

Lipoma gástrico invaginado en duodeno

B. Hontanilla Cendrero *
 J. Valle Borreguero **
 M. Calvo Benedi ***
 F. de la Torre Orea ****
 P. Moratinos Palomero *****

RESUMEN

Se presenta un caso de lipoma gástrico invaginado en duodeno de cuya situación tan sólo se han descrito tres casos en la literatura mundial, por otra parte es el octavo caso de lipoma gástrico descrito en la literatura española hasta 1984, siendo el total de casos descritos en la literatura mundial de ciento sesenta y dos, en sus distintas localizaciones. Por su peligrosidad al ser origen de hemorragias agudas y por lo insólito de las manifestaciones radiográficas que permiten asegurar el diagnóstico de tumoración gástrica antral invaginada en duodeno, presentamos este caso.

Evidentemente las manifestaciones radiológicas de dicha localización hacen que de ser recordadas pueda realizarse el diagnóstico directo de tumoración gástrica invaginada en duodeno.

SUMMARY

A case of Gastric Lipoma invaginated in duodenum is reported, having been reported only three cases of this location on the mundial literature on the other hand, this is the eight case of Gastric Lipoma having been described in the spanish literature up to 1984, from a total of 162 cases in the world literature.

The emphasize the radiological aspects of this location that should induce to include of in the differential diagnosis.

PRESENTAMOS un caso de lipoma gástrico de gran tamaño, con localización en antro gástrico que sufrió invaginación en duodeno. Se describe el caso con sus peculiaridades clínicas al tiempo que se hace una revisión de los casos aparecidos con anterioridad y sobre todo de los últimos veinte años, insistiendo en su extraordinaria rareza como lipoma gástrico invaginado en duodeno.

ferma relata que 24 horas antes había presentado ya deposiciones melénicas. En ningún momento de su evolución presentó hematemesis.

A su ingreso presentaba a la exploración, palidez de piel y mucosas, no circulación colateral, no hepato ni esplenomegalia y sí un discreto dolor epigástrico espontáneo que se acrecienta con la palpación hasta hacerse tan intenso como en el momento de su ingreso. Resto de los sistemas sin hallazgos patológicos.

La enferma como antecedentes presentaba en octubre de 1975 epigastralgias esporádicas y espaciadas en el tiempo, no relacionadas con la ingesta. En mayo de 1976, es diagnosticada de úlcera duodenal y cuenta pérdida de apetito con dispepsia vaga que la obliga a limitar la ingesta.

CASO CLINICO: A.P.M.

MUJER de 51 años de profesión sus labores, que ingresa en nuestro Servicio el día 10 de agosto de 1976, procedente del Servicio de Urgencias por presentar abundantes melenas que se acompañan de intensos dolores epigástricos. La en-

* Tcol. Jefe del Servicio de Cirugía II, Hospital Militar «Generalísimo Franco».

** Tcol. jefe del Servicio de Radiología, Hospital Militar «Generalísimo Franco».

*** Cap. Méd. Alumno del Diploma de Cirugía. Hospital Militar «Generalísimo Franco».

**** Cap. Méd. Servicio de Cirugía. Hospital Militar de Zaragoza.

***** Cap. Méd. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Militar Central «Gómez Ulla».

Radiología: En febrero de 1976, por estudio del marco gastro-duodenal es diagnosticada de úlcera duodenal (Fig. 1). El 24 de agosto de ese mismo año se realiza nuevo tránsito observándose al parecer, un bulbo duodenal muy deformado y arcada duodenal enormemente aumentada y rechazada hacia la derecha que da la impresión de serlo así por un proceso expansivo pancreático.

La imagen radiológica es traslúcida, oval, voluminosa de eje mayor vertical en la segunda porción de duodeno (Fig. 2) y con defecto antral (Fig. 3), todo lo cual nos lleva a considerar el diagnóstico de tumoración gástrica antral invaginada en duodeno, que ha arrastrado a parte del antro gástrico.

Intervención: A.G. Laparotomía media supraumbilical. Duodeno ampliamente distendido en su segunda porción que no muestra signos inflamatorios ni infiltración tumoral, ocupado por una masa de consistencia elástica, se deja abarcar con la mano y es deslindable de la cabeza pancreática.

Por expresión manual se hace retroceder la tumoración a su lugar de implantación, el antro gástrico; debido a su ancha base de implantación se realiza una resección gástrica al 75% Billroth II-Reitcheer Polya transmesocólica isoperistáltica.

Estudio Anatomopatológico

Macroscópicamente la pieza corresponde a pared gástrica con forma-

ción redondeada de 4 ó 5 cm. de diámetro, la mucosa muestra aspecto, consistencia y color de grasa (Figs. 4 y 5). A su nivel la mucosa está distendida y carece de pliegues, el resto de la mucosa es de aspecto normal si bien en algunos niveles se observan menos pliegues de lo habitual.

Microscópicamente los cortes histológicos efectuados demostraron estar formados por mucosa gástrica hipertrófica correspondiente a zona antral, con metaplasia intestinal pero sin atipias celulares ni estructurales. En territorios correspondientes a submucosa intercalándose entre fibras musculares, se encuentra un nódulo de tejido adiposo con necrosis grasa en territorios periféricos (Figs. 6 y 7).

Diagnóstico: Lipoma gástrico submucoso con ulceración superficial de la mucosa.

DISCUSION

Los lipomas gástricos, raros en su aparición eran recogidos en una revisión que englobaba hasta el año 1961 (1) un total de 56 casos. Peabody y Palmer (2) registran 110 casos con 8 variantes (fibrolipoma y lipomixoma) hasta el año 1953. En el año 1958 Yoon y Luddecke (3) registran un lipoma gástrico en 184 estómagos resecados y 1 caso más en un total de 1.914 autopsias.

En 1964, Ortiz Vázquez e Hidalgo Huertas (4) basándose en la revisión de Peabody y Palmer, registran hasta aquella fecha un total de 130 casos.

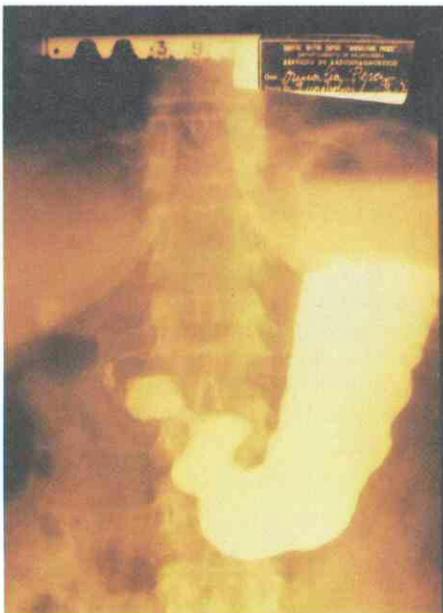


Figura 1. Imagen radiológica de Febrero 1976.

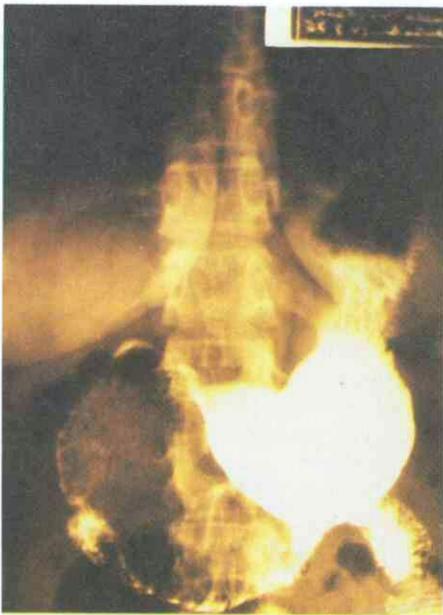


Figura 2. Aumento de la arcada duodenal. Defecto antral.

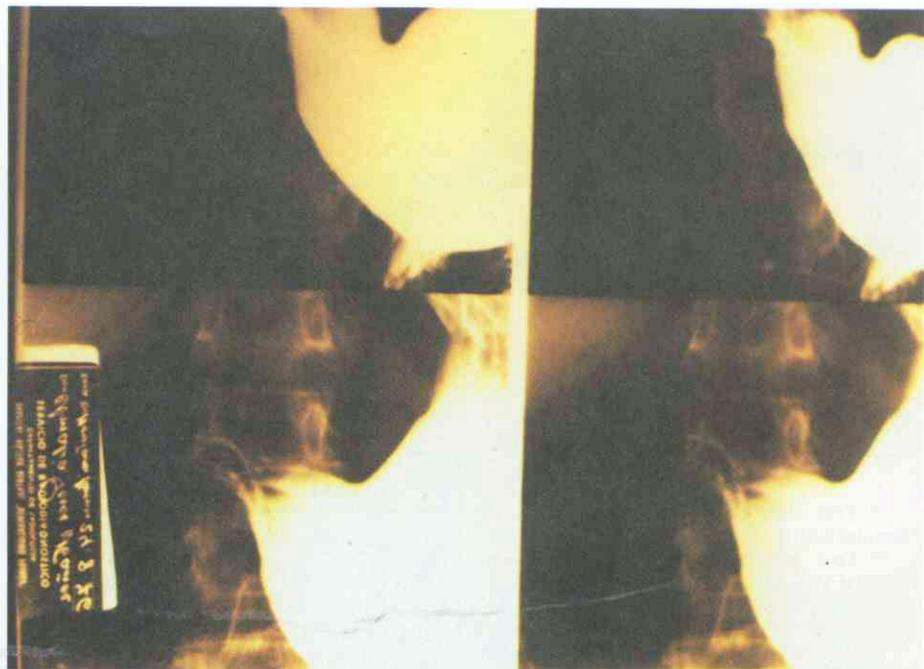


Figura 3. Defecto antral con pliegues convergentes y elongados a nivel del comienzo de la invaginación.

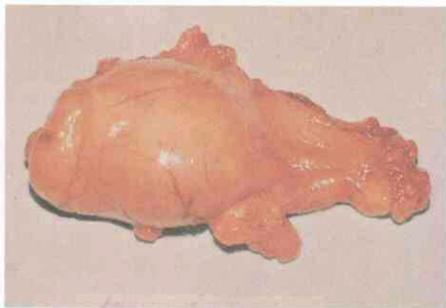


Figura 4. Estómago resecao. Imágen del lipoma.

En 1972 G. Garrido (5) y en 1983 M. J. Fernández (6) aportan y describen dos casos más de lipoma gástrico en nuestra literatura.

En la revisión realizada por nosotros que abarca los últimos 20 años, hemos registrado un total de 32 casos, destacando entre éstos el comunicado por Vicks (7) como el único lipoma gástrico descrito en el continente africano.

Los lipomas gástricos pueden presentar dos modalidades, los submucosos, cuyo crecimiento se realiza hacia el interior de la cavidad gástrica y el subseroso que adquiere una forma de crecimiento extragástrica, no obstante, a veces el crecimiento puede realizarse en ambos sentidos. Desde el punto de vista morfológico, los lipomas pueden presentarse como pediculados o sesiles en forma de tumor solitario o múltiple. El lugar preferente de asentamiento se encuentra a nivel de la mitad distal del estómago.

Los síntomas atribuidos al lipoma gástrico se producen generalmente por ulceración sobreañadida, Kwiatkowski, C., 1971 (8), Peregudov, IG., 1971 (9) y Tanase, V., 1980 (10).

Entre la sintomatología subsecuente al carácter submucoso (en la casi mayoría de los casos), destaca la dis-

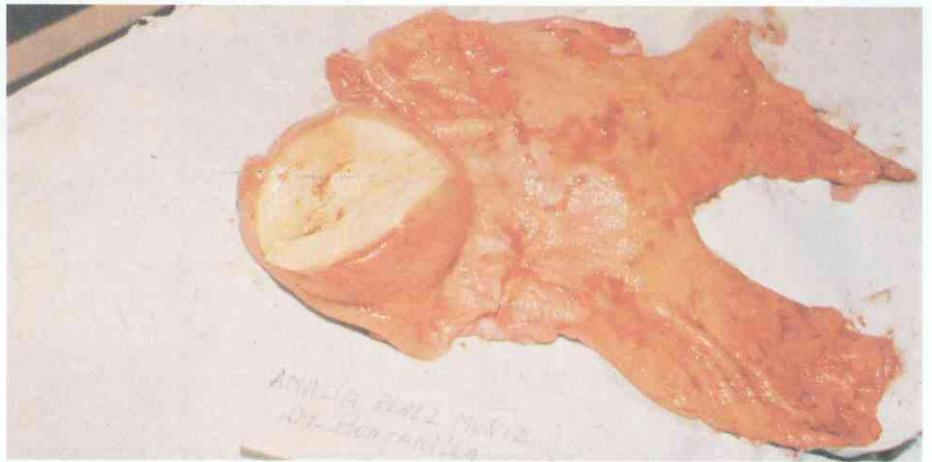


Figura 5. Pieza abierta.

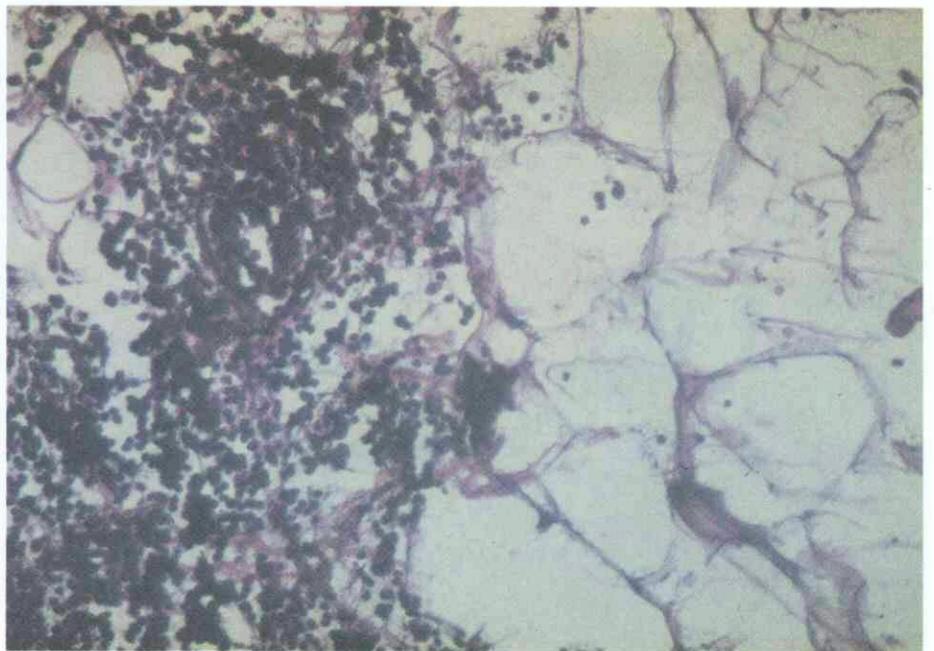


Figura 6. Imágen microscópica.

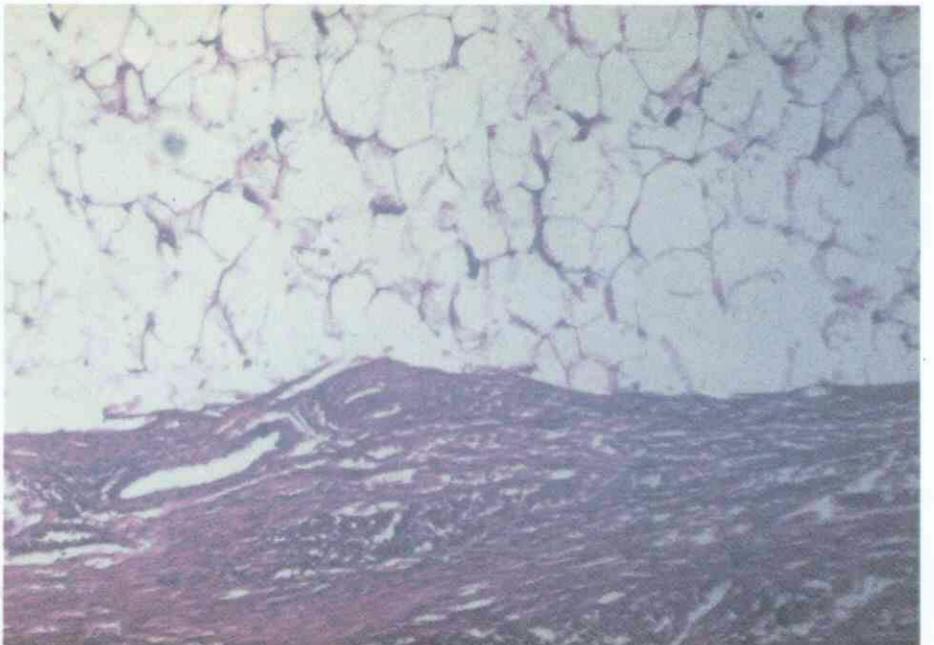


Figura 7. Imágen microscópica.

pepsia ulcerosa, la obstrucción pilórica intermitente y las hemorragias, ya que como todo tumor benigno no epitelial, el lipoma gástrico se ulcera con facilidad, siendo observado en el 61% de los casos publicados y descrito últimamente por Servdente, G., 1982 (11) y Faïn SI., 1982 (12).

La hemorragia cuando se presenta puede alcanzar todos los grados, desde ser insidiosa hasta mortal como demuestran los trabajos de Cassel y Guccione (que sobre un caso de perforación aguda de una úlcera duodenal demostraron la presencia de un lipoma gástrico de 5 x 2,5 cm.) y la estadística de Monjes que recoge 13 tumores benignos gástricos sangrantes de naturaleza conjuntiva y tres de ellos eran lipomas ulcerados (13).

Ha sido descrita la asociación de lipoma gástrico y cáncer de estómago por Kushnazevich RL., 1968 (14).

El diagnóstico radiológico de benignidad se realiza gracias a determinados signos orientadores:

A) Defecto de replección circunscrito y con límites regulares.

B) Distribución normal de los pliegues más próximos al tumor con escasa alteración de la motilidad de la zona.

C) En el caso de lipoma gástrico de ancha base de implantación si se interrumpe el peristaltismo de la zona.

D) Imagen trashúcida, con hiperclaridad central del defecto.

E) Imagen de nicho suspendido si se produce ulceración de la mucosa en la parte central del tumor.

En 1926, Eliason y Wright (15), así como Maison, E., en 1969 (16), describen casos de tumores benignos prolapsados a través del píloro con asentamiento dentro del duodeno, los cuales ocasionaban un defecto de replección en el bulbo duodenal cuyo entorno puede ser circular o irregular.

A menudo, se observa un anillo de bario rodeando el tumor, pero sólo si el paciente se encuentra en decúbito prono, Bockus, HL. (17). Estos signos son importantes para poder diferenciar entre tumores prolapsados y lesiones intrínsecas del duodeno.

Rara vez simulan una lesión pediculada y prolapsada los defectos de replección producidos por una compresión extrínseca de origen pancreático. El estómago a no ser que el tumor sea de gran volumen no presenta imágenes anormales, en nuestro caso aparecía una disminución ostensible del antro gástrico y un estómago elongado y con pliegues retorcidos a nivel de la invaginación.

El caso que presentamos se define radiológicamente, como:

1. Imagen oval, trashúcida, voluminosa, localizada en duodeno, de bordes nítidos y circunscrita.

2. Disminución del antro.

3. Pliegues de estómago convergentes y elongados a nivel del comienzo de la invaginación.

4. Pliegues de mucosa de la tercera porción duodenal poco contrastados y con un duodeno ancho.

Todos estos datos descartaron la posibilidad de tumoración pancreática y nos llevaron al diagnóstico de tumoración gástrica invaginada en duodeno, descrita anteriormente por Eliason y Wright en 1926 y Maison, E. en 1969 (18).

Otro caso raro de invaginación lo describe Ruskstinan, GJ., en 1970 (19) y consiste en la oclusión del conducto biliar por un tumor gástrico invaginado en duodeno.

BIBLIOGRAFIA

1. BOCKUS, HL.: «Gastroenterología», 2.^a ed., págs. 873-882. Salvat, Madrid, 1971.
2. PEABODY, JN.: «Lipomatosis of the stomach: Case report and review of the literature». *Ann. Surgery*; 138, 784, 790, 1953.
3. BOCKUS, HL.: «Gastroenterología», 2.^a ed., págs. 873-882. Salvat, Madrid, 1971.
4. ORTIZ VAZQUEZ, HIDALGO HUERTAS, M.: «Lipoma submucosa de estómago». *Hospital General*, vol. IV, n.º 4, jul.-ago. 1964.
5. GARRIDO, G.: «Gastric and duodenal lipomas: Apropos of 2 cases». *Rev. Esp. Enf. Ap. Diges.*, 37, 71-8, 1, apr. 72.
6. FERNANDEZ, M. J.: «Gastrointestinal Lipomas». *Arch. Surg.*, sept. 1983, 118 (9), 1081-3.
7. WICKS et al.: «Gastric lipoma in an African». *Amer. J. Gastroenterol.* 62 (6), 531-3, dec. 1974.
8. KWIATKOWSKI, C.: «Lipoma coexistence with stomach ulcer». *Pol. Przegl. Chir.* 43, 515-17, mar. 1971.
9. PEREGUDOV, IG.: «A combination of duodenal ulcer and lipoma of the stomach». *Vestn. Khir.* 107, 137, nov. 1971.
10. TANASE, V.: «Gastric lipoma associated with ulcer of the lesser curvature». *Rev. Chir.* 1980, mar.-apr. 29 (2), 143-8.
11. SERVENTE, G.: «Case of digestive hemorrhage due to a gastric fibrolipoma». *Arch. Sci. Med. (Torino)*, oct.-dec. 1982, 139 (4), 513-17 (Eng. Abstr.).
12. FAÏN, SI.: «Hemorrhaging stomach myxolipoma». *Vestn. Khir.*, sept. 1982, 129 (9), 98.
13. MONJES, M.; HANCY, A.: «Les tumeurs benignes de l'antré gastrique». *Journes Françaises de Gastroenterologie*, 1969, XIV, 203-210.
14. KUSHNASEVICH, RL.: «A case coexistence of lipoma and cancer of the stomach». *Vestn. Rentgen Radiol.* 43, 88-90, jul.-aug. 1968.
15. BOCKUS, HL.: «Gastroenterología», 2.^a edic., págs. 873-882. Salvat, Madrid, 1971.
16. MAISON, E.: «Benign tumor of the pyloric antrum prolapsed in to duodenum. Associate al duodenal ulcer». *Sem. Hop.*, París, 45, 2525, 4, oct. 1969.
17. BOCKUS, HL.: «Gastroenterología», 2.^a ed., págs. 873-882. Salvat, Madrid, 1971.
18. MAISON, E.: «Benign tumor of the pyloric antrum prolapsed in to duodenum. Associate al duodenal ulcer». *Sem. Hop.*, París, 45, 2525, 4, oct. 1969.
19. RUSKSTINAT, GJ.: «Intermittent jaundice: the results of a prolapsed gastric tumor occluding the common bile duct». *Illinois Med. J.* 137, 595-7, jun. 70.