

---

# A IMPORTÂNCIA DA COLONOSCOPIA E DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA NO DIAGNÓSTICO DOS LIPOMAS DO CÓLON. RELATO DE TRÊS CASOS

MANOEL DA SILVA RESENDE  
EMERSON JOSÉ MACEDO DE OLIVEIRA  
JOSÉ JUVENAL DE ARAÚJO  
MURILO BOAVISTA P. MENDES  
ERIVALDO FERNANDES LIRA  
ARIVALDO DE ARAÚJO TEIXEIRA  
MIRLEY DO PRADO

---

RESENDE MS, OLIVEIRA EJM, ARAÚJO JJ, MENDES MBP, LIRA EF, TEIXEIRA AA & PRADO M - A importância da colonoscopia e da tomografia computadorizada no diagnóstico dos lipomas do cólon. Relato de três casos. *Rev bras Colo-Proct*, 1993; 13(1): 16-20

**RESUMO:** Os autores apresentam três casos de lipomas não-complicados do cólon, destacando a importância da colonoscopia e da tomografia computadorizada para o diagnóstico pré-operatório de certeza, possibilitando, desta maneira, a observação ou a excisão local dos mesmos, impedindo que cirurgias mais radicais que as necessárias sejam realizadas.

**UNITERMOS:** lipomas; colonoscopia; tomografia computadorizada

---

Os lipomas do trato digestivo são lesões benignas pouco frequentes, 65% deles acometem o intestino grosso (25) e neste segmento representam 4% de todos os tumores benignos do cólon, sendo, contudo, os mais comuns após os pólipos adenomatosos e hiperplásicos (11). Long e cols. (18) encontraram 33 lipomas do cólon em 125.000 laparotomias. É reconhecido, todavia, que este tumor é difícil de ser localizado pela palpação durante a cirurgia, mesmo quando o local é previamente suspeitado (26). Eliminação espontânea de lipomas submucosos também já foi referida. Nas autópsias, sua incidência varia de 0,05 a 4,4% em diferentes séries (3, 11, 24, 25).

Sua capacidade em simular lesões pré-malignas e malignas, tanto em sua aparência como em sua sintomatologia, representa um importante problema diagnóstico e terapêutico, pois alguns casos poderão ser tratados por operações mais radicais que as necessárias (14, 21). Como não há degenerações malignas nos lipomas do cólon (21, 32), o tratamento de

escolha, nos casos não complicados, é a observação ou a enucleação sempre que o diagnóstico for alcançado (14). A colonoscopia e a tomografia computadorizada podem contribuir para maior segurança no manuseio destas lesões benignas. Descrevemos três casos em que tais recursos foram utilizados no diagnóstico das lesões, orientando na escolha da conduta adotada.

## RELATOS DOS CASOS

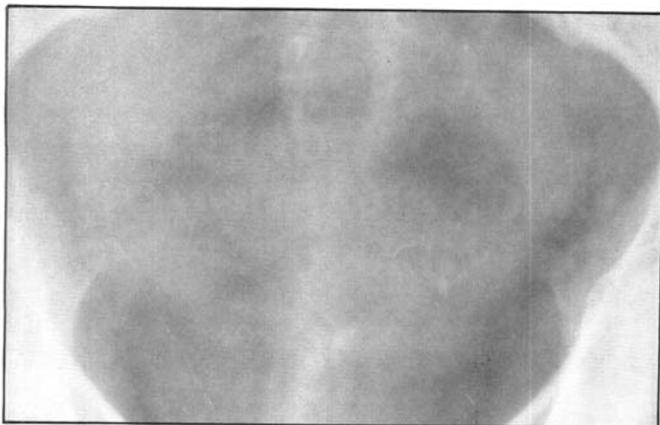
### Caso 1

R.A.E.S., feminina, 54 anos, branca. Há muitos anos apresenta alterações no ritmo intestinal, ora com constipações, ora com diarreias, acompanhadas, ocasionalmente, de retorragia. Há oito anos apresenta cólicas abdominais que se iniciam na região lombar e irradiam-se para todo o abdome com grande intensidade, acompanhadas de vontade de evacuar improdutiva e, às vezes, com vômitos. As dores aliviam com a eliminação de gases e fezes. O quadro piorou no último ano, tornando-se frequentes as buscas de tratamento nos serviços de emergência.

Nega cirurgias anteriores. Refere antecedentes de câncer na família.

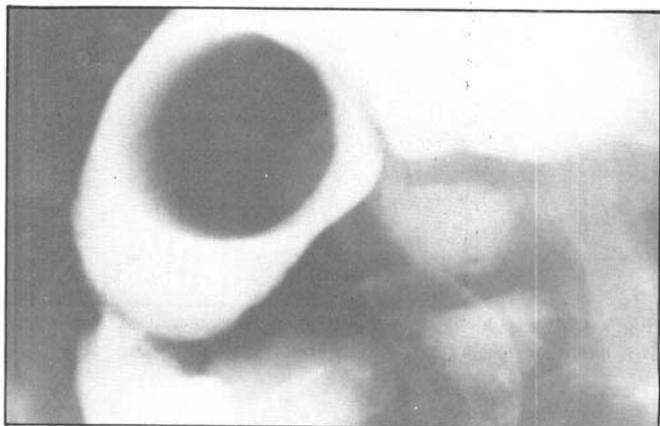
Os exames físicos e proctológicos de rotina foram normais. A colonoscopia mostrou, ao nível de sigmóide, lesão séssil submucosa de aproximadamente 5 cm de diâmetro, lisa, depressível (sinal de almofada), positivo com os movimentos do cólon. As biópsias sucessivas no mesmo local não conseguiram evidenciar tecido adiposo.

A radiografia de abdome mostrou uma imagem arredondada com cerca de 5 cm de diâmetro, em hemipelve esquerda, com densidades intermediárias entre partes moles e gás (Fig. 1).



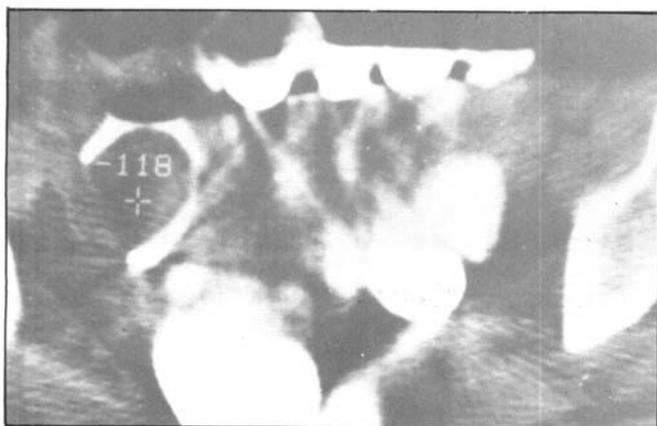
**Fig. 1** - Radiografia mostrando uma imagem arredondada com cerca de 5 cm de diâmetro em hemipelve esquerda, com densidade intermediária entre partes moles e gás.

O clister opaco apresentou falha de enchimento em sigmóide arredondada, com contornos lisos, medindo 5 cm de diâmetro (Fig. 2).



**Fig. 2** - Clister opaco apresentando falha de enchimento em sigmóide, arredondada, com contornos lisos, medindo cerca de 5 cm de diâmetro.

A tomografia computadorizada evidenciou falha de enchimento ao nível de sigmóide com as mesmas características já descritas. A densidade medida foi -118 UH, caracterizando o conteúdo gorduroso da lesão (Fig. 3).



**Fig. 3** - Tomografia computadorizada evidenciando a lesão assinalada na Figura 2, cuja densidade medida de -118 UH caracteriza o conteúdo gorduroso.

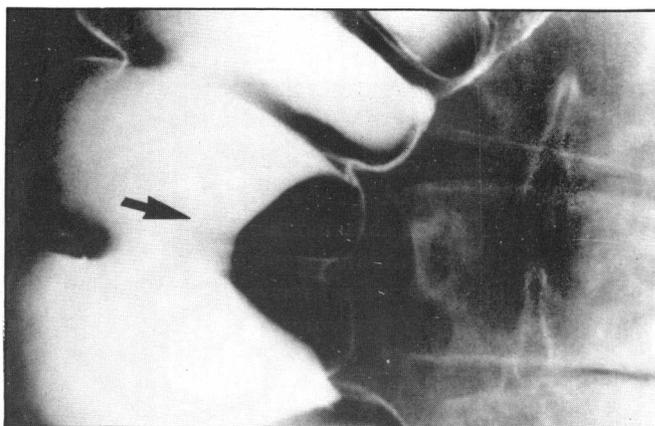
Em virtude dos quadros suboclusivos, a paciente foi submetida a colotomia com excisão do lipoma sem abertura da mucosa e fechamento da camada seromuscular com pontos separados. Recebeu alta no 4º dia e no controle pós-operatório não mais apresentou queixas.

## Caso 2

A.M.J., feminina, 64 anos, com história de constipação e dores abdominais de até 15 dias, necessitando do uso rotineiro de laxativos, com início há um ano.

Os exames físico e proctológico de rotina foram normais.

O clister opaco mostrou doença diverticular dos cólons, com predominância à esquerda e falha de enchimento na face mesentérica da porção distal do cólon ascendente de contorno liso, com preservação da elasticidade do órgão (Fig. 4).



**Fig. 4** - Clister opaco mostrando divertículos e falha de enchimento na face mesentérica da porção distal do cólon ascendente de contorno liso, com preservação da elasticidade do órgão nessa região.

A tomografia computadorizada, após clister opaco aquoso, mostrou falha de enchimento semilunar na face mesentérica do cólon ascendente. A densidade da lesão era de -77 UH, comprovando tratar-se de tecido adiposo. Outra imagem da lesão demonstrou concomitantemente presença de nível hidroaéreo em outro segmento de alça. Para ilustração, foi medida a densidade aérea (-1000 UH) (Figs. 5 e 6).

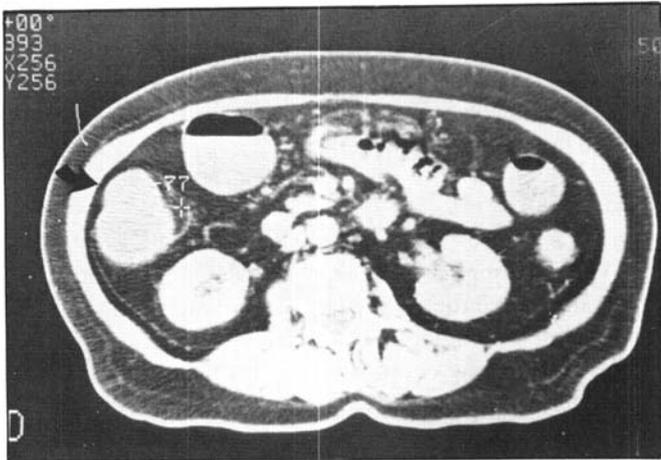
A colonoscopia evidenciou óstios diverticulares esparsos pelo cólon e a nível do ascendente, próximo ao ângulo hepático, tumor com cerca de 5 cm de diâmetro com mucosa de aspecto normal, sinal da almofada e tenda positivos, acompanhando os movimentos do cólon, compatível com lipoma.

As biópsias, repetidas várias vezes no mesmo local, não evidenciaram tecido adiposo.

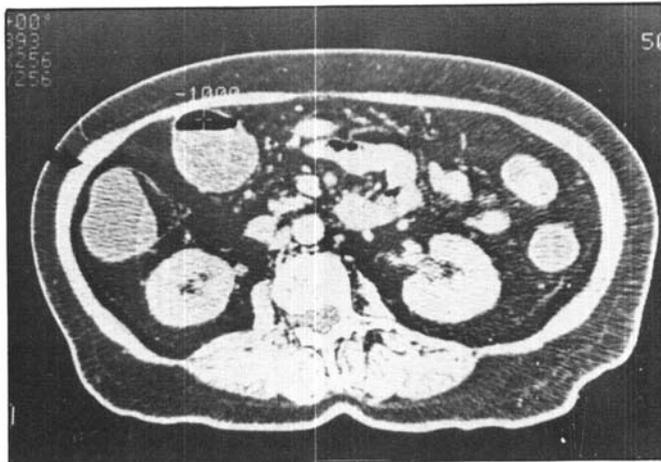
A presença de doença diverticular dos cólons e do esclerocimento diagnóstico fez com que se optasse pela observação clínica.

## Caso 3

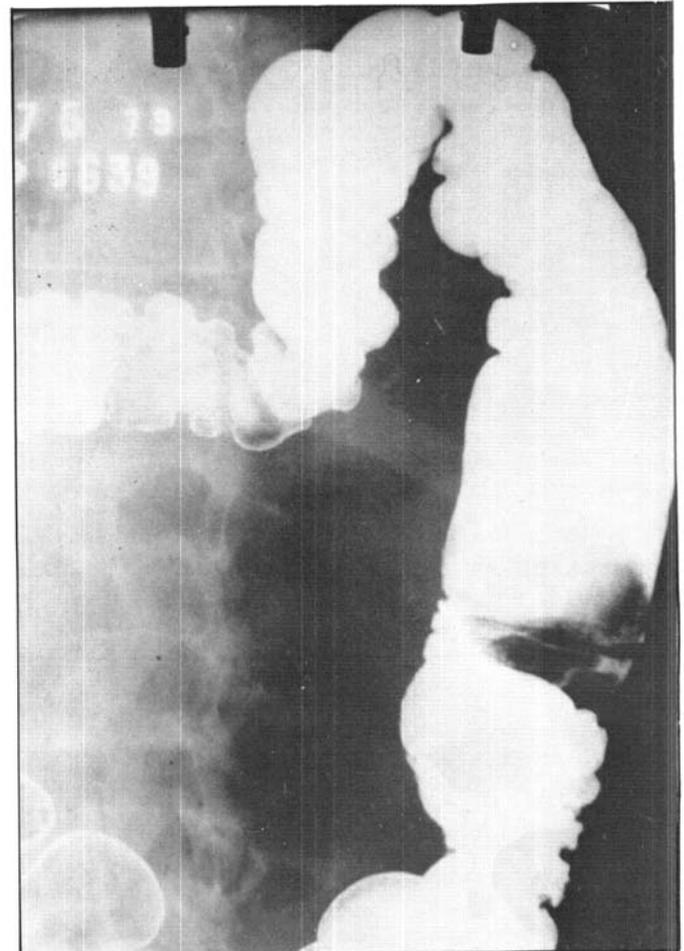
A.R.V., masculino, 39 anos, há oito meses com dor tipo cólica, localizada no hipogástrio, com parada de eliminação



**Fig. 5** - Tomografia computadorizada, após clister opaco aquoso, mostrando falha de enchimento semilunar na face mesentérica do cólon ascendente. A medida da densidade é de -77 UH, definindo tecido adiposo.



**Fig. 6** - Outro detalhe da tomografia computadorizada, mostrando a lesão citada na Figura 5 e nível hidroaéreo em outro segmento, cuja densidade é de -1000 UH.



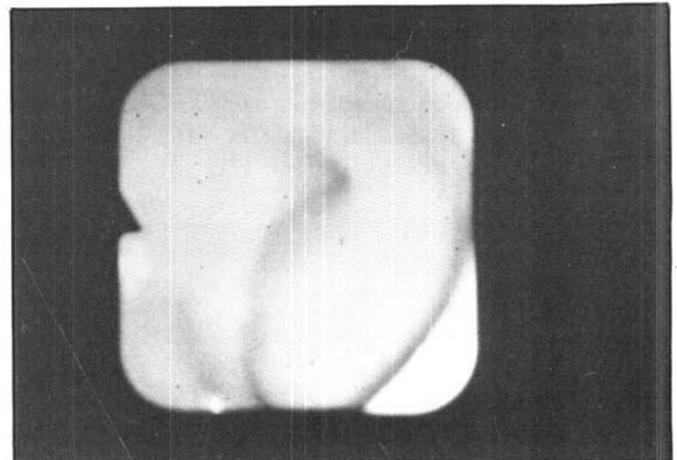
**Fig. 7** - Clister opaco mostrando falha de enchimento no cólon descendente de contorno liso, com cerca de 5 cm de diâmetro.

de gases e fezes, que eram eliminados abruptamente e em grandes quantidades, seguido de alívio do quadro.

Os exames físico e proctológico de rotina foram normais.

O clister opaco mostrou falha de enchimento no cólon descendente próximo ao ângulo esplênico de contornos lisos, com cerca de 5 cm de diâmetro (Fig. 7).

A colonoscopia revelou tumor recoberto de mucosa normal, depressível, com aproximadamente 5 cm de diâmetro, localizado no cólon descendente próximo ao ângulo esplênico sugestivo de lipoma submucoso do cólon (Fig. 8). O paciente foi submetido a colostomia e exérese do tumor (Fig. 9). Evoluiu sem intercorrências.



**Fig. 8** - Colonoscopia. Observa-se tumor recoberto de mucosa normal depressível, com aproximadamente 5 cm de diâmetro.

## DISCUSSÃO

Os lipomas do trato digestivo são mais comuns no cólon, a seguir no intestino delgado, sendo raros no esôfago e estômago, onde os leiomiomas são mais freqüentes, consti-

tuindo uma diferenciação importante no diagnóstico (21). Predomina na quinta e sexta décadas, mas pode apresentar-se em qualquer idade (7). Segundo alguns autores (6, 8, 24, 25), incidem mais nas mulheres, enquanto outros identificaram

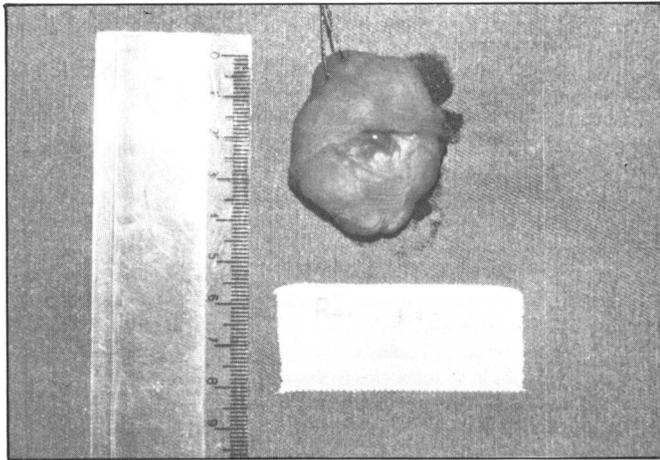


Fig. 9 - Aspecto macroscópico do lipoma ressecado.

distribuição semelhante em ambos os sexos (28, 29, 32). A maioria dos lipomas está localizada no cólon direito (4, 24, 25), sendo que alguns autores (21) colocam o hemicólon direito como predominante no sexo feminino e o esquerdo no masculino. Nos nossos casos, dois foram no sexo feminino, ambos na sexta década, localizados no sigmóide e no ascendente. O terceiro caso foi do sexo masculino, com 39 anos, e com lipoma localizado no cólon descendente.

Os dois pacientes submetidos a enucleação do tumor apresentavam localização submucosa. No terceiro, tanto a colonoscopia quanto a tomografia computadorizada sugeriram tratar-se de lipoma submucoso. Ramos e cols. (27) relataram sete casos de lipomas do cólon, quatro dos quais do tipo submucoso. A literatura refere que 90% dos casos localizam-se na submucosa (8, 24, 25) e que quase dois terços são pediculados (21, 33). Todos os nossos casos eram sésseis. Os lipomas menores que 1 cm são geralmente assintomáticos, enquanto que os maiores que 2 cm causam sintomas (21), que podem ser cólicas abdominais, alterações do ritmo intestinal, constipações ou diarreias, sangramentos, obstruções devido a invaginação, em incidência que varia de 19% (15) a 45% (17) ou 50% (9).

Nenhum dos nossos casos apresentou obstrução aguda, havendo, contudo, vários relatos em casuística nacional (1, 10, 16, 27, 30), e que podem chegar à exteriorização pelo ânus, confundindo com prolapso retal completo. As outras complicações compreendem a hemorragia em 15% dos casos e a ulceração em 10% (15).

Por outro lado, a coexistência de outras lesões gastrointestinais associadas deve ser excluída para que não mascare o real significado do lipoma como a patologia específica (21). Dois dos nossos casos apresentavam 5 cm de diâmetro, enquanto o terceiro caso, 3 cm. Na maioria, eles são únicos e seu tamanho pode oscilar entre 0,5 e 8 cm. Os dois operados foram devido a quadros suboclusivos intermitentes que sempre resolviam com o tratamento clínico. O outro, apesar de apresentar cólicas abdominais e constipação, tinha doença diverticular dos cólons como lesão associada, ficando em acompanhamento ambulatorial e tratamento conser-

vador, após estabelecido o diagnóstico de lipoma através da tomografia computadorizada. Evoluiu com remissão das queixas.

Há necessidade de se fazer o diagnóstico diferencial do lipoma do cólon com o adenocarcinoma, principalmente pela semelhança de sintomatologia e faixa etária acometida (16, 21, 28), assim como a possibilidade de lesão sincrônica de carcinoma do cólon (4), que pode atingir uma incidência de 33%.

Embora um diagnóstico pré-operatório não tenha sido comum no passado e associado à baixa frequência desta lesão, deve-se exigir do cirurgião uma maior suspeita diagnóstica. Obtivemos isto através de recursos atualmente disponíveis. Assim, o lipoma devido ao seu conteúdo de gordura possui uma radiodensidade peculiar.

Na radiografia de abdome identificamos uma massa circunscrita de baixa densidade, mais radioluzente que a água (Fig. 1), característica que oferece segurança diagnóstica. Ao exame contrastado, nos casos típicos apresenta-se como fina falha de enchimento bem delimitada e com contorno liso, regular, apesar de poderem ser vistas lobulações (Figs. 2, 4, 7). Algumas vezes pode circundar toda a alça intestinal, principalmente no ceco. Estas falhas de enchimento podem ser difíceis de diferenciar das lesões polipóides benignas e malignas. Uma boa ajuda é a superfície lisa e a consistência macia do tumor demonstrada através de mudança em sua configuração com o peristaltismo ou a compressão (8, 13). Sua radiodensidade pode não ser bem apreciada no enema opaco convencional com o duplo contraste. O enema aquoso, utilizando-se baixa kilovoltagem, é mais indicado para esta avaliação (20), pois quando o lipoma é circundado pela água, a radiotransparência do tumor pode ser detectada.

Margulis e Javanovich (20) foram capazes de fazer o diagnóstico correto em cinco dos oito casos estudados com esta técnica. Stevens (31) refere sucesso em mais dois casos; contudo, cabe à tomografia computadorizada fazer, com segurança, a diferenciação entre gordura, outros tecidos ou fezes. Uma baixa densidade distingue a gordura de outros tecidos e de material fecal. A tomografia computadorizada realizada com contraste intraluminal e um bom preparo intestinal mostra uma lesão homogênea, com baixo valor de unidades Hounsfield, conforme vários trabalhos publicados (12, 14, 22), dando um diagnóstico seguro de lipoma.

A colonoscopia aumenta esta segurança (14). Durante este exame, geralmente o lipoma se apresenta como um tumor polipóide, freqüentemente séssil e amarelado, podendo, contudo, ser pediculado e coberto por mucosa de aspecto normal. Ele é macio, observando-se pela fácil depressão obtida com a pinça biópsia (sinal da almofada ou de ondas) (5). A mucosa sobrejacente pode ser separada da lesão com a pinça biópsia, quando a mesma é séssil, e esse fenômeno é denominado de "sinal de tenda" (5). Se conseguirmos biopsiar repetidas vezes no mesmo local, até que a gordura subjacente seja exposta ou que chegue a formar uma protuberância, o diagnóstico é conclusivo e constitui o sinal da "gordura nua", o que não ocorreu em nossas tentativas. A mucosa ocasionalmente está ulcerada, achado mais comum nos leiomiomas.

Assim, se os achados endoscópicos e a tomografia computadorizada forem sugestivos de lipomas, talvez a observação seja o indicado, como mostrado no caso 2, em que a presença da doença diverticular dos cólons tornava difícil saber qual dos dois fatores era responsável pelos sintomas. Se o quadro clínico justifica uma cirurgia para remoção, uma ressecção endoscópica poderá ser tentada se a lesão for pediculada. Em nossos casos, os lipomas eram sésseis. Se a remoção endoscópica não for viável na certeza diagnóstica pré-operatória, recomenda-se como fizemos nos casos 1 e 3.

---

**RESENDE MS, OLIVEIRA EJM, ARAÚJO JJ, MENDES MBP, LIRA EF, TEIXEIRA AA & PRADO M - The importance of colonoscopy and computed tomography in the diagnostic uncomplicated lipomas.**

**SUMMARY: The Authors show three cases of uncomplicated colon lipomas, they emphasize the importance of colonoscopy and computed tomography for assurance diagnosis before surgery, with can avoid unnecessary radical surgeries.**

**KEY WORDS:** lipomas; colonoscopy; computed tomography

---

#### REFERÊNCIAS

1. Acetta I, Moraes FA, Duarte AM, Maia AM, Acetta P. Invaginação colo-cólica exteriorizada pelo ânus secundária a lipoma. Relato de três casos. Rev bras Colo-Proct 1985; 5: 207-209.
2. Backenstoe GS. Spontaneous expulsion of submucous lipoma of cecum. Pennsylvania MJ 1940; 44: 21-22.
3. Barasdi RS. Benign nonepithelial tumors of the large intestine. Am J Proctol 1977; 20: 36.
4. Castro EB, Sterns MW. Lipoma of the large intestine. Disease Colon and Rectum 1972; 15: 441-444.
5. Debur RA, Shinya H. Colonic Lipoma Gastrointest Endosc 1975; 22: 90-91.
6. De Bray C, Hardouin SP, Pirommeau A, Terris G, Martin E. Les lipomas du colon. Arch Mal Appar Dig 1963; 52: 883-908.
7. D'Javid IF. Lipomas of the large intestine. J Int Coll Surg 1960; 33: 639-668.
8. D'Javid IF. Lipomas of the large intestine. J Inst Coll Surg 1961; 33: 131-136.
9. Felix EL, Cohen MH, Bernstein AD, Schwartz JH. Adult intussusception and review of the literature. Am J Surg 1976; 131-758.
10. Figueroa FJ, Camara MAR, Godoy CVF. Manifestação rara de lipoma em colo-proctologia. Rev bras Colo-Proct 1982; 2: 111.
11. 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.
12. Heiken JP, Forde KA, Gold RP. Computed tomography as a definitive method for diagnosis lipomas. Radiology 1982; 142: 409-13.
13. Hurwitz MM, Redleaf PD, Willians HJ, Edwards JE. Lipomas of the gastrointestinal tract. Analysis of seventy-two tumors. AJR 1967; 99: 840-9.
14. Kang JY, Chan-Wilde C, Wu A, Chev R, Ti TK. Role of computed tomography and endoscopy in the management of alimentary tract. Lipomas Gut 1990; 31: 550-3.
15. Kaplan P. Submucous lipoma of the colon. Inter Surg 1971; 56: 113.
16. Kiss DR, Maras P, Vasconcelos E. Submucous lipoma of the sigmoid complicated by colonic intussusception. Inter Surg 1968; 50: 552.
17. Lazarus JA, Marks MS. Submucous lipomas of the colon with special reference to acute and chronic intussusception. Am J Surg 1945; 70: 114.
18. Long CG, Dorckerty MD, Wagh JM. Lipoma of colon. S Clin North Am 1949; 29: 1233-1243.
19. Manhein SD, Peskin H. Spontaneous elimination of a lipoma from the sigmoid flexure. JAMA 1942; 118: 1214-1215.
20. Margulis AR, Javanovich A. The roentgen diagnosis of submucous lipomas of the colon. Am J Roentgenol 1960; 84: 1114-1119.
21. Mayo CW, Pagtaluman RJG, Brown DJ. Lipoma of the alimentary tract. Surgery 1963; 53: 598-603.
22. Megybow A, Redmond PE, Bosmiak MA, Horowitz I. Diagnosis of gastrointestinal lipomas by C.T. AJR 1979; 133: 743-5.
23. Messmer S, Wayne JD. The diagnosis of colonic lipomas. The Maked Flat Sign Gastrointest Endosc 1982; 28: 186.
24. Michowitz E, Lazebnik N, Noy S, Lazebnik R. Lipomas of the colon - A report of the 22 cases. Am Surg 1985; 51: 449.
25. Mukamil E, Wolloch Y, Glanz I, Dintzman M. Lipomas of the large intestine. Am J Proctol Gastroent Colon Rectal Surg 1978; 29: 30.
26. Palazzo WL. Lipomas of gastrointestinal tract. Am J Roentgenol 1949; 62: 823-830.
27. Ramos JR, Simões DL, Souza PCT, Ortolan GL, Oliveira. Lipoma sintomático do cólon. Rev bras Colo-Proct 1989; 9: 5-11.
28. Sahai DB, Palmer JD, Hampson LG. Submucosal lipomas of the large bowel. Canad J Surg 1968; 11: 23-26.
29. Sarro Palan M. Lipomas del colon - A propósito de dos casos. Rev Esp Enferm Apar Diag 1982; 62: 321.
30. Steck JH, Zaben JLA, Escanhoela CAF, Goes JRN, Medeiros RR. Intussuscepção intestinal por lipoma do cólon - Confusão diagnóstica com carcinoma colorretal obstrutivo. Rev bras Colo-Proct 1988; 8: 111-114.
31. Stevens GM. Water enema to verify of the colon. Am J Roentgenol 1966; 96: 292-295.
32. Taylor BA, Wolff BG. Colonic lipomas - Report of two unusual cases and review of the Mayo clin. Experience 1976-1985. Dis Colon Rectum 1987; 30: 888-893.
33. Wychulis AR, Jackman RJ, Mayo CW. Submucous lipomas of the colon and rectum. Surg Gynecol 1964; 118: 337-348.