

Invitamos a los lectores de Acta a que envíen casos con interés clínico o diagnóstico para su publicación en esta sección, de la cual el Editor es el Dr R Mazure.

Suboclusión intestinal

Leslie Hasne, Patricia Fuente, Lucila Facio, M Carolina Fischer, Rodrigo Ubeira, Federico Rey Campero, Alfredo Hidalgo



Figura 1. Abundante aire en intestino delgado con niveles hidro-aéreos a predominio izquierdo. Imagen cálcica ovalada de 5 por 2 cm, en fosa iliaca derecha (flecha).



Figura 2. Imagen cálcica ovalada de 5x2 cm en flanco izquierdo (flecha).

Paciente masculino de 78 años de edad, con antecedentes de cirugía por úlcera péptica perforada hace 4 años y 3 episodios de suboclusión intestinal en los últimos 2 años resueltos con tratamiento médico.

Durante la primera internación por suboclusión se le realizó una tomografía de abdomen que informaba: imagen heterogénea parcialmente calcificada en topografía del hipocondrio izquierdo y flanco izquierdo inmersa en formación grasa de bordes bien definidos de 140 por 120 mm (ver imágenes). El resto del estudio tiene características normales.

Consultó por dolor abdominal presentando abdomen distendido, blando, depresible doloroso en fosa ilíaca derecha donde se palpó formación blanda móvil de aproximadamente 6 cm de diámetro. Laboratorio normal. Radiografía directa de abdomen de ingreso. (figura 1)

Luego de la resolución del cuadro de Suboclusión Intestinal se realizó una nueva radiografía de abdomen. (figura 2)

A continuación se decidió su intervención quirúrgica.

Para usted, ¿qué diagnósticos serían adecuados en este paciente?



Tomografía computada

Institución: Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo, Av. Caseros 2061 (1264) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

E-mail: lesliehasne77@yahoo.com.ar

Resolución del caso en la página 136

◆ IMAGEN DEL NÚMERO

Solución del caso: Suboclusión intestinal

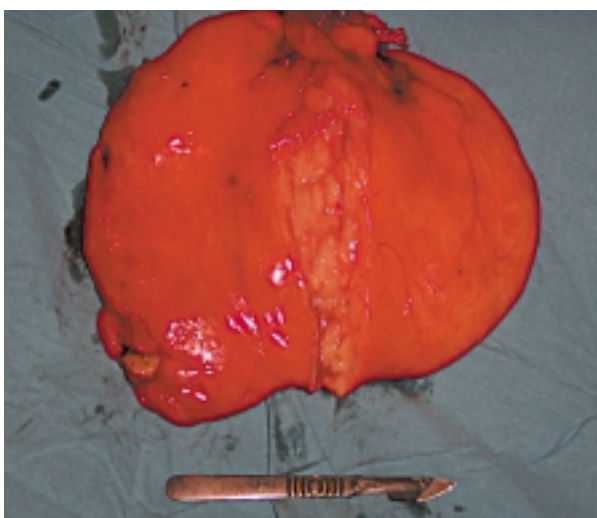
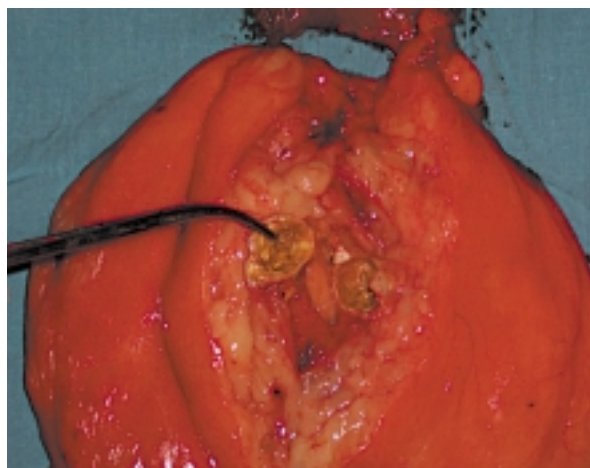
Viene de la página 74

DIAGNÓSTICO: Tumor mesentérico de 20 cm de diámetro localizado a 2.3 mts de válvula ileocecal. Anatomía patológica: Lipoma calcificado.

DISCUSIÓN: Los lipomas son tumores benignos constituidos por tejido adiposo maduro. Derivan del tejido conectivo y son de frecuente observación en adultos pero raros en los niños. Un lipoma puede ser el sitio de calcificaciones. El aspecto clínico y radiológico de un lipoma típico es una lesión homogénea, bien limitada, de igual densidad y señal que el tejido graso subcutáneo. La histología revela lesiones compuestas por adipocitos normales y encapsuladas por tejido conectivo.

Los tumores de mesenterio son poco frecuentes y cerca de dos tercios de los mismos son de características benignas. Se incluyen fibromas, xantogranulomas, lipomas, leiomiomas, neurofibromas, mesenquimomas y tumores vasculares. Los lipomas suelen presentarse como masa abdominal palpable y son responsables del 5% de los cuadros de vólvulo de intestino delgado.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Siempre se debe enviar el espécimen al anatomopatólogo para su estudio histopatológico que lo diferenciará de los liposarcomas (variedad maligna).



Referencias

1. R D Dani, V Gandhi, G N Thakkar, K I Parmar, K Nanavati. Mesenteric Lipoma: A Rare Benign Tumor In The Pediatric Abdomen. *Ind J Radiol Imag* 2003;13:41-42.
2. Sato M, et al. Mesenteric lipoma: report of a case with emphasis of US finding. *European Radiology* 2002;12: 793-795.
3. Kaniklides C; Frykberg R, Lundkvist K. Pediatric mesenteric lipoma, an unusual of repeated abdominal pain. A case report. *Acta radiological* 1998;39:695-697.
4. Ilhan, et al. Giant mesenteric lipoma. *J. Ped. Surg.* 1999;34:639-640