

## Lipoma ulcerado como causa infrecuente de tumor gástrico



### Ulcerated lipoma as a rare cause of gastric tumor

Presentamos un varón de 66 años que acudió a Urgencias por astenia con melenas y dolor abdominal que mejoraba tras las deposiciones. En la exploración física, el abdomen se encontraba blando, depresible y no doloroso; y el tacto rectal, limpio con ampolla rectal vacía. En la analítica destacó únicamente anemia ferropénica con hemoglobina de 10 g/dL. Ante la sospecha de hemorragia digestiva alta, se realizó una endoscopia, en la que se visualizaba una masa mame-lonada de 4 cm con depresión central a nivel de la unión de la curvatura mayor gástrica, con la menor ulcerada e indicativa de neoplasia, por lo que se tomaron biopsias (fig. 1 A y B).

Dado que la sospecha de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) gástrico era elevada, se solicitó estudio de extensión radiológico, realizándose tomografía computarizada (TC) toracoabdominopélvica con contraste intravenoso yodado y distensión de la cámara gástrica con contraste negativo. Se visualizó una lesión focal bien delimitada localizada en la curvatura mayor gástrica (fig. 2A), previa al antro gástrico, con baja densidad (-85 UH) y un trayecto ulcerado en su interior (fig. 2B). Dicha imagen mostraba un lipoma gástrico ulcerado, de unos 22 x 24 mm de diámetro (fig. 2C), confirmado posteriormente por Anatomía Patológica. Los cortes histológicos, teñidos con hematoxilina-eosina, mostraron ulceración de la mucosa gástrica, con tejido de granulación; subyacente se observó una lesión nodular fibroadiposa. Los adipocitos eran maduros y sin atipias nucleares ni lipoblastos (fig. 1C). Las inmunotinciones para CD117 y DOG-1 fueron negativas y se descartó GIST. Asimismo, se realizó la técnica de hibridación *in situ* fluorescente con la sonda MDM2 (12q15), la cual fue negativa y permitió descartar un tumor lipomatoso atípico/liposarcoma bien diferenciado.

En la actualidad, el paciente se encuentra pendiente de cirugía.

Los lipomas del tracto gastrointestinal constituyen una entidad rara, benigna y de lento crecimiento, siendo más frecuentes en el colon. El lipoma gástrico se presenta en menos del 5% de los casos y representa menos del 1% de todos los tumores gástricos<sup>1</sup>. Los casos descritos en la literatura se refieren principalmente al antro (75%), no habiéndose descrito ningún caso en el cardias ni en el canal pilórico<sup>2</sup>.

Su etiología es desconocida, aunque se apunta como más probable la condición adquirida o secundaria a alguna alteración embriológica<sup>1</sup>.

Suelen descubrirse como hallazgo incidental, dado que es infrecuente que den síntomas, sin embargo, cuando hay sintomatología, la manifestación más común es la hemorragia gastrointestinal, que ocurre en el 50% de los casos<sup>2</sup>. Otros síntomas pueden ser la obstrucción o la invaginación<sup>3</sup>.

Para su diagnóstico se pueden utilizar pruebas de imagen como la TC o la resonancia magnética, así como la endoscopia digestiva alta, si bien el diagnóstico definitivo será anatomopatológico. La TC ha demostrado ser una herramienta muy útil para su identificación, ya que se visualizan como una masa de morfología redondeada con baja densidad (entre -80 y -120 UH) y homogénea, hallazgos patognomónicos<sup>2,3</sup>. Si hay presencia de hebras lineales de atenuación de tejidos blandos, esto puede representar una úlcera asociada y tabiques fibrovasculares, pero debería considerarse el diagnóstico diferencial con el liposarcoma<sup>3</sup>. El tumor GIST también podría considerarse dentro de las posibles opciones diagnósticas, aunque estos tumores se suelen presentar en la TC como una lesión sólida de densidad similar a las partes blandas con necrosis central, por lo que realzará solo periféricamente tras la administración de contraste, siendo infrecuentes las calcificaciones internas<sup>4</sup>.

La resonancia magnética también parece ser un método fiable a la hora de diagnosticar la naturaleza grasa de los lipomas gástricos, encontrando una señal hiperintensa típica de grasa en secuencias T1, mientras que en las secuencias con supresión de la grasa se observará reducción de la señal<sup>5</sup>.

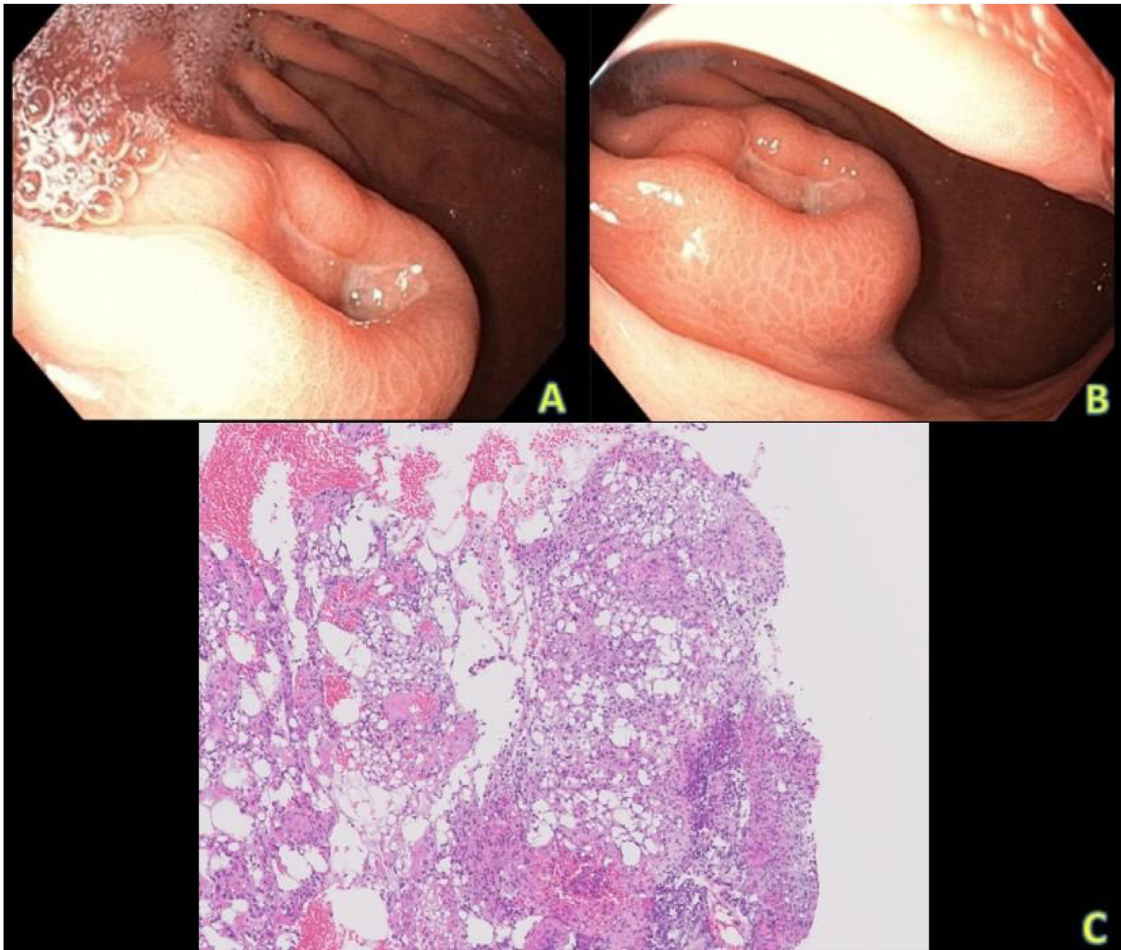
En la endoscopia digestiva alta aparecen como masas submucosas blandas, claramente definidas, a menudo de color amarillo en oposición a la mucosa rosa circundante. Se han descrito 3 signos que ayudan a identificar los lipomas en el examen endoscópico: 1) signo de tienda de campaña: la mucosa suprayacente se retrae fácilmente con las pinzas de biopsia; 2) signo de almohadilla: las pinzas producen una muesca suave y amortiguadora cuando se aplican al lipoma, y 3) signo de grasa desnuda: la grasa sobresale a través de la mucosa después de realizar múltiples biopsias<sup>3</sup>.

Histológicamente, los lipomas están constituidos por adipocitos maduros, los cuales expresan vimentina, CD34 y proteína S-100 por inmunohistoquímica<sup>3</sup>, al igual que las células de los liposarcomas. En caso de que se observaran atipias nucleares o lipoblastos, es necesario realizar la técnica de hibridación *in situ* fluorescente para MDM2 y descartar liposarcoma. Si fuera necesario excluir un GIST, obviamente el inmunomarcaje para CD117 y DOG-1 es muy útil<sup>6</sup>.

El pronóstico de los lipomas gástricos es excelente y no se han reportado casos de degeneración maligna<sup>2</sup>, aunque existe un riesgo de recurrencia inferior al 5%, que ocurre con mayor frecuencia si no hay una escisión adecuada de la cápsula fibrosa<sup>3</sup>.

El tratamiento es controvertido, recomendándose la extirpación endoscópica en aquellos lipomas inferiores a 4 cm, y exéresis en los de mayor tamaño o sintomáticos<sup>7</sup>. En estos casos, se podrá realizar una gastrectomía parcial o total, o bien una resección por vía laparoscópica.

Como conclusión, aunque los lipomas gástricos constituyen una entidad rara pero benigna, las pruebas de imagen son una herramienta imprescindible para el diagnóstico, permitiendo diferenciarlos de tumores potencialmente malignos como los GIST o los liposarcomas, si bien el diagnóstico definitivo siempre será histológico.



**Figura 1** A y B. Imagen de endoscopia digestiva alta en la que se visualiza una lesión mamelonada con depresión central y ulcerada, localizada en la unión de las curvaturas mayor y menor gástricas. C. Corte histológico de la lesión, tinción HE, aumento  $\times 40$ . Se observa una lesión nodular submucosa, ulcerada, con tejido de granulación. Subyacente a la úlcera hay adipocitos maduros, sin atipias nucleares, lipoblastos ni células pleomórficas, entremezcladas con fibroblastos.

### Responsabilidades éticas

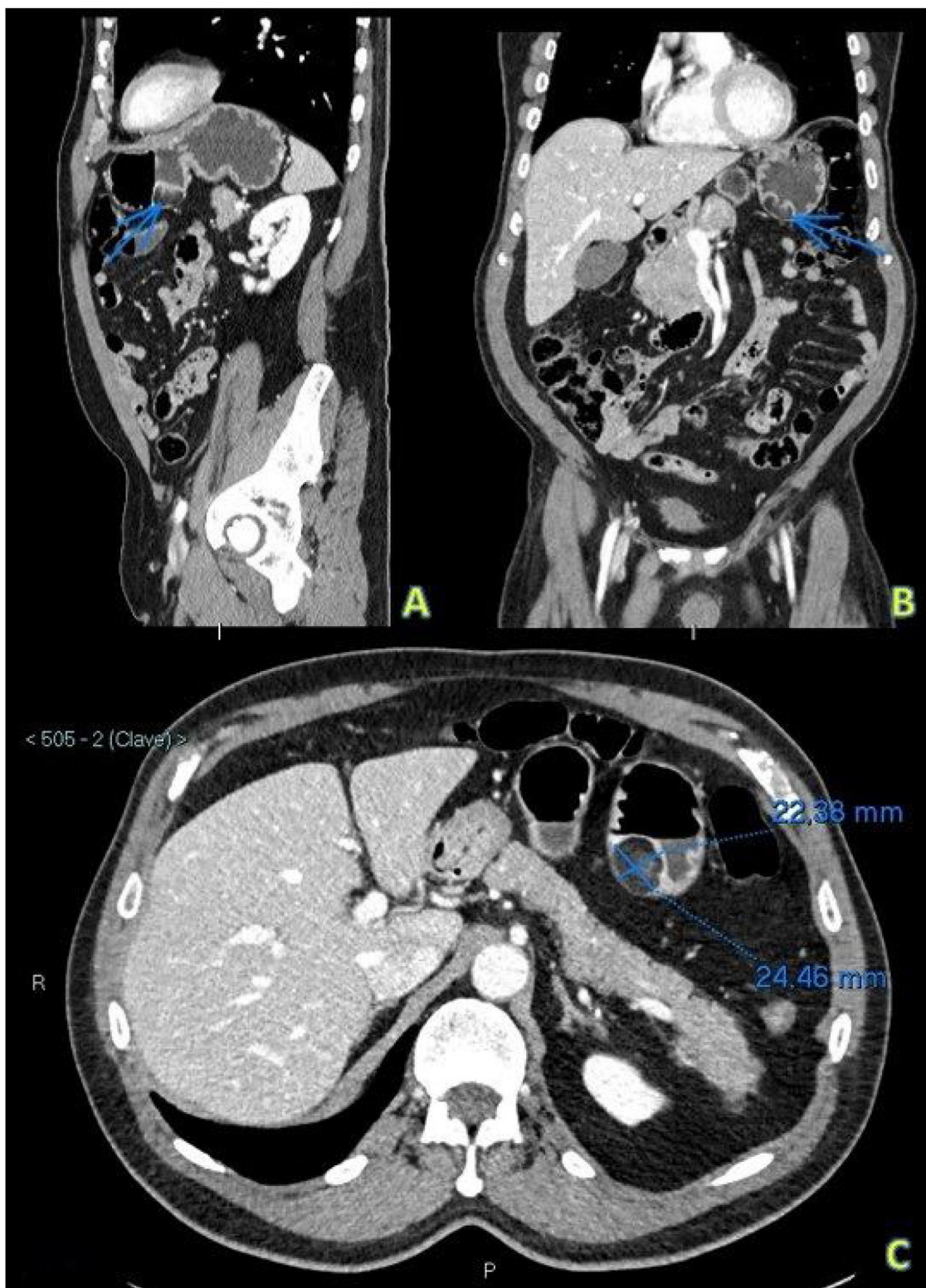
El consentimiento informado no se solicitó para la publicación de este caso, porque en el presente artículo no se publican datos personales que permitan identificar al paciente.

El trabajo no es un estudio de investigación, si bien cumple con las normativas éticas vigentes, no apareciendo datos

que hagan referencia al paciente ni en el texto ni en las figuras.

### Financiación

Este trabajo de investigación no ha recibido ningún tipo de apoyo financiero específico de instituciones públicas, privadas o sin ánimo de lucro.



**Figura 2** Imágenes de TC abdominopélvica con contraste intravenoso en planos sagital (A), coronal (B) y axial (C). A. Plano sagital donde la flecha señala una lesión de morfología redondeada y bien delimitada, dependiente de la curvatura mayor gástrica y próxima al antro, de baja densidad similar a la grasa y no captante, compatible con lipoma ulcerado. B. Plano coronal donde se observa la misma lesión gástrica de densidad grasa con un sutil aumento de densidad en su interior (trayecto ulcerado). C. Plano axial en el que se aportan las medidas de la lesión lipomatosa, de aproximadamente 22,4 × 24,5 mm.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. López-Zamudio J, Leonher-Ruezga KL, Ramírez-González LR, et al. Lipoma gástrico pediculado. Reporte de caso. *Cir Cir*. 2015;83:222–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2015.05.005>.
2. Krishnaraj B, Dhanapal B, Shankar G, et al. Gastric lipoma: A rare cause of haematemesis. *Ann R Coll Surg Engl*. 2018;100:e41–3, <http://dx.doi.org/10.1308/rcsann.2017.0209>.
3. Amundson JR, Straus D, Azab B, et al. Giant symptomatic gastric lipoma: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2018;51:313–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.08.061>.
4. Tirumani SH, Baheti AD, Tirumani H, O'Neill A, Jagannathan JP. Update on gastrointestinal stromal tumors for radiologists. *Korean J Radiol*. 2017;18:84–93, <http://dx.doi.org/10.3348/kjr.2017.18.1.84>.
5. Goldblum JR, Folpe AL, Weiss SW. Benign lipomatous tumors. *Enzinger and Weiss's soft tissue tumors*. 2018:443–83.
6. Alvarado-Cabrero I, Barreto-Zúñiga R, Benítez-Arroyo H, et al. Lineamientos actualizados en el abordaje de tumores del estroma gastrointestinal (GIST) en México 2007. *GAMO*. 2008;7:1–18.

7. Al Shammari JO, Al-Shadidi N, Abdulsalam AJ, et al. Gastric lipoma excision during a laproscopic sleeve gastrectomy: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2016;24:128–30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.05.040>.

I. Garrido-Márquez<sup>a,\*</sup>, P.V. García-Pérez<sup>a</sup>,  
E. Moya-Sánchez<sup>a</sup>  
y A. Carrero- Castaño<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España

\* Autor para correspondencia. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Avda/ del Conocimiento, s/n. 18016 Granada, España. Teléfono: 638722534.

Correo electrónico: [igamar26@gmail.com](mailto:igamar26@gmail.com) (I. Garrido-Márquez).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2021.11.007>

0375-0906/ © 2022 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Pseudo-obstrucción intestinal: una presentación poco frecuente de hipotiroidismo congénito



### Intestinal pseudo-obstruction: A rare presentation of congenital hypothyroidism

Los niños con enfermedades de la glándula tiroidea pueden presentar síntomas del tracto digestivo, principalmente por alteraciones de la motilidad gastrointestinal.

Se informa el caso de una niña de 5 meses de edad, quien es admitida en el servicio de urgencias por presentar intolerancia a la vía oral y distensión abdominal de 24 horas de evolución. Originaria de una comunidad rural de México e hija de padres jóvenes no consanguíneos, se realizó tamiz metabólico de seis elementos, en el cual, de acuerdo a los padres, se identificó alteración no especificada, pero debido a la pandemia de SARS-CoV-2 se postergó consulta de seguimiento. Presentó evacuación meconial en las primeras 24 horas, pero con historia de estreñimiento desde las dos primeras semanas de vida, presentando heces voluminosas una vez por semana. Adicionalmente cursó con ictericia de etiología no determinada durante los dos primeros meses de vida.

A su ingreso, se encontró a paciente con retraso global y severo del neurodesarrollo. Llanto ronco, facie tosca, párpados y labios tumefactos, macroglosia. Sin sostén cefálico. Tórax con patrón restrictivo a expensas de distensión abdominal, la auscultación sin soplo cardiaco. El abdomen timpánico, doloroso a la palpación, evidencia hernia umbilical y sin hepatoesplenomegalia. Extremidades hipotónicas e hipotróficas, pulsos disminuidos en intensidad. Piel marmerosa, con xerosis generalizada.

Se solicitó radiografía abdominal simple, encontrando una importante dilatación de las asas intestinales (fig. 1A). Se coloca sonda orogástrica con abundante gasto biliar, y además se coloca sonda transrectal con mejoría de la distensión abdominal (fig. 1B). Al ingreso presentaba datos clínicos de bajo gasto cardiaco, que respondió a la infusión de dobutamina. Con oliguria y elevación de azoados. Se realizó perfil tiroideo: TSH 404 mIU/ml, T4T 0.420 ng/dl, T4L 0.058 ng/dl, T3T 0.195 ng/dl, T3L 0.321 pg/ml, y se indicó tratamiento con levotiroxina. La alimentación se inició con fórmula extensamente hidrolizada en infusión continua una semana posterior a su ingreso. Ante la presentación clínica compatible con enfermedad de Hirschsprung, se solicitó estudio contrastado de colon por enema, en el cual se



**Figura 1** A) Dilatación de las asas intestinales. B) Mejoría del patrón restrictivo del tórax tras la colocación de las sondas orogástrica y transrectal.