

Masa submucosa falsa en colon, reporte de caso

Adolfo Piedras-Hernández^{1*} y Gerardo A. Morales-Fuentes^{1,2}

¹Servicio de Gastroenterología; ²Servicio de Endoscopia. Hospital Español de México, Ciudad de México, México

Resumen

Presentamos un caso de colonoscopia que muestra una imagen compatible con una masa subepitelial en ángulo hepático, abordándose posteriormente con estudio de tomografía computarizada, donde se evidencia una vesícula en porcelana que impronta en el ángulo hepático del colon que contribuye a la impresión extrínseca de dicha lesión. Son pocas las lesiones extrínsecas que pueden provocar dichas impresiones en el tubo digestivo, sobre todo en la región de colon derecho, y que al momento de realizar una videocolonoscopia pudieran ser difíciles de diferenciar de lesiones subepitelial neoplásicas, por lo que un adecuado complemento diagnóstico no invasivo es crucial.

Palabras clave: Masa subepitelial falsa. Vesícula en porcelana. Colonoscopia.

A false submucosal tumor in colon, case report

Abstract

A case of colonoscopy and CT images compatible with a false colic subepithelial tumor is presented, with a porcelain gallbladder as the causative of the extramural origin nonneoplastic subepithelial lesion. Clinical and endoscopic characteristics of this entity are difficult to differentiate from subepithelial neoplasms in the colon and rectum, thus an adequate approach and early differential diagnosis is crucial, especially to avoid invasive procedures to the patient.

Keywords: False colic subepithelial tumor. Porcelain gallbladder. Colonoscopy.

Introducción

La lesión subepitelial se define como una protuberancia similar a una masa cubierta por una mucosa suprayacente normal, ya sea de origen intramural o extramural. La videocolonoscopia tiene un uso limitado para la caracterización de lesiones subepiteliales en el colon, ya que solo permite una evaluación visual de la superficie de la luz intestinal. Técnicas no invasivas como imágenes radiológicas multicorte pueden ser útiles para caracterizar mejor estas lesiones, obteniendo

información acerca de su origen, su composición interna y la extensión de estas.

Caso clínico

Mujer de 71 años, con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento con telmisartán. Presenta pérdida ponderal de 15 kg en 12 meses, así como cambios en el hábito intestinal, alternando evacuaciones Bristol 5 a Bristol 7, sin moco o sangre. Los exámenes de laboratorio se reportan sin alteraciones. Se realiza

*Correspondencia:

Adolfo Piedras-Hernández

E-mail: adolfopiedras@hotmail.com

Fecha de recepción: 21-03-2022

Fecha de aceptación: 26-07-2022

DOI: 10.24875/END.22000025

Disponible en internet: 10-11-2022

Endoscopia. 2022;34(1):31-33

www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2022. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

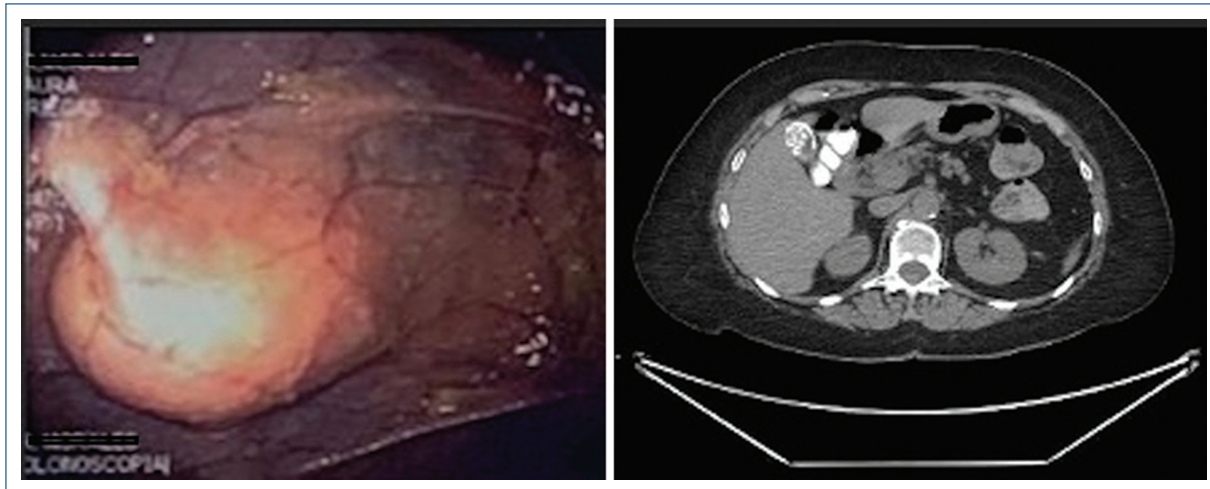


Figura 1. Masa submucosa en ángulo hepático y en tomografía computarizada con vesícula en porcelana que impronta en el ángulo hepático.

colonoscopia, observando en el ángulo hepático una masa subepitelial, redondeada, de 2 cm de diámetro, con signo de la tienda de campaña positivo, la masa se percibe firme, la mucosa supraadyacente se visualizó normal con cromoendoscopia digital, por lo que no se intenta tomar biopsia, así como el resto de la mucosa del colon y con el patrón vascular conservado (Fig. 1). Posteriormente se efectúa estudio de tomografía computarizada con contraste intravenoso (TC/IV) para definir el origen y la extensión de la lesión. El estudio reporta la vesícula biliar con calcificación de su pared (vesícula en porcelana), con múltiples litos en su interior improntándose en el ángulo hepático colónico; muy probablemente causando la aparente imagen de una lesión subepitelial observada en la colonoscopia (Fig. 1). El tratamiento otorgado a esta paciente fue de colecistectomía laparoscópica sin incidentes, asintomática a los seis meses de seguimiento.

Las lesiones subepiteliales se definen como protrusiones o abultamientos en la superficie interna de la pared del tubo digestivo, siendo estas encontradas en el 1% de las endoscopias realizadas¹. La mucosa en estas lesiones no se ve afectada, por lo que su aspecto en la colonoscopia es normal, encontrándose por debajo de esta, la lesión. La mayoría de las lesiones subepiteliales están formadas por tejido muscular, nervioso o neuroendocrino. En algunos casos un órgano o estructura adyacente al tubo digestivo puede comprimir la pared de esta, simulando una lesión subepitelial; razón por la cual una entidad extracolónica puede ser difícil de distinguir de las anomalías

intramurales en la videocolonoscopia^{2,3}. Algunas lesiones extrínsecas que pueden causar esta compresión son: endometriosis, más frecuente en recto-sigmoideas⁴, lesiones presacras que provocan un efecto de masa en la región posterior del recto, siendo la más frecuente el hemartoma quístico retrorrectal⁵; y por último estructuras anatómicas adyacentes al colon como la aorta, las arterias ilíacas comunes, segmentos adyacentes del tracto digestivo, y en el caso de las mujeres el útero y anexos³.

Es importante conocer todos los diagnósticos diferenciales de las lesiones subepiteliales, ya que endoscópicamente su caracterización es difícil. La historia clínica es esencial para el abordaje de estos pacientes, haciendo énfasis en sus antecedentes gastrointestinales; y en caso de sospechar una lesión extrínseca se debe complementar con un estudio de imagen multicorte. En el caso de una verdadera lesión subepitelial el ultrasonido endoscópico puede ser de ayuda para caracterizar la lesión en conjunto con histopatología, aunque estas son de características invasivas y más costosas para el paciente. El uso combinado de una videocolonoscopia con una técnica multicorte de imagen, como la TC, nos permite hacer una evaluación completa de la mayoría de las lesiones subepiteliales, como en el caso de nuestra paciente, en donde se concluye que la lesión presentada era por una impresión extrínseca de vesícula en porcelana.

El conocimiento teórico de estas lesiones y el juicio clínico del endoscopista hará que se tome la mejor conducta ante estos pacientes y situaciones.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Kim TO. Colorectal subepithelial lesions. *Clin Endosc.* 2015;48(4):302-7.
2. Parra-Blanco A. Lesiones submucosas del tubo digestivo. *Rev Esp Enferm Dig.* 2012;104(11):611.
3. Pickhardt PJ, Kim DH, Menias CO, Gopal DV, Arluk GM, Heise CP. Evaluation of submucosal lesions of the large intestine: part 2-Nonneoplastic causes. *RadioGraphics.* 2007;27(6):1693-703.
4. Lyon DT. Endometriosis: an important condition in clinical gastroenterology. *Dig Dis Sci.* 1991;36:353-64.
5. Lev-Chelouche D, Gutman M, Goldman G, Even-Sapir E, Meller I, Issakov J, et al. Presacral tumors: a practical classification and treatment of a unique and heterogeneous group of diseases. *Surgery.* 2003;133(5):473-8.