

## Case Report

# INTUSSUSCEPTION OF DESCENDING COLON DUE TO LARGE INTRAMURAL LIPOMA: A CASE REPORT

## INTUSUSCEPCIÓN DE COLON DESCENDENTE POR LIPOMA INTRAMURAL DE GRAN TAMAÑO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cristina Marco-Continente<sup>1\*</sup>, Carlos Alberto Jordán-Chaves<sup>1</sup>, Alejandro José García-Muñoz<sup>1</sup>, María José Gordillo-Duelt<sup>1</sup>, Antonio Adolfo Nieto-Soler<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo en el Hospital de Mérida, Mérida (Badajoz).

### \*Corresponding Author:

Cristina Marco-Continente

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo en el Hospital de Mérida. Avenida de las Américas 9A, 3er Bloque, 5ºB. Mérida (Badajoz). España.

E-mail: [cristina.marco@salud-juntaex.es](mailto:cristina.marco@salud-juntaex.es).

Received: 21 January 2021, Approved: 21 March 2022, Published: September 2022

### Resumen

Colonic intussusception is a rare entity in adults (1-5%). Most cases are due to malignant lesions. However, there are benign causes such as mesenchymal polyps, particularly lipomas, which could cause it more rarely. We present the case of a 55-year-old patient who came to the Emergency Department with symptoms of intestinal obstruction and rectal bleeding, finally diagnosed with colonic intussusception of the descending colon due to a large intramural lipoma. The patient underwent urgent surgery, performing an open left hemicolectomy with primary anastomosis without complications, and she was discharged on the 5th postoperative day. Histopathological study of the piece confirmed the diagnosis.

**Key words:** Intestinal Obstruction, Colonic Intussusception, Benign Tumors Of The Colon, Colonic Lipoma.

## Resumen

La intususcepción colónica es una entidad infrecuente en adultos (1-5%). La mayoría de los casos se deben a lesiones malignas. Sin embargo, existen causas benignas como los pólipos mesenquimales, particularmente los lipomas, que podrían causarla de forma más infrecuente. Presentamos el caso de una paciente de 55 años que acude al Servicio de Urgencias con clínica de obstrucción intestinal y rectorragia, diagnosticada, finalmente, de intususcepción colónica de colon descendente por lipoma intramural de gran tamaño. La paciente es intervenida quirúrgicamente de forma urgente, realizando hemicolectomía izquierda vía abierta con anastomosis primaria sin complicaciones, siendo dada de alta al 5º día postoperatorio. El estudio histopatológico de la pieza confirmó el diagnóstico.

**Palabras clave:** obstrucción intestinal, intususcepción colónica, tumores benignos del colon, lipoma colónico.

## Introducción

La intususcepción intestinal es una entidad clínica que se presenta en adultos de forma infrecuente (1-5%), siendo la válvula ileocecal afectada en un 70-80%, mientras el colon representa únicamente el 17% del total (1-4). Las principales causas incluyen tumores benignos o malignos, enfermedades inflamatorias, adherencias y otras afecciones mecánicas que alteran la peristalsis y provocan trastornos de la motilidad. Como causa benigna, el lipoma representa la causa más común (2-6).

## Presentación del caso

Presentamos el caso de una mujer de 55 años, que acudió al hospital por dolor abdominal, acompañado de vómitos y estreñimiento de más de 4 días de

evolución. Asimismo, refería rectorragia, astenia e hiporexia. A la exploración, presentaba un abdomen doloroso en región de hemiabdomen izquierdo con masa palpable. En el Servicio de Urgencias se solicitó una analítica sanguínea, que no mostraba alteraciones de interés, además de una radiografía de abdomen que evidenció signos de obstrucción intestinal (Figura 1), por lo que solicitaron, ecografía abdominal. La ecografía abdominal mostraba una imagen sugestiva de intususcepción colo-cólica secundaria a lesión intraluminal desconocida (Figura 2); por lo que el Servicio de Radiología decidió ampliar el estudio, y realizar una tomografía computarizada (TC) abdominal, que confirmó la presencia de intususcepción del colon descendente, de hasta 10 x 6 centímetros (cm) en sus ejes longitudinal y antero-posterior; sugiriendo como etiología lipoma colónico de 3.8 x 3.3 cm vs. lesión neoplásica maligna (Figura 3)



Figura 1. Radiografía de abdomen realizada en bipedestación, que muestra dilatación de marco cólico con ausencia de gas a nivel distal.

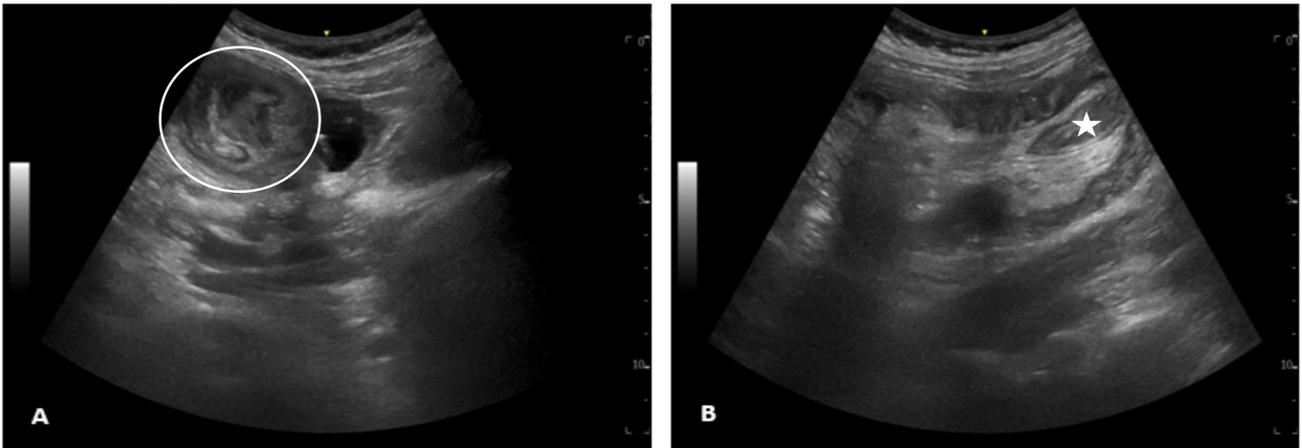


Figura 2. Ecografía abdominal (A) Corte transversal en la que se evidencia el signo del "objetivo" o del "donut" (circulo); y B corte longitudinal que muestra imagen "pseudo-arriñonada" (estrella) compatible con intususcepción colo-cólica secundaria a lesión intraluminal desconocida.

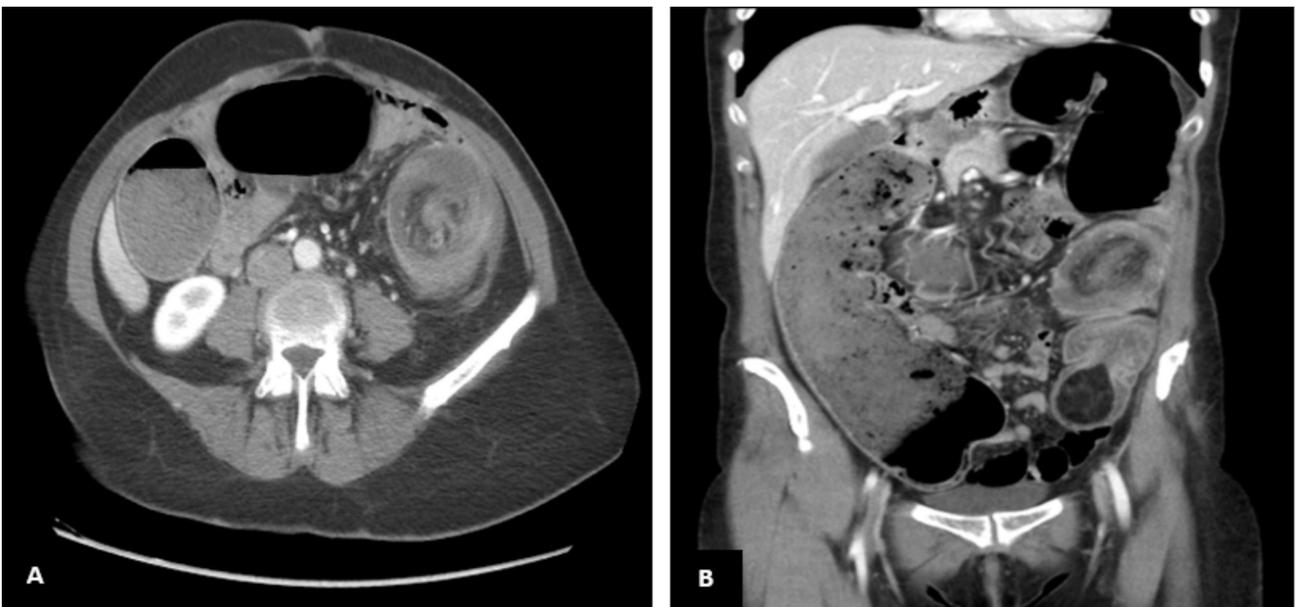


Figura 3. TC abdominal en fase portal (A. corte axial y B. corte coronal) que muestran intususcepción colo-cólica de colon descendente (flecha) secundaria a lipoma intramural, y marcada dilatación de marco cólico de hasta 8,1 cm a nivel del ciego (estrella).

La paciente fue intervenida quirúrgicamente de forma urgente, realizándose hemicolectomía izquierda con anastomosis primaria, por vía abierta, sin complicaciones, siendo dada de alta al 5º día postoperatorio. La pieza fue remitida al Servicio de Anatomía Patológica, los cuales describieron la

recepción de un segmento de colon que presentaba una lesión luminal de 4.5 x 4 cm, que provocaba obstrucción intestinal y cambios isquémicos en su mucosa y la circundante, compatible con lipoma colónico (Figura 4).

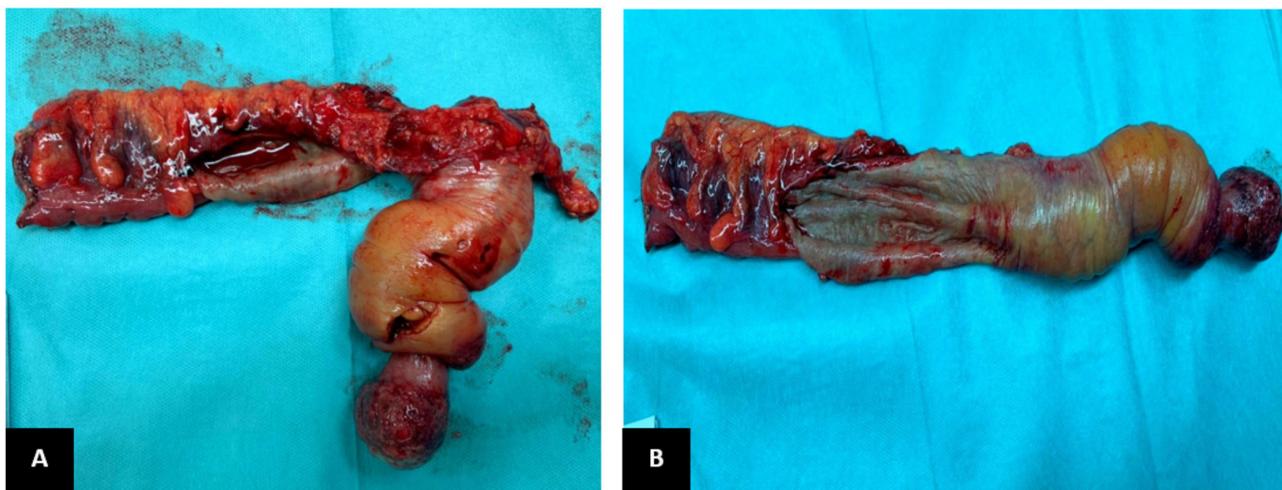


Figura 4. Pieza quirúrgica de hemicolectomía izquierda abierta de forma longitudinal, evidenciando lesión luminal voluminosa, polipoide, esférica y semipediculada de 4.5 x 4 cm, (B) Pieza quirúrgica de hemicolectomía izquierda abierta de forma longitudinal, evertida, evidenciando origen de la lesión polipoidea.

## Discusión

Los lipomas colónicos son tumores benignos de estirpe mesenquimatosa consistentes en crecimientos de tejido adiposo maduro poco comunes en la literatura científica, aunque constituyen el segundo tumor benigno más frecuente tras los adenomas (1-5, 7-10).

Los estudios clínicos y post mortem revelan una incidencia global que varía entre el 0.2 y el 4.4%, aumentando, en los últimos años, tras el auge de la colonoscopia (1,2,6-9). Sin embargo, los liposarcomas colónicos siguen siendo muy infrecuentes (6-8).

La edad al diagnóstico oscila entre la 5ª-7ª década de la vida (1-4,6-8). Se ha descrito una incidencia superior en el sexo femenino (1-4,6-9). Sin embargo, la infrecuencia de los casos lleva a establecer una distribución equitativa entre sexos (6,7,10).

El colon constituye la ubicación del 65-75% de los lipomas (8), siendo el colon ascendente la localización más habitual (90%) (7), preferiblemente en ciego (8) y raramente localizados en el resto del colon, siendo

de mayor a menor frecuencia: colon sigmoide, descendente, transverso y recto (1-5,7,9,10). El 90% se originan en la submucosa, aunque pueden extenderse a la muscularis propia o subserosa (1,3-5,7-9). Además, tienden a ser solitarios, y tan solo en un 10-20% son múltiples (8). La particularidad de nuestro caso radica en que la lesión se localizaba a nivel de colon descendente, y que se originaba a nivel intramuscular.

Generalmente, son de pequeño tamaño (0,35-10 cm) y sólo el 30% llega a superar los 2 cm de diámetro (8). La mayoría cursan de forma asintomática, aunque pueden volverse sintomáticos a medida que crecen, sobre todo si es hacia al margen luminal, e incluso imitar el comportamiento de lesiones malignas (1-3,5-9). Se ha estimado que aproximadamente entre el 25-30% de los casos presentarán síntomas, especialmente cuando su diámetro es mayor de 2 cm (1,9) y que el 4% pueden causar complicaciones agudas (6). La lesión que presentamos tenía un diámetro de 4,5 x 4 cm de diámetro, por lo que se trataba de un lipoma colónico gigante.

La presentación clínica más común consiste en alteraciones del hábito intestinal, dolor abdominal intermitente y/o pérdida crónica de sangre. Aquellos mayores de 4 cm pueden presentar rectorragia, intususcepción intestinal y/o obstrucción intestinal (1-4,6-10). Nuestro caso, al presentar un diámetro mayor de 4 cm se manifestó en forma de obstrucción intestinal, acompañado de rectorragia, por lo que en primera instancia se pensó en un posible origen neoplásico maligno, al simular el comportamiento clínico de estas lesiones.

El diagnóstico se puede realizar mediante varios procedimientos radiológicos, siendo infrecuente de forma preoperatoria:

Las lesiones grandes pueden manifestarse por efecto masa luminosa en las radiografías simples (10). La ecografía puede mostrar el signo del “objetivo” o del “donut” en secciones transversales (Figura 2A) y el signo de “pseudo-riñón” en secciones longitudinales (Figura 2B) (4). Endoscópicamente, el lipoma se reconoce de forma directa como una masa amarillenta, bien delimitada, blanda, redonda u ovoide, con base sésil o pediculada; presentando tres signos clásicos: el “signo de la almohadilla” (al sondear el pólipo con una pinza se produce una hendidura similar a una almohada), el “efecto carpa” (al agarre de la mucosa suprayacente presenta una apariencia similar a una tienda de campaña), y el “signo de grasa desnuda” (extrusión de grasa al realizar biopsias) (1,2,6-8,10). En nuestro caso, dado que se presentó de forma urgente, no fue posible el diagnóstico preoperatorio vía endoscópica. En el TC abdominal presenta una apariencia uniforme, de borde liso, esférica u ovoide, con unos valores densitométricos grasos, que pueden ayudar a diferenciarlos de otros procesos cuando estos tienen un tamaño mayor de 2 cm (Figura 3) (1,2,8,10). Recientemente, los informes demuestran la utilidad de la resonancia magnética, ya que puede detectar lipomas con una intensidad de señal característica del tejido adiposo en imágenes ponderadas en T1 y supresoras de grasa, con una mayor sensibilidad que el TC (4,8,10), siendo estos dos últimos los mejores métodos diagnósticos (4,6,7) y de elección en caso de sospecha de complicación (1). La ecografía endoscópica, de uso más restringido, se puede utilizar para distinguir de otras lesiones como el leiomioma o el schwannoma, y para determinar extensión previa a la resección endoscópica (8,10).

Las opciones para el tratamiento son diversas y aunque no se han descrito algoritmos terapéuticos bien definidos, se acepta que para aquellos menores de 2 cm y asintomáticos sería suficiente su seguimiento, y para aquellos sintomáticos y/o pediculados estaría indicada la exéresis endoscópica. Para los mayores de 2 cm estaría indicada la resección quirúrgica, ya que la endoscópica asocia una alta tasa de riesgo de perforación (1,7,8,10).

La elección del método quirúrgico dependerá del tamaño del lipoma, ubicación, presencia o ausencia de un diagnóstico preoperatorio definitivo y de la existencia de complicaciones asociadas (1,2,7,8). Las posibilidades incluyen: escisión a través de colotomía o segmentectomía cuando el diagnóstico es definitivo; y resección segmentaria, hemicolectomía o colectomía subtotal cuando el diagnóstico es incierto o existen signos de complicación (1,2,10). En nuestro caso, no fue posible un diagnóstico preoperatorio, por lo que, dadas las características de la lesión y su forma de presentación clínica y radiológica, permitió, finalmente, optar por la mejor opción quirúrgica: hemicolectomía izquierda vía abierta.

El examen histopatológico de la pieza reseçada determina el diagnóstico definitivo, prestando especial énfasis a la presencia de signos que hicieran pensar en una displasia pseudo-sarcomatosa (1,6,7,10). En el análisis histopatológico de la pieza quirúrgica de nuestro caso no se evidenciaron signos de malignidad, por lo que la paciente no recibió tratamiento oncológico complementario.

## Declaraciones de los autores

- Agradecimientos: Ninguno
- Conflicto De Intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.
- Fuentes De Financiamiento: el presente artículo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.
- Institución donde se realizó el estudio: Hospital de Mérida, Mérida (Badajoz).

## Referencias

1. Bagherzadeh Saba R, Sadeghi A, Rad N, Safari MT, Barzegar F. Colonic intussusception in descending colon: an unusual presentation of colon lipoma. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench.* 2016; 9(1):93-96.

2. M'rabet S, Jarrar MS, Akkari I, Abdelkader Ab, Sriha Badreddine, Hamila F, et al. Colonic intussusception caused by a sigmoidal lipoma: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018; 50:1-4.
3. Ohasi de Figueiredo L, García DPC, Ronaldo Alberti L, Petroianu A, Barbosa Paolucci L, Costa MRLG. Colo-colonic intussusception due to large submucous lipoma: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2016; 28:107-110.
4. Cordeiro J, Cordeiro L, Pôssa P, Candido P, Oliveira A. Intestinal intussusception related to colonic pedunculated lipoma: a case report and a review of the literatura. *Int J Surg Case Rep.* 2019;55:206-209.
5. Sanz Ortega G, Cerdán Miguel J. Tumores benignos. En: Ortiz Hurtado H, editor. *Guías clínicas de la asociación española de cirujanos: Cirugía Colorrectal.* 2ª ed. España: Arán; 2012. p. 235-246.
6. Barron SL, Gonzalez RS. Clinicopathologic analysis and subclassification of benign lipomatous lesions of the colon. *Virchows Arch.* 2019;474(3):309-313.
7. Zemenfes D, Semegnew Z. Subserosal sigmoid lipoma: a case report and review of the literatura. *Ethiop Med J.* 2016;54(2):87-89.
8. Aya N F, Noor A Haya, Fahad I A. Large lipoma of ascending colon: a case report and review of literatura. *J Surg Case Rep.* 2020; 2020(9):1-3.10. Sammour, T., An, V., Thomas, M.L. Bleeding iliac artery pseudoaneurysm after colorectal anastomotic leak. *Surg Pract.* 2016;20(4):184-185.
9. Moschetta M, Virelli R, Laricchia F, Alberotanza V, Telegrafo M, Angelelli G, et al. Lipoma of the transverse colon covered by tubulovillous adenoma: a rare indication for surgical treatment. *G Chir.* 2018; 39(1):63-66.
10. Sapolidis K, Laskou S, Kosmidis C, Passos I, Mantalobas S, Michalopoulos C, et al. Symptomatic colonic lipomas: report of two cases and a review of the literature. *SAGE Open Med Case Rep.* 2019;7:1-5.