



# Lipoma gástrico gigante en paciente adulta mayor con síntomas de obstrucción digestiva. Primer reporte de caso en el Perú

## *Giant gastric lipoma in an elderly patient with digestive obstruction symptoms. First case report in Peru*

Pedro L. Zamora<sup>1,2a</sup>, Michel Portanova<sup>1,2a</sup>, Milagros de Jesús Ferrer<sup>2,3b</sup>, Jeysson H. Silva<sup>2,3b</sup>

1 Departamento de Cirugía General, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú

2 Facultad de Medicina San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú

3 Sociedad Científica de San Fernando. Lima, Perú.

a Cirujano general; b estudiante de medicina

### Correspondencia

Milagros de Jesús Ferrer Codina  
Calle San Marcos 281,  
Pueblo Libre, Lima.  
Teléfono: +51 966 753 102  
miluti91@gmail.com

Recibido: 26/10/2018

Arbitrado por pares

Aprobado: 09/01/2019

Citar como: 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 Med Peru.* 2019;36(1):68-71

### RESUMEN

Los lipomas gástricos son una patología muy rara que representan el 5% de los lipomas gastrointestinales y menos del 1% de los tumores benignos del estómago. Los lipomas gástricos gigantes ( $\geq 4$  cm) son extremadamente raros, habiéndose encontrado solo 32 casos reportados en la bibliografía. Reportamos el primer caso de un lipoma gástrico gigante en el Perú, operado por gastrectomía corporal por laparotomía en una paciente mujer de 79 años que acudió con un cuadro clínico de dos meses de evolución caracterizado por dolor abdominal en epigastrio más sensación de llenura precoz, deposiciones oscuras y pérdida de peso. Al examen físico se halló una masa palpable de aproximadamente 8 cm en hipocondrio izquierdo. La endoscopia digestiva alta reveló una lesión elevada en el tercio proximal del cuerpo gástrico de aproximadamente 30 mm. Se realizó un estudio tomográfico que evidenció una masa sospechosa de lipoma gástrico por lo que se procedió a realizar una gastrectomía corporal por laparotomía. El informe anatomopatológico confirmó el diagnóstico de lipoma gástrico gigante. En el posoperatorio no hubo complicaciones y fue dada de alta al séptimo día.

**Palabras clave:** Lipoma; Tracto gastrointestinal; Neoplasia; Estómago; Gastrectomía (fuente: DeCS BIREME).

## ABSTRACT

Gastric lipoma is a very rare condition, which accounts for 5% of gastrointestinal lipomas and for less than 1% of benign tumors of the stomach. Giant gastric lipomas ( $\geq 4$  cm) are extremely rare, and we found only 32 cases reported in the literature. We report the first case of a giant gastric lipoma in Peru, which led to a corporal gastrectomy using a laparotomy approach in a 79-year old woman, who presented with a 2-month history with abdominal and epigastric pain, early fullness, dark stools, and weight loss. Physical examination revealed a 7- to 8-cm palpable mass in the left upper quadrant. Upper gastrointestinal endoscopy revealed an elevated lesion in the proximal third of the gastric body, measuring approximately 30-mm. A CT scan revealed a mass compatible with a gastric lipoma, so a corporal gastrectomy with a laparotomy approach was performed. The anatomopathological report confirmed the diagnosis of a giant gastric lipoma. There were no complications during the postoperative period, and the patient was discharged on the seventh post-op day.

**Keywords:** Lipoma; Gastrointestinal tract; Neoplasms; Stomach; Gastrectomy (source: MeSH NLM).

## INTRODUCCIÓN

Los lipomas gástricos son una patología muy rara, representan el 5% de los lipomas gastrointestinales y menos del 1% de los tumores benignos del estómago<sup>[1,2]</sup>; los lipomas gástricos gigantes ( $\geq 4$  cm) son extremadamente raros, desde 1980 se han reportado solo 32 casos y seis con una longitud mayor a los 10 cm<sup>[3,4]</sup>.

El lipoma es una neoplasia de origen mesenquimal compuesta por tejido adiposo bien diferenciado, rodeada por una capsula fibrosa. Al corte en patología se muestra una tumoración lobulada de color amarillo. Entre el 90 y 95% de los lipomas están localizados en la submucosa y solo un 5 a 10% en la subserosa<sup>[5,6]</sup>.

Estos se presentan entre la quinta y sexta década de la vida, sin generar síntomas, son etiología desconocida y su localización más frecuente es el antro. Son detectadas de manera incidental y pueden estar asociados a síndromes como la lipomatosis hereditaria múltiple, el síndrome de Gardner, etc.<sup>[2,6]</sup>.

Macroscópicamente son masas ovoideas amarillentas, de consistencia blanda y con tamaños que pueden alcanzar hasta los 30 cm. Microscópicamente está compuesto de adipocitos maduros, septos fibrovasculares y delimitados por una cápsula fibrosa<sup>[7]</sup>.

A continuación, reportamos el caso de un lipoma gástrico gigante (13,5 cm), operado por gastrectomía corporal por laparotomía, la cual fue exitosa, sin complicaciones intra ni posoperatorias y con una recuperación posquirúrgica favorable. Luego de la revisión bibliográfica (en Pubmed, SciELO y Lilacs) afirmamos que este es el primer caso reportado en el Perú.

## REPORTE DE CASO

Paciente mujer de 79 años, con antecedentes de hipertensión arterial (desde hace 30 años en tratamiento), tabaquismo suspendido, histerectomía (hace 39 años) y hemorroidectomía (hace 12 años). Acude al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (enero 2013) por presentar un cuadro de dos meses de evolución caracterizado por dolor abdominal en epigastrio tipo cólico, de leve intensidad que no se irradia, acompañado de

sensación de llenura precoz, deposiciones oscuras y pérdida de peso (aproximadamente 10 kilos) durante este periodo. Al evaluar el abdomen se palpó una masa de aproximadamente 8 cm ubicada en hipocondrio izquierdo, por lo que se le indicó realizarse una endoscopia digestiva alta que se realizó 20 días después.

La endoscopia digestiva alta que reveló la presencia de una lesión elevada en el tercio proximal del cuerpo gástrico, con una dimensión aproximada de 30 mm con pliegues en punta, también se identificó una mucosa de aspecto normal por lo que se decidió no tomar biopsia. Este estudio se complementó inmediatamente con una tomografía espiral multicorte de abdomen total en fase sin contraste endovenoso y en fase con contraste endovenoso (Figura 1) que identificó una lesión intramural en la pared anterior del fondo gástrico, bien delimitada, con fina capsula, de contenido graso, sin otras lesiones interiores, que medía 87x90x80 mm. Por lo descrito se consideró que la lesión sería un lipoma gástrico y se indicó la hospitalización de la paciente para realizar la resección del tumor.



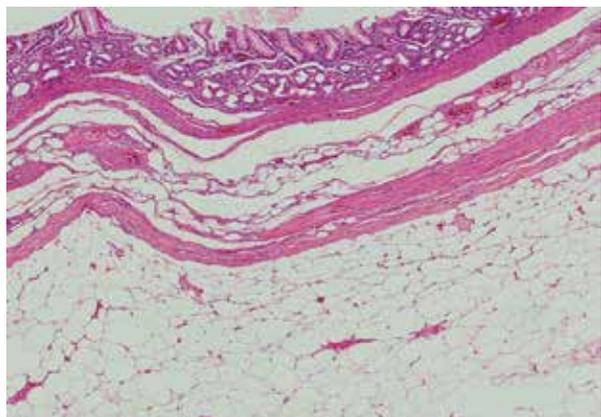
**Figura 1.** Tomografía axial computarizada sin contraste. Se muestra una lesión intramural en la pared anterior del fondo gástrico, bien delimitada, con fina capsula y de contenido graso, que mide 87x90x80 mm. La flecha indica la localización del tumor.

Un mes después de la primera atención se procedió a realizar una gastrectomía corporal por laparotomía. Se hizo una incisión mediana supraumbilical y una disección por planos hasta la cavidad abdominal. Durante el la intervención quirúrgica se confirmó la presencia de un tumor submucoso gástrico de 15 x 15 cm en cuerpo alto, en cara anterior, de aspecto lipomatoso. El resto de órganos intraabdominales normales. Se liberaron los vasos cortos y parte de arteria gastroepiloica izquierda. Se esqueletizó el estómago a nivel de la curvatura mayor, conservando los nervios vagos. Se realizó una resección gástrica corporal total con una gastro-gastro anastomosis término terminal en dos planos con vicril 3/0 y seda negra 3/0; luego se colocó un dren laminar tipo Penrose en zona operatoria y se procedió a cerrar la cavidad abdominal por planos. Finalmente se dejó sonda nasogástrica. El tiempo de la operación fue de tres horas y 30 minutos, con un sangrado de 20 cm<sup>3</sup>.

En el informe anatomopatológico, a la macroscopía (Figura 2) se apreció una formación nodular encapsulada, de 13,5 cm de longitud mayor y 5 cm de espesor, con cápsula de aspecto muscular seroso; al corte se observó tumoración de aspecto amarillo graso regular. La microscopía (Figura 3) evidenció un tumor estromal lipomatoso cubierto por capas muscular y serosa compatible con lipoma gástrico benigno.



**Figura 2.** Descripción macroscópica. Formación nodular encapsulada, que mide 13,5 cm de longitud mayor y 5 cm de espesor con cápsula de aspecto muscular seroso.



**Figura 3:** El análisis microscópico a 400x teñido con hematoxilina - Eosina resultó compatible con lipoma gástrico.

No hubo complicaciones en el posoperatorio y se prescribió el consumo de dieta líquida a partir de tercer día del posoperatorio. La paciente fue dada de alta al séptimo día posoperatorio.

## DISCUSIÓN

Los lipomas son neoplasias asintomáticas descubiertas incidentalmente; sin embargo, como sucedió en nuestro caso, cuando miden más de 3-4 cm provocan la aparición de síntomas como hemorragia gastrointestinal –la más frecuente- causada por ulceración de la mucosa, dolor abdominal, dispepsia y constipación [6-8].

En la evaluación con endoscopia deberíamos encontrar una lesión hipercóica homogénea y bien definida que surge de la capa submucosa. La biopsia no es necesaria cuando la imagen endoscópica es característica (una lesión ubicada en la capa submucosa con mucosa normal sobre ella), motivo por lo cual se decidió no realizarla en nuestro caso [8,9].

Asimismo, solicitamos una tomografía de abdomen debido a que permite diferenciar lesiones formadas por tejido graso de otro tipo de tejidos, además de ser un examen no invasivo. En dicho examen, los lipomas tienen bordes bien definidos y una uniforme densidad grasa, con valores densitométricos entre -80 y -120 unidades Hounsfield, lo cual es patognomónico [10].

La elección del tratamiento del lipoma gástrico depende de los síntomas, el tamaño y la sospecha de otras patologías; debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial a: liposarcoma, leiomioma, fibroma y sus variables malignas [2,11].

En el caso de lesiones asintomáticas se puede hacer un seguimiento con endoscopia, ecografía o tomografía; en caso de tumoraciones mayores a 3 o 4 cm la bibliografía recomienda resección quirúrgica por el riesgo de generar complicaciones, siendo el tratamiento quirúrgico de elección la gastrectomía (parcial o total) por laparotomía, laparoscopia o disección submucosa endoscópica (si son menores de 3 cm) [7,11].

En nuestro caso nos encontramos con una tumoración que provocaba sintomatología y de longitud mayor de 13,5 cm por lo que se tomó la decisión de realizar una resección gástrica por laparotomía para evitar el riesgo de que se generen complicaciones posoperatorias; al haber realizado los estudios de elección para llegar a un diagnóstico de certeza antes de la cirugía, optamos por un método quirúrgico más conservador como la gastrectomía parcial como sugiere la bibliografía, ya que no se tiene reporte de transformación maligna de los lipomas gástricos y la recurrencia es muy baja [12-14].

En resumen, reportamos un caso raro de lipoma gástrico gigante sintomático tratado exitosamente con gastrectomía corporal por la laparotomía.

**Contribuciones de autoría:** Todos los autores participamos y somos responsables de la recolección de datos e interpretación de los resultados, en la redacción y revisión del manuscrito hasta la aprobación de la versión final a publicar.

**Fuentes de financiamiento:** Autofinanciado.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thompson WM. Imaging and findings of lipomas of the gastrointestinal tract. *AJR Am J Roentgenol.* 2005;184(4):1163-71. doi: 10.2214/ajr.184.4.01841163
2. Neto FAF, Ferreira MC, Bertocello LC, Neto AA, de Aveiro WC, Bento CA, et al. Gastric lipoma presenting as a giant bulging mass in an oligosymptomatic patient: a case report. *J Med Case Rep.* 2012;6(1):317. doi: 10.1186/1752-1947-6-317
3. Amundson JR, Straus D, Azab B, Liu S, Garcia Buitrago MT, Yakoub D. Giant symptomatic gastric lipoma: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2018;51:313-7. doi: 10.1016/j.ijscr.2018.08.061
4. Cappell MS, Stevens CE, Amin M. Systematic review of giant gastric lipomas reported since 1980 and report of two new cases in a review of 117110 esophagogastroduodenoscopies. *World J Gastroenterol.* 2017;23(30):5619-33. doi: 10.3748/wjg.v23.i30.5619
5. Taylor AJ, Stewart ET, Dodds WJ. Gastrointestinal lipomas: a radiologic and pathologic review. *Am J Roentgenol.* 1990;155(6):1205-10. doi: 10.2214/ajr.155.6.2122666
6. Aluja F, Mora J, Mauricio A, Upegui D, Castaño N, Tramontini C. Lipomas: de la cabeza a los pies. *Rev Colomb Radiol.* 2016;27(1):4369-77.
7. Juan F, Gallego JI, Gómez C, Guirau MD. Lipoma gástrico: un nuevo caso y revisión bibliográfica. *Radiología.* 2001;43(6):300-2. doi: 10.1016/S0033-8338(01)76980-9
8. López-Zamudio J, Leonher-Ruezga KL, Ramírez-González LR, Razo G, González-Ojeda A, Fuentes-Orozco C. Lipoma gástrico pediculado. Reporte de caso. *Cir Cir.* 2015;83(3):222-6. doi: 10.1016/j.circir.2015.05.005
9. Standards of Practice Committee, Faulx AL, Kothari S, Acosta RD, Agrawal D, Bruining DH, et al. The role of endoscopy in subepithelial lesions of the GI tract. *Gastrointest Endosc.* 2017;85(6):1117-32. doi: 10.1016/j.gie.2017.02.022
10. Heiken JP, Forde KA, Gold RP. Computed tomography as a definitive method for diagnosing gastrointestinal lipomas. *Radiology.* 1982;142(2):409-14. doi: 10.1148/radiology.142.2.7054830
11. Olgún RR, Norero ME, Briceño E, Martínez C, Viñuela E, Báez S, et al. Lipoma gástrico gigante sintomático tratado con gastrectomía subtotal laparoscópica: caso clínico. *Rev Med Chile* 2013;141(7):927-31. doi: 10.4067/S0034-98872013000700014
12. Nasa M, Choksey A, Phadke A, Sawant P. Gastric lipoma: an unusual cause of dyspeptic symptoms. *BMJ Case Rep.* 2016;2016:bcr2016215297. doi: 10.1136/bcr-2016-215297
13. Manterola C, Ayala C, Grande L, Otzen T. Lipoma gástrico. lesión submucosa infrecuente. reporte de dos casos tratados. *Int J Morphol.* 2018;36(4):1222-4. doi: 10.4067/S0717-95022018000401222
14. Paksoy M, Böler DE, Baca B, Ertürk S, Kapan S, Bavunoglu I, et al. Laparoscopic transgastric resection of a gastric lipoma presenting as acute gastrointestinal hemorrhage. *Surg Laparosc Endosc Percutaneous Tech.* 2005;15(3):163-5.

Las ediciones anteriores de Acta Médica Peruana  
están disponibles en:

[www.scielo.org.pe](http://www.scielo.org.pe)

