

## Eleoma de sigmoide\*

PABLO STEIMLE\*\*

**B**OGLIOLO<sup>6</sup> cita por lo menos diez sinónimos de eleoma, de los cuales, los más frecuentemente empleados son: oleoma, parafinoma, oleo-granuloma y lipogranuloma, Rosser y Wallace<sup>18</sup> parecen ser los primeros en haber calificado de eleomas a estos tumores granulomatosos poco frecuentes y debidos por lo general a la inyección de parafina en la pared rectal para esclerosar hemorroides. El tamaño de estos tumores es variable pudiendo ser minúsculos o llegar a formar grandes masas con propensión a invasión regional. (Nairn)<sup>14</sup>.

Al practicar una rectosigmoidoscopia en una paciente, nos encontramos con una pequeña tumoración en sigmoide, la cual resultó ser al examen histopatológico un eleoma.

Los caracteres histológicos de esta tumoración nos permitieron darle, por su localización poco común y su origen aparentemente espontáneo el nombre de Eleoma de sigmoide.

### PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

La paciente, Elvira I de C. . . ., de 42 años, casada sin niños, vista por primera vez en nuestra consulta particular el 10. de noviembre de 1960 tenía la historia clínica siguiente:

*Antecedentes personales:* enfermedades de la niñez sin consecuencias; tabaquismo, alcoholismo y enfermedades venéreas: negativos.

En 1951 miomectomía, tratamiento de anexos y apendicectomía.

\* Trabajo hecho en homenaje al Sr. Profesor L. Zuescherdt en su sexagésimo aniversario.

\*\* Profesor de la Facultad de Medicina de la U. N. A. M.

En 1956 histerectomía total. De 1959 a la fecha: ataques colícticos con presencia de vez en cuando de sangre macroscópica en las heces; no se comprobó la presencia de "Endamoeba histolítica" en repetidos exámenes según dice la paciente.

*Padecimiento actual:* La paciente viene a consultar por dolores en bajo vientre más o menos continuos con exacerbaciones del tipo espasmódico, presentando períodos de estreñimiento con evacuaciones a veces sanguinolentas y dolorosas. Dice no haber tenido diarreas. Por las noches se siente muy molesta y con el abdomen meteorizado. También se queja de flujo vaginal más o menos abundante y de micciones frecuentemente dolorosas. Estos padecimientos persisten desde febrero de 1960.

Al interrogarla, en general no acusa ningún trastorno de tipo menopáusico, pero dice notar una hipocausia progresiva desde hace algunos años por la cual ha consultado al especialista.

En cuanto a su vida conyugal, dice no tener relaciones sexuales desde hace más de tres años; según ella esto no la molesta.

*El examen clínico* mostró un vientre meteorizado con un cuadro cólico sensible a la palpación, especialmente el sigmoide.

El examen ginecológico reveló un estado post-histerectomía total. No había flujo vaginal ya que la enferma se había hecho un lavado antes de venir a consulta.

Tacto rectal: sin particularidad.

Anoscopía: sin particularidad; no hay hemorroides.

El resto del examen clínico fue esencialmente negativo: T.A.: 140/180; pulso: 76'; Tº 36.4; peso 46.5 kgs.; estatura 1.57 mts.

Fluoroscopía de pulmones y corazón: normal.

*Exámenes de laboratorio:*

Biometría hemática (24-XI-60), química sanguínea (24-XI-60) y examen de orina (24-XI-60) normales. El estudio de Papanicolau vaginal mostró: Papanicolau negativo I, efecto estrogénico grado II y reacción inflamatoria + + +. En el urocultivo se aislaron colonias de *Neisseriae catarrhalis* y monilias, así como en el frotis y cultivo de secreción vaginal. El examen coproparasitoscópico en serie de 3, no mostró anomalías.

Teniendo en cuenta estos resultados de laboratorio se le prescribieron: antiespasmódicos intestinales; tratamiento oral y local para la moniliasis (admitimos que se trataba únicamente de moniliasis vaginal con contaminación de la orina). Se le ordenó hacerse un estudio radiográfico de: estómago, duodeno, colon y vesícula biliar.

El 3 de febrero de 1961 volvimos a ver a la enferma, la cual había curado de su moniliasis vaginal pero seguía con trastornos colícticos. Del 15 de noviembre de 1960 a la fecha, la enferma, no había encontrado el tiempo para hacerse el estudio completo de tracto digestivo y vesícula biliar. Se le vuelve a insistir sobre la conveniencia de tales estudios.

El 20 de mayo de 1961, la enferma vuelve a presentarse a nuestra consulta, esta vez con su estudio radiográfico y anunciándonos que tenía evacuaciones muco-sanguinolentas desde hacía más o menos un mes.

Se repite el examen clínico el cual muestra meteorismo abdominal y sensibilidad del cuadro cólico. El tacto rectal y la anoscopía son negativos. T.A.: 130/80; Peso: 45.5 kgs.; Tº 37.

Vemos el estudio radiográfico, el cual muestra:

Estómago, duodeno, vesícula biliar: normales.

Colon: dolicosigmoide, pero por lo demás normal. (Figs. 1 y 2).

Se piden: un examen coproparasitoscópico y un coprocultivo.

Se le dan instrucciones para prepararse para una rectosigmoidoscopia.



Fig. 1. Radiografía de relleno de colon.



Fig. Radiografía después de vaciamiento e insuflación de aire. Ambos estudios no muestran mas que un dolicosigmoide.

El 24 de mayo de 1961 la enferma se presenta al consultorio con el examen coproparasitoscópico siguiente:

Examen macroscópico: Color: rojo.

Moco: si contiene ++++

Sangre: ++++

Examen microscópico: La muestra es mucosa y sanguinolenta. La sangre es fresca. No se observaron parásitos.

Coprocultivo:

La muestra se presenta mucosa y sanguinolenta.

Negativo a patógenos entéricos.

Se procede a una rectosigmoidoscopia introduciendo el aparato hasta 29 cms. del margen anal. A esta altura se encuentra una pequeña tumoración polipoide de

unos 0.5 cms. de diámetro, de aspecto apoplético, ligeramente sangrante, la cual es removida *in toto* con la pinza de biopsia. Se saca lentamente el rectosigmoidoscopio, observándose de paso la mucosa la cual aparece atrofiada, pálida y en partes cubierta de moco. A los 24 cms. del margen anal se observan cuatro pequeñas formaciones de aspecto verrugoso de unos 2 milímetros de diámetro, color rosa y no sangrantes; estas formaciones son removidas *in-toto* con la pinza de biopsia. Se prosigue la inspección de la mucosa hasta sacar el aparato y no se encontró lesión alguna más que las descritas. Las piezas obtenidas son mandadas a estudio histopatológico.

Se le prescribe a la paciente Humatin\*, 1 cápsula cada ocho horas en espera de la respuesta del patólogo.

El 26 de mayo de 1961, se presenta la enferma, dice sentirse mejor y ya no haber tenido evacuaciones con sangre aparente.

El reporte histopatológico de las piezas examinadas por el Dr. Edward S. Murphy es el siguiente:

Piezas: I tomada a 29 cms. del margen del ano. II tomadas a 24 cms. del margen del ano.

*Descripción macroscópica:* La muestra número I se constituye por un fragmento pequeño de tejido color café pálido, de forma irregular y con eje mayor de 0.4 cms.

La muestra II corresponde a 4 fragmentos de tejido de forma irregular, del mismo aspecto macroscópico ya mencionado y con eje de 0.3 cms.

*Descripción microscópica:* En la biopsia número I que corresponde a un sitio en colon a 29 cms. del margen del ano se observa mucosa del intestino grueso que conserva su aspecto histológico esencialmente normal, pero en la submucosa existen varios granulomas constituidos por abundantes células gigantes de tipo de cuerpo extraño, así como macrófagos grandes en cuyo citoplasma se observan espacios vacíos, claros, que probablemente corresponden a un contenido de sustancia grasosa. Existe fibrosis mínima alrededor de los granulomas. No hay dato alguno de amibiasis. (Figs. 3, 4 y 5).

En la biopsia número II que corresponde a 4 fragmentos tomados a 24 cms. del margen del ano se observa mucosa y submucosa normales.

*Comentario:* La lesión descrita se ha llamado eleoma y es un granuloma de tipo de cuerpo extraño generalmente secundario a aceite mineral que es uno de los componentes en las sustancias accitosas en el tratamiento de hemorroides por inyección. También hay algunas que provienen del uso de aceite mineral por vía oral.

#### DIAGNOSTICO: ELFOMA DEL COLON SIGMOIDE.

Ante este resultado interrogamos con insistencia a la paciente sobre algún posible hábito de tomar laxantes con aceite mineral, lo cual niega. Sin embargo los días 20, 21, 22 y 23 de mayo de 1961, tomó "Milpar"\*\*\* por prescripción nuestra, como coadyuvante a la preparación para la rectosigmoidoscopia.

\* Humatin: sulfato de paromicina, cápsulas de 250 mgrs.

\*\* "Milpar": mezcla de petrolato y leche de magnesia.

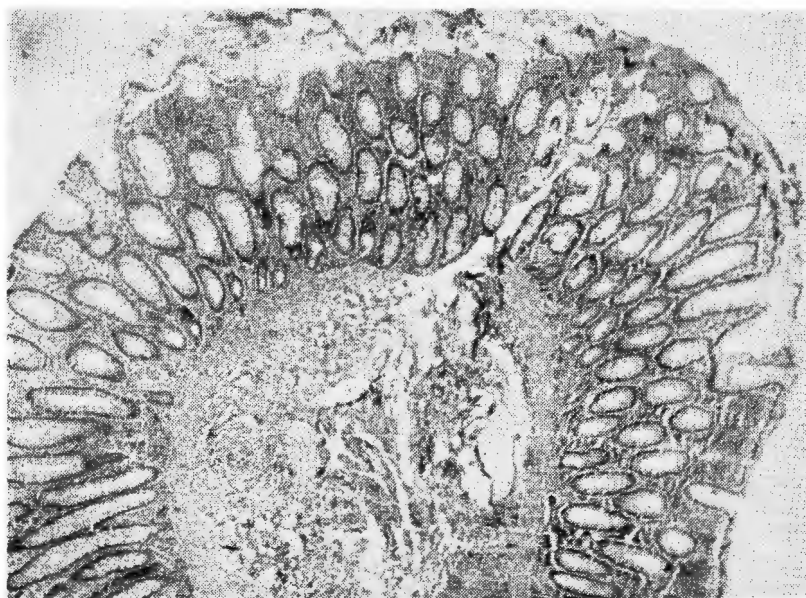


Fig. 3. Vista panorámica de la biopsia a 29 cms. de ano. Se observa mucosa del colon esencialmente intacta pero existe una hendidura al lado derecho del campo que conduce a una lesión granulomatosa en la submucosa y que se encontró llena de sangre fresca. En la submucosa el granuloma ocupa casi todo el tejido incluido en el corte. (X 45).



Fig. 4. Acercamiento de la lesión en la submucosa para ver las masas de células gigantes de tipo cuerpo extraño así como infiltración de leucocitos. (X 80).

Recomendamos a la paciente seguir tomando Humatin\* y volver a prepararse para otra rectosigmoidoscopia para el 1º de junio pero sin tomar esta vez "Milpar"\*\*\*.

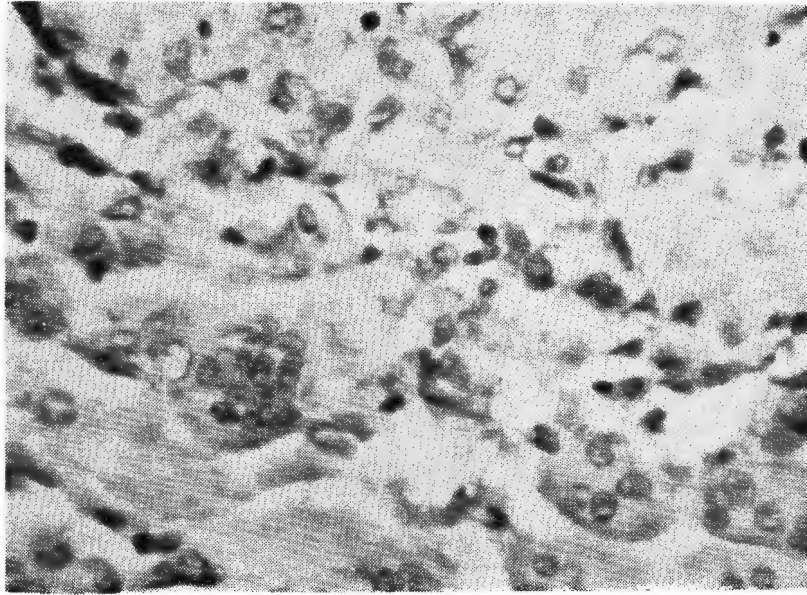


Fig. 5. Vista a mayor aumento de las células gigantes y los espacios vacíos en su citoplasma que evidentemente representan grasa. (X 400).

Al presentarse la enferma el 10. de junio dice sentirse mejor pero estar algo nerviosa ante la idea de un nuevo examen, el cual se practica, pero debido al estado de la paciente no se llega más allá de 25 cms. del margen anal. A este nivel se ven algunas formaciones color rosa, idénticas a las señaladas a 24 cms., la vez anterior. Retirando el rectosigmoidoscópico se vuelve a observar detenidamente la mucosa la cual presenta los caracteres ya descritos anteriormente y se van tomando muestras de moco para hacer un examen parasitológico en fresco. Se retira el aparato sin haberse podido encontrar ninguna otra lesión.

El resultado del examen en fresco de las muestras de mucosidad no señaló alteraciones importantes.

Se encontraron bastantes leucocitos y escasos glóbulos rojos.

Considerando los exámenes practicados a esta enferma llegamos a la conclusión de que objetivamente no existe más que un dolicosigmoide con fenómenos colíticos del tipo mixorreia proctocólica, acompañados de episodios hemorrágicos lo cual, según ciertos autores (Bacon<sup>1</sup>, es sintomático de este padecimiento. En el transcurso del que vimos encontramos además un eleoma sangrante.

Hemos aconsejado a la enferma tenernos al tanto de su estado de salud y de visitarnos al menor achaque. Como medidas terapéuticas permanentes para su dolicosigmoide, le hemos aconsejado una dieta pobre en residuos y hacerse una vez por semana un lavado intestinal de dos litros de agua hervida con dos pastillas de Rivanol.

En cuanto a sus ataques de mixorreia proctocólica, pensamos que su vida sexual

Recomendamos a la paciente seguir tomando Humatin\* y volver a prepararse para otra rectosigmoidoscopia para el 1º de junio pero sin tomar esta vez "Milpar"\*\*\*.

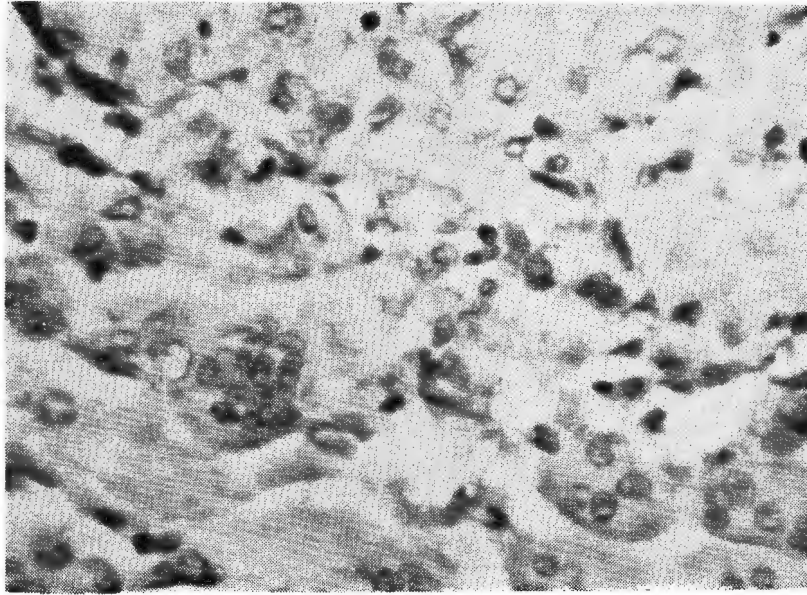


Fig. 5. Vista a mayor aumento de las células gigantes y los espacios vacíos en su citoplasma que evidentemente representan grasa. (X 400).

Al presentarse la enferma el 10. de junio dice sentirse mejor pero estar algo nerviosa ante la idea de un nuevo examen, el cual se practica, pero debido al estado de la paciente no se llega más allá de 25 cms. del margen anal. A este nivel se ven algunas formaciones color rosa, idénticas a las señaladas a 24 cms., la vez anterior. Retirando el rectosigmoidoscópico se vuelve a observar detenidamente la mucosa la cual presenta los caracteres ya descritos anteriormente y se van tomando muestras de moco para hacer un examen parasitológico en fresco. Se retira el aparato sin haberse podido encontrar ninguna otra lesión.

El resultado del examen en fresco de las muestras de mucosidad no señaló alteraciones importantes.

Se encontraron bastantes leucocitos y escasos glóbulos rojos.

Considerando los exámenes practicados a esta enferma llegamos a la conclusión de que objetivamente no existe más que un dolicosigmoide con fenómenos colíticos del tipo mixorreya proctocólica, acompañados de episodios hemorrágicos lo cual, según ciertos autores (Bacon<sup>1</sup>, es sintomático de este padecimiento. En el transcurso del que vimos encontramos además un eleoma sangrante.

Hemos aconsejado a la enferma tenernos al tanto de su estado de salud y de visitarnos al menor achaque. Como medidas terapéuticas permanentes para su dolicosigmoide, le hemos aconsejado una dieta pobre en residuos y hacerse una vez por semana un lavado intestinal de dos litros de agua hervida con dos pastillas de Rivanol.

En cuanto a sus ataques de mixorreya proctocólica, pensamos que su vida sexual

mal ajustada tiene un papel etiológico importante y le recomendamos tratar de equilibrar sus posibles problemas aunque ella diga que no importan.

Hasta la fecha la paciente nos ha dado periódicamente noticias suyas diciendo sentirse perfectamente bien. Nos preguntamos en que tanto el temor a una nueva rectosigmoidoscopia no sea la razón de su bienestar.

### ETIOPATOLOGÍA

Una revista extensa de la literatura no nos permitió encontrar una sola publicación sobre "eleoma de sigmoide" lo cual nos obliga a considerar la literatura sobre oleogranulomas en general y sobre parafinomas del recto en particular.

Los elementos son granulomas de resorción causados por sustancias grasosas, minerales por lo general, que han penetrado dentro de los tejidos.

Gersuny<sup>9</sup>, mencionado por Wittoesch<sup>26</sup> y por Lorenz Schweitzer<sup>20</sup>, parece haber sido, en 1899, el primero en haber señalado este tipo de tumoración en el escroto de un joven orquidectomizado al cual, por razones cosméticas, se le había inyectado parafina. A la postre, muchas publicaciones relataron los efectos irritativos y neoformadores de las inyecciones de aceites minerales y abogaban por desecharlas.

En 1923 Weidman y Jefferies<sup>23</sup>, hicieron estudios experimentales inyectado aceites minerales y vegetales en el tejido subcutáneo de monos. El 75% de las inyecciones con aceite de parafina produjeron tumores granulomatosos; el aceite de algodón se mostraba menos agresivo. Weidman<sup>24</sup> por su parte comprobó que el aceite de olivo no producía oleogranulomas por ser saponificable.

En 1928 Jorstad y Glenn<sup>11</sup> hicieron un experimento sobre 50 ratas blancas, inyectándoles aceites minerales y vegetales en el tejido muscular, comprobando de este modo la reacción al cuerpo extraño desde unas horas hasta ocho meses. Al principio aparecen una zona de tejido fibroso que encapsula a las gotas de aceite; a los 30 días la cápsula se compone de tejido conjuntivo, de septos y de una pequeña zona de fibroblastos muy compactos alrededor de la gota de aceite. Después de 90 días a ocho meses la cápsula se compone de tejido fibroso maduro con zonas de transformación hialina. Por lo tanto estos tumores no serán palpables antes de los 90 días.

En 1931, Rosser<sup>17</sup>, publica experimentos hechos durante más de un



año con inyecciones de distintos aceites, sin o con fenol, a concentraciones variables, debajo de la mucosa rectal de 12 perros sin conseguir mayores efectos más que la absorción, la formación de abscesos o una ligera fibrosis visible únicamente al microscopio.

En su publicación de 1932 con Wallace<sup>18</sup>, el mismo autor relata experimentos por inyecciones de aceites debajo de la mucosa rectal de 24 seres humanos con los resultados siguientes:

- 6 inyectados con aceite de olivo no presentan tumoración.
- 5 inyectados con aceite de parafina desarrollan, cada uno, un parafinoma.
- 13 inyectados con aceite de algodón, presentan tumoraciones en relación con la cantidad inyectada pero con reacciones locales menos intensas que con el petrolato.

Nairn y Woodruff en 1955, publican un trabajo experimental hecho sobre 20 conejos y demuestran que hasta cantidades muy pequeñas de aceites minerales inyectados en el tejido subcutáneo de este animal, son capaces de producir eleomas.

El patólogo Piroth<sup>16</sup>, publica un estudio extenso sobre la morfología de los lipogranulomas en 1955 y muestra que estos pueden aparecer por inyección de sustancias grasosas o espontáneamente. En su trabajo presenta 17 casos de lipogranulomas aparecidos en distintas partes del organismo, de los cuales 6 después de inyección de lípidos y 11 pacientes espontáneamente. Estos últimos originados por las mismas grasas del individuo a consecuencias de un traumatismo o de una inflamación que provocaron la degeneración de dichos tejidos pero sin participación pancreática.

Piroth menciona la publicación de Karoliny<sup>12</sup> de 1935 sobre la "resorción de colesantina y lecitina inyectadas por vía subcutánea" en la cual éste señala que: a los dos días después de la inyección aparecen histiocitos cargados de lecitina y de colesantina; al cuarto día se comprueba el principio de formación de tejido de granulación con células gigantes; al décimo día aumenta el tejido de cicatrización. Según Karoliny el transporte del lípido extraño se hace únicamente por los histiocitos mientras que el almacenamiento y la destrucción son efectuados por las células gigantes y los fibroblastos.

Spier<sup>21</sup>, citado por Piroth, observó los mismos fenómenos inyectando aceite de bacalao.

Susnow<sup>22</sup> en 1952 publica 6 casos de óleogranulomas de recto, en los cuales no hubo tratamiento alguno de hemorroides u otro padecimiento ano-rectal por sustancias esclerosantes con vehículo grasoso, pero a los cuales, al finalizar la intervención quirúrgica, se les había instilado petrolato con el fin de facilitar la primera evacuación. Según este autor hay dos posibilidades de penetración de la sustancia grasosa en la submucosa rectal: primera por inyección directa, la segunda por migración a través de la herida operatoria. De no eliminarse, en este último caso el petrolato de la submucosa, se formará un óleogranuloma. Por estos motivos Susnow abandonó la instilación de sustancias conteniendo petrolato o cualquier aceite no absorbible en los recién operados.

Wittoesch<sup>26</sup>, señala que la aplicación de apósitos con petrolato al igual que las instilaciones de esta sustancia o que las inyecciones de anestésicos locales con vehículo aceitoso pueden originar eleomas.

De acuerdo con los autores ya citados, Susnow<sup>22</sup> atribuye al petrolato la facultad neoformadora y no al fenol; este último tendría únicamente, según su concentración más o menos fuerte, un poder inflamatorio más o menos intenso. Por otra parte el hecho de que no se vean más elementos, teniendo en cuenta la gran escala en que se usan cuerpos grasosos en el tratamiento de los padecimientos rectales, lo relaciona con las predisposiciones individuales de reacción tisular a cuerpos extraños no específicos.

Bacon<sup>1</sup> clasifica los eleomas dentro de los pseudotumores del recto y hace hincapié con Bensaude<sup>3</sup>, Bockus<sup>5</sup>, Fried<sup>8</sup>, Nairn<sup>14</sup>, Rapfogel<sup>16</sup>, Rosser<sup>17,18</sup>, Schönlebe<sup>19</sup> y Wittoesch<sup>25</sup>, en la dificultad que presenta el diagnóstico diferencial de estos tumores con las lesiones granulomatosas en general y en lo particular con el carcinoma, el sarcoma y la tuberculosis. Todos los autores insisten en la importancia capital: del examen rectosigmoidoscópico, de la biopsia y del examen histopatológico.

En la opinión de Bacon<sup>1</sup>, los eleomas, siendo tumores conjuntivos, tienen siempre la excisión completa, con margen de seguridad de estas lesiones. Para abundar en este sentido Wittoesch<sup>25</sup>, señala en uno de sus casos la presencia simultánea de un eleoma y de un adenocarcinoma de recto.

Para concretar los casos de eleomas de rectosigmoide presentamos el cuadro sinóptico siguiente:

## CUADRO SINOPTICO DE ELEOMAS DE RECTO Y SIGMOIDE

Autor	B	A	No.	Localización				Etiología		
				R	R-S	S	I	a	b	c
Bazin	2	1929	2	2	—	—	2	—	—	—
Fried	8	1930	1	1	—	—	1	—	—	—
Rosser	17	1931	24	24	—	—	24	—	—	—
	18	1932	22	22	—	—	22	—	—	—
Jackkman	10	1951	4	4	—	—	4	—	—	—
Susnow	22	1952	6	6	—	—	—	—	6	—
Berthrong	4	1954	1	1	—	—	1	—	—	—
Eckert	7	1954	7	7	—	—	5	—	—	2
Nairn	14	1955	1	1	—	—	1	—	—	—
Wittoesch	25	1956	23	21	2	—	12	6	5	—
Steimle	—	1961	1	—	—	1	—	—	—	1
Total	—	—	92	89	2	1	72	6	11	3

B: referencia bibliográfica; A: año; No.: número de casos publicados.

R: recto; R—S: límite entre recto y sigmoide; S: sigmoide.

I: inyectados con aceite mineral.

a: no se pudo definir si hubo o no inyección de aceite mineral.

b: no hubo inyección pero hubo instilación o aplicación de aceite mineral después de la operación.

c: no hubo inyección, instilación o aplicación de aceite mineral.

Este cuadro nos muestra la preponderancia de localización de estos tumores en el recto a consecuencias de una inyección de aceite mineral pero también comprueba la posibilidad de su formación más arriba y sin que forzosamente haya habido inyección del cuerpo extraño (14 casos sobre 92).

## DISCUSIÓN

Desde el punto de vista etiopatológico debemos admitir, después de lo expuesto, que en nuestra paciente hubo una pequeña lesión en la mucosa de sigmoide a través de la cual pasó una cantidad mínima de "Milpar"\*\*\* y que la fracción de petrolato contenida en este laxante provocó la reacción granulomatosa descrita como "Eleoma".

En efecto, la falta de cápsula conjuntiva alrededor de la lesión que encontramos, nos hace pensar con Jorstad y Glenn<sup>11</sup>, que tenía menos de 30 días. Por otra parte, teniendo en cuenta los trabajos de Karoliny<sup>12</sup> y Spier<sup>21</sup> que señalan la aparición de histiocitos a los dos días y de tejido granulomatoso con células gigantes al cuarto día, cabe admitir la posibilidad de que el "Milpar"\*\*\* que la enferma empezó a tomar cinco días antes de que se le practicara la rectosigmoidoscopia haya producido este eleoma, tanto más que según señalan Nairn y Woodruff<sup>14</sup>, cantidades ínfimas de aceite mineral pueden producir estas tumoraciones y más aún si se tiene en cuenta, como lo dice Susnow<sup>22</sup>, la posibilidad de predisposiciones individuales de reacciones tisulares a cuerpos extraños no específicos.

*Desde el punto de vista clínico* como lo hemos expuesto, buscamos con insistencia la amibiasis y al descubrir esta pequeña tumoración en sigmoide pensamos antes que nada en una lesión granulomatosa debida a la Endamoeba histolítica tan frecuente en nuestro medio.

La sintomatología dolorosa de la paciente, en bajo vientre, la atribuimos a su mixorrea proctocólica, ya que la amibiasis quedó descartada y que el eleoma por ser tan reciente y pequeño no pudo haber producido dolor alguno.

En cuanto a las evacuaciones sanguinolentas, en la última ocasión el eleoma seguramente participó en el episodio hemorrágico, pero las anteriores fueron debidas exclusivamente a la mixorrea proctocólica. Comprobamos macroscópicamente la hemorragia al practicar la primera rectosigmoidoscopia y microscópicamente al ver una hendidura llena de sangre fresca que conduce a la lesión granulomatosa (fig. 3).

En el examen de materias fecales del 1º de junio, aparecen todavía bastantes leucocitos y escasos eritrocitos, lo cual relacionamos en parte con la mixorrea proctocólica y en parte con las pequeñas heridas producidas por la pinza de biopsia (24 de mayo).

#### CONCLUSIÓN

Debemos de admitir, después de haber comprobado en lo posible, la relación entre la ingestión de un laxante con petrolato y la aparición de un eleoma en sigmoide, que éste participó en el último episodio hemorrágico de esta paciente con dolicosigmoide y mixorrea proctocólica, pero que por ningún motivo, dado el tamaño ínfimo de la tumoración, ésta pudo ser causa de la sintomatología dolorosa.

Sabemos que los aceites minerales, o preparaciones conteniéndolos, pueden desarrollar mixorreas proctocólicas según Klechner<sup>13</sup> y nuestra observación agrega la posibilidad de un factor generador de óleogranulomas. Por lo tanto sería interesante practicar rectosigmoidoscopías a los consumidores de aceites no saponificables para comprobar o desechar su facultad de producir “*eleomas*”.

#### RESUMEN

Presentamos el caso de una enferma con dolicosigmoide y mixorrea proctocólica en la cual la administración por vía oral de un laxante con petrolato provocó el desarrollo de un pequeño eleoma en sigmoide.

#### SUMMARY

We present the case of a patient with dolichosigmoid and proctocolic myxorria by whom the oral administration of a laxative containing petrolatum produced the growth of a little eleoma in the sigmoid.

#### REFERENCIAS

1. Bacon, H. E. Anus-Rectum-Sigmoid-Colon-Diagnosis and Treatment Third Edition-Ed. J. B. Lippincott Company-Philadelphia, London, Montreal. Vol. I: p. 304-307. Vol. II: 6. 591.
2. Bazin, A. T.: Two cases of paraffinoma of the rectum-Brit. M. J. 2: 1101. (Dec. 14) 1929-in Bockus H. L. Gastro-enterology. Vol. II, p. 717 (5).
3. Bensaude, A., Milstein, J., Chavanon, M.: Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et des Maladies de la Nutrition, Paris, 47 (5). Mai 1958-A propos de cinq observation d'abcès ano-rectaux chroniques d'emblée à forme pseudo-tumorales.
4. Berthrong, M.: Cancer Seminar, The Penrose Hospital “Tumors of the Large Bowel” October 9, 1954: Eleoma of the Rectum, p.: 170-172.
5. Bockus, H. L. Gastro-Enterology-Ed. W. B. Saunders. Company, Philadelphia and London, 1953. Vol. II, p.: 716-717; 719; 724
6. Bogliolo, Ref. Zbl. f. Path. 67, 322 (1937)-in Piroth, M. (15).
7. Eckert, Cancer Seminar, The Penrose Hospital “Tumors of the Large Bowel” October 9, 1954: Eleoma of the Rectum, p.: 170-172.
8. Fried, H., and Stone, H. B., Four rare rectal tumors. Surg. Gyn. & Obst., 50: 766 (April) 1930.
9. Gersuny, R.: Harte und weiche Paraffinprothesen. Zentralbl. f. chir. 1: 1-5 Jan. 3) 1903-in Schweitzer, L. (20) and in Wittoesch, J. H. (25).

10. Jackman, R. J., Le Mon Clark III, P. and Smith, N. D.: Retrorectal Tumors. J.A.M.A. Vol. 145, No. 13 (March. 31) 1951.
11. Jorstad, L. H. and Glenn, F. H.: The Action of Oil sin Muscle Tissue J.A.M.A. 90: 26-27 (Jan. 7) 1928.—in Wittoesch, J. H. (25).
12. Karoliny, Frankf. Z. Path. 48, 310 (1935).—en Piroth, M. (15).
13. Kleckner, M. S.: The significance and interpretation of the diarrheas encountered in proctologic practice, New York State J. Med. 42: 20. 1942.—in Bacon, H. E. (1) p.: 304.
14. Nairn, R. C. and Woodruff, M. F. A.: Paraffinoma of rectum. Ann. Surg. 141: 536-540 (April) 1955.
15. Piroth, M.: Zur Morphologie des Lipogranuloms. Zentralbl. Allg. Pathologie 93: 292-306 (March 31) 1955.
16. Rapfogel, I.: Non-malignant granulomatous lesions of the rectosigmoid.—American Practitioner and Digest Treatment. Philadelphia. 6 (10) Oct. 1955.—p.: 1495-1947.
17. Rosser, C.: Chemical Rectal Stricture. J.A.M.A. Vol. 96, No. 21. (May 23) 1931.
18. Rosser, C. and Wallace, S. A.: Tumor Formation-Pathologic Changes Consequent to Injection of Oils under Rectal Mucosa. J.A.M.A. Vol. 99 No. 26 (Dec. 24) 1932.
19. Schönlebe, H.: Beitrag zu den entzündlichen Pseudogeschwülsten des Dickdarmes.—Münchener med. Wschr. 98 (10) 9 Mä. 1956 p.: 335-336.
20. Schweitzer, L.: Zur Kasuistik der Paraffinome. Zentralbl. f. chir. 76: 642-646. 1951.
21. Spier, Frankf. Z. Path. 52, 311 (1938).—in Piroth, M. (15).
22. Susnow, D. A.: Oleogranulomas of the Rectum-Following rectal instillation of petrolatum or intments containing petrolatum A. J. Surg. 83: 496-499 April 1952.
23. Weidman, F. D. and Jefferies, M. S.: Experimental Production of Paraffin Oil Tumors in Monkeys.—Arch. Dermat & Syph. 7: 209-222. (Feb.) 1923.—in Wittoesch, J. H. (25).
24. Weidman, F. D.: The Danger of Liquid Petrolatum in Parenteral Injections. J.A.M.A. 80: 1761-1763 (June 16) 1923.—in Wittoesch, J. H. (25).
25. Wittoesch, J. H., Jackman, R. J., Mc Donald, J. R.: Lipoid Granuloma of the Rectum. Proc. Mayo Clin. 31 (9) 2 May 1956-p.: 265-271.