

## Intususcepción íleo-cólica de lipoma ileal como causa de hemorragia digestiva baja



### Ileocolic intussusception of ileal lipoma as a cause of lower gastrointestinal bleeding

Presentamos el caso de un varón de 54 años, sin antecedentes de interés, que ingresa por un cuadro de hemorragia digestiva baja, manifestada como rectorragias de sangre oscura, que no afectó a su estabilidad hemodinámica. En los días previos había manifestado dolor abdominal de características cólicas, náuseas y vómitos. Dadas las características de las heces se realizó una gastroscopia que no mostró anomalías. Al realizar una colonoscopia se apreciaron restos hemáticos a lo largo del colon, así como una válvula ileocecal abombada. Se realizó una ileoscopia con cierta dificultad, sin poder apreciar lesiones, pero al retirar de nuevo el endoscopio en el fondo cecal apareció una lesión blanquecina, de aspecto ulcerado, pero sin sangrado activo, de unos 3 cm, que prolapsaba a través de la válvula ileocecal (fig. 1). Se tomaron biopsias de la misma, siendo compatible con un lipoma. Se completó el estudio mediante una TC (fig. 2) en la que se apreciaba una imagen de densidad grasa y pedunculada, originada en el labio interior de la válvula ileocecal, prolapsada en el fondo cecal. El paciente fue valorado por el servicio de cirugía general decidiendo tratar la lesión mediante hemicolectomía derecha por vía laparoscópica de manera electiva, que confirmó el origen de la lesión. La pieza quirúrgica medía un total de 18 × 5 cm, apreciándose una lesión pediculada de origen en íleon terminal y con un tamaño máximo de 5 × 2,3 cm, parduzca, con afectación macroscópica de la mucosa, compatible con lipoma.

Los lipomas son tumores mesenquimales benignos, y generalmente submucosos. Los lipomas gastrointestinales se sitúan sobre todo en el colon derecho y, en menor medida, en el intestino delgado<sup>1</sup>. Generalmente son asintomáticos, y de causar síntomas, estos son muy inespecíficos, como cuadros oclusivos, hemorragia, dolor abdominal, náuseas o diarrea.

Por otra parte, las invaginaciones fueron clasificadas en 1956 en entéricas, colocólicas, ileocecales e ileocólicas<sup>2</sup>, siendo las más frecuentes las entéricas, ya que ocurren en el 43% de los pacientes<sup>3</sup>. Nuestro caso se trata de una invaginación ileocólica, siendo el lipoma ileal la causa principal. Generalmente, en lesiones submucosas como suelen ser los lipomas, las biopsias convencionales no suelen tener un gran rendimiento diagnóstico. En nuestro caso no fue así, debido a que el lipoma afectaba macroscópicamente a la mucosa, lo que permitió adquirir tejido adiposo con una biopsia convencional facilitando en gran medida el diagnóstico.

Históricamente el tratamiento de los lipomas sintomáticos, ha sido el quirúrgico, como en nuestro caso, mediante hemicolectomía derecha por vía laparoscópica. En los últimos años se han descrito casos de cirugía laparoscópica por puerto único, con menos complicaciones y un resultado estético más aceptable<sup>4</sup>.

Recientemente se han ido desarrollando técnicas endoscópicas para el tratamiento de los lipomas en casos seleccionados, mayoritariamente en pacientes no candidatos a cirugía o ante el rechazo de la misma.

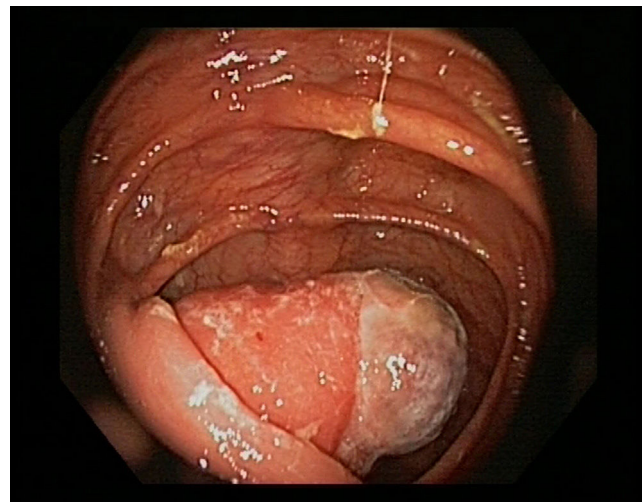


Figura 1 Intususcepción ileocólica de lipoma ileal: visión endoscópica.

La disección submucosa endoscópica es una técnica pensada en un principio para lesiones neoplásicas superficiales, pero que también se ha empleado para la resección de lipomas sintomáticos<sup>5</sup>. No obstante, esta es una técnica compleja que no se realiza en todos los centros de nuestro medio, y que tiene una mayor tasa de complicaciones, principalmente perforación y hemorragia.

La técnica «loop-and-let-go» consiste en colocar un asa desechable en el pedículo del lipoma, lo que va a provocar una lenta resección mecánica, reduciendo así el riesgo de hemorragia y perforación<sup>6</sup>.

La técnica denominada «unroofing» consiste en la emisión espontánea del lipoma desde la mucosa expuesta tras haber realizado una incisión en la mitad superior de la superficie mucosa de la masa submucosa<sup>7</sup>.

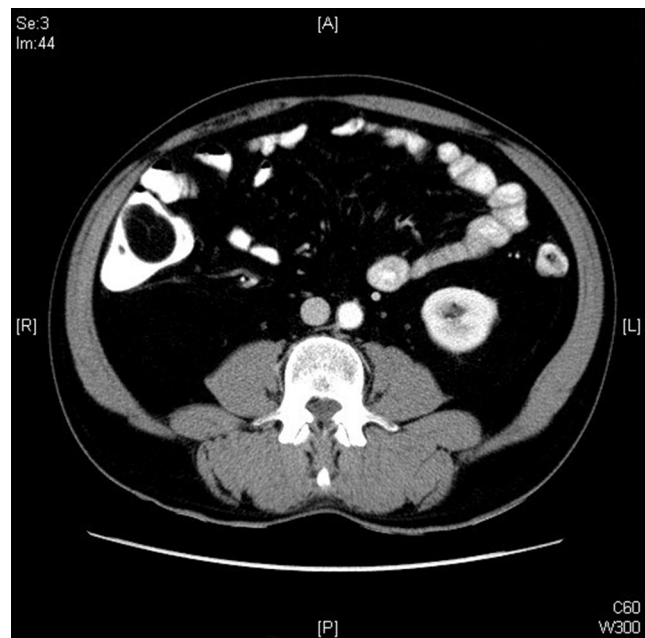


Figura 2 Intususcepción ileocólica de lipoma ileal: imagen tomográfica.

Debemos tener en cuenta que estas técnicas están descritas en su mayor parte en lipomas situados en el colon, mientras que en nuestro caso el lipoma estaba situado en el íleon terminal, lo que dificultaba aún más el abordaje endoscópico. Dicho esto, se han descrito casos de resecciones de lipomas ileales tras llevarlo a la luz colónica mediante aspiración<sup>8</sup> o mediante la colocación de un capuchón en la punta del endoscopio<sup>9</sup>.

Pese al avance de las técnicas endoscópicas, el tratamiento quirúrgico es de vital importancia en caso de lipomas sésiles de amplia base de implantación, en caso de diagnóstico incierto, en casos de lipomas que ocasionan intususcepciones u obstrucción, y en caso de afectación de las capas muscular propia y/o serosa<sup>10</sup>.

## Bibliografía

1. Chou JW, Feng CL, Lai HC, Tsai CC, Chen SH, Hsu CH, et al. Obscure gastrointestinal bleeding caused by small bowel lipoma. *Intern Med.* 2008;47:1601–3.
2. Dean DL, Ellis FH, Sauer WG. Intussusception in adults. *AMA Arch Surg.* 1956;73:6–11.
3. McKay R. Ileocecal intussusception in an adult: The laparoscopic approach. *JLS.* 2006;10:250–3.
4. Chen JH, Wu JS. Single port laparoscopic right hemicolectomy for ileocolic intussusception. *World J Gastroenterol.* 2013;19:1489–93.
5. Lee JM, Kim JH, Kim M, Kim JH, Lee YB, Lee JH, et al. Endoscopic submucosa dissection of a large colonic lipoma: Report of two cases. *World J Gastroenterol.* 2015;21:3127–31.
6. Ivekovich H, Rustemovic N, Brkic T, Ostojic R, Monkemuller K. Endoscopic ligation (loop-and-let-go) is effective treatment for

large colonic lipomas: A prospective validation study. *BMC Gastroenterol.* 2014;14:122.

7. Kopáčová M, Rejchrt S, Bureš J. Unroofing technique as an option for the endoscopic treatment of giant gastrointestinal lipomas. *Acta Medica (Hradec Kalove).* 2015;58:115–8.
8. Yoshimura M, Murata K, Takase K, Nakano T, Tarneda Y. A case of lipoma of the terminal ileum treated by endoscopic removal. *Gastrointest Endosc.* 1997;46:461–3.
9. Lee ES, Lee KN, Choi KS, Lee HL, Jun DW, Lee OY, et al. Endoscopic treatment of a symptomatic ileal lipoma with recurrent ileocolic intussusceptions by using cap-assisted colonoscopy. *Clin Endosc.* 2013;46:414–7.
10. Aydin HN, Bertin P, Singh K, Arregui M. Safe techniques for endoscopic resection of gastrointestinal lipomas. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2011;21:218–22.

Eduardo Valdivielso Cortázar\*, María López Álvarez, Alberto Guerrero Montañes, Loreto Yañez González-Dopeso, Jesus Ángel Yañez López y Pedro Antonio Alonso Aguirre

*Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [eduardovaldi@hotmail.com](mailto:eduardovaldi@hotmail.com) (E. Valdivielso Cortázar).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.06.006>  
0210-5705/

© 2016 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

## Pancreatic tail schwannoma



### Schwannoma de la cola del páncreas

A 75-year-old woman with a history of hypertension, osteoporosis, and cholecystectomy presented with intermittent abdominal pain unrelated to meals and weight loss of 6 kg over the past four months. Physical examination and all laboratory investigations were normal. Upper endoscopy was normal, whereas an abdominal ultrasound revealed a 6-cm, irregular, solid mass in the tail of the pancreas. Computed tomography (CT) scan (Fig. 1A) showed a 7 × 5 cm diameter, encapsulated, solid heterogeneous tumor, without any cystic component. There were no other intra-abdominal lesions or pathologic lymphadenopathy noted. Magnetic resonance cholangiopancreatography showed normal caliber of the biliary tree and pancreatic duct. CT-guided fine-needle aspiration exhibited cellular spindle cell neoplasm with mild atypia (Fig. 1B). On immunohistochemistry, the spindle cells were strongly positive for S-100 protein (Fig. 1C) and negative for pan-cytokeratin, CD-34, CD-117, smooth muscle actin and Melan A, consistent with the diagnosis of a pancreatic schwannoma. Distal pancreatectomy with splenectomy was performed and the patient recovered uneventfully, without relapsing disease after a 2-yr follow-up.

Schwannomas (also called neurilemmomas) are encapsulated tumors made entirely of benign neoplastic Schwann

cells, which represent the most common peripheral nerve tumors. They grow eccentrically from peripheral nerves or nerve roots with the nerve itself usually incorporated into the capsule. The most frequent locations for schwannomas are lower and upper limbs, head and neck, retroperitoneum, mediastinum, and pelvis.<sup>1</sup> Symptoms and signs are caused by direct nerve invasion, involvement of surrounding tissues, or mass effect. Benign pancreatic schwannoma is a rare entity, with around 50 cases reported in the English literature in 2016.<sup>2</sup> We have only found two previous reports of pancreatic schwannomas in Spain.<sup>3,4</sup> Malignant transformation has been seldom reported in literature. The pancreatic head is the most common location (40%), followed by the body (20%), being tail and uncinata process the least common locations. The most common symptom is abdominal pain and jaundice with proximal tumors, but these lesions can also be found incidentally. As for CT findings, tumors that are predominantly or exclusively composed of Antoni A areas (cellular component) show inhomogeneous, hypodense, solid masses with contrast enhancement, whereas tumors predominantly composed of Antoni B areas (loose myxoid) may exhibit homogeneous cystic masses without significant contrast enhancement.<sup>5</sup> Immunohistochemically, pancreatic schwannomas are positive for S100, Vimentin and CD 56. Conversely, spindle cells in pancreatic schwannomas stain negative for cytokeratin, CD117, desmin, CD34, AE1/AE3, alpha smooth muscle actin, and smooth muscle