

Lipoma gástrico gigante sintomático tratado con gastrectomía subtotal laparoscópica: caso clínico

ROBERTO OLGUÍN R.¹, ENRIQUE NORERO M.¹,
EDUARDO BRICEÑO¹, CRISTIAN MARTÍNEZ¹,
EDUARDO VIÑUELA¹, SERGIO BÁEZ¹, GLORIA AGUAYO²,
ALFONSO CALVO¹, ROSE MEGE R.¹, ALFONSO DÍAZ¹

Gastric lipoma removed by laparoscopic subtotal gastrectomy. Report of one case

Gastric lipoma is a rare benign gastric tumor. We report a 62-year-old man, who presented with abdominal pain, vomiting and weight loss. An upper gastrointestinal endoscopy showed a gastric antral, submucosal tumor. Abdominal ultrasound and computed tomography revealed a large antral lesion with content of high echogenicity and fat density, measuring 11 x 6 cm. The patient was treated with a laparoscopic distal subtotal gastrectomy, and a Roux-en-Y reconstruction. The patient had no postoperative morbidity, was started on a liquid diet on the third postoperative day and was discharged on the fifth postoperative day. The pathological study revealed a gastric lipoma with clear margins. This laparoscopic procedure represents a good alternative in the treatment of this benign gastric tumor.

(Rev Med Chile 2013; 141: 927-931).

Key words: *Gastrectomy; Laparoscopy; Lipoma; Stomach neoplasms.*

El lipoma gástrico es una patología tumoral benigna muy poco frecuente. Corresponde a menos de 10% de los lipomas gastrointestinales, la mayoría de los cuales se originan en el colon, y aproximadamente 3% de los tumores benignos gástricos. Es una patología rara que generalmente se presenta de forma incidental en piezas quirúrgicas o en imágenes abdominales¹⁻³.

Comunicamos el caso de un paciente hombre de 62 años, que presentó un lipoma gástrico antral sintomático, de 11 cm de diámetro mayor, realizándose como tratamiento una gastrectomía subtotal distal laparoscópica.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, 62 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial sin tratamiento, obesidad (IMC 32) y tabaquismo

suspendido. Consultó por un cuadro de 4 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal, distensión abdominal, vómitos persistentes y baja de peso de 9 kilos durante ese período. No hubo evidencia de hemorragia gastrointestinal o anemia.

La endoscopia digestiva alta reveló un tumor gástrico submucoso, localizado en antro en la curvatura menor y que ocupaba una importante parte del lumen antral (Figura 1). La mucosa, examinada por endoscopia, era de aspecto normal, por lo que no se tomaron biopsias.

Se realizó una ecografía abdominal que evidenció una masa gástrica homogénea, hiperecogénica y de bordes definidos (Figura 2). El estudio se completó con una tomografía axial computada de abdomen que reveló una lesión con densidad grasa, de 11 x 6 cm, ocupando una parte importante del lumen antral gástrico, con baja captura de contraste. La lesión fue sospechosa de

¹Departamento de Cirugía Digestiva, Servicio de Cirugía.
²Servicio de Anatomía Patológica.
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile.
Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

Recibido el 13 de octubre de 2012, aceptado el 2 de abril de 2013.

Correspondencia a:
Dr. Enrique Norero Muñoz
Concha y Toro 3459,
Puente Alto, Región Metropolitana, Santiago.
Teléfono: 56-02-3536601
E-mail: enorero@uc.cl

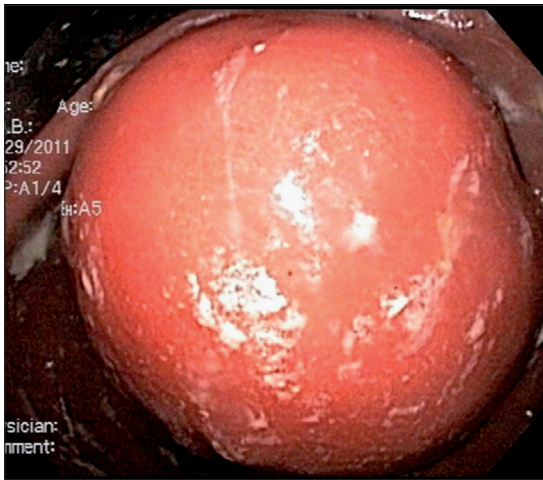


Figura 1. Endoscopia digestiva alta evidencia tumor submucoso antral en curvatura menor ocupando parte importante del lumen gástrico.

GIST con diferenciación lipomatosa o un lipoma gástrico (Figura 3). La resección quirúrgica fue recomendada.

Se realizó una gastrectomía subtotal distal laparoscópica. Se utilizaron 5 trocares; supraumbilical de 12 mm para el laparoscopio, subxifoideo de 5 mm para separación hepática y trocares subcostal izquierdo de 12 mm, flanco derecho de 12 mm y flanco izquierdo de 10 mm. En el intraoperatorio, se confirmó una gran masa antral sin compromiso de la serosa. Se realizó endoscopia intraoperatoria para definir el margen proximal de resección. Se seccionó el duodeno y el estómago con cargas lineares de 60 mm y se realizó una linfadenectomía D1. La pieza fue extraída por una incisión Pfannenstiel y los márgenes negativos fueron confirmados por biopsia rápida. Se reconstruyó el tránsito con una Y de Roux de 50 cm de largo, realizando la anastomosis gastro-yeyunal y yeyuno-yeyunal en forma mecánica e intracorpórea. El tiempo operatorio fue de 5 h y el sangrado fue de 200 cc.

La recuperación post operatoria fue sin incidentes. El paciente se realimentó con líquidos desde el tercer día y fue dado de alta al 5° día post operatorio.

El estudio macroscópico de la lesión fue consistente con tumor gástrico submucoso, de 11,5 x 6 x 7 cm, con apariencia lipomatosa (Figura 4). La microscopía fue compatible con lipoma gástrico benigno con márgenes libres y 15 linfonodos perigástricos normales (Figura 5 y 6).

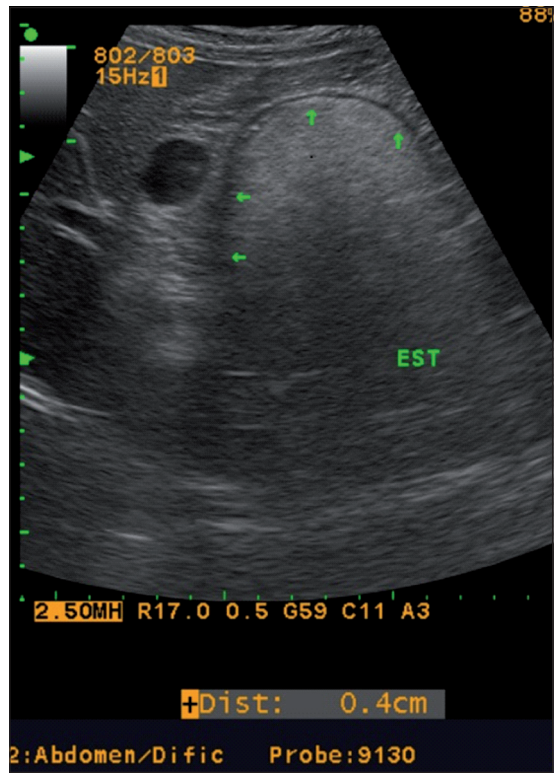


Figura 2. Ecografía abdominal evidencia un tumor gástrico hipereicoico, con bordes uniformes. Flecha blanca indica los bordes del tumor.

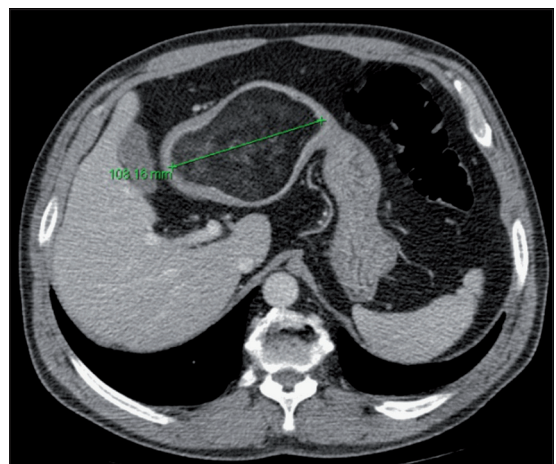


Figura 3. Tomografía axial computada que demuestra una lesión con densidad grasa, de 10,8 x 6 cm, ocupando parte importante del lumen antral gástrico, con baja captura de contraste. Flecha verde indica tamaño del tumor.

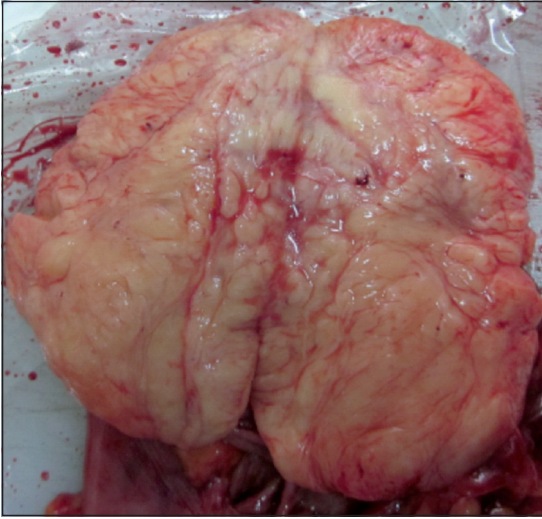


Figura 4. Apariencia macroscópica de masa lipomatosa gástrica. El tamaño tumoral fue 11 x 7 x 6 cm.

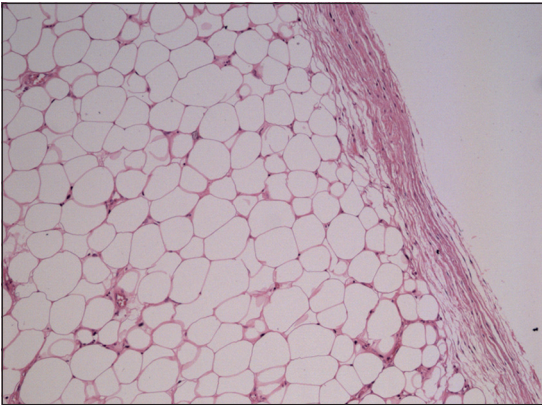


Figura 6. El análisis microscópico fue compatible con lipoma gástrico benigno. La figura demuestra la serosa normal y el lipoma de ubicación subseroso.

Discusión

Los lipomas son neoplasias benignas que pueden afectar cualquier parte del organismo. La frecuencia de lipomas gástricos es baja, y representan aproximadamente 3% de los tumores gástricos benignos¹⁻³. La mayoría de los lipomas gástricos son únicos y submucosos, siendo raro la ubicación subserosa. La mayor incidencia es entre la quinta y séptima década de vida con leve predominio en mujeres. Los síntomas son infrecuentes

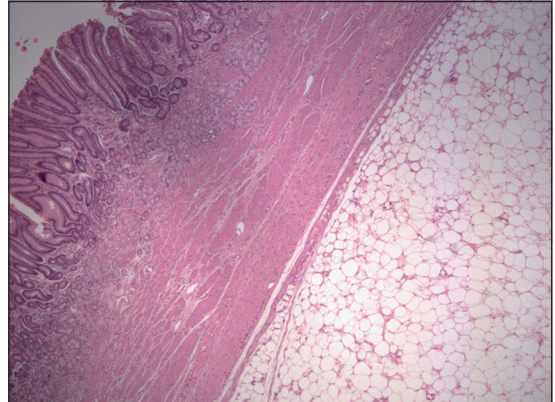


Figura 5. El análisis microscópico fue compatible con lipoma gástrico benigno. La mucosa, submucosa y muscular propia fueron normales y el tumor estaba ubicado en la subserosa.

y la mayoría son diagnosticados como hallazgo en piezas operatorias o exámenes imagenológicos. El desarrollo de síntomas depende principalmente del tamaño y la localización del tumor. Se ha descrito que los síntomas aparecen generalmente con tumores sobre 4 cm de diámetro. Este tumor puede también manifestarse como hemorragia digestiva, obstrucción o intususcepción⁴.

La endoscopia sugiere la existencia de un lipoma gástrico sólo con signos indirectos como la alteración de la disposición de los pliegues gástricos sugiriendo ubicación submucosa del tumor, el signo de la “tienda de campaña” (tironear la mucosa sana sobre el tejido submucoso) y su consistencia blanda usualmente colapsable, creando una abolladura conocida como “signo de la almohada”. La toma de biopsia puede no ser posible ya que muchas veces sólo se obtiene tejido mucoso y no submucoso tumoral. Sin embargo, se puede realizar biopsia repetidas en túnel para obtener tejido submucoso, algunas veces produciendo el signo de “grasa desnuda” (la grasa del lipoma protruye por el defecto producido)^{5,6}. En este caso, por la duda de tratarse de un tumor GIST no se realizó biopsia y se prefirió una caracterización más precisa con tomografía.

La ecografía puede realizarse de manera transabdominal o endoscópica, siendo esta última la de mayor rendimiento. La ecografía evidencia una lesión sólida bien definida, hiperecogénica, homogénea, bordes nítidos, encapsulada y sin tractos fibrosos ni quísticos en su interior⁷⁻¹⁰.

La tomografía computada es el mejor examen diagnóstico no histológico. Evidencia una lesión definida, bordes nítidos y una densidad grasa uniforme entre -80 y -120 unidades Houndfield. Los estudios radiológicos contrastados y la resonancia nuclear magnética no aportan mayor utilidad y deben ser solicitados según la situación de cada paciente^{11,12}. En nuestro paciente el TAC fue de gran utilidad diagnóstica.

El manejo del lipoma gástrico depende de sus síntomas, tamaño y sospecha de un diagnóstico alternativo, como tumor GIST. El seguimiento activo con endoscopias, ecografías o tomografías computadas en lesiones asintomáticas es una alternativa válida. Se recomienda resección quirúrgica en casos sintomáticos y en lesiones asintomáticas sobre 4 cm por el riesgo de generar complicaciones, pero el manejo definitivo debe adaptarse al contexto de cada paciente. El tratamiento quirúrgico consiste en gastrectomía total o subtotal¹³⁻¹⁵. En este caso, se decidió manejo quirúrgico por la presencia de síntomas debido a una obstrucción gástrica antral causada por el tumor.

Durante los últimos años se ha producido un gran desarrollo de la cirugía gástrica por vía mínimamente invasiva tanto en patología benigna como maligna, con los beneficios de menor sangrado, menor dolor postoperatorio, reinicio precoz de la realimentación y estadía hospitalaria acortada^{16,17}. Debido a la alta sospecha de patología benigna o un tumor GIST, se decidió una aproximación laparoscópica con resultados favorables y estadía hospitalaria de sólo 5 días. En la literatura, sólo unos pocos casos de lipomas gástricos han sido tratados con este abordaje¹⁸⁻²⁰.

Histológicamente, un lipoma gástrico es un tumor compuesto de adipocitos maduros, paredes bien definidas y finamente encapsulado por tejido conjuntivo laxo. El diagnóstico diferencial debe ser hecho con otros tumores de apariencia lipomatosa como el liposarcoma o tumor GIST lipomatoso, ambas patologías extremadamente raras. Liposarcoma está compuesto de adipocitos con atipias nucleares, células estromales con atipia, presencia de lipoblastos (células con vacuolas lipídicas) o células fusiforme dependiendo del tipo histológico^{21,22}. En el caso de GIST lipomatoso, marcadores inmunohistoquímicos como el antígeno c-Kit o CD34 son útiles para el diagnóstico definitivo.

Referencias

1. Fernández MJ, Davis RP, Nora PF. Gastrointestinal lipomas. *Arch Surg* 1983; 118: 1081-3.
2. Maderal F, Hunter F, Fuselier G, González-Rogue P, Torres O. Gastric lipomas-an update of clinical presentation, diagnosis, and treatment. *Am J Gastroenterol* 1984; 79: 964-7.
3. Taylor AJ, Stewart ET, Doods WJ. Gastrointestinal lipomas: A radiologic and pathologic review. *AJR* 1990; 55: 1205-10.
4. Vines FY, CIACCI J, Sperling DC, Epstein S. Gastrointestinal intussusception secondary to a gastric lipoma. *Can J Gastroenterol*. 2005; 19: 107-8.
5. Thompson WM, Kende AL, Levy AD. Imaging Characteristics of Gastric Lipomas in 16 adult and pediatric patients. *AJR* 2003; 181: 981-5.
6. Shim CS, Jung IS. Endoscopic removal of submucosal tumors: preprocedure diagnosis, technical options, and results. *Endoscopy* 2005; 37: 646-54.
7. Hwang JH, Saunders MD, Rulyak SJ, Shaw S, Nietsh H, Kimmey MB. A prospective study comparing endoscopy and EUS in the evaluation of GI subepithelial masses. *Gastrointest Endosc* 2005; 62: 202-8.
8. Yasuda K, Cho E, Nakajima M, Kawai K. Diagnosis of submucosal lesions of the upper gastrointestinal tract by endoscopic ultrasonography. *Gastrointest Endosc* 1990; 36: S17-20.
9. Boyce GA, Sivak MV Jr, Rösch T, Classen M, Fleischer DE, Boyce HW Jr, et al. Evaluation of submucosal upper gastrointestinal tract lesions by endoscopic ultrasound. *Gastrointest Endosc* 1991; 37: 449-54.
10. Tsai TL, Changchien CS, Hu Th, Hsiaw CM. Demonstration of gastric submucosal lesions by high-resolution transabdominal sonography. *J Clin Ultrasound* 1999; 28: 125-32.
11. Heiken JP, Forde KA, Gold RP. Computed tomography as a definitive method for diagnosing gastrointestinal lipomas. *Radiology* 1982; 142: 409-14.
12. Regge D, Lo Bello G, Martincich L, Bianchi G, Cuomo G, Suriani R, et al. A case of bleeding gastric lipoma: US, CT and MR findings. *EurRadiol* 1999; 9: 256-8.
13. Alberti D, Grazioli L, Orizio P, Matricardi L, Dughi S, Gheza L, et al. Asymptomatic giant gastric lipoma: What to do? *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 3634-7.
14. Cuschieri A. Laparoscopic gastric resection. *Surg Clin North Am* 2000; 80: 1269-84.
15. Bouillot JL, Bresler L, Fagniez PL, Samama G, Champault G, Parent Y. Laparoscopic resection of benign submucosal stomach tumors. A report of 65 cases. *Gastroenterol Clin Biol* 2003; 27: 272-6.

16. Huscher C, Mingoli A, Sgarzini G, Sansonetti A, Di Paola M, Recher A, Ponzano C. Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for distal gastric cancer: Five-year results of a randomized prospective trial. *Ann Surg* 2005; 241: 232-7.
17. Viñuela E, Gonen M, Brennan M, Coit D, Strong V. Laparoscopic versus open distal gastrectomy for gastric cancer: A Meta-analysis of randomized controlled trials and high-quality nonrandomized studies. *Ann Surg* 2012; 255: 446-56.
18. Fowler D, White SJ. Laparoscopic resection of a submucosal gastric lipoma: a case report. *Laparoendosc Surg* 1991; 1: 303-6.
19. Lacy A, Tabet J, Grande L, García-Valdecasas J, Fuster J, Delgado S, Visa J. Laparoscopic-assisted resection of a gastric lipoma. *SurgEndosc* 1995; 9: 995-7.
20. Paksoy M, Boler D, Baca B, Ertuk S, Kapan S, Bayunoglu I, et al. Laparoscopic transgastric resection of a gastric lipoma presenting as acute gastrointestinal hemorrhage. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2005; 15: 163-5.
21. Seki K, Hasegawa, Konegawa R, Hizawa K, Sano T. Primary Liposarcoma of the Stomach: a Case Report and a Review of the Literature. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 1998; 28, 284-8.
22. Rubin BP, Fletcher CDM. The cytogenetics of lipomatous tumours. *Histopathology* 1997; 30: 507-11.