

Lipoma rectal que simula un prolapso rectal: reporte de un caso y revisión de la literatura

Nicolás Betancur García¹, Bryam F. Holguín Muñoz², Cristian H. Higuera Rendon², Alejandro Londoño Amariles²

Hospital Universitario San Jorge de Pereira, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia

¹Coloproctologist

²Medical Student

Para citar:

Betancur García N, Holguín Muñoz BF, Higuera Rendon CH, et al. Lipoma rectal que simula un prolapso rectal: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(1):19-21. doi:10.46768/4h2w0044

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista: <https://doi.org/10.46768/4h2w0044>

Recibido: 21-08-2025

Aceptado: 24-09-2025



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología. Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Alejandro Londoño Amariles:
Alejandro.londono2@utp.edu.com

RESUMEN

Introducción: El lipoma rectal es una neoplasia benigna extremadamente rara que puede simular un prolapso rectal, representando solo el 3.4% de todos los lipomas colónicos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 69 años que consultó por un prolapso rectal irreductible, identificado posteriormente como un lipoma multilobulado de 8 x 8 cm. La resección quirúrgica transanal confirmó el diagnóstico mediante análisis histopatológico.

Resultados: La paciente cursó con una adecuada evolución postoperatoria, sin reingresos.

Conclusión: Los lipomas colorrectales, especialmente en el recto, son inusuales y pueden presentar complicaciones como necrosis y sangrado, requiriendo un diagnóstico diferencial preciso y una intervención quirúrgica oportuna.

Palabras clave: lipoma, neoplasia del recto, prolapso rectal, cirugía colorrectal, recto

ABSTRACT

Introduction: Rectal lipoma is an extremely rare benign neoplasm that can simulate rectal prolapse, accounting for only 3.4% of all colonic lipomas. **Case report:** We present the case of a 69-year-old female patient who consulted for an irreducible rectal prolapse, subsequently identified as an 8 x 8 cm multilobulated lipoma. Transanal surgical resection confirmed the diagnosis by histopathological analysis. **Results:** The patient had an adequate postoperative evolution, with no readmissions. **Conclusions:** Colorectal lipomas, especially in the rectum, are unusual and may present complications such as necrosis and hemorrhage, requiring an accurate differential diagnosis and timely surgical intervention.

Keywords: lipoma, rectal neoplasia, rectal prolapse, colorectal surgery, rectum

INTRODUCCIÓN

El prolapso hemorroidal y el prolapso rectal son condiciones frecuentes con un diagnóstico y abordaje terapéutico específico. Con menor incidencia, otras lesiones como los lipomas rectales también pueden prolapsar a través del ano, en cuyo caso se requiere una alta sospecha clínica para un adecuado tratamiento.

Los lipomas son tumores benignos de tejidos blandos compuestos por adipocitos maduros. En 1957 Bauer describió por primera vez este tumor en el tracto digestivo, el cual macroscópica y radiológicamente es indistinguible del tejido adiposo normal, por lo que el estándar de oro para el diag-

nóstico es el análisis histopatológico. Los lipomas colónicos son relativamente raros, su incidencia en la literatura se reporta entre el 0,035 y el 4,4%,^{1,2} predominando en el colon derecho. El lipoma rectal es aún más raro, representando el 3,4% de todos los lipomas colónicos.³ Son más comunes en adultos entre los 40 y 59 años y tienen una predominancia femenina.⁴ El objetivo de esta publicación es reportar un caso de lipoma rectal prolapsado, que simulaba un prolapso rectal y discutir sobre las múltiples entidades que obligan a considerar ese diagnóstico diferencial.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 69 años, quien consulta a la unidad de urgencias por un cuadro clínico de 3 horas de evolución, que impresiona un prolapso rectal irreductible a las maniobras digitales (Fig. 1A), sin síntomas asociados ni signos de isquemia o necrosis, acompañado de rectorragia de corta evolución.

En este contexto, la paciente es evaluada por el cirujano de colon y recto, quien al examen físico observa una masa de aspecto amarillento indurada, friable, irreductible, sin presencia de moco ni un orificio central, descartando la posibilidad de que dependa de la mucosa rectal (Fig. 1B). Al realizar el tacto rectal, se encuentra un pedículo grueso que impresiona depender de la capa muscular y no infiltra el esfínter anal. Por lo anterior, se considera necesaria la resección quirúrgica.

Se realiza un abordaje transanal, donde se evidencia una lesión tumoral de 8 x 8 cm protruida por el canal anal, multilobulada y con un único pedículo grueso aparentemente dependiente de la capa muscular (Fig. 2A).



Figura 1: Lipoma de recto. A. Lesión que prolapsa a través del ano, de coloración amarillenta, multilobulada, de aproximadamente 8 x 8 cm. B. Se observa un pedículo no dependiente de la mucosa rectal.

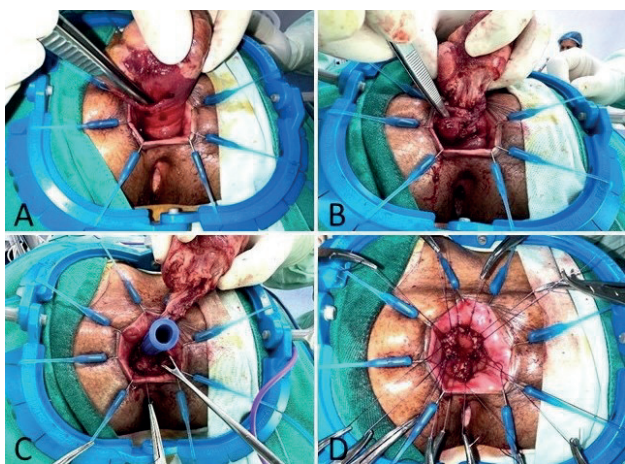


Figura 2: Exéresis de lipoma rectal por vía endoanal. A. Lesión pediculada dependiente de la capa muscular rectal, se observa una pinza de disección en la luz rectal. B. Se inicia la disección liberando la mucosa de la capa muscular del recto, identificando la luz rectal con una pinza de disección. C. Tutorización de la luz rectal con una sonda para evitar su cierre. D. Anastomosis de la mucosa rectal.

Se considera imposible reseccionar la lesión con sutura mecánica por el riesgo de ocluir la luz del recto de manera iatrogénica. Por tal razón, durante todo el procedimiento, se tutoriza la luz rectal con una sonda o una pinza de disección y se disecciona la lesión liberando la mucosa de la muscular del recto hasta reseccionar el tumor (Figs. 2B y 2C), realizando el cierre de la mucosa rectal (Fig. 2D) con puntos separados de Vicryl 3-0. La evolución postoperatoria fue sin complicaciones y se otorgó el egreso hospitalario al quinto día.

El estudio histopatológico reportó una neoplasia benigna compuesta por adipocitos maduros en una trama fibrovascular laxa, compatible con un lipoma (Fig. 3).



Figura 3: Pieza de resección. Lesión multilobulada de color amarillo y superficie suave al corte.

DISCUSIÓN

Los lipomas colorrectales se definen como tumores benignos no epiteliales de origen mesenquimal, cuyo potencial maligno es muy bajo. Histológicamente, son depósitos esféricos de tejido adiposo maduro en la pared intestinal, rodeados por una cápsula fibrótica. Se clasifican en tipo submucoso, subseroso, intramuscular y mixto. El submucoso es el tipo patológico más importante y prevalente,⁵ encontrándose hasta en un 90% de los casos.^{4,6} Macroscópicamente se distinguen por una superficie suave y lisa cubierta por una mucosa de color amarillo. Generalmente, este tipo de lipoma es <2cm, sésil o pediculado.

Los lipomas colónicos predominan en el colon derecho, que representa del 65 al 75% de todos los casos.⁷ En el recto son extremadamente raros. En un análisis de 18 años realizado en 17 pacientes con lipomas colorrectales, solo tres presentaron lipoma rectal.⁸ En otro análisis de 10 años realizado en la Clínica Mayo, sobre 91 pacientes con lipomas colorrectales, no se reportó ningún lipoma rectal.⁹ El prolapso del lipoma rectal a través del ano es más raro aún, solo se han reportado pocos casos en la literatura y hasta el momento ninguno en Colombia, lo que hace interesante este caso clínico.

El lipoma del recto o colon sigmoidees puede prolapsar fuera del ano durante el acto defecatorio y reducirse de manera

espontánea o con maniobras manuales. En ocasiones puede producirse un prolapso agudo irreductible, como es el caso de nuestra paciente. La mucosa del lipoma puede presentar congestión y edema, erosión focal, ulceración⁵ e incluso puede actuar como una incarceration llevando a isquemia y necrosis.¹⁰ Deben considerarse los diagnósticos diferenciales con otras lesiones que prolapsan a través del ano, entre ellas el prolapso mucoso o completo del recto, el prolapso hemorroidal, los pólipos rectales prolapsados y, por otra parte, con otras lesiones como la trombosis hemorroidal y el tumor de Buschke-Lowenstein, causado por el virus del papiloma humano. La colonoscopia es un medio importante para diagnosticar lipomas colorrectales. La mayoría de los lipomas aparecen como unas lesiones blandas, recubiertas de mucosa normal lisa, con cápsula intacta, móviles y deformables, con o sin pedículo y, ocasionalmente, presentan vasos sanguíneos. Aunque se han desarrollado diferentes técnicas endoscópicas consideradas como un adelanto importante en la endoscopia diagnóstica actual¹⁰ como la endoscopia con imagen de banda estrecha, y otras técnicas de visualización citológica in vivo como la endomicroscopía láser confocal, el análisis histopatológico continúa siendo el *gold standard* diagnóstico para estas lesiones. Por otra parte, existen ayudas diagnósticas como el examen con enema de bario, la ultrasonografía endoscópica, la tomografía computarizada (TC) abdominopélvica y la resonancia nuclear magnética (RNM). El tratamiento de los lipomas que prolapsan a través del ano es inminentemente quirúrgico, por la sintomatología y las complicaciones que pueden desencadenar como necrosis, ulceración y sangrado.

Li Jiang et al.¹¹ consideran que la extirpación quirúrgica debería ser la opción preferida para las siguientes indicaciones: 1) diámetro >4 cm, con apariencia sésil o pedículo limitado; 2) diagnóstico preoperatorio incierto; 3) síntomas y signos significativos, especialmente la aparición de intususcepción; 4) compromiso de la capa muscular o serosa y 5) lesión que no puede ser resecada radicalmente bajo colonoscopia.

CONCLUSIÓN

Los lipomas de recto que prolapsan a través del ano son infrecuentes y requieren una resolución quirúrgica pronta por

el riesgo de necrosis, ulceración y/o sangrado. Se deben conocer los diferentes diagnósticos diferenciales de las lesiones prolapsantes, ya que no todas tienen igual manejo diagnóstico y terapéutico.

Contribuciones: *Conceptualización:* Betancur García N, Londoño Amariles A, Holguín Muñoz BF, Higuera Rendón CH; *Recopilación de datos:* Betancur García N; *Administración de proyectos:* Londoño Amariles A; *Supervisión:* Betancur García N; *Redacción:* Betancur García N, Londoño Amariles A, Holguín Muñoz BF, Higuera Rendón CH; *Escritura:* Betancur García N, Londoño Amariles A, Holguín Muñoz BF, Higuera Rendón CH.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Betancur García N: <https://orcid.org/0000-0001-7542-157X>

Holguín Muñoz BF: <https://orcid.org/0000-0001-5930-0217>

Higuera Rendón CH: <https://orcid.org/0000-0003-0979-0814>

Londoño Amariles A: <https://orcid.org/0000-0003-2541-2434>

REFERENCIAS

- Ghanem OM, Slater J, Singh P, Heitmiller RF, DiRocco JD. Pedunculated colonic lipoma prolapsing through the anus. *World J Clin Cases.* 2015;3:457–61.
- Panagiotakis GI, Andreou AG, Petrakis IE, Tzardi M, Daskalogiannaki M, Chalkiadakis GE. Laparoscopic resection of a sigmoid colon lipoma in a young female patient: A case report and review of the literature. *Oncol Lett.* 2017;13:1303–6.
- Roknsharif S, Ricci Z, Kobi M, Huo E, Yee J. Colonic lipomas revisited on CT colonography. *Abdom Radiol (NY).* 2022;47:1788–97.
- Kose E, Cipe G, Demirkan S, Oguz S. Giant colonic lipoma with prolapse through the rectum treated by external local excision: A case report. *Oncol Lett.* 2014;8:1377–9.
- Gao W, Zhang K, You F. A case report and literature review of rectal lipoma. *Medicine (United States).* 2023;102:E34429.
- Kouritas VK, Baloyiannis I, Koukoulis G, Mamaloudis I, Zacharoulis D, Efthimiou M. Spontaneous expulsion from rectum: A rare presentation of intestinal lipomas. *World Journal of Emergency Surgery.* 2011;6:1–5.
- Ozen O, Guler Y, Yuksel Y. Giant colonic lipoma causing intussusception: CT scan and clinical findings. *Pan Afr Med J.* 2019;32:1937–8688.
- Rogy MA, Mirza D, Berlakovich G, Winkelbauer F, Rauhs R. Submucous large-bowel lipomas-presentation and management. An 18-year study. *Acta Chirurg Eur J Surg.* 1991;157:51–5.
- Taylor BA, Wolff BG. Colonic lipomas - Report of two unusual cases and review of the Mayo Clinic experience, 1976-1985. *Dis Colon Rectum.* 1987;30:888–93.
- Liz A, Castro Á, Escuder Rébora J, Viola Malet M. Lipoma de recto prolapsado e encarcelado: caso clínico y análisis de la literatura. *Rev Cir Uru.* 2023;7.
- Jiang L, Jiang LS, Li FY, Ye H, Li N, Cheng NS, et al. Giant submucosal lipoma located in the descending colon: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2007;13:5664–7.