



OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HIPERPLASIA LIPOMATOSA DE LA VÁLVULA ILEOCECAL

INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY LYPOHYPERPLASIA OF THE ILEOCECAL VALVE

Redondo-Bermúdez César¹
Redondo-De Oro Katherine¹
Mendoza-Suárez Liney²
Robles-Pérez Karoll²
Rivera-Castillo Karina³

Correspondencia: karollrobles@gmail.com

Recibido para evaluación: mayo-15-2014. Aceptado para publicación: octubre-5-2014.

RESUMEN

Introducción: la hiperplasia lipomatosa de la válvula ileocecal (HLVI) es una entidad rara, definida como una proliferación difusa e infiltrativa de tejido adiposo maduro a nivel submucoso.

Caso clínico: paciente masculino, de 67 años que acudió al Hospital Universitario del Caribe, Cartagena, Colombia, con cuadro de dolor abdominal agudo. Se realizó diagnóstico de abdomen agudo secundario a apendicitis aguda, sin descartar posibilidad de neoplasia de colon. Se encontró masa en ciego y se realizó hemicolectomía derecha, omentectomía, anastomosis íleo-transverso término terminal. Buena evolución operatoria. El resultado de la pieza quirúrgica fue: hiperplasia lipomatosa de la región cecal.

Conclusiones: la HLVI suele ser asintomática, pero cuando mide más de dos centímetros puede causar obstrucción intestinal, simulando procesos inflamatorios o malignos. El estudio anatomopatológico permite el diagnóstico. **Rev.cienc.biomed. 2014;5(2):357-360.**

PALABRAS CLAVE

Neoplasias intestinales; Intestinos; Válvula ileocecal; Abdomen agudo.

SUMMARY

Introduction: The lypohyperplasia of the ileocecal valve (LHIV) is a rare disease defined as a diffuse and infiltrant proliferation of mature adipose tissue to submucose level.

Case report: 67-year-old male patient that attended to the Hospital Universitario del Caribe, Cartagena, Colombia, with symptomatology of acute abdominal pain. The

¹ Médico. Especialista en Patología. Docente Departamento Diagnóstico. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

² Médico. Estudiante de Postgrado. Patología. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

³ Médico General. Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga Colombia.

diagnosis of acute abdomen caused by acute appendicitis was done without rejecting the possibility of colonic neoplasm. A mass in cecum was found and a right hemicolectomy, omentectomy and termino-terminal ileotransverse anastomosis were carried out, with good evolution after the surgery. The result of the surgical piece was: lymphoplasia of the cecal area.

Conclusions: The LHIV tends to be asymptomatic but when it measures more than two centimeters, could cause intestinal obstruction pretending inflammatory or malignant diseases. The anatomopathological study allows the diagnosis.

Rev.cienc.biomed. 2014;5(2):357-360.

KEYWORDS

Intestinal neoplasms, Intestines, Ileocecal valve; Acute abdomen.

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia lipomatosa de la válvula ileocecal (HLVI), es también conocida como hipertrofia de la válvula ileocecal, lipomatosis, degeneración grasa o síndrome de la válvula ileocecal (1,2). Es una entidad rara, la mayoría de las veces asintomática, que al alcanzar tamaño mayor a dos centímetros se puede manifestar simulando cuadros de intususcepción u obstrucción intestinal (3).

El objetivo es presentar el caso clínico de un paciente masculino con HLVI, que presentó abdomen agudo secundario a obstrucción intestinal y simulando proceso neoplásico primario de colon.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 67 años de edad, procedente del área rural del Departamento de Bolívar, que llegó a sala de urgencias del Hospital Universitario del Caribe en Cartagena, Colombia, con cuadro clínico de aproximadamente 24 horas de evolución, consistente en dolor abdominal tipo cólico localizado en fosa iliaca derecha, irradiado a región periumbilical y asociado a náuseas. Tenía antecedente de hipertensión arterial.

Fue manejado inicialmente con tratamiento sintomático, sin mejoría del dolor. Consciente, en buenas condiciones generales con frecuencia cardíaca: 78 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 21 por minuto, TA: 130/85 mm/Hg, temperatura: 36.1°C.

En el examen físico se encontró peristalsis abdominal normal y dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. Se tuvo la impresión de masa palpable en fosa iliaca dere-

cha, de difícil evaluación por el dolor. Todos los siguientes signos semiológicos abdominales fueron positivos: Blumberg, Rovsing, Murphy y del obturador. Se realizó como diagnóstico inicial, dolor abdominal secundario a apendicitis aguda, con plastrón apendicular. También se sospechó la posibilidad de lesión neoplásica en colon.

En los exámenes paraclínicos de ingreso se encontró: leucocitos: 12.500 mm³, neutrófilos: 67.3%, linfocitos: 29.4%, hemoglobina: 14.6 gr/dl, plaquetas: 258.000 mm³, VCM: 86%, HCM: 33.1% y PCR: 24. Ecografía abdominal sugirió proceso inflamatorio agudo por apendicitis aguda, por lo cual se programó para laparotomía exploratoria.

En el acto operatorio se encontró una masa dura y grande en la región cecal del colon con adherencias a tejidos vecinos. Se realizó hemicolectomía derecha, omentectomía, anastomosis íleo-transverso término terminal, lavado peritoneal y colocación de dren tubular. El paciente tuvo adecuada recuperación post operatoria, de alta hospitalaria y estaba asintomático en una valoración ambulatoria varios meses después.

Se enviaron los especímenes quirúrgicos al laboratorio de patología para su estudio. Los hallazgos macroscópicos fueron: a nivel de ciego se encontró una lesión exofítica, en relación con la válvula ileocecal, de 3.5 x 2.0 centímetros, de color amarillo, aspecto adiposo y bordes irregulares, que ocupaba aproximadamente el 70% de la circunferencia y ocluía la luz en un 90% (Figura N°1).

Los hallazgos microscópicos revelaron: pared intestinal en cuya mucosa se observaron focos de necrosis, con detritus celular y



FIGURA N° 1

Pieza operatoria. Hemicolecotomía derecha. Lesión exofítica en relación con la válvula ileocecal. 3.5 x 2.0 centímetros. Aspecto adiposo

material fibrinoide, alternando con áreas de mucosa sana. En la capa submucosa, existía proliferación de adipocitos maduros, pobremente circunscritos, que infiltraban difusamente el tejido conjuntivo, con presencia de moderada inflamación crónica. Con estos hallazgos se diagnosticó: hiperplasia lipomatosa de la región cecal (Figuras N°2 y 3).

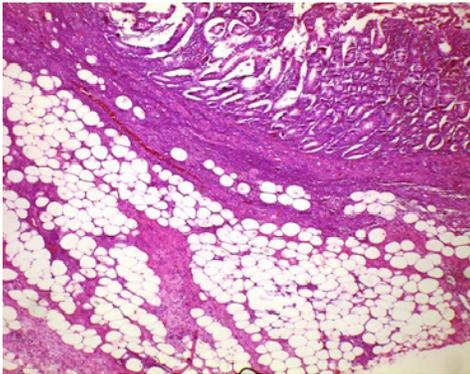


Figura N°2.

Pared intestinal. Submucosa con proliferación de adipocitos maduros. Infiltrado difuso. H&E-10X

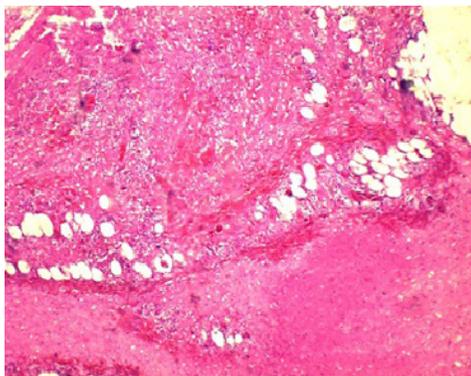


Figura N°3.

Pared intestinal. Mucosa con áreas de necrosis. Detritus y material Fibrinoide. H&E-10X

DISCUSIÓN

El íleon constituye la división entre el intestino delgado y el grueso, consta histológicamente de las mismas capas que el resto del tracto gastrointestinal y su función consiste en evitar el reflujo del contenido cecal al íleon, mediante sus válvulas (3,4).

Son pocas las entidades que afectan esta región, entre ellas la HLVI, un sobrecrecimiento difuso de tejido adiposo maduro. A pesar que su etiología no está del todo esclarecida, se reconoce asociación con obesidad y diferentes desordenes endocrinos, especialmente el síndrome de Cushing y la enfermedad de Crohn. Se ha propuesto predisposición genética, asociación con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y al tratamiento con esteroides (4). De estos factores el paciente presentado solo tenía obesidad.

HLVI, es una patología muy poco descrita y no hay estadísticas precisas de su incidencia. Sin embargo, en informes de autopsias se señala que ocurre entre 0.04 a 4.5%. Es rara antes de los 40 años y es más frecuente entre los 50 y los 70 años, con ligero predominio en el sexo femenino, relación 2:1 (5). Estar descrita más frecuente en mujeres, hace que el caso presentado sea más inusual.

Macroscópicamente se caracteriza por agregados pobremente circunscritos de tejido adiposo que asemejan al tejido adiposo normal. Microscópicamente, todas las formas de lipomatosis tienen iguales características morfológicas, consistentes en lóbulos y sábanas de adipocitos maduros que pueden infiltrar otras estructuras (6).

Esta rara entidad, cuando se manifiesta clínicamente, se confunde con cuadros abdominales agudos, debiéndose descartar en primera instancia los procesos inflamatorios y la obstrucción mecánica secundaria a intuscepción ileocólica (3-7). Esta última, es la forma de aparición más frecuente en la mayoría de series de casos publicados (3). El mecanismo consiste en que el engrosamiento y la protrusión de la válvula hacia el ciego, ocasionan obstrucción de la luz (7).

También se deben incluir dentro de las posibilidades diagnósticas, las lesiones neoplásicas primarias de colon (6), sobre todo cuando se está en el rango etario del paciente presentado.

Histológicamente el principal diagnóstico diferencial se debe establecer con los lipomas, considerados las segundas lesiones benignas más frecuentes en el tracto gastrointestinal, después de los pólipos adenomatosos que tienen potencial maligno mínimo (2,8). Se caracterizan por ser lesiones predominantemente únicas, sésiles o pedunculadas, simétricas o múltiples, menores de dos centímetros que se originan a partir de células adiposas maduras. Su localización puede ser múltiple, a nivel del plano submucoso, aunque las lesiones pueden extenderse hacia otras capas (8,9) y al igual que en la HLVI, a pesar de ser entidades poco comunes y de carácter indolente, se han relacionado con complicaciones severas y potencialmente graves, como la hemorragia y la obstrucción intestinal (2).

El tejido graso de la pared intestinal, puede ser evaluado por medio de la tomografía axial computada. Sin embargo, con frecuen-

cia no es posible distinguir entre un lipoma y la HLVI. Es común observar áreas de atenuación de la grasa uniformemente delimitada, lobulada, redondeada u ovoide sin irregularidad en la mucosa (10). Diferenciar la HLVI de una lesión polipoidea o de un tumor maligno, es difícil clínicamente y por imagenología (10). El estudio histológico de la pieza operatoria es el método adecuado para el diagnóstico. (7,9,10).

CONCLUSIÓN

La HLVI es una entidad rara. Puede ser confundida con otras patologías de presentación más frecuente como: apendicitis aguda, lipomas y neoplasias del colon. Puede llevar a cuadros de abdomen agudo que ameritan manejo de urgencias. Solo el estudio histológico permite el diagnóstico.

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno que declarar.

FINANCIACIÓN: recursos propios de los autores. Estudios de laboratorio, insumos hospitalarios, medicamentos y honorarios profesionales, aportados dentro de la atención asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pastor CV, Valentí I, Poveda P, Martí G, Zozaya J, Baixauli J, Hernández-Lizoain L. Lipomas submucosos de colon. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2007;99(5):299-00.
2. Medina Y, Hernández MO, Pino CM, Sorias M. Lipoma de ciego. *Rev Cubana de Med Milit.* 2007;36(1):1-5.
3. Rodríguez M, Lazos M, Díaz A. Lipohiperplasia de la válvula ileocecal asociada a intususcepción. Informe de un caso de autopsia. *Revista Médica del Hospital General de México.* 2006;69(4):212-15.
4. Akcalar S, Turkbey B, Hazirolan T, Karcaaltincaba M, Ocak I, Aydingoz U, Akpınar E. Imaging findings of lipomatosis: a comprehensive review. *Jpn J Radiol.* 2012;31(1):1-8.
5. Suárez R, Hernández D, Madrazo M, Salazar C, Martínez R. Lipomatosis intestinal múltiple. Informe de un caso. *Cirugía y Cirujanos.* 2010;78(2):167-69.
6. Fletcher C, Krishnan K, Mertens F. Pathology and genetics of tumours of soft tissue and bone. Lyon: IARC OMS; 2000.
7. Yasumitsu H, Junzo S, Seiichi K, Yasuhiko T, Yukimitsu K. Stump appendicitis with lipohyperplasia of the ileocecal valve: Report of a case. *Indian J of Surgery.* 2004;66(6):367-68.
8. Vasileios K, Ioannis B, Georgios K, Ioannis M, Dimitris Z, Matheos E. Spontaneous expulsion from rectum: a rare presentation of intestinal lipomas. *World J of Emergency Surgery.* 2011;6(19):1-5.
9. Yatto RP. Colonic lipomatosis. *Am J Gastroenterol.* 1982;77:436-37.
10. Iafrate F, Rengo M, Ferrari R, Paolantonio P, Celestre M, Laghi A. Spectrum of normal findings, anatomic variants and pathology of ileocecal valve: CT colonography appearances and endoscopic correlation. *Abdom Imaging.* 2007;32(5):589-95.