

Cartas al Director

Lipoma gigante de colon como causa de rectorragia intermitente

Palabras clave: Lipoma. Colon. Rectorragia. Tumor.

Key words: Lipoma. Colon. Rectorrhagia. Tumour.

Sr. Director:

Presentamos el caso de un paciente varón de 69 años que acudió a consultas externas por presentar rectorragia de un mes de evolución. Sin antecedentes personales de interés. A la exploración no presentaba masas ni megalias, tránsito adecuado, sin clínica obstructiva, abdomen blando sin alteraciones. Las pruebas de radiología simple de abdomen y analítica fueron compatibles con la normalidad. Se le practicó una colonoscopia en la que se visualizaron divertículos aislados en sigma, lesión polipoidea de 4 cm ulcerada de aspecto submucoso y consistencia blanda. La anatomía patológica de la biopsia tomada en la colonoscopia informó de ulceración inespecífica. Se ingresó al paciente para intervención quirúrgica ante la sospecha de lesión maligna de colon. Se realizó colonoscopia intraoperatoria para localización de la lesión, con marcaje mediante tinta china (Fig. 1), y posteriormente sigmoidectomía y anastomosis término-terminal manual. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica fue informada de lipoma submucoso ulcerado de 3 cm de longitud (Figs. 2 y 3).

En este caso tanto la localización como la afectación de este tipo de tumoración comprende sólo una gran complejidad cuando la anatomía patológica de la biopsia no es capaz de diferenciar entre la benignidad o malignidad de la tumoración. Ante esta imposibilidad de identificar la agresividad de la tumoración los criterios quirúrgicos deben de mantenerse como una cirugía oncológica, y realizar la misma técnica quirúrgica como si un tumor de comportamiento maligno se tratara.

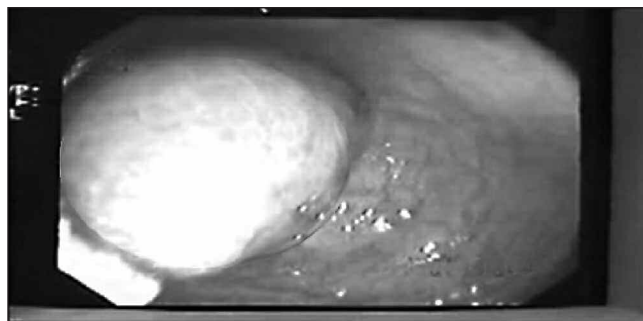


Fig. 1. Colonoscopia intraoperatoria para localización de la tumoración de sigma: lesión sésil de gran tamaño con alteraciones superficiales con signos de sangrado a 25 cm del margen anal.

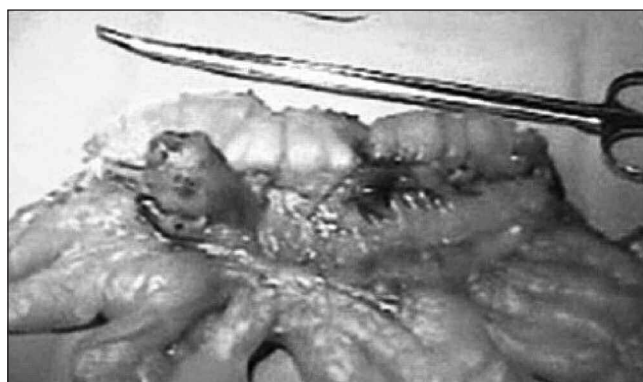


Fig. 2. Pieza de la intervención quirúrgica tras sigmoidectomía, tumoración redondeada que ocupa casi la totalidad de la luz sigmoidea.

Discusión

Los lipomas de colon son los tumores no epiteliales benignos más frecuentes en el colon. Se dan con más frecuencia en la capa submucosa, y luego en la capa serosa. Los lipomas del colon son generalmente asintomáticos, pero aún así los síntomas

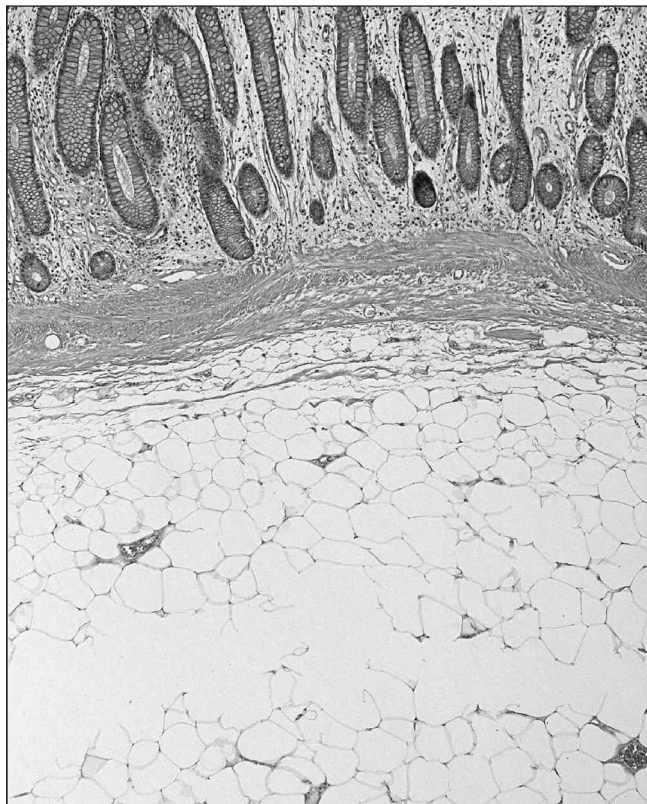


Fig. 3. Anatomía de la pieza quirúrgica: lipoma submucoso ulcerado de 3 cm de longitud.

más frecuentes son dolores abdominales cólicos y rectorragia intermitente (1,2); en el caso de nuestro paciente la clínica de presentación fue exclusivamente la rectorragia. En la colonoscopia nos solemos encontrar esta lesión como una masa que aparece cubierta por mucosa de características normales, pudiendo ser sésiles o pediculados. La principal prueba diagnóstica es la colonoscopia, que puede ser incluso terapéutica si se trata de lipomas de pequeño tamaño (3,4). En el resto de pue-

bas de imagen se visualiza como una masa redondeada, intraluminal, homogénea. Es necesaria una biopsia para su correcta identificación y plantear la mejor alternativa terapéutica una vez que llega a ser sintomático (1,2).

La indicación quirúrgica está presente en las complicaciones: obstrucción, intususcepción (es la causa más frecuente de intususcepción por patología benigna en el adulto), rectorragia, e imposibilidad de descartar malignidad (tal y como fue aplicado en nuestro paciente). Mediante técnica laparotómica o laparoscópica, se pueden realizar los siguientes tipos de intervenciones: enucleación (incluso transrectal si es accesible), colotomía y escisión, y por último resección segmentaria de colon (5,6).

J. M. Suárez Grau, C. Rubio Cháves, Z. Valera Sánchez,
J. A. Martín Cartes, M. Socas Macías, J. M. Álamo Martínez,
J. M. Vázquez Monchul, C. Díaz Aunió, J. M. Díaz Pavón,
J. L. Gollonet Carnicero y J. M. Sánchez Gil

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital
Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

Bibliografía

1. Pareja E, Garcia-Granero M, Zaragoza E, Ripoll F, Checa F. Submucosal lipoma of the colon. *Rev Esp Enferm Dig* 2002; 94(6): 370-2.
2. Bahadursingh AM, Robbins PL, Longo WE. Giant submucosal sigmoid colon lipoma. *Am J Surg* 2003; 186(1): 81-2.
3. Caterino S, Tiziano G, Mercantini P, Ziparo V. Rectorragia caused by lipoma of the hepatic flexure of the colon. A case report and review of the literature. *G Chir* 2002; 23(5): 205-8.
4. Meghoo CA, Cook PR, McDonough CA, Bowser LK, Waddell BE. Large colonic lipoma with mucosal ulceration mimicking carcinoma. *Gastrointest Endosc* 2003; 58(3): 468-70.
5. Tzilinis A, Fessenden JM, Ressler KM, Clarke LE. Transanal resection of a colonic lipoma, mimicking rectal prolapse. *Curr Surg* 2003; 0(3): 13-4.
6. Ladurner R, Mussack T, Hohenbleicher F, Folwaczny C, Siebeck M, Hallfeld K. Laparoscopic-assisted resection of giant sigmoid lipoma under colonoscopic guidance. *Surg Endosc* 2003; 17(1): 160.