Dissetè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana
Fundació Alsina i Bofill (ed.)
València, 2004 Llibre de Ponències, pp. 173–175

Pseudoobstrucció crònica intestinal i lipoma gegant de còlon

Ramon Vilallonga,[1,2]* Vicenç Martínez Vecina,[2] Manuel Armengol[1]

[1]Servei de Cirurgia General i de l'Aparell Digestiu, Hospital de la Vall d'Hebron, Barcelona. [2]Societat Andorrana de Ciències, Andorra

*Correspondència: vilallongapuy@hotmail.com Tel. 93-4890000. Fax 93-4894438

Les causes d'obstrucció intestinal són diverses però sobretot poc freqüents en persones joves i sense cap antecedent quirúrgic. Es presenta un cas de pseudoobstrucció intestinal crònica per causa d'un lipoma de còlon. Es tracta de un pacient de 37 anys d'edat, que, arran d'un quadre de dolor abdominal de tipus còlic a la fossa ilíaca esquerra, amb un canvi deposicional d'un mes d'evolució, se li va practicar una tomografia computada abdominal que va informar sobre una invaginació a l'angle esplènic i al còlon descendent i va mostrar una imatge que suggereix l'existència d'un lipoma de 4 cm al cap de la invaginació. Es va fer una fibrocolonoscòpia que va permetre visualitzar una tumoració polipoide gegant compatible amb un fibrolipoma necrosat. El pacient va ser intervingut i es va fer una resecció segmentària del còlon afectat i una anastomosi. El pacient va evolucionar satisfactòriament. L'estudi anatomopatològic va descriure un lipoma submucós de còlon.

Discussió

Quan es tracta de fer l'orientació diagnòstica sobre un cas de pseudoobstrucció intestinal, com ara el nostre cas, hem de pensar sempre en una

afecció maligna com és el càncer de còlon. Les brides intestinals en pacients intervinguts quirúrgicament prèviament s'han de posar dins del diagnòstic diferencial. Ara bé, qualsevol massa que es comporti com un tumor, ja sigui benigne o maligne, provocant un quadre oclusiu, entra en el diagnòstic diferencial. Podem dir que el lipoma ocupa el segon lloc entre els tumors benignes de còlon. La incidència varia entre el 0,035% i el 4% dels tumors de còlon. Més del 90% de lipomes s'origina a la submucosa i creix lentament durant anys fins que no comença a produïr símptomes. Els lipomes de còlon són més freqüents en el cec (30% d'ocasions), seguit del còlon ascendent i del transvers, en un 18% i un 17% respectivament. El còlon esquerre és el lloc de menys localització.

La majoria són asimptomàtics i ocasionalment es compliquen produint una obstrucció per intussuscepció. Quan passa això, es necessita un tractament quirúrgic urgent. La clínica més freqüent és que siguin asimptomàtics i que, quan es manifesten, ho facin de manera inespecífica. Hi ha autors que afirmen que els tumors de més de 2 cm de diàmetre poden ser simptomàtics amb dolor, hemorràgia, diarrea o constipació. El dolor és un símptoma freqüent, pot ser crònic o recurrent i presumiblement és degut a la recurrència de la invaginació. En una sèrie de la Clínica Mayo es descriu una invaginació en 31 dels seus 107 casos, dels quals només 6 tenen una complicació obstructiva de l'intestí. Entre aquests 107 casos només n'hi havia 13 amb un diàmetre superior als 6 cm. El dolor agut es deu a un canvi inflamatori traumàtic resultant de la ulceració de la tumoració. Hi ha una presentació interessant: l'expulsió espontània del lipoma pel recte. D'aquesta possibilitat, se n'han descrit 25 casos en la literatura.

Les proves de diagnòstic d'elecció són l'ènema opac, la colonoscòpia i la tomografia axial computada (TAC). L'enema opac permet visualitzar la conformació canviant del lipoma que també es troba en els limfangiomes i leiomiomes de còlon. El diagnòstic definitiu el dóna l'anatomia patològica. També hi ha, de vegades, la possibilitat de practicar una exèresi endoscòpica si el tumor no té una mida gaire grossa i es pot resecar en una o diverses colonoscòpies. El tractament definitiu del lipoma de còlon és l'exèresi quirúrgica, especialment quan produeix una obstrucció intestinal aguda o una invaginació recurrent, com en el cas que presentem.

Com que l'evolució natural d'aquesta mena de tumors és el creixement, l'actitud davant seu sol ser l'exèresi, tenint en compte que les tumoracions petites i pedunculades es poden tractar per mitjà d'una colonoscòpia o amb seguiments periòdics.

No hi ha una tendència a la malignització, tot i que en una tercera part dels casos s'observen carcinomes de còlon concomitants, cosa que augmenta el risc de càncer de còlon per al portador del lipoma de còlon.

Bibliografia

Alponat A, et al. (1996) Intermittent subacute intestinal obstruction due to a giant lipoma of the colon: a case report. Am Surg 62:918-921

Blanco FJ, Cebollero MP et al. (2000) Lipomas del colon: nuevas aportaciones a su diagnóstico. Cirugía Española 67:175-179

Kim CY, Bandres D, et al. (2002) Endoscopic removal of large colonic lipomas. Gastrointest Endosc 55:929-931

Lattuneddu A, Lucci E, Garcea D (2002) Obstruction due to interssuception of a colonic lipoma. J Chir (Paris) 139:351-352

Mayo CW, Pagtalunan GJG, Brown DJ (1962) Lipoma of the alimentary tract. Surgery 53:598-603

Pareja E, Garcia-Granero M, Zaragoza E, Ripoll F, Checa F (2002) Submucosal lipoma of the colon. Rev Esp Enferm Dig 94:370-372

Pareja E, García-Granero M, et al. (2002) Lipomas submucosos de colon. Rev Esp Enferm Dig 94:367-373

Rogers SO Jr, Lee MC, Ashley SW (2002) Giant colonic lipoma as lead point for intermittent colo-colonic intussusception. Surgery 131:687-688

Siddiqui MS, Fatima L. et al. (2003) Colonic lipoma. J Coll Physicians Surg Pak 13:291-292

Taylor BA, Wolff (1987) Colonic lipomas: report of two unusual cases and review of the Mayo Clinic Experience, 1976-1985. Dis Colon Rectum 30:888-893

Zamboni WA, Fleisher H. et al. (1986) Spontaneous expulsion of lipoma per rectum occurring with colonic intussusception. Surgery 101:104-107