
INTUSCEPÇÃO INTESTINAL POR LIPOMA DE CÓLON: CONFUSÃO DIAGNÓSTICA COM CARCINOMA COLORRETAL OBSTRUTIVO

JOSÉ HIGINO STECK
JOSÉ LUIZ AMIM ZABEU
CECÍLIA AMÉLIA FAZZIO ESCANHOELA
JUVENAL RICARDO NAVARRO GÓES
RAUL RAPOSO DE MEDEIROS

STECK JH, ZABEU JLA, ESCANHOELA CAF, GÓES JRN, MEDEIROS RR - Intuscepção intestinal por lipoma de cólon: confusão diagnóstica com carcinoma colorretal obstrutivo. *Rev bras Colo-Proct.*, 1988; 8(3): 111-114.

RESUMO: Os autores apresentam um caso de intuscepção por lipoma de cólon que se manifestou como obstrução intestinal baixa, cujo diagnóstico clínico foi de carcinoma colorretal disseminado. Devido às péssimas condições gerais, o paciente acabou indo a óbito, e o diagnóstico só foi feito por necrópsia. A literatura a respeito é revista. Discutem-se as formas de se diagnosticar e tratar essa manifestação pouco comum do lipoma de cólon, e a importância do diagnóstico diferencial com o carcinoma colorretal obstrutivo.

UNITERMOS: lipoma; intussuscepção intestinal; carcinoma colorretal

Os lipomas são neoplasias benignas de origem mesenquimal que surgem a partir de adipócitos maduros e podem ocorrer em qualquer região do organismo. Sua localização no trato digestivo é pouco comum e 65% deles acometem o intestino grosso^{1,7}.

Até 1976 havia aproximadamente 700 casos de lipoma do intestino grosso descritos na literatura^{1,2}. Este tumor representa 4% de todos os tumores benignos dessa região, e é o mais encontrado após as neoplasias de origem epitelial^{1,2}. Sua incidência em material de necrópsia varia de 0,05%¹⁴ a 4,4% em diferentes séries^{4, 12, 15, 17}.

Embora a maioria dos lipomas de cólon seja assintomática, os de maior tamanho podem causar intuscepção que, por sua vez, podem levar a quadros obstrutivos. Devem, portanto, ser diferenciados das causas mais comuns de obstrução intestinal baixa, que são os adenocarcinomas.

Trabalho realizado no Departamento de Anatomia Patológica e na Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica. Serviço de Colo-Proctologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A intuscepção intestinal em adultos, ao contrário da que ocorre com crianças, é responsável por apenas 5% das obstruções intestinais mecânicas³, e 70 a 90% têm causa demonstrável^{2, 3, 8}. É responsável por cerca de 0,1% das admissões hospitalares de adultos, e por apenas 5 a 16% de todas as intuscepções^{2, 8}.

O presente relato mostra um caso de intuscepção intestinal por lipoma de cólon atendido no Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas da Unicamp, cujo diagnóstico só foi feito após o óbito, e discute a importância do tema, principalmente pelo bom prognóstico que acompanha os lipomas operados.

Relato do caso

Paciente CCM, 47 anos, masculino, negro. Deu entrada no Pronto-Socorro em 9/2/1987, encaminhado de outro serviço, com história de enterorragia há vários dias, parada de eliminação de gases e fezes e vômitos biliosos frequentes. Referia também fezes afiladas, dificuldade progressiva para evacuar e emagrecimento. Há um dia vinha apresentando crises convulsivas reentrantes.

Antecedentes: tuberculose tratada, hipertensão arterial.

Ao exame apresentava-se em mau estado geral, descorado, desidratado, emagrecido, contactuando mal, pressão arterial 120 x 80 mmHg, pulso 90 bpm, afebril.

O abdome estava flácido e palpava-se uma massa de consistência lenhosa de 15 x 15 cm, em quadrante inferior esquerdo. Ao toque retal sentia-se a mesma massa a partir de 2 cm da borda do ânus, com sangramento de odor fétido.

O RX simples de abdome mostrava grande quantidade de ar em cólon direito e transversal, com parada brusca à esquerda, e o RX do tórax era sugestivo de metástases ganglionares (*Figs. 1 e 2*).

Exames de laboratório: uréia 130 mg%, creatinina 4,7 mg%, glicemia 74 mg%, Na 147 mEq/l, K/4,1 mEq/l, Hb 13,2 g%, Ht 41%, leucócitos 10.500, com desvio à esquerda; gasometria arterial com hipoxemia, que melhorou com cateter de O₂ nasal.

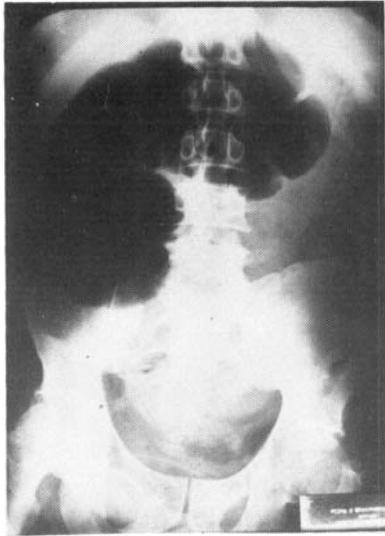


Fig. 1 - RX simples de abdome com distensão de intestino grosso.

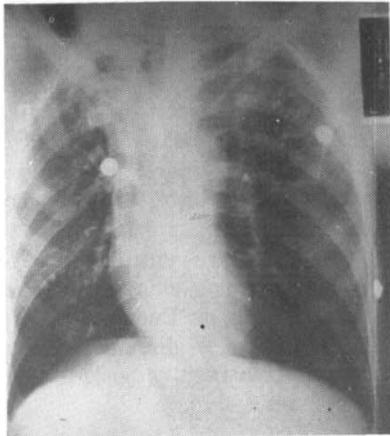


Fig. 2 - RX de tórax mostrando múltiplos nódulos sugestivos de metástases.

Foi feita a hipótese diagnóstica de carcinoma colorretal obstrutivo, com metástases pulmonares e cerebrais.

Foi realizada biópsia retal, cujo resultado, que chegou após o óbito, demonstrou tecido necrótico e ausência de neoplasia no material enviado.

Manteve-se estável até o terceiro dia de internação, quando começou a piorar, com diminuição da PA (80 x 40), febre (38,7°C), taquicardia (120) e taquipnéia (35), K 2,4, corrigido até 3,2, Hb 9,5, Ht 30, gasometria arterial com acidose metabólica compensada com alcalose respiratória. Líquor normal. A PVC manteve-se entre 4 e 10. Evoluiu para óbito.

A necrópsia mostrou intuscepção colo-cólica extensa (aproximadamente 25 cm), tendo na base (cólon ascendente) um tumor polipóide de 50 mm no maior diâmetro, e intensa área de necrose na porção invaginada (Figs. 3 e 4).

A microscopia do tumor mostrou neoplasia mesenquimal benigna constituída por adipócitos maduros, sem atipias nucleares, localizada a nível da submucosa do cólon. A porção invaginada do intestino estava necrosada e com trombozes em vasos de pequeno e médio calibres.

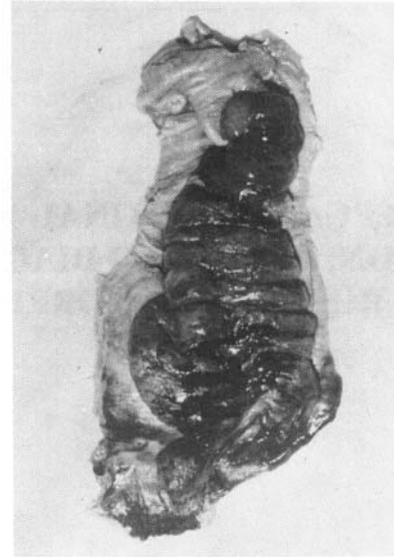


Fig. 3 - Peça de intestino grosso invaginado. Notar o lipoma na cabeça da invaginação e o aspecto necrótico do intestino invaginado.

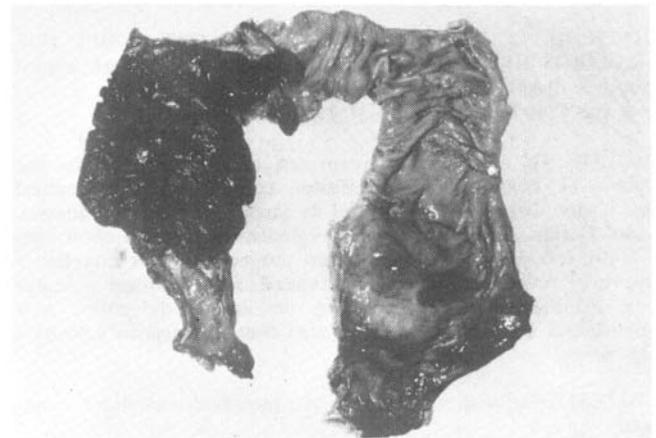


Fig. 4 - Peça de intestino grosso após desfeita a invaginação.

Os pulmões apresentavam-se congestionados, com nódulos subpleurais calcificados de 1 a 2,5 cm, de consistência endurecida. A pleura direita estava bastante espessada. Esses achados foram interpretados como seqüela de tuberculose.

DISCUSSÃO

O lipoma de cólon é manifestação pouco comum, e tem sido motivo de várias publicações isoladas em forma de relato de caso^{4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21}.

Alguns autores já assinalaram a necessidade de se fazer o diagnóstico diferencial do lipoma de cólon com o adenocarcinoma, principalmente pela semelhança de sintomas e faixa etária acometida¹⁴. Em revisão da Clínica Mayo¹⁹, 11% dos lipomas colônicos foram descobertos em cirurgia por provável carcinoma. O presente relato mostra a importância desse fato. O diagnóstico clínico foi de carcinoma colorretal obstrutivo, baseado num quadro de obstrução intestinal baixa em paciente com emagrecimen-

to, afilamento das fezes, enterorragia e massa palpável no abdome e pelo toque retal. A massa palpável, na verdade, tratava-se do intestino invaginado. A presença de RX de pulmão, com múltiplos nódulos e convulsões, fez pensar em metástases pulmonares e cerebrais, levando a crer que se tratava de doença terminal, o que influenciou na conduta tomada.

Segundo alguns autores, o lipoma é um meio a duas vezes mais freqüente em mulheres^{14, 15, 17}, embora outros considerem que acometa ambos os sexos em igual proporção^{18, 19}. Quanto à idade, há casos descritos de 10,5 meses até 87 anos, porém predomina na quinta e sexta décadas¹⁵, onde se encontram quase 70% dos casos¹⁷.

Ao contrário do adenoma e do carcinoma, cerca de metade dos lipomas do intestino grosso situa-se no hemicolo direito, diminuindo à medida que se aproxima do reto^{14, 17}. É mais freqüente no ceco (25 a 45%), depois colo ascendente (15 a 23%), transverso (16 a 18%), descendente (9 a 15%), e retossigmoide (4 a 20%)^{12, 14, 17}.

Podem ser únicos (81,8%) ou múltiplos^{12, 15}, ou integrarem lipomatose difusa da parede do intestino grosso¹⁶.

Podem ser de três tipos: submucoso (cerca de 90%), subseroso (em torno de 10%) ou intermucoseroso (raro)^{14, 15, 17}. O submucoso pode ser pediculado, sésil ou polipóide¹⁴. A maior parte das intusseções ocorre em tumores pediculados¹⁷.

A presença de sintomatologia associada ao lipoma depende da natureza do material analisado, se cirúrgico ou de necropsia, e do tamanho do tumor. Tem incidência variável na literatura, desde 6%⁹ até 83,6%¹⁶. De um modo geral, quando menores que 10 mm são assintomáticos, entre 30 e 40 mm causam sintomas em 50% dos casos, e os maiores de 40 mm em 75%⁷. Os sintomas podem ser dor abdominal incaracterística, constipação, diarreia, enterorragia, anemia, perda de peso^{14, 15}. Muitas vezes são achados radiológicos ou cirúrgicos ocasionais.

A intusseção é a complicação mais freqüente do lipoma, que ocorre em 19%¹³ a 50%⁷ dos casos em grandes séries de revisão da literatura. A hemorragia vem a seguir, em 15% dos casos⁷, ulceração em 10% e obstrução em 7%^{7, 13}.

Algumas vezes a intusseção pode se desfazer sozinha¹⁴, ou ser recorrente, causando episódios de cólica¹⁷, o que constitui a síndrome de obstrução crônica intermitente ou síndrome de König⁷. Outras vezes pode ocorrer obstrução aguda, com necrose da porção invaginada, ulceração e hemorragia⁹. Os quadros recorrentes são mais comuns. Das intusseções do adulto em geral, eles são responsáveis por 60% dos casos, enquanto que 40% se manifestam como episódio agudo^{5, 8}. Nas intusseções por lipoma de cólon parece que os quadros agudos são menos freqüentes, já que apenas 7% delas chegam à obstrução intestinal¹¹.

O quadro clínico da intusseção consiste de dor abdominal (75%), náuseas e vômitos (68%), distensão abdominal (45%), peritonismo (60%)⁸. Presença de sangue nas fezes ocorre em 30 a 60% dos casos, e massa palpável em 25 a 50%^{5, 8}. Mais raramente há casos de intusseção por lipoma de sigmóide visível ao retossigmoidoscópio¹⁴, ou até exteriorizada pelo ânus¹. O presente caso de

lipoma, embora fosse localizado no ceco, também causou intusseção percebida ao toque retal.

Segundo alguns autores^{7, 11} o lipoma pediculado é a causa mais comum de invaginação de intestino grosso no adulto. Outros, no entanto, consideram o adenocarcinoma como sua principal causa^{2, 8}.

Felix e cols.⁸ revisaram na literatura 1.214 casos de intusseção intestinal em adultos, onde 45% eram colônicas, e o restante de intestino delgado. A maioria (63%) se devia a neoplasias. Das invaginações colônicas 48% eram por neoplasias malignas, 21% por neoplasias benignas, e 31% por outras causas. Das invaginações de delgado 40% eram devidas a neoplasias benignas, 17% malignas, e 43% por outras causas.

O diagnóstico pré-operatório de intusseção por lipoma em geral não é possível e o paciente é levado para cirurgia com diagnóstico de carcinoma. O enema opaco pode demonstrar invaginação, porém sem determinar o lipoma como causa⁷. Em casos sem intusseção, o lipoma de cólon pode ser diagnosticado pelo enema opaco, devido à sua radiolucência característica, pela tomografia computadorizada^{7, 9, 11, 16, 18}, ou pela colonoscopia, que permite que ainda sejam feitas biópsias¹⁷.

O tratamento mais adequado da intusseção intestinal do adulto é cirúrgico, pois a causa primária pode ser corrigida, ao contrário das crianças, onde 90% das intusseções são idiopáticas, bastando para o tratamento o enema opaco^{5, 8}.

No momento da operação a invaginação pode ter-se desfeito, ou espontaneamente ou pela realização prévia de enema opaco. Nesse caso, se houver certeza de benignidade do tumor, pode ser feita apenas enucleação do lipoma^{1, 17} ou colectomia segmentar¹⁸. Na presença de intusseção no ato operatório a conduta tem variado na literatura. Alguns autores⁸, baseados em trabalhos que apontam as neoplasias malignas como principal causa de intusseção no adulto, recomendam a ressecção de todo o intestino invaginado, já que há um risco de embolização de células neoplásicas com a redução manual. Outros autores, no entanto, recomendam primeiro a redução da intusseção e após ressecção segmentar se houver alguma massa ou necrose^{3, 11}. O tratamento das formas não complicadas de lipoma cólico pode ser feito através de exérese por colonoscópio²⁰.

STECK JH, ZABEU JLA, ESCANHOELA CAF, GÓES JRN, MEDEIROS RR - Intestinal intussusception by colonic lipoma: confusion diagnostic with obstructive colon-rectal carcinoma.

SUMMARY: The authors present a case of intussusception caused by colonic lipoma that manifested as lower intestinal obstruction. The clinical diagnosis was mistaken assumed to be disseminated colon-rectal carcinoma. Due his extremely bad general conditions the patient died and the diagnostic was made by necropsy. The literature is reviewed. It is discussed how to diagnose and how to treat this uncommon manifestation of colonic lipoma, and it is also discussed the importance of differential diagnostic with obstructive colon-rectal carcinoma.

KEY WORDS: lipoma; intestinal intussusception; colon-rectal carcinoma.

REFERÊNCIAS

1. 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: 207.
2. Agha FP. Intussusception in adults. *Am J R* 1986; 146: 527.
3. Aston SJ, Machleder HI. Intussusception in the adult. *Am Surg* 1975; 41: 576.
4. Berardi RS. Benign nonepithelial tumors of the large intestine. *Am J Proctol*, 1977; 20: 36.
5. Coran AG. Intussusception in adults. *Am J Surg* 1969; 117: 735.
6. Costa HMP, Pierre A. Lipomas de cólon. *Rev AMB* 1982; 28: 71.
7. Custardoy Motilva AL, Lopez V, Castineiras M, Mugica D. Lipomas submucosos del colon. *Rev Esp Enferm Apar Dig* 1983; 63: 278.
8. Felix EL, Cohen MH, Bernstein AD, Schwartz JH. Adult intussusception - case report of recurrent intussusception and review of the literature. *Am J Surg* 1976; 131: 758.
9. Fernandez MJ, Davis RP, Nora PF. Gastrointestinal lipomas. *Arch Surg* 1983; 118: 1.081.
10. Ferraris R, Fornaro R, Torelli F, Parodi G, Rollandi GA. A propósito di um caso di lipoma sottomucoso del cieco. *Minerva Chir* 1987; 42: 97.
11. Garcia Correa F, Suárez Garcia J, Febles Molina G; Cabezas de Herrera, Santamaria M, Alonzo Gonzales MA. Lipoma del colon - a propósito de dos casos. *Rev Esp Enferm Apar Dig* 1987; 71: 173.
12. Hamelin EV, Carmona JAD, Trigueros LM, Garcia AM, Ampudia MS, Hernandez MG. Lipoma de colon - a propósito de un caso. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1985; 67: 291.
13. Kaplan P. Submucous lipoma of the colon. *Inter Surg* 1971; 56: 113.
14. Kiss DR, Nahas P, Vasconcelos E. Submucous lipoma of the sigmoid complicated by colonic intussusception. *Intern Surg* 1968; 50: 552.
15. Michowitz M, Lazebnik N, Noy S, Lazebnik R. Lipoma of the colon - a report of 22 cases. *Am Surg* 1985; 51: 449.
16. Modesto MH, Felício F, D'Acampora AJ, Froner LG. Lipoma do intestino grosso. *Arq Catar Med* 1983; 12: 197.
17. Mukamel E, Wolloch Y, Glanz I, Dintzman M. Lipomas of the large intestine. *Am J Proctol Gastroent Colon Rectal Surg* 1978; 29: 30.
18. Sarro Palau M. Lipomas del colon - a propósito de dos casos. *Rev Esp Enferm Apar Dig* 1982; 62: 321.
19. Taylor BA, Wolff BG. Colonic lipomas - report of two unusual cases and review of the Mayo Clinic Experience, 1976-1985. *Djs Colon Rectum* 1987; 30: 888.
20. Waye JD, Frankel A. Removal of pedunculated lipoma by colonoscopy. *Am J Gastroent* 1974; 61: 221.
21. Zamboni WA, Fleisher H, Zander JD, Folse JA. Spontaneous expulsion of lipoma per rectum occurring with colonic intussusception. *Surg* 1987; 101: 104.

Endereço para correspondência:

José Higino Steck
Rua Antônio Cezarino, 785 - ap. 91
13025 - Campinas - SP