

LIPOMA SINTOMÁTICO DO CÓLON

JOSÉ REINAN RAMOS, TSBCP
DASIO LOPES SIMÕES, ASBCP
PAULA CHRISTINA TEIXEIRA DE SOUZA, FSBCP
GILBERTO LUIZ ORTOLAN
VALDENICE OLIVEIRA

RAMOS JR, SIMÕES DL, SOUZA PCT, ORTOLAN GL & OLIVEIRA V – Lipoma sintomático do cólon.
Rev bras Colo-Proct., 1989; 9(1): 5-11.

RESUMO: São apresentados sete pacientes com lipoma submucoso sintomático do cólon, tratados no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí-RJ, no período de agosto de 1982 a agosto de 1988. A idade variou de 40 a 79 anos (média de 53,7 anos) e a predominância foi do sexo feminino (5:2). O diagnóstico pré-operatório de lipoma foi suscitado em 71,4% dos casos. Em três pacientes foi feito o diagnóstico clínico e/ou radiológico de invaginação colocolônica crônica, sendo uma exteriorizada pelo ânus. Uma outra paciente foi operada com quadro de obstrução intestinal por invaginação colocolônica aguda. Quatro lipomas estavam localizados no cólon transverso, dois no ceco e o outro no cólon descendente. O diâmetro dos lipomas variou de 35 mm a 80 mm (média de 52 mm). Quatro pacientes foram tratados com excisão local do lipoma, uma paciente foi submetida a transversectomia, outra a colectomia direita, e em outra foi realizada ressecção transcolonoscópic.

UNITERMOS: lipoma; intusseção intestinal; tumor submucoso

Lipoma é o tumor intramural mais freqüente do cólon. Representa 4% dos tumores benignos do intestino grosso e é o mais comum, excluindo os pólipos adenomatosos e hiperplásicos¹. Mesmo assim são raros, sendo encontrados em 0,2%² a 0,3%³ das autópsias.

A maioria dos lipomas são assintomáticos e só raramente causam sintomas. Assim, o diagnóstico clínico

correto é difícil. Na *Clínica Mayo*, num período de 50 anos, só 0,002 por cento dos pacientes operados eram portadores de lipoma sintomático⁴. Numa revisão recente Taylor e Wolff⁴ relatam somente seis pacientes (6,5%) com lipoma sintomático do cólon, numa série de 91 casos, tratados cirurgicamente na *Clínica Mayo*, no período de 1978-1985.

O objetivo deste trabalho é avaliar o diagnóstico e o tratamento dos pacientes portadores de lipoma sintomático do cólon tratados no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí – RJ nos últimos seis anos.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Avaliação retrospectiva de sete pacientes com diagnóstico de lipoma sintomático do cólon foi realizada utilizando consulta inicialmente ao arquivo computadorizado e posteriormente aos prontuários. Os doentes foram tratados no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí-RJ, no período de agosto de 1982 a agosto de 1988 (seis anos).

RESULTADOS

A idade variou de 40 a 79 anos (média de 53,7 anos) e a predominância foi de sexo feminino (5:2).

Os sinais e sintomas mais freqüentes encontrados neste grupo de pacientes foram: dores abdominais em cólica em sete, alteração do hábito intestinal em seis, sendo constipação em três e diarreia em três, enterorragia em três, anemia em três, massa palpável móvel em três e emagrecimento em um caso.

Tabela 1 - Resumo do diagnóstico e tratamento dos sete pacientes com lipoma colorretal

Caso	Idade	Sexo	Localização	Tamanho	Diagnóstico pré-operatório	Tratamento
1	40	F	Transverso	5 cm	Lipoma	Excisão local
2	52	F	Ceco	5 cm	Carcinoma	Excisão local
3	79	F	Descendente	3,5 cm	Polipo? Lipoma?	Ressecção endoscópica
4	42	M	Transverso	4 cm	Lipoma	Excisão local
5	56	F	Transverso	6 cm	Carcinoma	Transversectomia
6	57	M	Transverso	8 cm	Lipoma	Excisão local
7	50	F	Ceco	5 cm	Lipoma	Colectomia direita

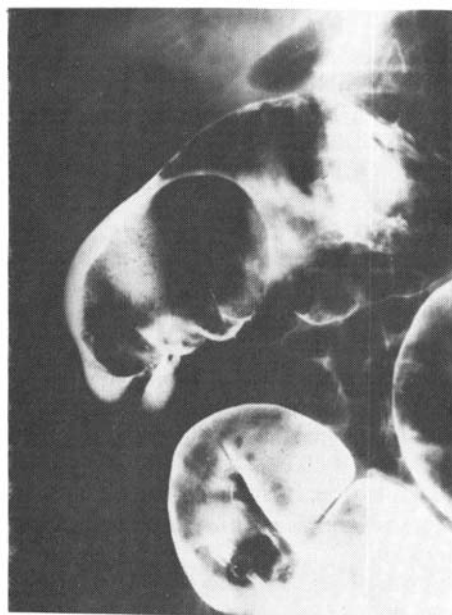


Fig. 1A

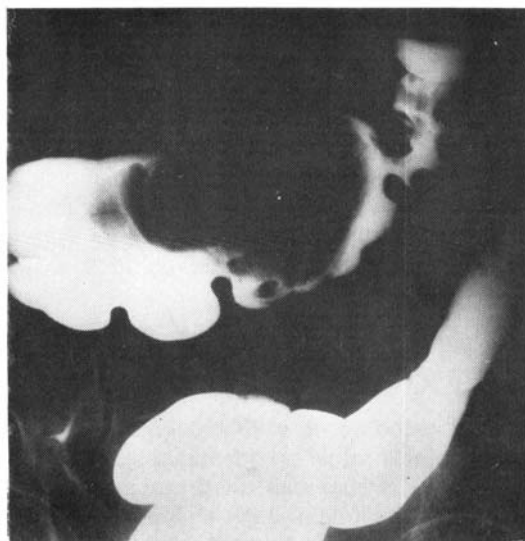


Fig. 1B

Figs. 1 - A, B - Enema opaco. Intussuscepção colo-cólica de ângulo hepático por lipoma submucoso (Paciente 6).

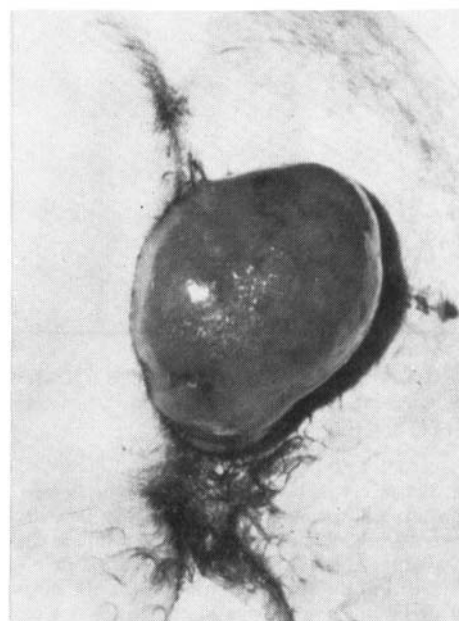


Fig. 2 - Intussuscepção de cólon direito com exteriorização do lipoma submucoso pelo ânus (Paciente 1).

Em três pacientes foi realizado o diagnóstico clínico e/ou radiológico de invaginação crônica, colocolica em dois e ceco-ileocólica em um (Figs. 1 - A, B). Dois pacientes foram internados com quadro de intussuscepção colocolica aguda, sendo um com quadro de obstrução intestinal e outro com diagnóstico de prolapso retal (intussuscepção colocolica com exteriorização do lipoma pelo ânus (Fig. 2).

O clister opaco foi realizado em seis pacientes e o radiologista diagnosticou lipoma em somente um caso (carcinoma nos dois do ceco, tumor polipóide em dois e pólipó em um (Figs. 3 - A, B, C, D, E).

O diagnóstico pré-operatório de lipoma foi suspeitado em 71,4% dos casos. Em uma paciente a palpação do tumor de consistência mole e elástica, móvel e maleável foi a chave do diagnóstico intra-operatório, confirmado após colotomia. Entretanto, em outra paciente com suspeita de lipoma de ceco (clister opaco com diagnóstico de tumor vegetante) e com invaginação ceco-ileocólica a palpação do tumor invaginado no intra-operatório não foi suficiente para excluir a possibilidade de tumor viloso,

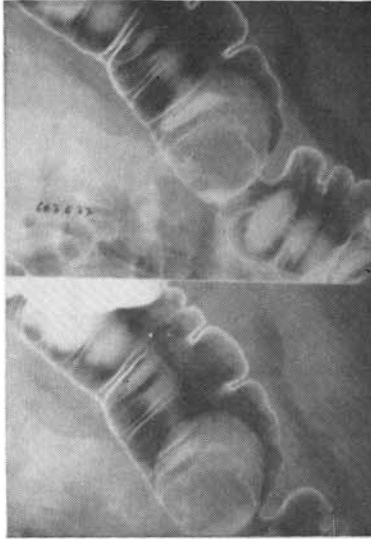


Fig. 3A



Fig. 3B



Fig. 3C

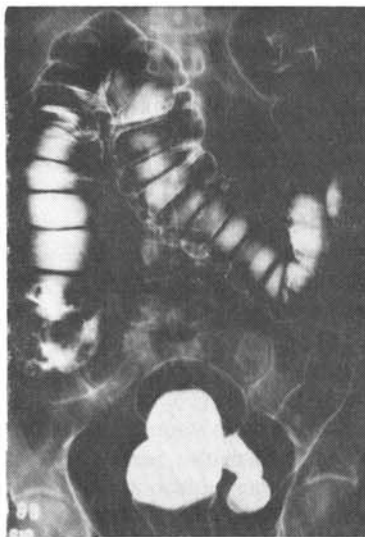


Fig. 3D



Fig. 3E

Fig. 3 - Enemas opacos - Lipomas de cólon. A) Defeito de enchimento submucoso ovóide no cólon transverso com contornos bem delimitados e superfície lisa (Paciente 1). **B)** Defeito de enchimento de forma arredondada com margens bem definidas no cólon transverso (Paciente 4). **C)** Defeito de enchimento intraluminal. Lipoma polipóide com pseudo-pedículo (Paciente 3). **D)** Falha de enchimento do ceco com contornos com lobulações na superfície (Paciente 7). **E)** Falha de enchimento de forma ovóide com contornos nítidos (Paciente 2).

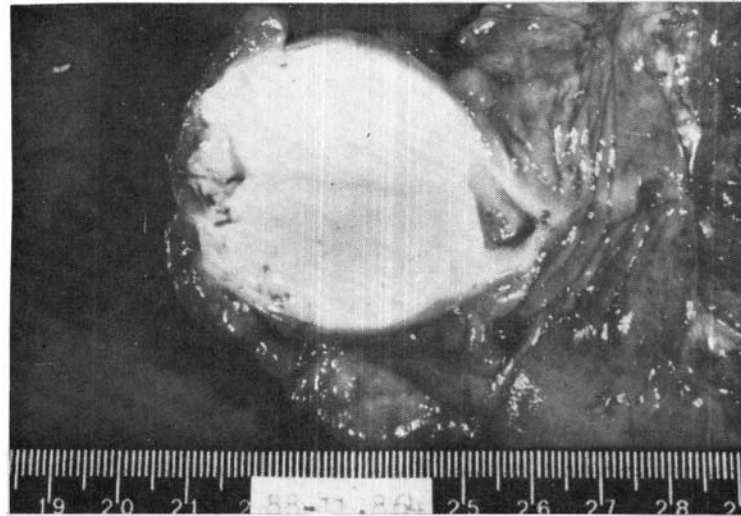


Fig. 4A

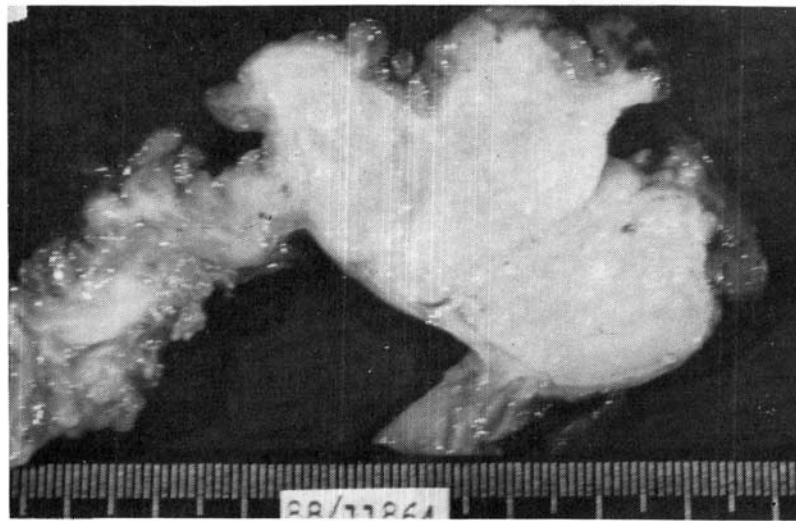


Fig. 4B

Figs. 4 - A, B - Peça ressecada mostrando as lobulações na superfície do lipoma intermucosseroso e sua cor amarelada característica (Paciente 7).

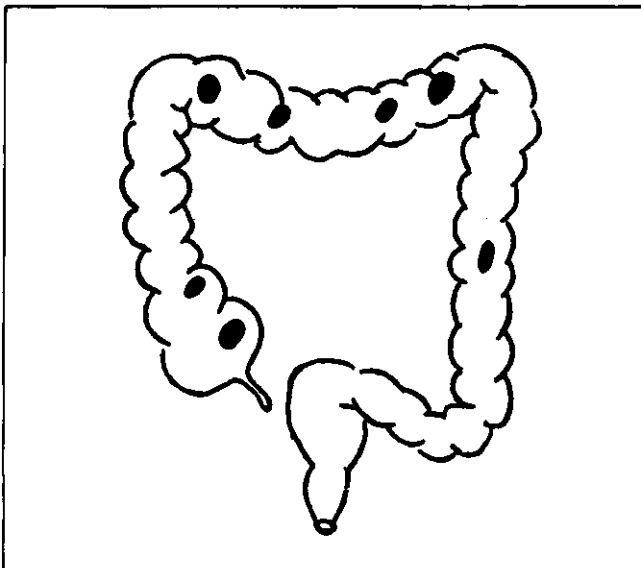


Fig. 5 - Distribuição anatômica dos sete lipomas no cólon.

apesar da consistência mole e da mobilidade e flexibilidade o tumor apresentava irregularidade dos contornos (Figs. 4 - A, B), com vários gânglios peritumorais. Neste caso foi realizada colectomia direita.

Quatro (57,1%) dos lipomas estavam localizados no cólon transverso, dois (28,5%) no ceco e um (14,2%) no cólon descendente (Fig. 5).

O diâmetro dos lipomas variou de 35 mm a 80 mm (média de 52 mm). Em três lipomas foi relatada ulceração da mucosa (43%), e em quatro (57,1%) pseudopêdiculo. Três (43%) eram sésseis e todos polipóides.

O estudo histopatológico revelou quatro (57,1%) lipomas submucosos, dois (28,5%) do tipo intermucosseroso e um submucoso, com componente subseroso (14,2%).

Quatro (57,1%) pacientes foram tratados com excisão local do lipoma (uma colotomia e lipomectomia; três excisões locais, incluindo a base dos lipomas); dois pacientes (28,5%) foram submetidos a colectomias (transversectomia e colectomia direita) e em uma (14,2%) outra paciente foi realizada ressecção transcolonoscópic (Figs. 6 - A, B, C, D, E).



Fig. 6A

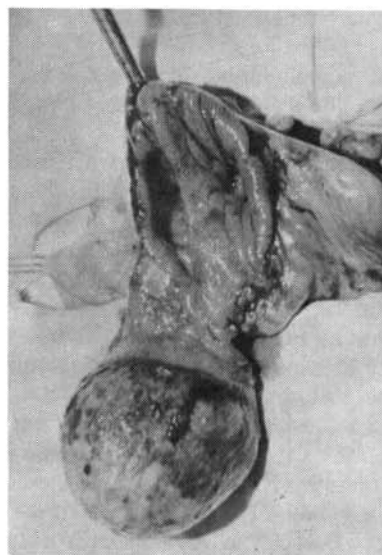


Fig. 6B

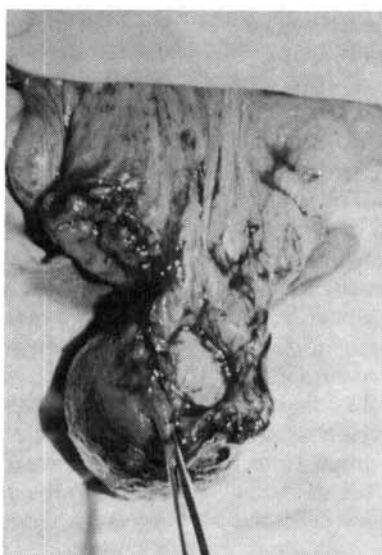


Fig. 6C

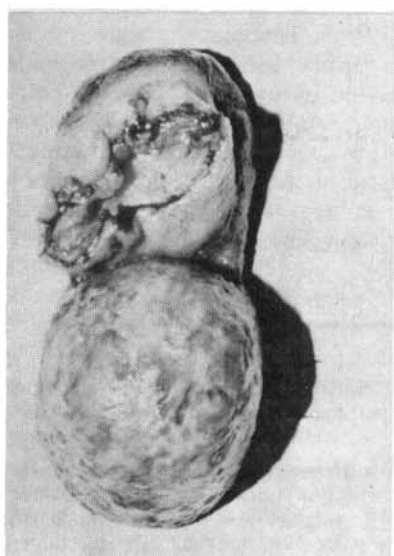


Fig. 6D

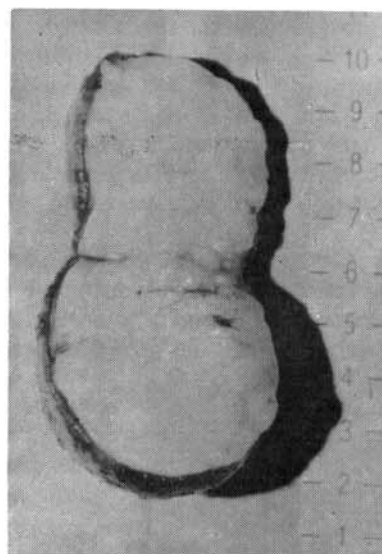


Fig. 6E

Fig. 6 – Lipoma intermucoseroso do cólon transverso (Paciente 1). A) Achado operatório. B e C) Excisão local pela base do lipoma. D e E) Peça ressecada mostrando o aspecto típico de lipoma principalmente, após corte transversal.

DISCUSSÃO

Os lipomas acometem a quinta e a sexta décadas da vida em 70% dos casos⁵ e é mais comum no sexo feminino⁶, como mostra este estudo.

A maioria dos lipomas é único (80%) e estão localizados no cólon direito (60%) e a incidência é inversa da dos adenocarcinomas e adenomas colorretais (reto para cólon direito)^{5, 6}.

Os lipomas menores que 1 cm de diâmetro geralmente são assintomáticos, já os lipomas maiores que 3 cm causam sintomas na maioria dos pacientes⁵.

A intuscepção intestinal é a complicação mais frequente dos lipomas sintomáticos (19-50%)^{7, 8}; a hemorragia ocorre em 15% dos casos, a ulceração em 10% e a obstrução em 7%⁷. Os quadros recorrentes de intuscepção são os mais comuns. A intuscepção aguda, com obstrução intestinal, ocorre em 21⁸ a 25%⁹ dos casos de lipoma com invaginação colocolica. A invaginação colocolica com exteriorização do lipoma pelo ânus é rara e pode confundir com o diagnóstico de prolapso retal completo¹⁰. Neste trabalho diagnosticamos um caso (14,2%).

O diagnóstico pré-operatório de lipoma colorretal pode ser feito pelo enema opaco, ocasionalmente pela retossigmoidoscopia, pela colonoscopia ou mesmo pela tomografia computadorizada^{11, 12}. O clister opaco pode mostrar falha de enchimento esférica ou ovóide, raramente lobulada, com contornos bem demarcados, com modificação do formato por palpação, pressão extrínseca ou mesmo peristalse; esta maleabilidade e consistência macia são os responsáveis pelas diferentes formas (alongada, em forma de salsicha) - Sinal da Compressão (*Squeeze sign*)¹³. Pelo exame colonoscópico visualiza-se tumoração extramucosa semelhante a uma esponja quando comprimida, com mucosa amarelada e presença de tecido adiposo em biopsias profundas¹⁴. *Heiken* e cols.¹⁵ propuseram a tomografia computadorizada, devido à facilidade de distinguir tecido adiposo, como método não invasivo definitivo para o diagnóstico de lipoma colorretal.

Os lipomas podem ser submucosos, os mais frequentes (90%), subserosos (10%) ou intermucoserosos (raros)^{5, 6}. O tipo subseroso pode ser pediculado ou circular, podendo levar a estreitamento do cólon. Já o tipo submucoso pode ser pediculado (geralmente curto e largo), sésil e polipóide. Em 10% dos casos são múltiplos⁵.

Os lipomas ocasionalmente precipitam tratamento cirúrgico de emergência, com invaginação e obstrução intestinais, enquanto ulceração e sangramento podem ser indicativos de torção, ulceração ou isquemia^{4, 12}. No diagnóstico diferencial do câncer colorretal os lipomas devem ser excluídos, especialmente nos casos com invaginação intestinal. A possibilidade de lipoma submucoso do cólon deve ser considerada em todos os casos de intuscepção em adultos⁸. Irregularidade do contorno do lipoma (geralmente por ulceração) e reação tecidual peritumoral por intuscepção tomam difícil excluir malignidade durante o ato operatório. Não há degeneração maligna dos lipomas colônicos⁴.

Os lipomas retais são raros e são submucosos e pediculados, e podem causar sintomas como tenesmo e enterorragia. São na maioria tratados por excisão local¹⁶.

Lipomatose familiar múltipla é rara e pode ser acompanhada por desenvolvimento de lipomas viscerais. É hereditária e transmitida por gem autossômico dominante¹⁷.

Taylor BA e *Wolff BG*⁴ relataram 91 casos de lipoma colorretal. Na válvula ileocecal foram encontrados em 36% dos casos nos homens e 44% dos casos nas mulheres. Lipomas múltiplos foram encontrados em 10% dos casos. Nenhum caso foi relatado no reto e a predominância foi no cólon direito. Onze por cento dos casos foram ressecados (excisão local ou colectomia segmentar) devido a suspeita de doença maligna no enema opaco; outros 11% foram removidos eletivamente e concomitante com laparotomias para tratamento de outras patologias (Colelitíase - 44%, D. Diverticular - 22%). Sete por cento foram ressecados por colonoscopia. O menor grupo foi o dos pacientes sintomáticos (6,5%).

Devido à raridade dos lipomas e a sua variável sintomatologia, os lipomas geralmente são confundidos com doenças colorretais mais graves e, conseqüentemente, são tratados por operações mais radicais que as necessárias. O diagnóstico radiológico deve ser seguido de melhor investigação (colonoscopia e biopsia) ou ressecção (colotomia ou colectomia).

Devido a esta revisão nós estabelecemos a seguinte rotina para o tratamento dos lipomas colorretais: nos lipomas submucosos pequenos, sintomáticos, especialmente com pseudopéculo, a lipomectomia por colonoscopia está indicada. Ressecção colonoscópica está contraindicada nos lipomas intermucoserosos. O tratamento cirúrgico é indicado: 1) dúvida diagnóstica com carcinoma do cólon no pré-operatório; 2) nos lipomas grandes e com ou sem pseudopéculo; 3) intuscepção intestinal aguda no adulto. As operações que podem ser realizadas são: 1 - colotomia pela taenia e excisão do lipoma (submucoso com pseudopéculo); 2 - excisão local pela base do lipoma (submucoso sésil e principalmente intermucoseroso); 3 - enucleação (lipomas subserosos não circulares); 4 - ressecção segmentar com anastomose primária (lipomas subserosos circulares, lipomas grandes e sésseis que envolvam a válvula ileocecal, lipomas intermucoserosos próximos à válvula ileocecal, lipomas múltiplos num mesmo segmento, intuscepção ileo ou colocolica com diagnóstico pré-operatório de lipoma); 5 - ressecção parcial do ceco e apêndice (lipomas intermucoserosos e subserosos circulares da porção inicial do ceco); 6 - colectomia com ou sem anastomose primária (intuscepção ileocolica ou colocolica com tumoração colônica e dúvida diagnóstica).

RAMOS JR, SIMÕES DL, SOUZA PCT, ORTOLAN GL & OLIVEIRA V - Symptomatic lipoma of the colon.

SUMMARY: A retrospective review of seven patients (five women and two men) with symptomatic submucosal lipomas of the colon are presented. The patients were treated at the Andaraí Hospital - RJ between the years 1982 to 1988. The age ranged from 40 to 79 years (mean age: 53.7). The pre-operative diagnose of lipoma was suspicioned in 71.4% of the cases. Intussusception was present in three cases (one from the right colon to the anus), and one

patient had intestinal obstruction due acute intussusception. Four lipomas were located in the transverse colon, two in the cecum and one in the descendent colon. The diameter of the lipomas ranged from 35 mm to 80 mm (mean of 52 mm). Four lipomas were managed by local excision, two by colonic resection and one was removed by colonoscopy.

KEY WORDS: lipoma; intussusception; submucosal tumor.

REFERÊNCIAS

1. Hamelin EV, Carmona JAD, Trigueros LM, Garcia AM, Ampudia MS, Hernandez MG. Lipoma de cólon - a propósito de um caso. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1985; 67: 291.
2. Weinberg T, Feldman M. Lipomas of the gastrointestinal tract. *Am J Clin Pathol* 1955; 25: 272-281.
3. Haller JD, Roberts TW. Lipomas of the colon: a clinicopathologic study of 20 cases. *Surgery* 1964; 55: 773-781.
4. 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: 888-893.
5. Mukamel E, Wolloch Y, Glanz I, Dintsman M. Lipomas of the large intestine. *Am J Proctol Gastroent Colon Rectal Surg* 1978; 29: 30.
6. Michowitz M, Lazebnik N, Noy S, Lazebnik R. Lipoma of the colon - a report of 22 cases. *Am Surg* 1985; 51: 449.
7. Kaplan P. Submucous lipoma of the colon. *Inter Surg* 1971; 56: 113.
8. Felix EL, Cohen MH, Bernstein AD, Schwartz JH. Adult intussusception and review of the literature. *Am J Surg* 1976; 131: 758.
9. Figiel LS, Figiel SJ. Colo-colic intussusception. *Am J Dig Dis* 1963; 8: 1017.
10. Accetta I, Moraes FA, Duarte AM, Maia AM, Accetta P. Invasão colo-cólica exteriorizada pelo ânus secundária a lipoma. Relato de três casos. *Rev bras Colo-Proct*, 1985; 5(4): 207-209.
11. Felício F, D'Acampora AJ, Froner LG, Santos JM, Modesto MH. Lipomas do colo. *Arq Cat Med* 1986; 15: 97-101.
12. Creasy TS, Baker AR, Talbot IC, Veitch PS. Symptomatic submucosal lipoma of the large bowel. *Br J Surg* 1987; 74: 984-986.
13. Hurwitz MM, Redleaf PD, Williams HJ, Edwards JE. Lipomas of the gastrointestinal tract: an analysis of seventy-two tumors. *Am J Roentgenol* 1967; 99(1): 84.
14. Waye JD, Frankel A. Removal of pedunculated lipoma by colonoscopy. *Am J Gastroent* 1974; 61: 221.
15. Heiken JP, Forde KA, Gold RP. Computed tomography as a definitive method for diagnosing gastrointestinal lipomas. *Radiology* 1982; 142: 409-414.
16. Corman ML. Colon and rectal surgery. Philadelphia: JB Lippincott, 1984, chap. 13.
17. Kurzweg FT, Spencer R. Familial multiple lipomatosis. *Am J Surg* 1951; 82: 762-5.

Endereço para correspondência:
José Reinan Ramos
Rua Visconde Silva, 52/701
22281 - Rio de Janeiro - RJ