

Hemorragia digestiva secundaria a lipoma gástrico sintomático. Reporte de caso Digestive bleeding secondary to symptomatic gastric lipoma: Case Report

¹Dra. Sindelys Marrero Rodríguez  

²Dra. Yaillet María Almarales Milpt  

¹Especialista de I grado en Anatomía Patológica. Instructor. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

²Especialista de I grado en Anatomía Patológica y en Medicina General Integral. Instructor. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

Autor para correspondencia: Dra. Sindelys Marrero Rodríguez 

RESUMEN

Paciente masculino de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial y asma bronquial, que presenta dolor abdominal, con días de evolución; heces fecales oscuras, pesantez gástrica y pérdida de peso. Al examen físico, abdomen doloroso a nivel de epigastrio bajo y palidez cutáneo-mucosa. Los exámenes complementarios, muestran cifras bajas de hematocrito y hemoglobina. La ultrasonografía abdominal informa hacia antro gástrico una imagen en pseudoriñón. Este reporte de caso tiene el objetivo de estimular el empleo del método clínico en estudiantes y la utilización de un correcto pensamiento diagnóstico tanto clínico como histológico. Se discute el caso y se decide realizar exéresis del tumor, se utiliza técnica quirúrgica de gastrectomía subtotal. Se envía espécimen para estudio anatomopatológico, el resultado informa: lipoma gástrico submucoso con ulceración secundaria de la mucosa. La evolución es favorable y posterior a un año, está asintomático y sin recurrencia de la lesión.

Palabras clave: lipoma gástrico, sangramiento digestivo alto, gastrectomía, biopsia, adipocitos maduros

Descriptores: hemorragia; lipoma; dolor abdominal; gastrectomía

ABSTRACT

A 72 year old male patient, with a history of high blood pressure and bronchial asthma, presents abdominal pain that had been going on for days; dark stools, gastric heaviness and weight loss. On physical examination, painful abdomen at the level of the low epigastrium and cutaneous-mucosal pallor. Complementary tests show low hematocrit and hemoglobin levels. Abdominal ultrasonography reports an image of pseudokidney towards the gastric antrum. This case report has the objective of stimulating the use of the clinical method in students and the use of correct diagnostic thinking, both clinical and histological. The case is discussed and it is decided to excise the tumor; a subtotal gastrectomy surgical technique is used. A specimen was sent for pathological study, the result reported: submucosal gastric lipoma with secondary ulceration of the mucosa. The evolution is favorable and after one year, he is asymptomatic and without recurrence of the lesion.

Key words: gastric lipoma, upper digestive bleeding, gastrectomy, biopsy, mature adipocytes
Descriptors: abdominal pain; gastrectomy; Hemorrhage; lipoma

INTRODUCCIÓN

En Cuba, la incidencia de sangramiento digestivo alto, en pacientes mayores de 60 años, alcanza entre un 35 y 45 %. Los tumores corresponden a un bajo porcentaje de su etiología y dentro de ellos predominan los de comportamiento biológico maligno, por lo que resulta infrecuente que los tumores benignos se presenten como un síndrome de hemorragia digestiva alta.⁽¹⁾

Los lipomas son tumores mesenquimales benignos que se pueden desarrollar en disímiles sitios anatómicos. Su incidencia en el tracto digestivo es baja y su localización en el estómago es infrecuente.⁽²⁾

Se descubren de forma incidental, cuando son de pequeño tamaño y no es raro encontrarlos en estudios de autopsias. Cuando aumentan sus dimensiones, mayor a cuatro cm, suelen ser sintomáticos y asociarse con dolor abdominal, síntomas obstructivos o en menor porcentaje con síntomas de hemorragia digestiva.^(2,3)

Por lo anterior se considera necesario presentar un caso de lipoma gástrico sintomático, con presentación clínica de síndrome de sangramiento digestivo alto y diagnóstico definitivo por estudio anatomopatológico, con el objetivo de estimular el empleo del método clínico en estudiantes y el diagnóstico del lipoma gástrico sintomático; así como la utilización de un correcto pensamiento diagnóstico tanto clínico como histológico.

Presentación del caso.

Paciente masculino, de color de piel blanca, de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial de 15 años de evolución, tratada con enalapril 20mg una tableta cada 12 horas e hidroclorotiazida 25 mg, una tableta en la mañana, asma bronquial, sin tratamiento intercrisis.

Es atendido en consulta y remitido por su área de salud, por presentar dolor de localización en epigastrio medio que aprecia desde hace varios días, de baja intensidad, gravativo con sensación de pesantez gástrica; pero que suele acrecentarse en el periodo postprandial precoz, que no alivia con medicamentos analgésicos ni con los cambios de posición, en ocasiones se irradia a mesogastrio y se acompaña de heces fecales oscuras, pérdida del apetito y decaimiento.

Examen físico.

Al examen físico se constata: palidez cutánea y de mucosas, murmullo vesicular audible en ausencia de estertores; frecuencia respiratoria 18 por minutos, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad; frecuencia cardíaca 102 por minuto, tensión arterial 130/85 mmHg; abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda en la región epigástrica media y baja, ruidos hidroaéreos presentes y normales. Se descartan lesiones sangrantes en la nariz y en la boca.

Se indican exámenes complementarios, los resultados arrojan: hematocrito: 0.28, 28 %, hemoglobina 9.3 g/dl, glucemia: 4.9 mmol/l, creatinina: 87 umol/l, tiempo coagulación 8 segundos, tiempo sangramiento 2 segundos y urea 30 mmol/l. En las próximas horas se realiza de forma evolutiva, hematocrito 0.20 y hemoglobina 6.6 g/dl, con un evidente descenso en sus valores. Por lo anterior se decide su ingreso y es necesario transfundirlo en dos ocasiones.

Dentro de los exámenes imagenológicos se realiza ultrasonografía abdominal que muestra engrosamiento focal de la pared gástrica, hacia la porción distal de cuerpo con imagen en pseudoriñón. Se decide realizar endoscopia digestiva alta, pero no se puede completar de forma satisfactoria, debido a la falta de cooperación del paciente, aunque se descartan lesiones sangrantes activas a nivel de esófago.

Se logran cifras de hematocrito y hemoglobinas adecuadas y con la sospecha clínica de neoplasia gástrica se decide intervención quirúrgica electiva.

Intervención terapéutica.

Proceder quirúrgico: paciente en decúbito supino, uso de anestesia general, previa asepsia y antisepsia se realiza incisión media supraumbilical, se profundiza por planos, se expone el cuerpo gástrico, se observa tumoración en región antral, en ausencia de metástasis intraabdominales ni adenopatías, se procede a realizar gastrectomía subtotal con anastomosis gastrointestinal tipo Billroth I. No existen complicaciones en el transoperatorio. Se envía la pieza quirúrgica para realizar el estudio anatomopatológico, que muestra lesión endofítica de antro gástrico. figura 1.

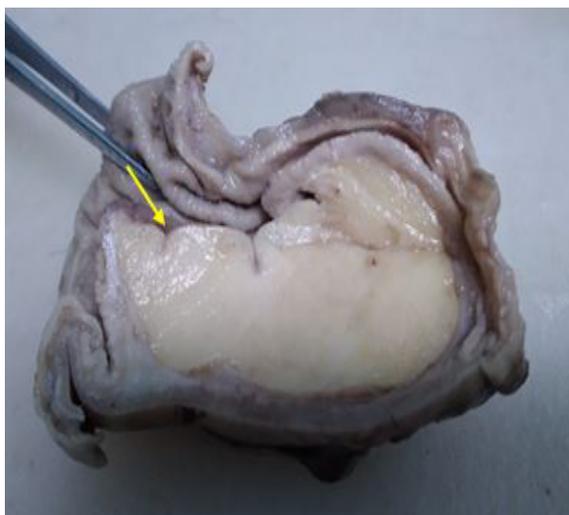


Fig. 1. Espécimen quirúrgico que muestra lesión endofítica de antro gástrico. La flecha muestra área focal de ulceración de la mucosa por el tumor

Fuente: Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech"

El espécimen enviado, está constituido por una porción de cuerpo y antro gástrico. Macroscópicamente se observa lesión nodular homogénea de 8 cm de longitud mayor y 5cm de espesor, de manera parcial encapsulada, con aspecto amarillo graso y área de ulceración de la mucosa.

En cuanto a la histología de la lesión, se presenta su localización en la submucosa cubierta por una cápsula fibrosa y constituida, en su totalidad por adipocitos maduros sin atipia celular, figura 2.

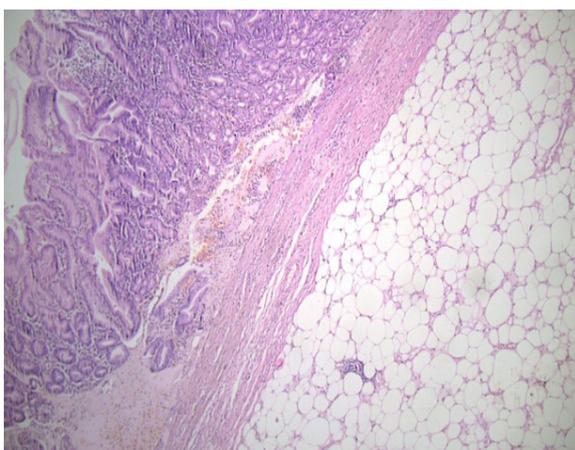


Fig. 2 Aspecto microscópico del área no ulcerada que muestra la lesión submucosa constituida por adipocitos maduros. (Coloración Hematoxilina/Eosina, aumento 10x)

Fuente: Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech"

Seguimiento y resultados.

Se concluye como tumor mesenquimal benigno de tipo lipoma gástrico convencional submucoso, con áreas de ulceración de la mucosa, esto provoca la sintomatología clínica de este caso, al presentarse en forma de sangramiento digestivo.

En el posoperatorio, el paciente permanece 48 horas, en la sala de atención al grave y luego tributa a la sala de cuidados mínimos, restablece valores normales de hematocrito y hemoglobina, evoluciona de forma satisfactoria y se decide darle el alta hospitalaria con una estadía de siete días. Transcurrido un año, no se presentan complicaciones y se mantiene asintomático.

DISCUSIÓN

Los lipomas en el tracto digestivo se observan con mayor frecuencia en el colon, donde representan alrededor del 60 % de los casos, seguido en frecuencia por el intestino delgado, el estómago, resulta la localización más rara y corresponde al menos del 5 % de los casos.^(2,3)

Suelen ser de pequeño tamaño, por lo que son asintomáticos y su diagnóstico en estos casos es incidental, incluso en estudios de autopsia. El antro es la porción gástrica más afectada, seguida del cuerpo y píloro, no se han descrito casos con afectación de los cardias. Los lipomas gigantes, mayores de 4 cm, son aún más infrecuentes y producen sintomatología asociada con relación a la porción gástrica donde se localicen, donde va a predominar un síntoma u otro, entre los que se encuentran: dolor abdominal, sangramiento digestivo alto, masa palpable, vómitos, náuseas, astenia, anorexia y plenitud gástrica.⁽⁴⁻⁶⁾

Aunque no existe un predominio franco entre un sexo y otro, algunos estudios^(3,5) refieren una incidencia superior en el sexo femenino a razón de 2:1 y son frecuentes entre la quinta y séptima década de la vida. En este caso el paciente es del sexo masculino y se encuentra entre los rangos de edades descritos en la literatura.

Los estudios de imagen desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico de estos tumores. La ultrasonografía abdominal de alta resolución permite la visualización de varios signos, estos no son específicos para una entidad u otra, contribuyen a orientar con relación a su localización.^(7,8)

Tiene una sensibilidad entre el 90 y 93 % y una especificidad entre el 75 y 85 %. Se puede observar masa gástrica, da una imagen en pseudonódulo, esto en los lipomas de gran tamaño, resultan ser diagnosticados como sugestivo de enfermedad neoplásica, se puede mostrar discreto engrosamiento de la pared gástrica, irregularidad de los pliegues de la mucosa y áreas de ulceración. La tomografía axial computarizada simple de abdomen, permite apreciar lesiones circunscritas, homogéneas, de densidad grasa y con un valor de atenuación de menos 70 a menos 120 HU, facilita una alta sensibilidad y especificidad entre el 85 al 90 % y del 90 al 95 % para diagnosticar estas lesiones.^(7,8)

La endoscopia digestiva alta constituye el principal método de diagnóstico que contribuye tanto para evaluar la causa del sangramiento digestivo como para orientar la posible naturaleza biológica de la lesión, esta posee las más altas tasas de sensibilidad y especificidad. Dentro de los signos que puede mostrar se encuentran: lesión submucosa con mucosa ulcerada o no que corresponde con el signo de "ojo de toro" y se pueden manifestar mediante los denominados signos de "tienda de campaña", "del gordo desnudo" y del "cojín". En este caso, el paciente no coopera con el estudio endoscópico, y se pierde la posibilidad de un diagnóstico y la conducta terapéutica temprana.^(8,9)

Según su estirpe celular y comportamiento biológico, los lipomas corresponden a tumores mesenquimales benignos. Se encuentran constituidos por tejido adiposo maduro, pueden estar encapsulados o no, por lo general se sitúan en la submucosa; pero pueden encontrarse intramurales o subserosos. El estudio histológico representa el examen de elección que permite realizar el diagnóstico diferencial con otras masas submucosas del estómago, como aquellas formadas por tejido muscular, nervioso, neuroendocrino o por tumores estromales como los GIST; lo cual puede resultar difícil y constituyen los principales diagnósticos diferenciales, al igual que liposarcoma, se diferencia de este por su homogeneidad, límites regulares, presencia de cápsula y monomorfismo celular.^(3,5,6,10)

En su inmunohistoquímica expresan marcadores vimentina, CD34 y proteína S-100. Su recurrencia es baja con menos del 5 % y no se han reportado casos de su transformación maligna. El diagnóstico histológico preoperatorio mediante citología aspirativa con aguja fina guiada por endoscopia, permite el abordaje quirúrgico

mejor planificado, sin embargo, muchas instituciones hospitalarias no cuentan con los equipos necesarios para su realización.^(3,5,6,10)

La elección del tratamiento del lipoma gástrico no tiene criterios unificados, depende de su tamaño y localización. En lipomas pequeños, asintomáticos, algunos autores^(11,12) plantean el tratamiento conservador con seguimiento clínico e imagenológico periódicos.

Los de pequeño tamaño, sintomáticos y que poseen localización submucosa, varios autores^(11,12) sugieren técnicas quirúrgicas poco agresivas como el uso de la técnica del lazo endoscópico o disección submucosa endoscópica del lipoma y de la cápsula.

En el caso de las lesiones sintomáticas de mayor tamaño se sugieren procedimientos quirúrgicos más amplios, como las gastrectomías, por laparotomía o laparoscopia, es necesario resaltar las ventajas de la cirugía gástrica por vía mínima invasiva: menor sangrado y dolor postoperatorio, reinicio precoz de la alimentación y se acorta la estadía hospitalaria.^(11,12)

La evolución clínica evidenciada en estos pacientes es buena, debido a la etiología histológica benigna de estas lesiones, se reportan ínfimos casos de coexistencia con cáncer gástrico. El tratamiento quirúrgico por tanto suele ser de gran efectividad y con bajas incidencias de complicaciones.⁽¹¹⁾

Los lipomas gástricos son infrecuentes, son de pequeño tamaño y cursan asintomáticos. Más raros aún son aquellos de gran tamaño y con sintomatología asociada, para estos resulta indispensable un abordaje imagenológico, endoscópico e histológico temprano, que contribuye a definir el tratamiento quirúrgico más adecuado, según su tamaño y localización y permite una recuperación y calidad de vida óptimas para estos pacientes.

En este caso, la paciente no coopera al estudio endoscópico por lo que no se logra visualizar la lesión, ni tomar muestra para biopsia, se propone un tratamiento quirúrgico, ante la sospecha clínica de un sangramiento digestivo alto secundario a lesión neoplásica. Su evolución es favorable y un año posterior a la cirugía no se describe recurrencia del tumor.

Se concluye que la utilización del método clínico y de un correcto pensamiento diagnóstico clínico-histológico, coadyuva al diagnóstico precoz y la evolución satisfactoria.

Declaración ética-moral.

Se cumple con los principios fundamentales de la declaración de Helsinki de 1964.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Otero-Figueroa M, Figueredo-González L, Figueredo-González C, Rosada-Navarro Y, Polanco-Rosales A. Sangramiento Digestivo Alto. Factores de riesgo asociados. Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Enero 2017 a enero 2018. MULTIMED [Internet]. 2020 [citado 22 Nov 2022]; 24 (1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1539>

2.Manterola C, Ayala C, Grande L, Otzen T. Lipoma Gástrico. Lesión Submucosa Infrecuente. Reporte de Dos Casos Tratados. Int. J. Morphol. [Internet]. 2018 Dic [citado 14 May 2022];36(4):1222-24. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022018000401222&lng=es.

3.Zamora PL, Portanova M, Ferrer MJ, Silva JH. Lipoma gástrico gigante en paciente adulta mayor con síntomas de obstrucción digestiva: Primer reporte de caso en el Perú. Acta méd. Peru [Internet]. 2019 Ene [citado 28 Abr 2022]; 36(1):68-71. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000100011&lng=es.

4.Martínez G, Figueroa P, Toro J, García C, Csendes A. Conducta actual frente la hemorragia digestiva alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. Rev. cir [Internet]. 2021 Dic [citado 22 Nov 2022];73(6):728-43. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S245245492021000600728&lng=e

5.Vanrell AJ, Peralta J, Saez A, Casco E, Diaz LA. Lipoma gástrico gigante: A propósito de un caso. Rev Diagnostico Journal. [Internet]. 2021 Mar. [citado 22 Nov 2022]; (338): [aprox. 2 p.]. Disponible en <https://diagnosticojournal.com/lipoma-gastrico-gigante-a-proposito-de-un-caso/>

6.Furtado WS, Mello DACG, Santos VM, Bringel TL, Oliveira Junior WP, Moura HJL. Gastric lipoma and pyloric obstruction in a 51-year-old woman. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2013 Abr [citado 18 Ene 2023]; 36(1): 145-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000100020&lng=es.

7.Hierro González A, Lazo del Vallín S, Elvírez Gutiérrez Á. Valor del ultrasonido abdominal convencional en la detección del cáncer gástrico. Arch.cubana gastroenterol. [Internet]. 2021 [citado 22 Nov 2022];2(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revgastro.sld.cu/index.php/gast/article/view/24>

8.Haber-Reyes F, Chao-González L. Lipoma gástrico diagnosticado por ecoendoscopia. Presentación de un caso. Revista de Medicina Isla de la Juventud [revista en Internet]. 2023 [citado 19 Dic 2023];21(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/278>

9.Chao L, Torres YE, Barroso L, Cepero M, Cepero M. Valor del ultrasonido endoscópico en el diagnóstico de las lesiones subepiteliales del tracto intestinal. Rev Cubana Cirug. [Internet]. 2018[citado 19 Dic 2023];57(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubcir/rcc-2018/rcc184f.pdf>

10.B Krishnaraj, B Dhanapal, G Shankar, SC Sistla, I Galidevara, A Suresh. Gastric lipoma: a rare cause of haematemesis. Ann R Coll Surg Engl 2018; [citado 19 Dic 2023];100:41-43 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1308/rcsann.2017.0209>

11.Domínguez-Profeta R, Cubas-Robert F, Broderick R, Lee A, Cheverie J, Horgan S. Gastrectomía laparoscópica en manga para el tratamiento de lipoma gástrico gigante en paciente con obesidad mórbida. Cir cir[Internet]. 2020 [citado 29 Ene 2023]; 88(Suppl 1):39-42. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2020000700039&lng=es.

12.Olguín R R, Norero M E, Briceño E, Martínez C, Viñuela E, Báez S, et al. Lipoma gástrico gigante sintomático tratado con gastrectomía subtotal laparoscópica: caso clínico. Rev méd Chile [Internet]. 2013 Jul [citado 9 Ene 2023]; 141(7): 927- 31. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000700014&lng=es.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses para la publicación del artículo.

Citar como: Marrero-Rodríguez S, Almarales -Milpt YM. Hemorragia digestiva secundaria a lipoma gástrico sintomático. Reporte de caso. Medimay [Internet]. 2024[citado: fecha de citado];31:e2447. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2447>

Contribución de autoría.

Participación según el orden acordado por cada uno de los autores de este trabajo.

Autor

Dra. Sindelys Marrero Rodríguez

Dra. Yaillet María Almarales Milpt

Contribución

Conceptualización. investigación, administración del proyecto, visualización, redacción (borrador original, revisión y edición).

Conceptualización. investigación, supervisión, redacción (revisión y edición).



Este artículo se encuentra protegido con una [licencia de Creative Commons Reconocimiento- No Comercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos, siempre que mantengan el reconocimiento de sus autores.