

# Lipomatosis intestinal, causa de intususcepción intestinal. Reporte de un caso

Dr. Benjamín Ramírez-Ordóñez,\* Dr. Eduardo Ovando-Jarquín,\*\* Dr. Luis R. Gómez-Cordero,\*\*\*  
Dr. Javier Aguilar-Silva,\*\*\* Dr. Jorge C. Aznar-Amézquita,\*\*\* Dr. Gerardo Torres-Hernández,\*\*\*\*  
Dr. Ricardo Jaramillo-Álvarez,\*\*\* Dr. Alberto Aznar-Jean,\*\*\*\* Dr. Ricardo García-Nieto,\*\*\*\*\*  
Dr. José J. Vargas-Haro\*\*\*\*\*

\* Jefe de División de Cirugía. \*\* Jefe de Servicio de Cirugía General. \*\*\* Adscrito al Servicio de Cirugía. \*\*\*\* Residente 4 del Servicio de Cirugía.  
\*\*\*\*\* Residente 3 del Servicio de Cirugía. Hospital General de Tlalnepantla Valle Ceylán.

Correspondencia: Dr. Benjamín Ramírez Ordóñez. Ceibas No. 15, Izcalli del Bosque 53278, Naucalpan, Edo. de México. Tel. 5560-6598.

Recibido para publicación: 10 de octubre de 2002.

Aceptado para publicación: 8 de enero de 2003.

**RESUMEN.** Femenino de 32 años de edad, sin antecedentes de importancia, con cuadro clínico de cuatro días de evolución caracterizado por dolor abdominal, tipo cólico en cuadrante inferior derecho, intenso, asociado a vómito gástrico en 10 ocasiones, imposibilidad para evacuar y canalizar gases, negando presencia de fiebre. Como datos relevantes a la exploración física, deshidratación moderada y presencia de masa mal delimitable, fija y dolorosa a nivel de fosa iliaca derecha. Laboratoriales normales; en la placa radiológica simple de abdomen imagen sugestiva de plastrón a nivel cecal, en la placa de pie presencia de niveles hidroaéreos en cuadrante inferior derecho e íleo reflejo y por ultrasonido se corrobora presencia de masa homogénea de aproximadamente 10 x 12 cm. Con diagnóstico de apendicitis aguda complicada se decide laparotomía. Hallazgos: intususcepción ileo-ileal a 15 cm de válvula ileocecal, con necrosis de 40 cm de intestino, se realizó resección intestinal con entero-enteroanastomosis término-terminal con evolución postoperatoria satisfactoria. El reporte anatomopatológico fue de lipomatosis intestinal múltiple, proceso inflamatorio agudo y erosión de la mucosa intestinal.

**Palabras clave:** lipomatosis intestinal, intususcepción en el adulto.

**SUMMARY.** We report the case of a 32-year old female without previous illness. At hospital admission she reported having four days with clinical symptoms such as: intense abdominal pain, gastric vomit, and feces absence. At physical examination, mass in lower quadrant, non-mobile, and painless. Normal laboratory results. Abdominal radiologic studies and ultrasound with 10 x 12 cm mass. The patient was with acute appendicitis diagnosis and laparotomy was done. Transoperative finding was: ileo-ileal necrotic intussusception. Intestinal resection and anastomosis were performed. Postoperative evolution was normal. Pathologic study reported: multiple intestinal lipomatosis, mucous erosion, and acute inflammatory process. Frequency of this uncommon pathology is analyzed in the world literature.

**Key words:** Intestinal lipomatosis, intussusceptions in adult.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores del intestino delgado son raros, constituyendo del 1.5 al 6.5% de todos los tumores gastrointestinales. De éstos, 50 a 75% son malignos, representando 1 al 3% de todas las neoplasias malignas del tracto gastrointestinal. Los lipomas intestinales se han reportado desde 1757.<sup>1</sup> No obstante la lipomatosis, una con-

dición en la cual múltiples lipomas se encuentran en la pared intestinal, es una entidad extremadamente rara.<sup>2</sup> La mayoría de los casos de lipomatosis intestinal cursa asintomática y son hallados de forma incidental. Aunque se ha descrito que puede estar asociada a síntomas recurrentes inespecíficos, tales como dolor abdominal, constipación o diarrea. Ocasionalmente la lipomatosis intestinal produce intususcepción e íleo.<sup>3</sup> Informamos el caso

de una paciente con intususcepción íleo-ileal dada la rareza con que se presentan estos casos, además de ser hasta el momento el primer caso reportado en México.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos a un paciente femenino de 32 años de edad, originaria del estado de Puebla con cuadro clínico de cuatro días de evolución, caracterizado por dolor tipo cólico epigástrico, con irradiación hacia ambas fosas iliacas, progresivo, insidioso, asociándose náusea que precede vómito en número de 10 de contenido fecaloide, ausencia de evacuaciones, no refiriendo melena o hematoquezia, motivos por los cuales la paciente ingresa a nuestra unidad.

A la exploración física se encuentra a una paciente de edad aparente a la cronológica, cooperadora, con facies dolorosa, inquieta, palidez de tegumentos +, la exploración con taquicardia de 100 latidos por minuto y polipnea de 27 respiraciones por minuto, el abdomen se aprecia distendido, con Signo de McBurney +, Rovsing +, Capurro +, Von Blumberg + a la palpación media y profunda, con predominio en cuadrante inferior derecho, se palpa una masa en este sitio, dolorosa, con movilidad escasa, sin poder limitar sus bordes.

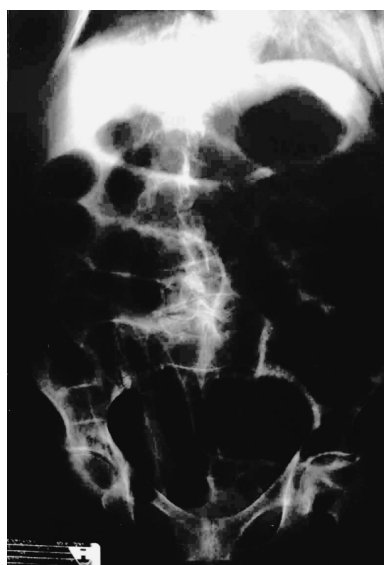
Los estudios de laboratorio demostraron: hematócrito de 32.7%, hemoglobina de 10.7 mg/dL, leucocitosis de 11,600 mm<sup>3</sup>, tiempo de tromboplastina de 13 segundos con 90% de actividad, tiempo parcial de tromboplastina de 37 segundos, glucosa de 98 mg/dL, urea de 11 mg/dL, creatinina 0.6 mg/dL.

La radiografía simple de abdomen muestra imagen sugestiva de masa abdominal en hemiabdomen derecho con desplazamiento de asas intestinales contralateralmente (*Figura 1*).

Ultrasonografía de abdomen con reporte de tumoración homogénea, de origen a determinar, sin capacidad de medición por parte del transductor.

Se decide su intervención quirúrgica mediante laparotomía exploradora con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda complicada. Los hallazgos transoperatorios fueron de intususcepción íleo-ileal a 15 cm de válvula íleo-cecal, necrosis de 40 cm de intestino. Se practicó resección intestinal de 40 cm de íleon con entero-enteroanastomosis término-terminal, se efectuó además apendicectomía incidental (*Figura 2*).

El reporte del estudio histopatológico de pieza quirúrgica fue: lipomatosis múltiple de la submucosa intestinal, con erosión y proceso inflamatorio agudo de la submucosa (*Figura 3*).



*Figura 1. Radiografía simple de abdomen.*



*Figura 2. Hallazgo transoperatorio.*



*Figura 3. Pieza quirúrgica.*

La paciente cursa sin complicaciones postquirúrgicas inmediatas ni tardías, su evolución es satisfactoria, actualmente es vista por la consulta externa de Cirugía General.

### DISCUSIÓN

La lipomatosis del intestino delgado es rara. Desde que Hellstrom reportó por primera vez un caso de lipomatosis intestinal, se han reportado 20 casos desde 1906.<sup>4</sup>

En el adulto no hay edad promedio de presentación. Los hombres y mujeres son igualmente afectados.<sup>5</sup> La incidencia de diverticulosis es alta entre pacientes con lipomatosis. Se sugiere la estrecha relación entre diverticulosis, lipomatosis y vólvulo intestinal.<sup>6</sup> La lipomatosis intestinal puede extenderse a lo largo del yeyuno o

íleon o ambos. El íleon es el sitio más comúnmente afectado.<sup>7</sup>

### REFERENCIAS

1. Ton-Ho Y, Ping Ho, Heng-Sheng L. A rare case of multiple intussusceptions intensive segmentary lipomatosis of the ileum. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 162-3.
2. Atsushi T, Yuh F, Toru M. Lipomatosis of small intestine and the colon associated with intussusceptions in the iliocecal region. *Gastrointest Endosc* 1999; 49: 118-21.
3. Hitoshi Y, Kazumoto M, Koujiro T. A case of lipoma of the terminal ileum treated by endoscopic removal. *Radiology* 1997; 46: 461-3.
4. Climie A, Wylie R. Small-intestinal lipomatosis. *Arch Pathol Lab Med* 1981; 105: 40-2.
5. Shah P, Raman K. Isolated, segmental lipomatosis of the jejunum. *Act Chir Scan* 1989; 155: 611-2.
6. Neilson D, Wilkinson N, Magell J. Case of simultaneous diverticulosis, lipomatosis and volvulus of the small intestine. *Br J Surg* 1990; 77: 105-55.
7. Duun S. Lipomatosis of small intestine. *Eur J Surg* 1994; 160: 311-2.