

LIPOMA SUB-MUCOSO HEMORRÁGICO DO CÓLON (*)

JAYME SANTOS SOUZA (**)
ISMAIL RAJAB (***)
JOSÉ ALVES DE BRITO (***)
JOAMEL BRUNO DE MELLO (****)
PEDRO NAHAS (*****)

RESUMO

Os autores apresentam dois casos de lipomas sub-mucosos hemorrágicos do cólon, salientando a raridade da patologia e a escassa literatura sobre o assunto em nosso meio. Chamam a atenção para a presença de dor e enterorragia na presente série. Tecem comentários acerca da etiopatogenia, anatomia patológica, aspectos clínicos, diagnósticos e tratamento cirúrgico. O prognóstico é bom por se tratar de patologia benigna.

INTRODUÇÃO

Os lipomas ocupam o segundo lugar em freqüência dentre os tumores benignos do cólon, seguindo-se imediatamente aos adenomas. Apesar disto, constituem patologia rara, o que pode ser comprovado pelas pequenas casuísticas referidas na literatura internacional (1,3,7,17) e nacional (4,5,8,10,11,12,15).

D'Javid (3), em revisão da literatura até 1958, encontrou o relato de apenas 278 casos.

Em função de sua pouca freqüência e da possibilidade de confusão diagnóstica com as neoplasias, apresentamos neste trabalho dois casos diagnosticados e operados no Hospital Jaraguá — S.P.

RELATO DOS CASOS

Caso 1 — T. S. J., 49 anos, branca, brasileira, foi admitida no Hospital Jaraguá em janeiro de 1977 com queixa de dor

(*) Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo do Hospital Jaraguá — S.P.

(**) Residente de Cirurgia do Hospital Jaraguá — S.P.

(***) Assistente de Clínica Cirúrgica do Hospital Jaraguá — S.P.

(****) Chefe do Serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo do Hospital Jaraguá, S.P. — Prof. Livre Docente de Clínica Cirúrgica da F.M.U.S.P.

(*****) Assistente Doutor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.



em cólica no flanco esquerdo associada a tenesmo e eliminação de muco e sangue “vivo” nas fezes. Relatava história progressiva de mais ou menos um ano de evacuar várias vezes ao dia em curto espaço de tempo.

Fez tratamento sintomático sem melhora. Recentemente, houve piora do quadro com aumento do número de evacuações sanguinolentas e cólicas. Emagreceu 12 kgs. nesse período.

Exame Físico — bom estado geral, palpando-se tumoração de 6,0 cms. de diâmetro no flanco esquerdo do abdome, de consistência elástica, bastante móvel e dolorosa. A retossigmoidoscopia revelou sangramento alto, não se evidenciando a origem do mesmo. O enema opaco revelou falha de enchimento com grande radiotransparência no cólon esquerdo de forma arredondada, contornos nítidos e superfície irregular.

Submetida a laparotomia exploradora. No inventário da cavidade, palpou-se tumoração na região do cólon descendente, projetando-se para a luz intestinal. A serosa local era de aspecto normal. Não se palpavam ganglios regionais. Realizada colotomia para observação da massa tumoral que se mostrava ulcerada na sua porção apical. Realizou-se colectomia segmentar com anastomose término-terminal em plano único. Houve boa evolução e a alta hospitalar ocorreu no 9.º dia de pós-operatório.

O diagnóstico foi de lipoma sub-mucoso do intestino grosso com ulceração parcial da mucosa suprajacente.

Caso 2 — P. A. M., 50 anos, brasileiro, branco, foi admitido no Hospital Jaraguá em maio de 1979 com história de dor abdominal tipo cólica localizada no flanco e fossa ilíaca esquerda, associada a eliminação de sangue vivo nas fezes durante 3 meses. Fez tratamento com medicação sintomática sem melhora.

Ao exame físico, bom estado geral. Abdome sem alterações. O exame proctológico, incluindo retossigmoidoscopia, foi normal. O enema opaco revelou presença de falha de enchimento de aproximadamente 4,0 cms. de diâmetro localizada ao nível de ângulo esplênico, arredondada com contornos bem definidos e densidade semelhante à gordura. Realizada colonoscopia que revelou massa tumoral sugestiva de neoplasia maligna.

Levado à cirurgia, constatou-se a presença de tumoração próxima ao ângulo esplênico, medindo por volta de 4,0 cms. de diâmetro. Procedeu-se a colectomia do transverso com anastomose término-terminal em plano único. A evolução



pós-operatória foi boa, recebendo alta hospitalar no 10.º dia. O exame anatomo-patológico revelou lipoma sub-mucoso do cólon.

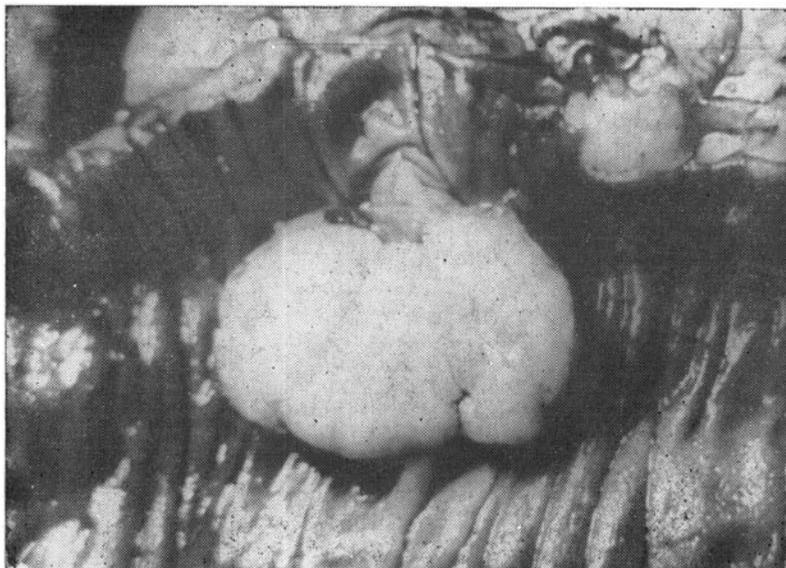


Fig. 1 — Peça ressecada podendo ser observado o tumor pediculado e superfície de corte.

COMENTÁRIOS

A etiopatogenia dos lipomas do intestino grosso não é bem conhecida. Sauer e Kent (14) sugeriram que eles poderiam ser conseqüência de doenças degenerativas, particularmente, diabetes e arteriosclerose. Contudo, Weinberg e Feldman (16) não encontraram essas diferenças nos estudos em cadáveres. O uso do fumo, bebidas e laxativos foi também aventado. O consenso geral é que não se trata de doença congênita.

Segundo D'Javid (3), os lipomas do cólon são mais frequentes no sexo feminino e ocorrem principalmente entre a 5.ª e 6.ª décadas da vida, período esse em que também predominam os tumores malignos desse segmento do tubo digestivo.

Com relação a incidência dos lipomas nos diferentes segmentos do tubo digestivo, Weinberg e Feldman (16) comprovaram em necrópsias que 75% localizavam-se no cólon.



Na nossa série, localizaram-se no cólon transverso e descendente.

Têm sido destacadas as dificuldades para se estabelecer muitas vezes o diagnóstico diferencial com as neoplasias do cólon mesmo quando o quadro radiológico é sugestivo de lipoma.

Comfort (1) considera indispensável o estudo histológico para o diagnóstico correto da lesão, pois, habitualmente se torna difícil excluir a lesão maligna no pré-operatório, sobretudo por incidirem os lipomas na mesma faixa etária do câncer e não raras vezes os doentes apresentarem emagrecimento e anemia. No presente trabalho, a imagem radiológica do primeiro caso era bastante sugestiva de patologia benigna, porém, no segundo, embora a imagem radiológica sugerisse benignidade, a colonoscopia exibiu imagem suspeita, motivo pelo qual optou-se por ressecção mais ampla.

Três variedades anatomo-patológicas de lipomas têm sido descritas: o sub-mucoso, o sub-seroso e o misto. O lipoma sub-mucoso é a variedade mais comumente encontrada, correspondendo a 90% da totalidade. A sintomatologia é variável. Podem ser assintomáticos sendo achados de laparotomia ou necropsia. Algumas vezes, traduzem-se por quadro doloroso inespecífico, acompanhado de sangramento.

O aparecimento de sintomas está na sua dependência direta dos tumores. A dor traduz-se em sintoma importante e estava presente em nossos casos. A enterorragia resulta da ulceração e necrose do tumor, fato este também presente nos casos aqui relatados.

A invaginação é a complicação mais freqüente, chegando a 50% em algumas séries (1). Quando situados no reto ou sigmóide, poder ser observados pela retosigmoidoscopia. Com o advento da colonoscopia, podem ser detectados em todo o cólon. O exame histológico permite o diagnóstico de certeza.

O RX simples de abdome tem sua indicação precisa nos casos complicados por invaginação (2,9). Ao enema opaco, o sinal mais característico do lipoma é a falha de enchimento radiotransparente em vista da menor densidade radiológica do tecido gorduroso. Suas margens são bem definidas e regulares, raramente apresentando contornos lobulados.

Na casuística da Clínica Mayo, referida por Wychullis e cols. (17), a falha de enchimento intraluminal foi comprovada em 34 de 38 casos submetidos ao enema baritado com diagnóstico exato de lipoma no pré-operatório, sobretudo com base na radiotransparência, ausência de sinais de infiltração



e na modificação de sua forma sob compressão durante o exame.

O tratamento deve ser preferencialmente cirúrgico, devendo os lipomas serem sempre retirados, sobretudo pelas complicações que podem acarretar. Quando passíveis de remoção endoscópica, esta deve ser sempre a primeira opção de tratamento. Se forem sésses e de grandes dimensões, está indicada a laparotomia onde se pode praticar a colotomia e exereses do tumor ou colectomias segmentares nos casos de certeza diagnóstica. Os resultados são bons devido a natureza benigna da doença.

SUMMARY

The authors report two cases of Hemorrhagic Submucous Lipomas of the Colon. Emphasis is given to the rareness of the pathology and of its related literature. Attention is called to the presence of pain and hemorage in this series. Comments are made on ethiology, pathologic anatomy, clinical features, diagnosis and surgical treatment. Prognosis is usually good in view of benignancy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comfort, M. W. — Submucous Lipomata of the Gastrointestinal Tract. Report of 28 Cases. S.G.O. 52:101, 1931.
2. Cunha, C. — Obstrução Intestina; Crônica. Rev. Bras. Mem. Farm. 2:580, 1926.
3. D'Javid, I. F. — Lipomas of the Large Intestine. J. Int. Coll. Surg. 33:639, 1960.
4. Figlionini, F. V.; Cutait, D. E.; Oliveira, M. R. Bastos, E. S. — Submucous Subserous Lipomas of the Colon. Dis. Colon. Rectum 7:309, 1960.
5. Gama, A. H.; Jatobá, P. P.; Frahia, A.; Goffi, F. S. — Lipomas do Colon. Apresentação de 4 Casos. Rev. Ass. Med. Brasil, 19:49, 1973.
6. Haddad, J.; Muller, F. — Lipomas do Intestino Grosso. Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo, 29:219, 1974.
7. Haller, J. D.; Roberts T. W. — Lipomas of the Colon. A Clinicopathologic Study of 20 Cases. Surgery. 5:773, 1964.
8. Leão, P. H. S. — Invaginação Intestinal no Adulto. J. Bras. Med. 22:28, 1972.
9. Oliveira, E.; Aun, R. A. — Lipomas Submucosos do Colon Transverso. Ann. Paul. Med. Cir. 61:243, 1951.



10. Paulino, F.; Martins, O.; Menezes, J. J. — Lipomas do Tubo Digestivo. Hospital (Rio). 55:243, 1959.
11. Souza, J.; Rajab, I.; Mello, J. B.; Brito, J. A. — Lipomas do Colon. Apresentação de 2 Casos. XXX Congresso Brasileiro de Proctologia, Rio de Janeiro, 1980.
12. Souza, R. P.; Silva, J. N. — Lipoma do Colon Simulando Carcinoma. Hospital (Rio). 58:31, 1960.
13. Stout, A. P. — Tumor of the Colon and Rectum (Excluding Carcinomas and Adenomas). In Turel, R.: Disease of Colon and Anorectum. Philadelphia, W. B. Sanders Co. 295, 1959.
14. Sawyer, K. C.; Kent, G. B. — Multiples Submucous Lipomata of the Colon. Colorado Med. 34:903, 1937.
15. Vasconcelos, E.; Kiss, D. R.; Nahas, P. — Submucous Lipoma of the Sigmoid Complicated by Colonic Intussusception. Int. Surg. 50:552, 1968.
16. Weinberg, T.; Feldman Jr., M. — Lipomas of the Gastrointestinal Tract. Amer. J. Clin. Path. 25:272, 1955.
17. Wychullis, A. R.; Jackman, R. J.; Mayo, C. W. — Submucous Lipomas of the Colon and Rectum. S.G.O. 118:327, 1964.

