

**SECCION DE OBSERVACIONES CLINICAS  
A PROPOSITO DE UN CASO DE LIPOMA DEL COLON.  
POSIBLE PRIMER CASO EN LA REPUBLICA DOMINICANA. REVISION DE LA LITERATURA**

\* Dr. Michel Kourie F.

\*\* Dr. Diógenes Bergés V.

\*\*\* Dr. Roberto Logroño D.

El hallazgo de una masa polipoidea sintomática en una mujer de 75 años, localizada en recto, diagnosticada posteriormente por uno de nosotros como Lipoma, nos induce a revisar la literatura internacional acerca de tan inhabitual hallazgo, constándose su poca frecuencia estadística.

En más de 45,000 biopsias revisadas por nosotros en los hospitales "Dr. Salvador B. Gautier", IDSS, y Militar FAD "Dr. Ramón de Lara", no encontramos ese tipo de lesión, y consultas realizadas con otros patólogos dominicanos no acusan la publicación en nuestro medio de esta alteración patológica. Logroño y col. publican en 1983 un caso localizado en el estómago.

Consideramos, por lo tanto, pertinente familiarizar a los médicos dominicanos, particularmente Cirujanos, Gastroenterólogos, Radiólogos y Patólogos, acerca de tan excepcional patología digestiva.

#### INCIDENCIA

Bockus (citado por Payet y Col. ) establece que comparado con los tumores malignos del tractus digestivo, los lipomas son muy raros. Haller y Roberts lo consideran el segundo más común neoplasma del colon después del Pólipo Adenomatoso. Bauer fue el primero en reportar un caso en 1757. En la literatura se han reportado desde entonces por lo menos 330 casos, habiéndose publicado la mitad de esos casos entre 1959 y 1964.

A continuación los casos revisados a través de los años por autores que han tratado el tema en la literatura mundial:

- (\*) Profesor-Coordinado: de Anatomía Patológica de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.
- (\*\*) Cirujano de la clínica Gómez Patiño y Grupo Médico Asociado.
- (\*\*\*) Residente de Patología en Saint Barnabas Medical Center. Livingston, New Jersey, USA.

1929: Buie y Swan	8 casos
1937: Pemberton y McCormac	116 casos
1941: Gault y Kaplan	130 casos
1943: Garat	131 casos
1946: Runyeon	140 casos
1946: Schorr y Erlik	141 casos
1947: Pack y Boober	155 casos
1949: Palazzo	175 casos
1951: Michaux	181 casos
1955: Weinberg y Feldman	185 casos
1955: Stout	198 casos
1959: Nelson y Roger	205 casos
1959: Ling y col.	206 casos
1960: Hayes y col.	235 casos
1960: Ochsner y Ray	247 casos
1963: Payet y Thierrée	300 casos

Haller y Roberts lo encuentran en 11 casos (0.32%) en 3,402 autopsias. Un estudio realizado por Bouie y Swan en 1929 reportan: 19 Adenomas, y Long y col. en 1949, en Clínica Mayo, lo encuentran como el segundo tumor en frecuencia después del Pólipo Adenomatoso. Estos autores reportan 33 casos en 125,000 laparatomías (0.025%). Stout en revisión de 50 años en Columbia Presbyterian Hospital encuentra 42 casos en 292 tumores del colon, excluyendo Carcinoma, Carcinoide y Adenoma.

En cuanto a la multiplicidad de Lipomas colónicos su incidencia es aun más rara. La literatura sólo señala 20 casos sobre 300, de acuerdo a una revisión efectuada por Haller y Roberts. Schottented en 1943 encuentra un 0.1% en 4,063 necropsias; en esa misma proporción lo encuentra Campos Filho (citado por Payet y col. en 1949 en un total de 7,000 autopsias. Staemmler (citado por Payet y col. ) lo reporta tan sólo en un 0.05%. Debray y col. de 72 casos encuentra 2 múltiples; D'Javid de 92 casos, 10 eran múltiples (8 dobles y 2 triples); Comfort de sus 14 casos encontró que 6 eran dobles; Gault y Kaplan

encuentran 2 en su serie. Castro y Stearns por el contrario en sus 45 casos encuentran multiplicidad en 11 (24.4%).

#### PRESENTACION DE CASO

Se trata de una paciente dominicana, de sexo femenino, de 75 años de edad, que consulta con uno de nosotros por rectorragias, congestión y sensación de peso rectal, quejándose de "padecer hemorroides".

Se le hace rectoscopía y se observa un tumor redondeado, polipoideo, el cual es resecado con anestesia local, remitiéndose al laboratorio de Anatomía Patológica, donde se constata un tumor polipoideo, rosado, firme, de 2 cm. de diámetro, que al corte muestra presencia adiposa central.

Microscópicamente se observa neoformación adiposa que se origina en la submucosa, levantando la mucosa que se encuentra normal, no habiendo evidencias de malignidad, estableciéndose el diagnóstico de "Lipoma Submucoso Colónico".

Su estado post-quirúrgico es bueno y la paciente se encuentra actualmente en buenas condiciones físicas.

#### ETIOPATOGENIA

Kent y Sawyer sugieren la relación de estos tumores con enfermedades generales degenerativas, tales como Arteriosclerosis y Diabetes, pero estadísticamente esta teoría tiene poco soporte. Weinberg y Feldman sin embargo establecen que no es enfermedad hereditaria y propone cierta relación de estos tumores con Diabetes y Páncreas. Edwards y Zangara, así como Smith han especulado en una posible relación con un mal metabolismo graso y con la enfermedad de Whipple. La raza no reviste importancia.

#### EDAD Y SEXO

La mayoría de los autores encuentran el Lipoma colónico más frecuente en la mujer en una proporción de 1.5-2.1, y una mayor incidencia de la 5ta. a la 6ta. década, con un 66% a los años de acuerdo a las investigaciones de Castro y Stearns. D'Javid en un total de 254 casos encuentra 159 mujeres (63%). Michaux en un total de 161 casos encuentra 99 mujeres (61.4%). Debray y col. en un total de 72 casos encuentra 49 mujeres (68%). Haller y Roberts en su serie encuentran 3 mujeres por cada hombre con average de edad de 70.7 años. Mayo y Griess en sus 16 casos encuentran 9 mujeres (56.25%), siendo el caso más joven de 41 años y el más viejo de 62 años, con un average de 58 años. Payet y col. refieren un caso de 10 meses. Pemberton y McCormack encuentran una mayor incidencia de los 40 a 60 años.

A continuación un cuadro de Castro y Stearns en relación con edad y sexo:

Edad	Casos	Hombres	Mujeres
40-49	6	4	2
50-59	9	3	6
60-69	18	9	9
70-79	11	2	9
+ de 80	1	0	1
	45	18 (40%)	27 (60%)

En average, las mujeres son más viejas (64.8%) que los hombres (59.4%), de acuerdo a Castro y Stearns.

#### SINTOMATOLOGIA

Existen datos controversiales en relación a la sintomatología de los pacientes con Lipoma del colon. La mayoría de los autores, entre ellos la importante serie de Castro y Stearns, establecen que la mayoría de los casos son asintomáticos y son hallazgos de cirugía colónica y autopsias. Rybert y Weinberg y Feldman sugieren que los síntomas están en relación al tamaño y que son sintomáticos sólo los tumores que sobrepasan los 2 o 3 cm. de diámetro.

A continuación la proporción de casos sintomáticos de acuerdo a los autores que han tratado el tema:

Pack y Booher; Comfort y Stetten: en la mayoría de los casos.

Derocque y Derocque: 91%

Long y col.: 75%

Palazzo: 55%

Castro y Stearns: 26%

Haller y Roberts: 15%.

Ningún Lipoma de la economía es responsable de tanta importancia clínica como lo es esta localización. Los hallazgos clínicos han sido ampliamente descritos por Bigelow y Anlyan, Castro y Stearns, Cavanaugh, Comfort, Gault y Kaplan, Long y col. Pack y Booher, Pemberton y McCormack, Runylon, Stout y Weinberg y Feldman.

La sangre oculta puede o no estar presente, dependiendo de si hay erosión o intususcepción de acuerdo a Castro y Stearns.<sup>4</sup> Franco sangramiento puede ocurrir en la porción intestinal izquierda, tal como ocurrió en nuestro caso, posiblemente por la naturaleza fecal a este nivel. Se observan rectorragias de sangre roja o parda, más que melena, acompañada frecuentemente de diarrea. Hay cambios en los hábitos intestinales. Algunos encuentran diarrea en el 25% con mucus o en forma disenteriforme. La anemia no es un hallazgo prominente, observándose en la serie de 16 casos de Mayo y Griess en 2 casos de 9 lesiones del colon derecho y en todos los 5 casos del colon izquierdo. El dolor intermitente tipo molestia, pesadez, cólicos o calambre, se

observó en 10 de los 16 casos de Mayo y Griess y se atribuyó a intususcepción. Otros síntomas observados (en orden decreciente) fueron masa palpable (Michaux 53%, D'Javid 30%, Debray y col. 17% y Castro y Stearns 11%), rectorragias, diarrea, constipación, flatulencia y eructación. Si hay masa palpable puede ser sensible, móvil y mate a la percusión. Debray y col. cree que se debe a invaginación. El estado general está a menudo alterado (15 a 20% de los casos de Michaux y Debray y col.). Hay adelgazamiento, a veces considerable, por deshidratación, así como astenia psico-somática.

### COMPLICACIONES

La invaginación es la más frecuente con síndrome pseudooclusivo. La eliminación espontánea no es excepcional y constituye un modo de curación. Se trata generalmente de casos asintomáticos hasta un día en que se presentan fuertes dolores abdominales, síndrome suboclusivo, tenesmo y hemorragias. Luego hay eliminación del Lipoma por las heces. Esto ocurre en los Lipomas voluminosos recto-sigmoideos, siendo mucho más raro en el colon transverso y ascendente, habiéndose reportado tan sólo un caso de cada localización de acuerdo a Payet y col. Esta eventualidad ha sido interpretada como torsión y necrosis del pedículo y sucede en un 11% para Lazarus y 19% para Ratcliff (ambos autores citados por Payet y col.).

### DIAGNOSTICO

#### A) Radiología:

El mayor problema clínico relacionado con el Lipoma es el diagnóstico y la diferenciación con el cáncer polipoidé adenomatoso. Para Payet y col. el único examen que permite el diagnóstico es el radiológico.

En la serie de Castro y Stearns de 45 casos, en 32 se hizo examen baritado: 13 fueron interpretados como "pólipos" y 2 como "masas", ninguno habiendo sido diagnosticado como Lipoma, por lo que consideran los Rx como no diagnóstico.

Ryberg está de acuerdo que el enema de doble contraste puede ayudar en el diagnóstico pre-operatorio. Haller y Roberts consideran que el factor más importante para reconocerlo como Rx es su tamaño, su relativa radiolucencia, lobulación, motilidad y contornos lisos. En su serie de 18 casos se hizo enema de bario con contraste en 9 pacientes, lo que permitió el diagnóstico en 4 casos (22%). Uno entre estos casos diagnosticados mostró dos lesiones. En exámenes retrospectivos de las imágenes radiológicas de 14 casos, no se obtuvieron aspectos adecuados en aquellos Lipomas menores de 2 cm de diámetro.

En ocasiones se visualiza laguna de dimensión variable, bien limitada, redonda u ovalada, que hace más o menos

protusión en la luz cólica, del tamaño de una nuez. Puede verse insertada en la pared cólica en ángulo recto si el tumor es sesíl y en ángulo agudo si es pediculado.

La naturaleza benigna puede precisarse en ciertos Lipomas de acuerdo a características particulares, de acuerdo a la opinión de Gingburg, Henderson, Magulis (los tres citados por Payet y col. y Debray y col.). La hiperclaridad del Lipoma es muy importante, siendo esto debido a su contenido adiposo. La regularidad es un signo poco constante (que se observa en Adenomas), pudiéndose ver lobulaciones y, al ser blando, variabilidad de formas: redondas, ovaladas y filiformes. Debray y col. señala en la lesión un borde circular opaco, el que no se ve en Adenomas. Señala igualmente que si hay pedículo delgado y largo se tratará de un Adenoma y si es corto y grueso será un Lipoma.

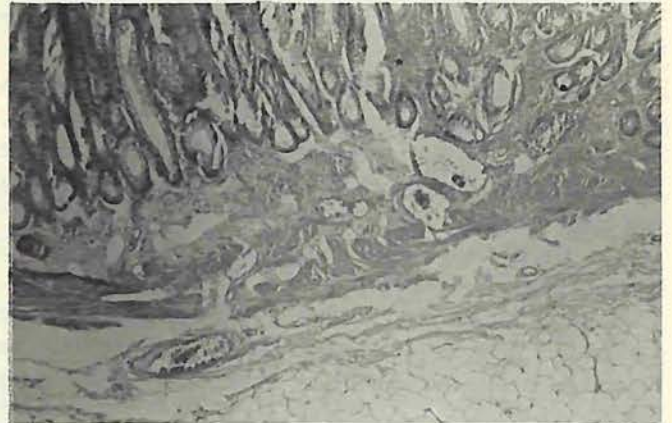


FIG. 1. Aspecto microscópico del Lipoma de nuestra paciente, originado en la submucosa, que rechaza la mucosa normal hacia arriba. H & E. 40x.

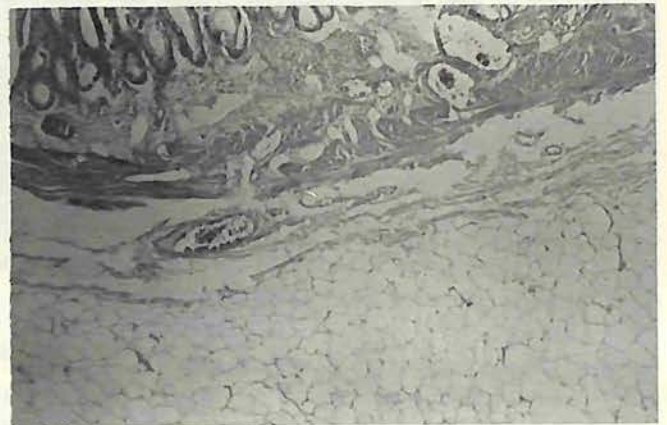


FIG. 2. Aspecto similar en otro campo, para visualizar mejor las criptas de Lieberkühn del recto, confirmando el origen de este tumor. H & E. 40x.

**B) SIGMOIDOSCOPIA:**

Castro y Stearns determinan que el 15.5% de sus casos estuvo al alcance de los 25 cm del sigmoidoscopio.

**ANATOMIA PATOLOGICA**

Aunque algunos autores han encontrado esta lesión en todo el tractus gastrointestinal, Haller y Roberts sólo lo encuentran en el colon, siendo el sitio más frecuente el ciego, como en los casos de Castro y Stearns de 9 casos sobre 12. Luego vienen en orden decreciente el colon ascendente, colon transverso y colon descendente. Mayo y Griess en su serie encuentran 9 casos en el colon derecho (4 en ciego, 4 en colon ascendente, 1 en ángulo hepático), 1 en colon transverso, 4 en colon descendente y 2 en sigmoide. Payet y col. encuentran 30.5% en ciego, 18% en colon ascendente-ángulo hepático, 17% en colon transverso, 13.5% en colon descendente-ángulo esplénico y 14.5% en sigmoide.

Castro y Stearns en su serie de 45 casos encuentran 24% con dos o más Lipomas en la mitad colónica derecha. Payet y col. en una revisión de 180 casos encuentran que el Lipoma del colon es más frecuente que el del estómago y de igual incidencia que el del intestino delgado. Comfort encuentra 92 casos en el colon, 65 en intestino delgado, 22 en estómago y 2 no precisados.

A continuación un cuadro que refleja las estadísticas de Michaux, D'Javid y Debray y col. evidenciando la localización de los principales tumores que estudiaron:

Localización	Adenomas	Carcinomas	Lipomas
Ciego	1%	9%	30.5%
Colon ascendente y ángulo hepático	1%	14.5%	18%
Colon transverso	5%	15.5%	17%
Angulo esplénico y colon descendente	13%	14%	13.5%
Sigmoide	85%	47%	14.5%

La localización en válvula íleo-cecal no es rara, siendo de 7% para Debray y col. Lehman (citado por Payet y col. ) reporta 14 casos, siendo la proporción exactamente inversa a los Adenomas y Carcinomas.

Controversialmente Edward y Zángara encuentran Lipomatosis más frecuentemente en el intestino delgado, que a nivel del colon, caracterizándose por la infiltración difusa submucosa no encapsulada.

**TAMAÑO:**

Es variable. Mayo y Griess encuentran tamaño pequeño en 41 casos, siendo algunos grandes proyectándose a la luz del colon, pudiéndose peduncular y dar síntomas. En la serie de Haller y Roberts de 20 casos sólo 3 sobrepasaron 2 cm, siendo pediculados y causando síntomas. Los otros eran asintomáticos, pediculados o sesiles, midiendo menos de 2 cm de diámetro. Castro y Stearns establecen tamaño de 0.5 a 8 cm de diámetro con average de 3 cm.

**LOCALIZACION HISTOLOGICA**

Payet y col. lo encuentran frecuentemente en submucosa y a nivel de la subserosa en un 10%. Para Castro y Stearns en su serie de 45 casos todos eran submucosos con mucosa intacta, siendo uno subseroso. Treinta y uno (68.8%) eran pedunculados y 10 (22.2%) eran sesiles; cuatro se encontraban sin descripción y uno estaba infartado.

**ASOCIACIONES:**

Castro y Stearns en su serie encuentran un paciente con Síndrome de Weber-Christian con Lipomas en epiplón y mesenterio, y 3 lipomas en colon transverso. Otro paciente tenía un gran Lipoma de la pared abdominal asociado a un Lipoma rectal. Un paciente tenía Lipoma del ciego asociado a un Lipoma de vesícula biliar.

Igualmente en su serie encuentra 15 casos (33.3%) asociados a Carcinoma del colon.

Otras condiciones asociadas:

Carcinoma del colon: 15 casos

Carcinoma del estómago: 3 casos

Carcinoma de la mama: 2 casos

Carcinoma del cervix: 2 casos

Leucemia: 1 caso

Carcinoma maxilar: 1 caso

Sitio primario desconocido: 1 caso

Carcinoma epidermoide de nariz: 1 caso

Carcinoma del muslo: 1 caso

Carcinoma del tiroide: 1 caso.

Estas asociaciones con cáncer resultan controversiales. Long y Dockerty de 33 Lipomas encuentran 8; Guzbarg (citado por Payet y col. ) de 19 casos hallan 9; Debray y col. en su serie encuentran 2 casos. Michaux y D'Javid nunca han encontrado esta asociación.

**PRONOSTICO:**

Payet y col. establecen claramente que estos Lipomas nunca degeneran. Tres casos degenerados reportados por Wright y Sternberg (citados por Payet y col. en realidad eran cutáneos o retroperitoneales.

**TRATAMIENTO:**

Runyeon en su revisión de 121 casos notó que tan sólo en 28 se habían tratado con polipectomía, apuntando que las cirugías radicales resultan innecesarias. Lo ideal es la extirpación de los casos sintomáticos por polipectomías, como en nuestro caso, pero el único modo de diagnosticar un Lipoma con toda certeza, sobre todo si no es detectable con la sigmoidoscopia, es la laparotomía. Por otra parte, resulta lógico extirpar los tumores asintomáticos para poder establecer un diagnóstico diferencial con pólipos de otra naturaleza.

#### COMENTARIOS:

Nuestro caso coincidió con las estadísticas internacionales en cuanto a sexo, siendo ligeramente de mayor edad que el promedio señalado. Fue sintomático por su localización rectal y tamaño, lo que permitió la sigmoidoscopia y subsecuente extirpación conservadora, aunque definitiva. El diagnóstico se estableció por macro y microscopía. La paciente no es diabética, no sufre de trastornos del metabolismo graso, ni de la Enfermedad de Wipple. Igualmente no ha habido asociación con neoplasias hasta el momento. La localización rectal es la menos frecuente de estos tumores haciendo más interesante nuestro caso.

#### RESUMEN:

Se presenta un caso de Lipoma localizado en el recto de una mujer de 75 años, sintomático, extirpado por polipectomía durante una sigmoidoscopia. Es probablemente el primer caso publicado en República Dominicana. Se revisa la literatura mundial al respecto encontrándose hasta 1964 unos 330 casos publicados.

#### BIBLIOGRAFIA

- Bauer, J.G.: *Epistola de molis intestinorum. Haller's disputationes ad morborum*, Lausanne. 3:463, 1957 (cited by Stetten).
- Biegłow, R.D. and Anlyan, A.J.: Submucous lipomas of the colon, *A.M.A. Arch. Surg.* 59: 114, 1949.
- Buie, L.A. and Swan, T.: Benign tumors of the colon. *S. Clin. North America* 9:893, 1929.
- Castro, El B. and Stearns, M.W.: Lipoma of the large intestine: a review of 45 cases. *Dis. col. & rect.* vol. 15, No. 6: 441, 1972.
- Cavanaugh, H.N.: Submucous lipoma of the large bowel, *Am. J. Surg.* 10: 860, 1950.
- Comfort, M.W.: Submucous lipomata of the gastrointestinal tract, *Surg. Gynec. & Obst.* 52: 101, 1931.
- Debray, Ch., Hardouin, J.P.; Pironeau, A.; Terris, G.; Martin, E.: *Arch. Mal. appar. dig.*, 1963: 52, 883-908.
- Deroque, P. and Deroque, A.: Submucous lipomas in the intestine, *J.A.M.A.*, 83: 1205, 1924 (extract). *Les lipomes sous-muqueux de l'intestin*, *J. Chir.* 24: 163, 1924.
- D'Javid, I.F.: Lipomas of the large intestine: Review of the literature and report of a case. *J. Abd. Surg.* 3: 131, 1961.
- Edwards, M. and Zangara, H.: Lipomatous hypertrophy of the ileo-cecal valve, *Am. J. Surg.* 82: 533, 1951.
- Garat, J.A.: Obstrucción crónica incompleta de colon: Lipoma submucoso del C.T.Y. Vólvulo crónico parcial en dolicosigma. Hemicolectomía. Curación. *Rev. Asoc. Méd. Argent.* 57:689, 1983.
- Haller, J.D. and Roberts, T.W.: Lipoma of the colon: A clinicopathologic study of 20 cases. *Surgery* 55: 773, 1964.
- Hayes, H.T.; Burr, B.H., and Melton, W.T.: Submucous lipoma of the colon: Review of the literature and report of four cases. *Dis. colon & rectum* 3: 145, 1960.
- Kent, G.B., and Sawyer, K.C.: Multiple submucous lipomata of the colon. *Colorado Med.* 34: 903, 1937.
- Ling, C.S.; Leagus, C., and Stahlgren, L.H.: Intestinal lipomatosis. *Surgery* 46, 1054, 1959.
- Logroño, M.A.; Brea, A.; Logroño, R.; Soñé, V.; Cabral, M., y Pumarol, D.: Tumores benignos del estómago y República Dominicana. *Rev. Cient. Agrup. Med. IDSS*, Vol. VI, No. 3. 1983.
- Long, G.C.; Dockerty, M.B., and Waugh, J.M.: Lipoma of the colon. *S. Clin. North America* 29: 1233, 1949.
- Mayo, C.W. and Griess, D.F.: Submucous lipoma of the colon. *Surg. Gynec. & Obst.* 88: 309, 1949.
- Michaux, G.: *Lipomes du Colon. Thèse*, Paris, 1951.
- Nelson, W.A., and Rogers, J.V.: Lipoma of the colon, with report of seven cases, *South M.J.* 52: 767, 1959.
- Ochsner, S.F., and Roger, J.E.: Submucosal lipomas of the colon: Experiencie with 12 cases. *Dis. Colon & rectum* 3:1, 1960.
- Pack, G.T., and Booher, R.J.: Intussuscepting submucous lipoma of the right colon. *S. Clin. North America* 27: 361, 1947.
- Palazzo, W.L.: Lipomas of the gastrointestinal tract. *Am. J. Roentgenol.* 62:823, 1949.
- Payet, M.; Thierrée, R.A. & Tod, R.: Lipomes du colon. *Sem. Hop. Paris*. No. 29, 2125. 1972.
- Pemberton, J. de J., and Mc Cormack, C.J.: Submucous lipomas of the colon and rectum. *Am. J. Surg.* 37:205, 1937.
- Runyeon, F.G.: Submucous lipoma of the colon. *New York, J. Med.* 46: 2272, 1946.
- Ryberg, C.H.: Lipoma of the colon: Report of four cases and review of the literature. *Acta Chir. Scandinav.* 111:45, 1956.
- Schorr, S. and Erlik, D.: Lipoma of the sigmoid wich appeared four years after resection of an adenocarcinoma of the transverse colon. *Acta Méd. Orient.* 5: 59, 1946.
- Schottenfeld, L.E.: Lipomas of the gastrointestinal tract. *Surgery* 14: 47, 1943.
- Smith, D.W.: Discussion of paper by Edwards and Zangara (10).
- Stetten, D.: A report of two successfully operated cases and an analysis of the literature. *Surg. Gynec. & Obst.* 9: 156, 1909.
- Stout, A.P.: Tumors of the colon and rectum (excluding Carcinoma and Adenoma) in Turell, editor: *Disease of the colon and anorectum*, Philadelphia. 1959. W.B. Saunders Company, Chap. 16.
- Weinberg, T., and Feldman, M.: Lipomas of the gastrointestinal tract. *Am. J. Clin. Path.* 25: 272, 1955.