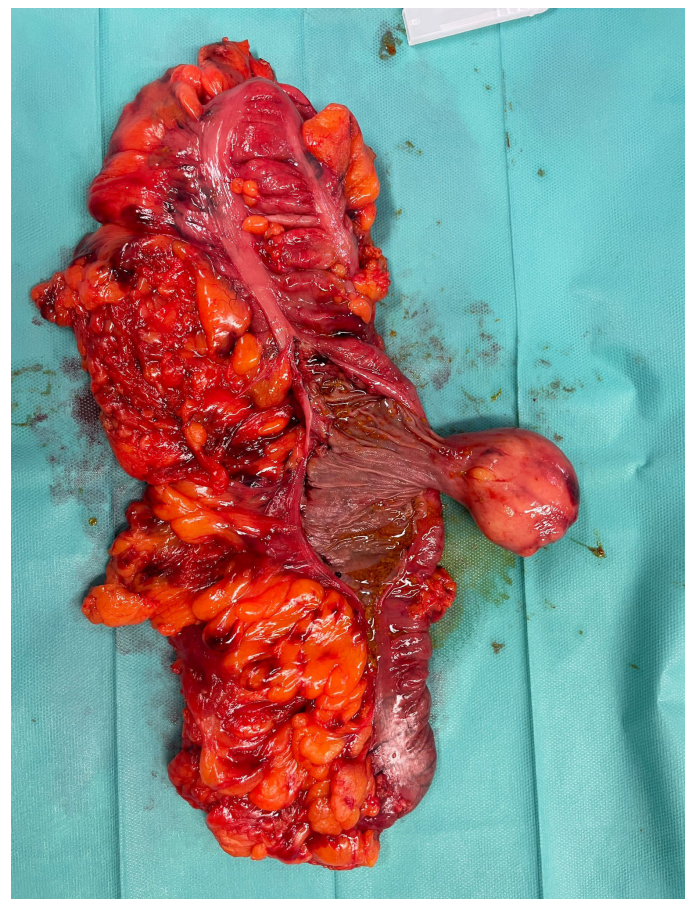


Figura 2 Imagen macroscópica que muestra pieza resecada: lipoma submucoso en colon transverso.

DISCUSIÓN

La invaginación intestinal se caracteriza por el prolapso interno de un segmento intestinal proximal con su mesenterio, en el interior de la luz de otro segmento distal. Son más frecuentes en la edad pediátrica donde no suelen tener una causa clara que las produzca, por lo que se consideran de carácter idiopático. En el caso de los adultos, solo en el 10% no hay una lesión orgánica subyacente^{4,6,7}. En el intestino delgado el punto guía de la invaginación suele ser alguna lesión benigna. Sin embargo, en las invaginaciones ileocólicas o colocolónicas, suele existir alguna neoplasia maligna subyacente, generalmente un adenocarcinoma (66%)⁵.

Los lipomas son las lesiones benignas que más frecuentemente pueden producir una invaginación colónica. Los lipomas colónicos son una patología rara a pesar de ser el segundo tumor benigno más frecuente en esta localización tras los adenomas^{3,7}. Su localización más habitual es el colon ascendente, seguidos del colon transverso y el sigma, apareciendo con mayor frecuencia entre la 5ª y la 6ª década de la vida⁸. La mayoría son lipomas solitarios, submucosos y asintomáticos, diagnosticados incidentalmente durante una colonoscopia o de manera intraoperatoria.

Los lipomas mayores de 4 cm producen sintomatología en un 75% de los casos, habitualmente dolor abdominal tipo cólico o recurrente y distensión abdominal^{4,5}. Menos del 20% de los casos pueden cursar con un cuadro agudo de obstrucción intestinal por crecimiento endoluminal, sangrado digestivo o más excepcionalmente pueden actuar como punto guía y producir una invaginación colónica como en nuestro caso.

El diagnóstico preoperatorio de los lipomas colónicos ha aumentado en las últimas décadas debido probablemente a un aumento en las pruebas de screening para el cáncer de colon. En la ecografía abdominal se puede apreciar una imagen en diana y múltiples capas delgadas hipocóicas y ecogénicas en el segmento de colon invaginado. En cuadros crónicos o subagudos la colonoscopia es una opción diagnóstica y terapéutica, permitiendo reseccionar lipomas de menor tamaño. La TC abdominal es la técnica diagnóstica de elección en las invaginaciones intestinales en adultos, apreciándose la típica imagen de "rosquilla" o signo de la escarapela y una masa bien delimitada redondeada con baja atenuación correspondiente al lipoma⁹. La TAC permite también descartar una neoplasia colónica e identificar una posible isquemia de la pared del colon invaginado.

A diferencia de la invaginación en niños que suele resolverse con una reducción neumática, el tratamiento de elección de las invaginaciones colónicas en adultos es la resección segmentaria (laparoscópica o por vía abierta) por la elevada incidencia de adenocarcinoma subyacente. En las invaginaciones del colon derecho se puede realizar resección y anastomosis primaria como se ha realizado en nuestro caso. Cuando se localiza en colon izquierdo-sigma, clásicamente se ha llevado a cabo una intervención de Hartmann. Sin embargo, en la actualidad se puede realizar también una anastomosis primaria siempre que el paciente esté estable hemodinámicamente y no existen dudas sobre la vascularización de los extremos del segmento invaginado^{8,10}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G, Vassiliou I et al. Intussusception of the bowel in adults: a review. *World J Gastroenterol* 2009; 15 (4): 407-411.
2. Shimazaki J, Nakachi T, Tabuchi T, Suzuki S, Ubukata H, Tabuchi T. Laparoscopic management of an octogenarian adult intussusception caused by an ileal lipoma suspected preoperatively: a case report. *World J Surg Oncol* 2015; 13: 75.
3. Boyack I, Vu D, Patel P, Opsha O. Colocolic intussusception secondary to submucosal lipoma. *Am J Emerg Med* 2020; 38: 1697.e1-1697.e3.
4. Ruiz-Tovar J, López-Delgado A, E Santos J, Arroyo A, Calpena R. Tratamiento laparoscópico de invaginación en sigma por lipoma submucoso gigante. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2013; 43 (1): 36-38
5. Miloudi N, Hefaihedh R, Khalfallah MT. Giant lipoma of the transverse colon causing colo-colonic intussusceptions. *J Visc Surg* 2012; 149: 421-422.
6. Franco R, Burneo M, Martín J, Fabregues A, Pérez D, Turégano F. Invaginación intestinal en el adulto. Una causa infrecuente de obstrucción mecánica. *Rev Gastroenterol Mex* 2012; 77 (3): 153-156.
7. Karampa A, Steafanou C K, Stefanou S K, Tepelenis K, Tsoumanis P, Ntalapa K M et al. Jejunal intussusception due to an atypical lipomatous tumor: a rare case report. *J Surg Case Rep* 2022; 2: 1-3.
8. Mnif L, Amouri A, Masmoudi MA, Mezghanni A, Gouiaa N, Boudawara T et al. Giant lipoma of the transverse colon: a case report and review of the literature. *Tunis Med* 2009; 87: 398-402.
9. Abou-Nukta F, Gutweiler J, Khaw J, Yavorek G. Giant lipoma causing a colo-colonic intussusception. *Am Surg* 2006; 30: 374-376.
10. Assenza M, Ricci G, Antoniozzi A, Martines V, Valesini L, Romeo V et al. Sigmoidorectal intussusception in adult cases: a case report. *Clin Ther* 2010; 161: 65-67.