

INDICE

MONOGRAFIA

Cáncer de colon hereditario no polipósico - Síndrome de lynch

Federico H. E. Carballo

COMUNICACIONES

Linfoma de células del manto. Manifestación extranodal - colorrectal

Julio Lococo

Resección interesfintérica: opción terapéutica para el cáncer rectal ultrabajo

Rita L. O. Pastore, Laura Svidler López, Fabricio R. Ochoa, J. Mariano Ganduglia

Lipoma gigante de recto. Tratamiento quirúrgico transanal

Gustavo Lemme, Guillermo Rosato, Andres Szykula, Esteban Grzona, Marcelo Terrés

Laparoscopia Mano-Asistida en Neoplasias Colorrectales. Evaluación de los Primeros 100 casos

Víctor M. Im, Carlos A. Vaccaro, Guillermo Ojea Quintana, Mario L. Benati, Fernando Bonadeo Lasalle

COMUNICACIÓN DE CASOS

Invaginación colónica del adulto

Martin Pastorino, Facundo Boulin, Adriano Hug, Pablo A. Correa Abraham, Juan A. Perriello

Intususcepción de colon secundaria a lipoma de colon transverso.

Presentación de caso y revisión bibliográfica.

Marcos Zavalía, Marcelo Colinas, Silvina Belli, Emilio de Vedia y Mitre

AUTOEVALUACION

Alejandro Canelas

RESUMENES SELECCIONADOS

Mariano Laporte

NOTICIAS SACP

CONTENTS

MONOGRAPH

Lynch Syndrome. Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer

Federico H. E. Carballo

COMMUNICATIONS

Mantle-Cell Lymphoma. Extranodal Manifestation-Colorectal

Julio Lococo

Intersphincteric Resecton: Therapeutic Option for Ultralow Rectal Cancer

Rita L. O. Pastore, Laura Svidler López, Fabricio R. Ochoa, J. Mariano Ganduglia

Giant Rectal Lipoma. Transanal Resection

Gustavo Lemme, Guillermo Rosato, Andres Szykula, Esteban Grzona, Marcelo Terrés

**HAND-ASSISTED LAPAROSCOPIC COLECTOMY IN COLORECTAL
NEOPLASM. FIRST 100 CASES**

**Víctor M. Im, Carlos A. Vaccaro, Guillermo Ojea Quintana, Mario L. Benati,
Fernando Bonadeo Lasalle**

CASE REPORTS

Adult Colo-Colonic Intussusception

Martin Pastorino, Facundo Boulin, Adriano Hug, Pablo A. Correa Abraham, Juan
A. Perriello

Colonic Intussusception due to Transverse Colonic Lipoma. Case report

Marcos Zavalía, Marcelo Colinas, Silvina Belli, Emilio de Vedia y Mitre

SELF-ASSESSMENT

Alejandro Canelas

SELECTED ABSTRACTS

Mariano Laporte

SACP - NEWS

REVISIÓN - MONOGRAFIA

CÁNCER DE COLON HEREDITARIO. NO POLIPÓSICO - SÍNDROME DE LYNCH

LYNCH SYNDROME. HEREDITARY NONPOLYPOSIS. COLORECTAL CANCER

Carballo Federico Héctor Enrique. Hospital Ignacio Pirovano.

Mejor Monografía – 28º Curso Anual de Coloproctología 2009

Correspondencia a federicocarba@hotmail.com

Campana 2592 - 5 P Dpto 11 - CP 1417

Introducción

Los síndromes de cáncer colorrectal (CCR) hereditario son enfermedades que se heredan en forma autosómica dominante. Es decir, la transmisión de un solo alelo (materno o paterno) confiere la susceptibilidad para desarrollarla. Esto implica que el 50% de la descendencia está expuesta al riesgo. Asimismo, se estima que estas formas de presentación comprenden entre el 3 al 8% de todos los CCR. Considerando que en Argentina se diagnostican 10.700 casos nuevos por año, si se realizara adecuadamente el reconocimiento de estas formas de CCR, habitualmente subdiagnosticadas, deberían identificarse entre 320 y 860 casos por año. Lamentablemente, la falta de diagnóstico de entidades como el síndrome de Lynch está reconocida incluso por los centros de referencia internacionales. Debido al manejo particular que requieren estos síndromes, tanto en la prevención como en el tratamiento y el diagnóstico genético, el subdiagnóstico se asocia a un inadecuado manejo de las personas en riesgo. Esto se traduce en un gran perjuicio, muchas veces prevenible, que ya ha dado lugar a juicios de mala *praxis*.

En esta monografía se profundizaran los aspectos relacionados a la presentación clínica y estrategias de prevención y tratamiento de una las formas hereditarias más frecuentes: el síndrome de Lynch.

LINFOMA DE CELULAS DEL MANTO. MANIFESTACION EXTRANODAL - COLORRECTAL

MANTLE-CELL LYMPHOMA. EXTRANODAL MANIFESTATION-COLORECTAL

Lococo Julio

Servicio de Coloproctología del Complejo Médico Churruca-Visca. Capital Federal

RESUMEN

Antecedentes: Los linfomas gastrointestinales agrupan diferentes lesiones y son objeto de permanente revisión. Se los considera de acuerdo a su histología y el estadio evolutivo, hechos que suelen guardar estrecha relación con la clínica, las conductas terapéuticas y el pronóstico.

El tubo digestivo está afectado entre un 5 a 15% en los pacientes que padecen Linfoma no Hodking. El colon y recto son los sitios de menor frecuencia. Representa entre 0,2 a 0,6% de los tumores malignos colorrectales. El linfoma de células del manto es un subtipo de linfoma de células B, con una frecuencia del 5 al 10% dentro de los linfomas no Hodking.

Objetivo: Presentar el caso de una manifestación colorrectal de linfoma de células del manto, sus características fisiopatológicas y sus alternativas terapéuticas.

Pacientes y método: Paciente de 82 años consultó por proctorragia, diarrea crónica, pérdida de peso y mucorrea de más de tres meses de evolución. Se realizó videocolonoscopia constatándose a 10 cm del margen anal lesión mamelonada, friable, ulcerovegetante, extendida hasta sigma con múltiples pólipos sesiles y subpediculados de gran tamaño en cantidad mayor de 100, extendidos en todo el colon. El hallazgo en correlación con la clínica y la endoscopia es compatible con linfoma de células del manto en su forma de afectación extranodal gastrointestinal, y poliposis linfomatosa múltiple.

Resultados: Se realizó seis esquemas de quimioterapia bajo la modalidad CHOOP (ciclofosfamida, doxirrubicina, vincristina, prednisona) conjuntamente la aplicación al comienzo de los ciclos con Rituximab (Anticuerpo monoclonal). Se realizó un control endoscópico y tomográfico demostrando remisión completa del compromiso colorrectal, ganglios mesentéricos y retroperitoneales. Se observó

persistencia de masas mediastínicas intercavo-aorticas derrame pleural bilateral y dilatación cardiaca. Actualmente se halla libre de enfermedad colorrectal y en seguimiento activo seriado por sus adenopatías mediastínicas y por su insuficiencia cardiaca

Conclusiones: Estudios prospectivos confirman a través de la endoscopia la presencia y frecuencia subestimadas del linfoma de células del manto en el tracto gastrointestinal. Involucra largos segmentos del colon y recto, caracterizados endoscópicamente por la presencia de nódulos, micro y macropólipos

Palabras clave: Linfoma de células del manto, colonoscopia, poliposis linfomatoidea múltiple, quimioterapia.

SUMMARY

Background: Gastrointestinal Lymphomas different injuries and are grouped under constant review. They are considered according to their histology and stage of development, events that are closely related to the clinic, the therapeutic behavior and prognosis. The gastrointestinal tract is affected between 5 to 15% in patients with non-Hodgkin lymphoma. The colon and rectum are less frequent sites. It represents between 0.2 and 0.6% of malignant colorectal tumors. The mantle cell lymphoma is a subtype of B-cell lymphoma, with a frequency of 5 to 10% in non-Hodgkin lymphoma.

Objective: To present the case of a manifestation colorectal mantle cell lymphoma, pathophysiological characteristics and treatment options.

Patients y methods: Patient 82 years consulting with bloody diarrhea, chronic diarrhea, weight loss and mucorrea more than three months of evolución. A colonoscopy was performed, confirmed a 10 cm from the anal injury swellings, extended to multi-sigma subpediculados sessile polyps and large in quantity greater than 100, spread throughout the colon. The finding in correlation with clinical and endoscopy is compatible with mantle cell lymphoma, as extranodal gastrointestinal involvement and multiple lymphomatous polyposis.

Results: We performed six schemes in the form CHOOP chemotherapy (cyclophosphamide, doxorubicina, vincristine, prednisone) combined the

application at the beginning of the cycles with Rituximab (monoclonal antibody). We undertook a endoscopy and CT demonstrated complete remission of colorectal disease, commitment, mesenteric and retroperitoneal lymph nodes. Showed persistence of mediastinal masses, bilateral pleural effusion and cardiac dilatation. Today is free from colorectal disease and active monitoring by their serial mediastinal and their heart failure

Conclusions: Prospective studies confirmed through endoscopy underestimated the presence and frequency of mantle cell lymphoma in the gastrointestinal tract.

It involves long segments of the colon and rectum, characterized endoscopically by the presence of nodules, micro and macropolyps.

Key words: mantle cell lymphoma, colonoscopy, multiple lymphomatoid polyposis, chemotherapy.

Leído en Sesión Ordinaria para optar a Miembro Titular, 14 de agosto 2009

Correspondencia a jilococo@yahoo.com. Complejo Medico Policia Federal Argentina - Churruca – Visca. Uspallata 3400 - 49094100

RESECCIÓN INTERESFINTÉRICA: OPCIÓN TERAPÉUTICA PARA EL CÁNCER RECTAL ULTRABAJO.

INTERSPHINCTERIC RESECTON: THERAPEUTIC OPTION FOR ULTRALOW RECTAL CANCER.

Dres: Rita L. O. Pastore, MAAC, MSACP, MASCRS, Laura Svidler López, MAAC, Fabricio R. Ochoa, MAAC, J. Mariano Ganduglia.

División Cirugía, Sector Coloproctología, Hospital Juan A. Fernández, Buenos Aires.

Leído en la Sesión Científica del 11 de septiembre de 2009

CORRESPONDENCIA: Dra. Rita L. O. Pastore. Gascón 1167, 2° A, Buenos Aires, CP: 1181. E-mail: rpastore@intramed.net

RESUMEN

Antecedentes: El tratamiento para los carcinomas rectales ubicados a ≤ 5 cm. del margen anal ha sido tradicionalmente la amputación abdominoperineal. Sin embargo, la resección rectal con exéresis parcial o total del esfínter interno y anastomosis coloanal resulta una opción válida para tumores diferenciados, sin compromiso del esfínter externo y/o elevador, ni trastornos preoperatorios de la continencia.

Objetivo: Comunicar la experiencia inicial con la resección interesfintérica con anastomosis coloanal para el cáncer rectal ultrabajo (CRUB).

Pacientes y método: Entre enero de 2006 y junio de 2008, luego de neoadyuvancia, se operaron 4 pacientes (3 mujeres; edad media $57,5 \pm 8,1$ (49-68) años) con CRUB, efectuándose resección anterior ultrabaja con disección interesfintérica, resección parcial del esfínter interno y anastomosis coloanal manual (1 directa y 3 con reservorio colónico en J), e ileostomía lateral. Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas registrando distancia del tumor al margen anal (DMA), diferenciación tumoral, score de incontinencia de la Cleveland Clinic (EI), estadificación pre-neoadyuvancia (por ecografía endorrectal en tres pacientes y resonancia magnética nuclear de alta resolución en uno), complicaciones intraoperatorias, morbilidad inmediata, estadía postoperatoria e histopatología. Se evaluaron los resultados funcionales y los oncológicos tempranos, con una mediana de seguimiento de 13 (12-40) meses.

Resultados: La DMA promedio fue de $3,2 \pm 0,5$ (3-4) cm. Todos eran adenocarcinomas semidiferenciados. Todos tuvieron EI preoperatorio de 20. Hubo tres tumores T3N1 y uno T2N0 que llegaba hasta la línea pectínea, involucrando el esfínter interno. No hubo complicaciones intraoperatorias. En el postoperatorio hubo un absceso de herida, dos infecciones urinarias y tres estenosis anastomóticas, dilatadas digitalmente. Estadía postoperatoria promedio 6,5 (6-7) días. La histopatología de la pieza informó margen distal promedio de $10 \pm 4,1$ (5-15) mm; margen circunferencial ≥ 5 mm en tres casos y comprometido en el restante; promedio de ganglios estudiados $25 \pm 14,7$ (13-45); índice de regresión tumoral pos-neoadyuvancia: tres pacientes Dworak 1 y un paciente Dworak 3. En

comparación con la estadificación pre-neoadyuvancia se observó una disminución del T en un caso, del N en dos casos y un aumento del N en otro. Una paciente quedó con ileostomía definitiva por complicaciones de su cierre. De los tres casos evaluables, dos tienen incontinencia sólo a gases, EI: 4/20 (leve) y uno presenta además incontinencia a heces líquidas manejada satisfactoriamente con loperamida, EI: 8/20 (moderada), siendo el seguimiento promedio desde la restauración del tránsito de 7 (6-9) meses. No hubo recurrencia tumoral local ni sistémica.

Conclusiones: En casos seleccionados de CRUB la resección interesfintérica permite conservar la función esfinteriana con resultados funcionales aceptables.

Palabras clave: cáncer rectal ultrabajo, resección interesfintérica, función anal

SUMMARY

Background: Rectal carcinomas, located at ≤ 5 cm of the anal margin has been traditionally, abdominoperineal resection. However, rectal resection with partial or total exeresis of the internal sphincter and coloanal anastomosis is a good option for differentiated tumors, without external sphincter and/or elevator muscle involvement, or preoperative continence disturbances.

Objective: Report on our initial experience on intersphincteric resection with coloanal anastomosis for ultralow rectal cancer (ULRC).

Patients y methods: Between January 2006 and June 2008, after neoadyuvant therapy, 4 patients (3 females; mean age 57.5 ± 8.1 (49-68) years) with ULRC, underwent ultralow anterior resection with intersphincteric dissection, partial internal sphincter resection and manual coloanal anastomosis (1 straight, 3 with colonic J-pouch reservoir), and lateral ileostomy. Clinical records were retrospectively reviewed, recording tumor distance to the anal margin (AMD), tumoral differentiation, Cleveland Clinic incontinence (IS), pre-neoadyuvant estadification (endorectal ultrasound in three patients, and high-resolution magnetic resonance imaging in one patient), intraoperative complications, 30-day morbidity, postoperative stay, and histopathology. Functional and early oncologic results were evaluated. Median follow-up 13 (12-40) months.

Results: Mean AMD 3.2 ± 0.5 (3-4) cm. All tumors were semidifferentiated adenocarcinomas. All patients have preoperative IS of 20. There were three T3N1 tumors, and one T2N0 which reached the dentate line, compromising the internal sphincter. There were no intraoperative complications. Postoperative complications were: There were one wound abscess, two urinary tract infections, and three digitally dilated anastomotic stenosis, Mean postoperative stay 6.5 (6-7) days. Histopathology showed: mean distal margin $10 \pm 4,1$ (5-15) mm; circumferential margin ≥ 5 mm in three cases and involved in one; mean lymph nodes 25 ± 14.7 (13-45); post-neoadjuvant tumoral regression index: three patients Dworak 1 and one patient Dworak 3. Compared with pre-adyuvant estadification, there were a decrease in T stage in one case, a decrease in N stage in two cases, and an increase in N stage in one case. One patient remained with a permanent ostomy for complications of the ileostomy closure. Considering the three evaluable cases, two patients have only gas incontinence, IS: 4/20 (mild); and one patient incontinence to liquid stool, satisfactorily managed with loperamide, IS: 8/20 (moderated), with a mean follow-up of 7 (6-9) months, from the closure of the ileostomy. There were no local, or distant tumoral recurrences.

Conclusions: Intersphincteric resection allows preservation of sphincter function with acceptable functional results in selected cases of ULRC.

Key words: ultralow rectal cancer, intersphincteric resection, anal function.

Lipoma gigante de recto. Tratamiento quirúrgico transanal

Giant rectal Lipoma. Transanal resection.

Gustavo Lemme, Guillermo Rosato, Andres Szykula, Esteban Grzona E, Marcelo Terrés. *Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Austral*

Leído en la Sesión Ordinarios del 11 de septiembre de 2009.

Correspondencia a: Guillermo Rosato. grosato@cas.austral.edu.ar

Hospital Universitario Austral, Av. Juan Domingo 1500, Pilar, Bs.As, Arg

Resumen

Los lipomas son neoplasias benignas derivadas del tejido conectivo adiposo. Es una patología poco frecuente. Generalmente, cursan en forma asintomática. El presente trabajo corresponde a la presentación de un caso. Se menciona el enfoque diagnóstico y las alternativas terapéuticas.

Summary

Lipomas are benign Neoplasms of the adipose connective tissue. It is a rare pathology and in general, asymptomatic. This case presentation reviews the approach to diagnosis and treatment alternatives.

Palabras clave: Lipoma Gigante, recto, tumor.

Key words: Giant lipoma, rectum, tumor.

Laparoscopia Mano-Asistida en Neoplasias Colorrectales. Evaluación de los Primeros 100 casos

Víctor M. Im, MAAC; Carlos A. Vaccaro, MACC, MSACP; Guillermo Ojea Quintana, MAAC, MSACP; Mario L. Benati, MAAC, MSACP; Fernando Bonadeo Lasalle, MAAC, MSACP.

Servicio de Cirugía General, Sección de Coloproctología, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Leído en la Sesión Científica del 14 de agosto de 2009

Correspondencia a carlos.vaccaro@hospitalitaliano.org.ar

Guayaquil 226 – 7º B (1424) Capital Federal

Resumen

Introducción: La cirugía colorrectal laparoscópica mano-asistida es propuesta como una alternativa a la laparoscopia convencional para facilitar el procedimiento conservando las ventajas del abordaje mínimamente invasivo. El objetivo del presente trabajo fue analizar la experiencia inicial con esta técnica en términos de resultados intra y postoperatorios inmediatos en pacientes con cáncer colorrectal.

Diseño: Estudio retrospectivo.

Pacientes y método: Se analizan 100 pacientes (51 mujeres, edad promedio 69 años, mediana de IMC: 24) operados en forma electiva entre julio de 2006 y enero de 2009. Las indicaciones fueron: adenocarcinoma de colon derecho (31 casos), adenocarcinoma de colon izquierdo (29 casos), adenocarcinoma de recto (21 casos), pólipo adenomatoso (15 casos), adenocarcinoma sincrónico (2 casos) y adenocarcinoma de colon transversal (2 casos). Se efectuaron 38 colectomías derechas, 23 sigmoidectomías, 23 resecciones anteriores, 12 colectomías izquierdas, 2 colectomías transversales, 2 colectomías dobles.

Resultados: El tamaño de la herida fue de 6.5 (rango:6-7) cm. El tiempo operatorio global fue de 150 minutos (IC95%:140-180). Las resecciones anteriores se asociaron a un mayor tiempo operatorio: 190 vs 120 y 150 minutos para las colectomías derechas e izquierdas respectivamente ($p < 0.01$). La mediana de pérdida sanguínea fue de 70ml (IC95%:60-100). El índice de conversión fue de 5%, sin conversiones en los últimos 55 casos. Sólo 1 complicación intraoperatoria (sangrado) requirió conversión. No se produjeron muertes postoperatorias. La estadía hospitalaria fue de 3,5 (IC95%:3-4) días y sólo 1 paciente fue reinternado. El 26% de los pacientes eliminó gases el primer día post-operatorio (mediana 2 días, IC95%:1-2 días). La morbilidad fue del 11%: infección de herida 5 casos, débito sanguíneo por el drenaje 1 caso, íleo post-operatorio 5 casos.

Conclusión: la técnica laparoscópica mano-asistida demostró mantener las ventajas del abordaje laparoscópico convencional y se asoció a un muy bajo nivel de conversión a pesar de haberse aplicado en un grupo de pacientes no seleccionados.

Palabras claves: HALS, Colorectal Surgery, Colorectal Laparoscopy

Summary

Introduction: colorectal hand-assisted laparoscopy surgery is proposed as an alternative approach to standard laparoscopy in order to make the procedure easier and to maintain the advantages of minimally invasive surgery. The aim of this study was to analyze our initial experience in terms of intra-operative and short-term outcomes in patients with colorectal cancer.

Methods: we analyzed 100 patients (51 females; mean age, 69 years; BMI, 24) operated on electively between July 2006 and January 2009. The indications for surgery were: adenocarcinoma of the right colon (31 cases), adenocarcinoma of the left colon (29 cases), adenocarcinoma of the rectum (21 cases), adenomatous polyp (15 cases), synchronous adenocarcinoma (2 cases) and adenocarcinoma of the transverse colon (2 cases). The procedures performed were: 38 right colectomies, 23 sigmoidectomies, 23 anterior resection, 12 left colectomies, 2 transverse colectomy, and 2 double colectomy.

Results: The median size of the incision was 6.5 cm (95%CI, 6-5) cm. Global operative time was 150 minutes (95%CI, 140-180). Anterior resections were associated with a longer operative time: 190 minutes vs. 145 and 120 minutes for right and left colectomies respectively ($p < 0.005$). The median loss of blood was 70 mL (IC95%, 60-100). Five cases (5%) required conversion with no cases in the last 55 patients. There were only 1 intraoperative complication which required conversion and there were not postoperative deaths. The median hospital stay was 3.5 (95%CI, 3-4) days, and only 1 patient requiring re-admission. 26% of the patients passed gas in the first postoperative day (median 2; 95%CI, 1-2 days). The morbidity rate was 11% (11 patients): wound infection, 5 cases; bleeding through drainage, 1 case; post-operative ileo, 5 cases.

Conclusion: Although hand-assisted laparoscopy was used in a non selected group of patients, the advantages of a minimally invasive approach were maintained with a very low conversion index.

Key words: HALS, Colorectal Surgery, Colorectal Laparoscopy

COMUNICACIÓN DE CASOS

Invaginación colónica del adulto. Adult Colonic intussusception

Pastorino Martín^{*}, Boulin Facundo^{*}, Hug Adriano^{*}, Correa Abraham Pablo

Agustín^{*}, Perriello Juan Alberto^{} MAAC.**

Hospital Privado de la Comunidad. Mar del Plata

Correspondencia a Cordoba 4545 martinpastorino6@hotmail.com

Resumen: La invaginación de colon es una causa poco frecuente de oclusión intestinal en el adulto, en los casos que se presenta, en su mayoría, es por patología orgánica y en general el diagnóstico se hace durante la cirugía. En este trabajo se presentan dos casos de intususcepción colónica secundarios a patología neoplásica y su resolución. Consideramos que la resección quirúrgica es el tratamiento de elección.

Palabras clave: intususcepción, colon, obstrucción intestinal

Abstract: Colonic intussusception is a rare cause of bowel obstruction in adults. Mostly it is secondary to organic pathology and diagnosis is usually made during surgery. We present two cases of colonic intussusception due to neoplastic disease and its resolution. Surgical resection was the treatment of choice.

Key words: Intussusception, large bowel, bowel obstruction.

Intususcepción de colon secundaria a Lipoma de colon transverso.

Presentación de caso y revisión bibliográfica.

Colonic intussusception due to Transverse colonic lipoma. Case report

Marcos Zavalía*, MAAC, MSACP, Marcelo Colinas*, MAAC, MSACP, Silvina Belli^o, Emilio de Vedia y Mitre*, MAAC, MSACP

Sector Coloproctología y Servicio de Cirugía General ^a- Clínica Ciudad, Buenos Aires, Argentina.*

Correspondencia: Marcos Zavalía. Virrey Avilés 3736. Piso: 5°.CP 1427.

marcoszavalía@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: El lipoma de colon es un tumor formado por tejido adiposo bien diferenciado con un estroma fibroso de sostén. Ocupa el segundo lugar entre los tumores benignos colónicos luego de los adenomas, excluyendo el pólipo

hiperplásico. **Objetivo:** presentación de caso clínico de una patología infrecuente.

Lugar de aplicación: Institución privada. **Paciente:** Paciente masculino de 54 años, operado de urgencia, con diagnóstico anatomopatológico de lipoma submucoso ulcerado de colon. Se realizó colectomía izquierda alta con abocamiento de cabos, por tumor invaginante de colon transverso distal.

Conclusiones: Es una entidad poco frecuente, que puede ser identificada en exploraciones de rutina. La mayoría son asintomáticos. El tratamiento puede ser endoscópico o quirúrgico, dependiendo del tamaño y forma de presentación.

Palabras clave: Lipoma de colon. Intususcepción, obstrucción

SUMMARY

Background: Colonic lipoma is a tumor with well-differentiated adipose tissue, with a supporting fibrous stroma. It ranks second among benign colonic adenomas after excluding the hyperplastic polyp. **Objective:** report of case of infrequent pathology. **Place:** Private institution. **Patient:** 54 years old male patient with pathological diagnosis of ulcerated submucosal lipoma of the colon. Emergent Left colectomy was performed, by invaginating tumor of the distal transverse colon.

Conclusions: It is a rare entity that can be identified in routine examinations. Most are asymptomatic. The treatment may be endoscopic or surgical, depending on size and form of presentation.

Key words: Colonic lipoma. Intussusception, colonic obstruction