

# UN POLIPO MUY GRANDE: LIPOMA SIGMOIDEO GIGANTE. REPORTE DE UN CASO

Elizabeth Ayala Quintanilla\*, Zenón Cervera Reyes\*, Oscar Frisancho Velarde y Pedro Chacón\*.

## INTRODUCCIÓN

El término pólipo se refiere a cualquier tejido que protruye sobre la superficie de la mucosa dentro del lumen, los pólipos son de diferente tamaño y forma y se pueden clasificar en tres grupos: neoplásicos, no neoplásicos y lesiones submucosas (1,2).

Los pólipos constituyen uno de los hallazgos más frecuentes de la colonoscopia, siendo los pólipos hiperplásicos y los pólipos adenomatosos las lesiones encontradas con mayor frecuencia. En revisiones de autopsias los pólipos hiperplásicos constituyeron el 90 % de todos los pólipos (3), los pólipos adenomatosos tienen mayor importancia debido a que son lesiones premalignas.

Sin embargo no son las únicas lesiones que pueden encontrarse a nivel de colon, otras lesiones como los lipomas, lesiones submucosas, pueden ser encontradas, hay reportes que lo mencionan como el tumor benigno más frecuente del colon después de los adenomas (4,5) y deben tenerse en cuenta al hallar una lesión elevada.

**Objetivo:** Presentar un caso poco frecuente, un paciente con lipoma sigmoideo de grandes dimensiones y revisión de la literatura.

## CASO CLINICO:

Paciente varón de 57, natural de Ayacucho y procedente de Lima.

Antecedentes: TBC pulmonar hace 1año, completó tratamiento.

Paciente refiere que desde hace aproximadamente 50 años presenta en forma intermitente sensación de bulto en el recto, el que al esfuerzo protruía a nivel anal y se reducía espontáneamente, no dándole mayor importancia; desde hace 3 meses esta percepción es más frecuente por ello acude a consulta, además refiere episodios intermitentes de rectorragia escasa. Hb:13.3 .

Examen Físico: Sin alteraciones significativas.

**Proctoscopia I:** Desde los 10 cm se observa lesión elevada, de gran tamaño, al parecer pediculada, blanda, superficie regular, coloración igual a la mucosa adyacente, ocupa todo el lumen y no permite identificar el límite superior.

Dx. Lesión Elevada Yamada III Recto.

**Proctoscopia II:** Normal hasta los 20 cm.

**Colonoscopia:** A los 40 cm del margen anal se observa lesión elevada de aproximadamente 10 cm de longitud por 30 mm de ancho con pedículo corto de aproximadamente 18 mm de amplitud, el que se encuentra implantado a los 50 cm del margen anal, la lesión es de superficie lisa, con pequeñas erosiones en parte más distal de 3x2 mm, cubierta por fibrina blanca, color rosado semejante al color de la mucosa adyacente.(Figs 1,2,3,4). Se toman biopsias .Resto de examen es normal.

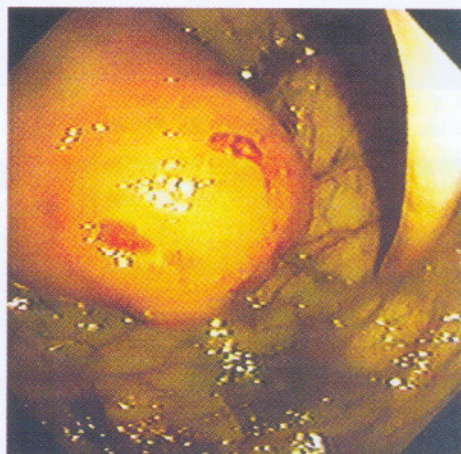


Foto 1.- Se observa la cabeza del pólipo con dos erosiones en su superficie. Se aprecia la relación con el lumen.

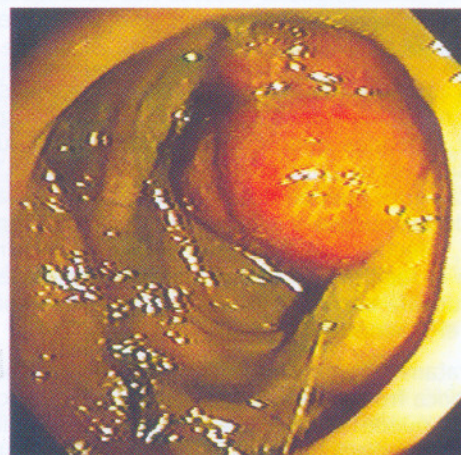


Foto 2.- Cabeza del pólipo. Otra vista.



Foto 3.- Cuerpo del pólipo. Se observa parte de él, se midió la longitud en 10 cm.

\* Departamento de Enfermedades del Aparato Digestivo, Hospital Nacional «Edgardo Rebagliati Martins» - EsSalud, Lima - Perú.

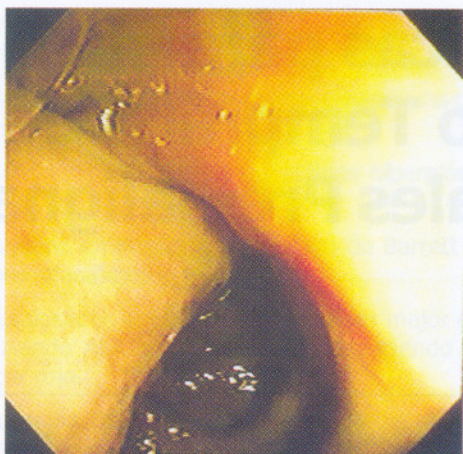


Foto 4.- Vista del pedículo.

Dx. Lesión Elevada Yamada III sigmoidea gigante.

El resultado de la **Anatomía Patológica** fue: Colitis crónica inespecífica.

Se decide realizar polipectomía.

**Polipectomía:** Se observa gran lesión elevada implantada a los 50cm del margen anal con pedículo corto, de 10cm de longitud. Se enlaza el pólipa a nivel del pedículo, se inicia el corte con corriente de coagulación, no se puede realizar la sección completa del pedículo, por ello se decide enviar al paciente a cirugía, durante la hospitalización el paciente elimina espontáneamente la lesión la cual es enviada a anatomía patológica.

**Anatomía Patológica:** Lesión de 5.5x3x2.5 cm de superficie lisa, consistencia blanda, pardo oscura, al corte longitudinal se aprecia tejido graso, sólido, color pardo claro.

Dx. Lipoma Submucoso. (Figs. 5 y 6).

**COMENTARIO:**

Los lipomas dentro del tracto gastrointestinal son encontrados con mayor frecuencia en el colon (1,2,6); tienen una prevalencia de 0.2-4.4%,(4). En un estudio en Asia se reporta una incidencia de 0.15%, 16 casos de 10658 personas (7).

Generalmente son únicos y usualmente asintomáticos ,cuando exceden los 3-4 cm dan síntomas: intususcepción, sangrado y obstrucción (4,5); la lesión a pesar de su gran tamaño no causó estas complicaciones, la lesión era móvil oscilando entre el recto y el sigmoides proximal, ello explica la sintomatología del paciente y los resultados diferentes de las proctoscopias. Los lipomas son

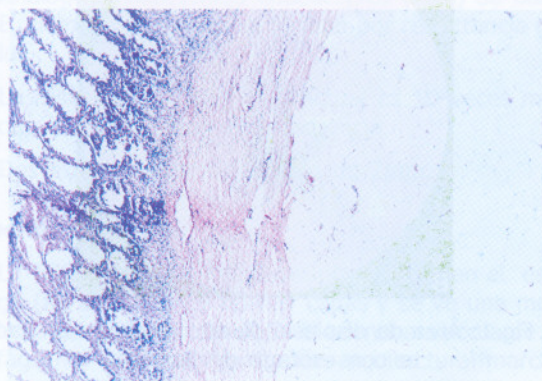


Foto 5.- Microscopía, se observa la mucosa y la gran cantidad de tejido adiposo en la submucosa.

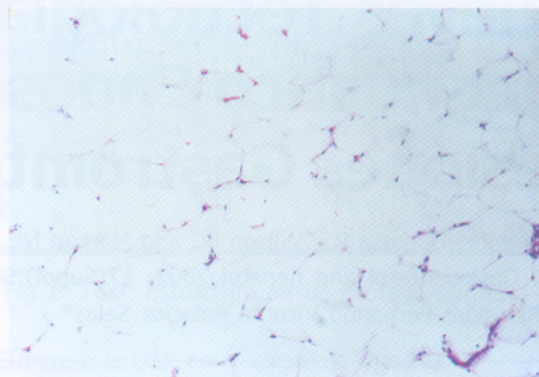


Foto 6.- Tejido adiposo.

la causa benigna más frecuente de intususcepción en adultos. Se reporta que las lesiones del lado derecho se presentan como masa palpable y las del lado izquierdo como obstrucción (7). En una observación de 275 pacientes con lipoma, 28 presentaron dolor o sangrado rectal, estando los lipomas más grandes asociados con necrosis o inflamación (8). En el paciente el sangrado intermitente se explica por las erosiones en la superficie del lipoma.

La literatura muestra series donde reportan lipomas de 4.5-6 cm (8) y 1.5-6 cm. (7), el tamaño de la lesión del paciente fue 10 cm.

Se describe que estas lesiones se localizan con mayor frecuencia en colon derecho cerca de la válvula ileocecal (1,2).

Las lesiones usualmente son blandas y deformables con la pinza de biopsia, este es un signo útil que puede ayudar al diagnóstico durante la colonoscopia, no se observó esta característica al tomar las biopsias, además se describe que la visualización minuciosa de la mucosa que recubre el lipoma muestra conservación del patrón vascular normal característica que no se encuentra en un pólipa adenomatoso (1).

Los lipomas por ser de baja densidad tienen una apariencia radiográfica característica, esta hipodensidad ayuda al diagnóstico etiológico de intususcepción causada por lipoma con exámenes de tomografía y ecografía (1,2,4).

Mientras son asintomático los lipomas no requieren tratamiento, cuando causan molestias deben ser resecaados endoscópicamente o quirúrgicamente.

El diagnóstico de lipoma aunque poco frecuente debe tenerse en cuenta dentro de las lesiones elevadas de colon.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Textbook of Gastroenterology. Tadataka Yamada. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 1999.
2. Sleisenger&Fordtran's. Gastrointestinal and Liver Diseases. 6th ed. Philadelphia. W.B. Saunders Company. 1998.
3. Robbins Patología Estructural y Funcional. 4ta, ed. Madrid. Interamericana.McGraw. Hill.1990.
4. Jacobson BC, Carr-Locke DL. Colo-colonic Intussusception due to a giant colonic lipoma. Medscape Gastroenterology eJournal .2002,4(1).
5. Cossavella D, Clerico G, Rosato L et al. Lipoma of the colon as an unusual cause of recurring partial intestinal occlusion. Clinical case and review of the literature. Minerva Chirurgia 1998; 53:277-280.
6. Stephen & Sternberg. Diagnostic Surgical Pathology. 2nd Ed. New York . Raven Press. 1994.
7. Chung YF, HO YH, Nyam DC et al. Management of colonic lipomas. Australian and New Zelandian Journal of Surgery. 1998; 68:133-135.
8. Franc-Law JM, Begin R, Vasilovsky CA et al.The dramatic presentation of colonic lipomata: report of two cases and review of the literature. Annal of Surgery 2001;67:491-494.