

En 7 de los 10 pacientes, el valor del EVA a las 72 h fue 0. No hubo complicaciones asociadas al procedimiento. La estancia hospitalaria media fue de 6,9 días (DE 3,67) y en todos los casos la evolución clínica fue correcta; los pacientes fueron dados de alta sin incidencias.

En los últimos años, el bloqueo TAP ha demostrado su efectividad analgésica en el dolor somático generado en la pared abdominal tras diferentes procedimientos de cirugía abdominal.

Clásicamente el dolor de pancreatitis aguda se ha clasificado como de tipo visceral. Sin embargo, en este estudio hemos observado la efectividad del bloqueo TAP en el control de este tipo de dolor. La técnica ha sido fácilmente reproducible y segura.

Queremos resaltar el efecto casi inmediato de la analgesia obtenida por TAP, elemento diferenciador respecto a cualquier tipo de terapia con fármacos intravenosos. El efecto analgésico se consigue por la aplicación local del anestésico en la raíz nerviosa, lo que explica su rapidez. Por el contrario, en los pacientes tratados con morfínicos intravenosos, el efecto máximo se consigue, en general, a partir de los 15-20 min y su efecto decae a las 2-3 h, lo que obliga a administrar dosis sucesivas para el mantenimiento de los niveles analgésicos óptimos⁵.

En cuanto a la persistencia de niveles bajos de dolor que hemos observado en los pacientes, probablemente debamos atribuirlo a la mejoría natural del proceso inflamatorio de la pancreatitis aguda más que al bloqueo TAP en sí.

Este estudio presenta una serie de casos corta, con las limitaciones que ello conlleva a la hora de valorar las conclusiones, si bien hemos decidido comunicar nuestros resultados por los llamativos datos obtenidos. Se deben realizar estudios aleatorizados multicéntricos que comparen las terapias analgésicas estándar con el bloqueo TAP para poder incluirlo como un nuevo instrumento terapéutico en el tratamiento del dolor en la pancreatitis aguda.

Financiación

Los autores no tienen fuentes de financiación que declarar.

Conflicto de intereses

No.

Bibliografía

1. Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Can Fam Physician*. 2010 Jun;56:514-7. PMID: 20547511. PMID: PMC2902929.
2. Smith DI, Hoang K, Gelbard W. Treatment of acute flares of chronic pancreatitis pain with ultrasound guided transversus abdominis plane block: A novel application of a pain management technique in the acute care setting. *Case Rep Emerg Med*. 2014;2014:759508. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/759508>.
3. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis-2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62:102-11. <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302779>. PMID: 23100216.
4. Tsai HC, Yoshida T, Chuan TY, Yang SF, Chang CC, Yao HY, et al. Transversus abdominis plane block: An updated review of anatomy and techniques. *Biomed Res Inter*. 2017;1-12. Article ID 8284363. doi.org/10.1155/2017/8284363.
5. Valdivielso A. Dolor agudo, analgesia y sedación en el niño (IIIa): Farmacodinámica y farmacodinamia de los analgésicos opioides. *An Esp Pediatr*. 1998;48:429-40.

Sergio González Martínez^{a,*}, Helena Gómez Facundo^a, Carmen Deiros García^b, Eva María Pueyo Periz^a, Ruth Ribas Montoliu^a, Daniel Coronado Llanos^a, Josep Masdeu Castellvi^b y Montse Martin-Baranera^c

^a Departamento de Cirugía, Hospital Moisès Broggi, Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España

^b Departamento de Anestesia, Hospital Moisès Broggi, Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España

^c Departamento de Epidemiología, Hospital Moisès Broggi, Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sergio4762@yahoo.es (S. González Martínez).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.06.008>

0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Lipoma cólico gigante complicado con intususcepción y hemorragia digestiva baja



Giant colon lipoma complicated with intussusception and low digestive hemorrhage

Los lipomas intestinales son los tumores benignos más frecuentes después de los pólipos adenomatosos. Pueden originarse en cualquier segmento del tracto gastrointestinal, si bien son más frecuentes en el intestino grueso. Se estima una prevalencia entre el 0,2 y el 4,4% en la población general y representa el 1,8% de todas las lesiones benignas del

colon. Suelen ser pequeños (menores de 2 cm), su tamaño se correlaciona de forma positiva con la presencia de síntomas y pueden causar complicaciones potencialmente graves cuando alcanzan un tamaño mayor de 4 cm (son llamados también *lipomas gigantes*¹).

Describimos el caso de una mujer de 56 años con antecedentes de obesidad, bocio multinodular y fibromialgia. Acudió al servicio de urgencias refiriendo dolor abdominal derecho y hematoquecia; no presentaba cambios en el ritmo intestinal, pérdida de peso, anorexia, ni fiebre. En la analítica presentaba anemia leve (Hb 11,3 g/dl); el resto de los parámetros eran normales. En la colonoscopia se identificó, en el ángulo hepático, una lesión polipoidea pediculada, de unos 5 cm de diámetro, que estenosaba casi por com-

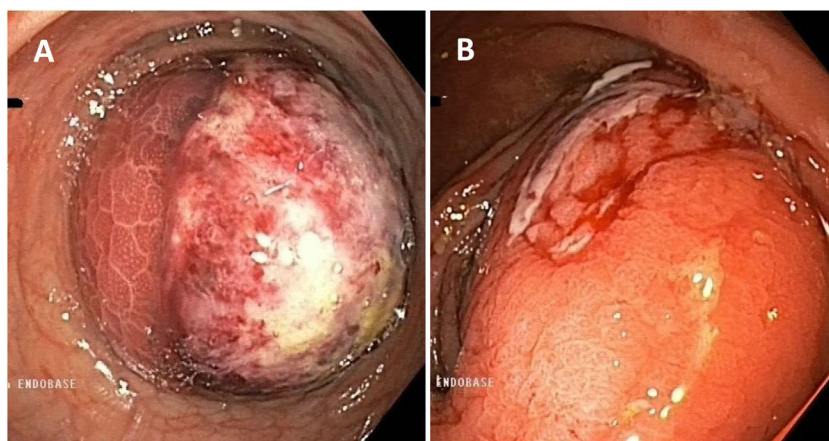


Figura 1 Vista endoscópica de lipoma cólico. A) Masa ulcerada. B) Superficie friable con sangrado en sábana.

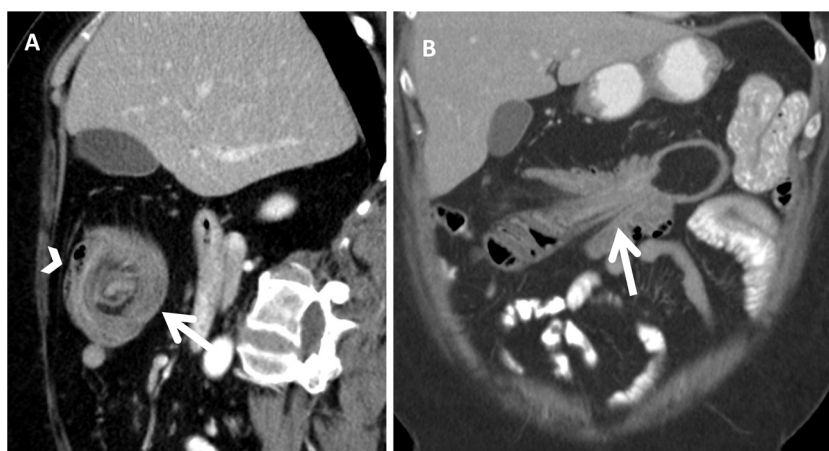


Figura 2 Tomografía computarizada. A) Sección transversal de invaginación intestinal; se observa imagen en «diana» o «donuts» (flecha) con lipoma en su centro, así como los vasos y grasa mesentérica en la periferia (punta de flecha). B) Sección longitudinal de la invaginación; se observa el colon con paredes engrosadas, grasa y vasos mesentéricos introduciéndose en la invaginación.

pleto la luz del colon, con zonas de su superficie ulceradas y con sangrado «en sábana» (fig. 1), que no presentaba un claro patrón glandular. A pesar de tener sangrado activo, el manejo fue conservador por su escasa cuantía y por ser difuso. Se completó la colonoscopia sin observar otros hallazgos y se tomaron biopsias de las zonas no sangrantes de la lesión, cuya histología reveló cambios hiperplásicos focales. Debido a la sospecha de malignidad y a que la paciente presentaba un sangrado escaso pero persistente, se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal, que mostró una imagen redondeada con anillos concéntricos de diferentes densidades (cortes sagitales) y una imagen de colon dentro de colon (en los cortes coronales), hallazgos compatibles con intususcepción colocolica ocasionada por una masa de características lipomatosas, sin signos de obstrucción intestinal ni sufrimiento de asas (fig. 2). Con dichos hallazgos se decidió una hemicolectomía derecha ampliada con anastomosis ileocólica. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de lipoma submucoso de 55×43 mm, con ulceraciones y erosiones mucosas. Sin displasia ni carcinoma en la pieza quirúrgica, ni adenopatías patológicas. En el control posoperatorio, la paciente

se encontró asintomática, con tránsito intestinal normal, sin complicaciones.

Los lipomas cólicos son tumores mesenquimales de crecimiento lento que se originan en la capa submucosa (90%) o subserosa (10%) y afectan principalmente a mujeres entre la quinta y sexta décadas de la vida^{1,2}. La mayoría de las veces su diagnóstico es incidental durante las colonoscopias, en las que se aprecia su coloración típica amarillenta, bordes bien delimitados y lisos. El diagnóstico endoscópico es fiable en más del 60% los casos. La presencia de necrosis, ulceración superficial o dureza a la toma de biopsias puede dificultar su diferenciación con una lesión maligna, por lo que en estos casos es preciso realizar una prueba de imagen como TC o resonancia magnética, aunque en ocasiones, ante dudas diagnósticas o presencia de complicaciones, se recurre precozmente a la resección segmentaria del colon, con confirmación del diagnóstico tras el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica¹.

Los lipomas mayores de 4 cm, considerados gigantes, presentan síntomas en el 75-100% de los casos y complicaciones como anemia, intususcepción y obstrucción intestinal¹. En cuanto al sangrado digestivo, en raras ocasiones se han des-

crita en la literatura lipomas que presenten ulceración de la mucosa y ocasionen hemorragia gastrointestinal². La toma de biopsias en estos casos es controvertida, ya que puede aumentar el riesgo de sangrado y los posibles fallos en el muestreo no permiten excluir la presencia de malignidad.

La intususcepción intestinal es la introducción de un segmento proximal de intestino en otro más distal; representa solo el 1-5% de las obstrucciones intestinales y puede ser ocasionada tanto por causas malignas (linfomas, adenocarcinomas) o benignas, como lipomas intraluminales. El diagnóstico de intususcepción se confirma con pruebas de imagen, de las que la TC es la más sensible y específica (83-100%). El hallazgo característico es la presencia de colon dentro de colon o de íleon dentro de colon, como se observó en el caso presentado. La TC también pone de manifiesto, en su caso, la existencia de oclusión proximal y sufrimiento de asas intestinales^{3,4}.

Debido a su naturaleza benigna, la mayoría de los lipomas de colon no requieren de tratamiento, salvo cuando existe duda diagnóstica, presencia de síntomas o tamaño mayor de 2 cm. La resección endoscópica asistida por *endoloops* o endoclips puede ser una opción terapéutica en manos experimentadas. Es recomendable hacer una ultrasonografía endoscópica previa para determinar el tamaño, bordes, vascularización, capa de origen y extensión de la serosa o muscular dentro del pedículo y para minimizar el riesgo de perforación^{1,2}. Por otra parte, la resección quirúrgica es el tratamiento más extendido de los lipomas de colon: está indicada en casos de lipomas gigantes, sésiles, sospecha de malignidad, complicaciones graves (obstrucción, intususcepción intestinal, perforación o hemorragia) o afectación de la capa muscular o serosa (en los cuales está contraindicada la resección endoscópica). Hoy en día, se realizan principalmente resecciones segmentarias del colon con abordaje laparoscópico o abierto, con una baja tasa de complicaciones^{2,5}.

Podemos concluir que los lipomas de colon gigantes son hallazgos infrecuentes en las colonoscopias de rutina y que es excepcional la coexistencia de dos complicaciones en un mismo paciente, además con características endoscópicas indistinguibles de una lesión neoplásica. Por tanto, ante el hallazgo de un lipoma gigante, debemos prestar especial

atención a sus características endoscópicas, valorar su resecabilidad con empleo de ultrasonografía endoscópica, puesto que la probabilidad de complicaciones futuras es alta y que estas pueden ser potencialmente graves.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores declara conflictos de interés.

Bibliografía

1. Crocetti D, Sapienza P, Sterpetti AV, Paliotta A, Gori DE, Pedullà A, et al. Surgery for symptomatic colon lipoma: A systematic review of the literature. *Anticancer Res.* 2014;34:6271-6. Review.
2. Chehade HH, Zbibo RH, Nasreddine W, Abtar HK. Large ileocecal submucosal lipoma presenting as hematochezia, a case report and review of literature. *Int J Surg Rep.* 2015;10:1-4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2015.03.007>.
3. Yakan S, Caliskan C, Makay O, Denecli AG, Korkut MA. Intussusception in adults: Clinical characteristics, diagnosis and operative strategies. *World J Gastroenterol.* 2009;15:1985-9, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.15.1985>.
4. Cordeiro J, Cordeiro L, Pôssa P, Candido P, Oliveira A. Intestinal intussusception related to colonic pedunculated lipoma: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2019;55:206-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.01.042>.
5. Yaman İ, Derici H, Demirpolat G. Giant colon lipoma. *Ulus Cerrahi Derg.* 2013;31:102, <http://dx.doi.org/10.5152/UCD.2013.15.28>.

Verónica Martín Domínguez*,
José Andrés Moreno-Monteagudo
y Cecilio Santander

Servicio de Aparato Digestivo e Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: veronicamartin29@yahoo.es
(V. Martín Domínguez).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.05.025>
0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Absceso secundario a úlcera péptica complicada resuelto mediante drenaje guiado por ecoendoscopia con prótesis de aposición luminal



Abscess secondary to complicated peptic ulcer managed by endoscopic ultrasound-guided drainage with a lumen-apposing metal stent

Presentamos el caso de una paciente, mujer, de 67 años, sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos. Ingresó al Servicio de Aparato Digestivo por un cuadro clínico de dolor

epigástrico de seis días de evolución, por el que ya había consultado en Urgencias cinco días antes, siendo dada de alta a domicilio por la normalidad de las pruebas complementarias (analítica, ecografía abdominal) y el buen control del dolor con analgesia. En esta ocasión, en la analítica presentaba una leve elevación de enzimas hepáticas (AST 64 U/L, ALT 104 U/L, GGT 143 U/L, fosfatasa alcalina 187 U/L) y elevación de reactantes de fase aguda (proteína c reactiva > 350 mg/L, fibrinógeno 1.000 mg/dL), la ecografía abdominal fue nuevamente normal. Durante el ingreso se consiguió un buen control del dolor, permaneciendo la paciente con buen estado general y para completar el estudio, se solicitó una tomografía computarizada (TC) abdominal que se realizó al cuarto día de ingreso. En dicha prueba, se objetivó