
INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL CAUSADA POR LIPOMAS DO CÓLON. RELATO DE OITO CASOS

JOÃO JOSÉ FAGUNDES, TSBCP
JUVENAL RICARDO NAVARRO GÓES, TSBCP
CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, FSBCP
CARLOS AUGUSTO RAMOS DO AMARAL, FSBCP
MARIA DE LOURDES S. AYRIZONO
RAUL RAPOSO DE MEDEIROS, TSBCP

FAGUNDES JJ, GÓES JRN, COY CSR, AMARAL CAR, AYRIZONO MLS & MEDEIROS RR - Intussuscepção intestinal causada por lipomas do cólon. Relato de oito casos. *Rev bras Colo-Proct*, 1994; 14(3): 179-181

RESUMO: O lipoma do cólon é patologia rara e deve ser considerado no diagnóstico diferencial de obstrução intestinal por intussuscepção. São apresentados oito casos que se manifestaram através de intussuscepção intestinal, que ocorreram em um período de 20 anos no Serviço de Colo-Proctologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. As manifestações clínicas, dificuldades em se realizar o correto diagnóstico no período pré-operatório e as condutas adotadas são revistas neste artigo.

UNITERMOS: cólon; lipoma; intussuscepção

Os lipomas do trato gastrointestinal são raros, sendo que em sua maioria ocorrem no cólon (9, 19, 21, 26). Estudos em material de autópsia demonstram que a incidência destes tumores no intestino grosso varia entre 0,04% e 4,4% (4, 12, 15, 31), sendo menos freqüentes apenas que os adenomas, dentre os tumores benignos deste órgão. Apesar de pouco comuns, despertam interesse devido às implicações terapêuticas que o correto diagnóstico pode oferecer, uma vez que em 94% dos casos não causam sintomas (29) e são comumente confundidos com carcinoma (5-7, 17, 20, 21, 24, 29).

São apresentados oito casos de lipoma de cólon, confirmados pelo exame histopatológico, que se manifestaram por invaginação intestinal. Todos os casos foram diagnosticados e conduzidos pelo Serviço de Colo-Proctologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, no período compreendido entre 1972 e 1992. O quadro clínico, as dificuldades em se realizar o correto diagnóstico no período pré-operatório e as condutas adotadas são revistas neste artigo.

Relato dos casos

Caso 1 - Paciente do sexo feminino, 65 anos, branca, deu entrada no serviço com queixa de dor abdominal tipo cólica e exteriorização de tumor pelo ânus há três dias. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, com sinais vitais dentro da normalidade e abdome discretamente distendido. Apresentava alça cólica exteriorizada pelo ânus em extensão de 15 cm com tumor polipóide de 4 cm de diâmetro, ulcerado em sua porção distal, não sendo possível a redução manual. Foi levada à cirurgia e, após a desinvaginação, o tumor mostrou-se localizado no sigmóide distal. Optou-se por retossigmoidectomia abdômino-perineal com anastomose colorretal retardada, em razão do cólon não estar preparado. O segundo tempo operatório foi realizado no 10º dia de pós-operatório, evoluindo sem intercorrências.

Caso 2 - Paciente de sexo masculino, 52 anos, branco, com queixa de dor abdominal tipo cólica, com períodos de acalmia, e alteração do hábito intestinal (constipação) há três meses. Emagrecimento de 9 kg no período. O enema opaco mostrava invaginação colo-cólica ao nível de transverso. Submetido a ressecção segmentar do cólon por lipoma polipóide de 5 cm de diâmetro, com boa evolução pós-operatória.

Caso 3 - Paciente do sexo masculino, 65 anos, branco, deu entrada no hospital com quadro de dor abdominal em cólica há quatro dias e distensão progressiva do abdome. Vômitos e parada de eliminação de gases e fezes há 24 horas. Ao exame físico, abdome com distensão global e ruídos hidroaéreos aumentados. O exame radiológico do abdome mostrava alças de delgado com níveis hidroaéreos e distensão do cólon direito. Durante a laparotomia foi observada a presença de invaginação colo-cólica, do ceco ao transverso proximal, não sendo possível a redução da mesma. Realizada colectomia direita com íleo-transverso anastomose, com boa evolução pós-operatória. O exame da peça cirúrgica mostrou lipoma de ceco de 5 cm de diâmetro.

Caso 4 (ref. 22) - Paciente do sexo masculino, 48 anos, branco, deu entrada com história de saída de tumor pelo ânus há 10 dias, tendo ficado até então internado em outro serviço. Mau estado geral, desidratado, abdome pouco distendido

e doloroso. Ao exame proctológico, evidenciava-se invaginação cólica exteriorizada pelo ânus, encimada por tumor de 5 cm de diâmetro e de aspecto necrótico. Foi levado à cirurgia, onde, após a redução da invaginação, não ocorreu melhora do aspecto da alça (sigmóide). Optou-se por retosigmoidectomia, com fechamento do reto ao nível da reflexão peritoneal e exteriorização do cólon proximal. Evoluiu com hérnia incisional, que foi corrigida por ocasião da reconstrução do trânsito intestinal após três meses.

Caso 5 (ref. 27) - Paciente do sexo masculino, 47 anos, negro, encaminhado de outro serviço com história de enterorragia há vários dias, parada de eliminação de gases e fezes e vômitos biliosos. Referia também afilamento de fezes, dificuldade progressiva para evacuar e emagrecimento. Há um dia vinha apresentando crises convulsivas reentrantes. Antecedentes: tuberculose tratada e hipertensão arterial. Ao exame físico apresentava-se em mau estado geral, descorado, desidratado, emagrecido, contactuando mal; Pa = 120/80 mmHg, P = 80 bpm, afebril. O abdome encontra-se flácido e palpava-se tumoração de consistência endurecida em quadrante inferior esquerdo do abdome. Ao toque retal, presença de tumor a 2 cm da borda anal com sangramento de odor fétido. A radiografia de abdome mostrava grande distensão do cólon direito. A radiografia de tórax mostrava vários nódulos sugestivos de metástases. Exames laboratoriais: uréia = 130 mg/%, creatinina = 4,7 mg%, Na = 147 mEq/l, K = 4,1 mEq/l, Hemograma: Hb = 10,2 g%, Ht = 41%, 10.500 leucócitos com desvio à esquerda. Com a hipótese diagnóstica de carcinoma retal obstrutivo com metástases pulmonares e cerebrais, e dadas as péssimas condições clínicas do paciente, foi optada por conduta expectante e o paciente evoluiu para óbito após três dias. A necrópsia mostrou intussuscepção colorretal extensa, tendo como causa lipoma de 5 cm de diâmetro em cólon ascendente. A porção invaginada estava necrótica e os nódulos pulmonares eram seqüela de tuberculose.

Caso 6 - Paciente do sexo masculino, 66 anos, branco, com quadro de dor abdominal com localização em fossa ilíaca direita, há 24 horas, vômitos e diarréia. Com a hipótese de apendicite, o paciente foi levado à laparotomia, que evidenciou invaginação colo-cólica por lipoma submucoso de ceco, sendo realizado colectomia direita e com boa evolução pós-operatória.

Caso 7 - Paciente do sexo masculino, 64 anos, branco, referia queixas de cólicas abdominais, diarréia e um episódio de enterorragia há quatro meses. Foi submetido a exame de ecografia abdominal, que mostrou tumoração em epigastro e lesão hepática sólida no segmento II. Realizado enema opaco, com diagnóstico presuntivo de invaginação intestinal ao nível de flexura hepática. O laudo colonoscópico foi de lesão ulcerada em cólon transversal compatível com neoplasia. O diagnóstico histopatológico do material de biópsia foi de processo inflamatório crônico com ausência de neoplasia no material enviado. À laparotomia, foram observadas três lesões hepáticas compatíveis com hemangiomas e invaginação colo-cólica irreduzível, sendo realizada colectomia direita e íleo-transverso anastomose. O estudo do espécime cirúrgico demonstrou a presença de lipoma submucoso, de 7,5 cm de diâmetro, ulcerado, em cólon transversal.

Caso 8 - Paciente do sexo feminino, 70 anos, com queixa de dor abdominal tipo cólica e emagrecimento de 10 kg em seis meses. Deu entrada no hospital, relatando parada de eliminação de gases e fezes e vômitos. Ao exame físico apresentava distensão abdominal e tumoração palpável em fossa ilíaca esquerda. Foi submetida à cirurgia, que evidenciou invaginação colorretal, por lipoma submucoso de sigmóide medindo cerca de 7 cm. Optou-se pela realização de retosigmoidectomia com anastomose colorretal e ileostomia de proteção, que foi fechada após três meses.

COMENTÁRIOS

O lipoma do cólon é mais freqüente na quinta e sexta décadas de vida (5, 7, 17, 23, 24, 26), sendo que alguns relatos o apontam como sendo mais comum no sexo feminino (5, 7, 16, 21, 23, 24, 26), enquanto que outros não evidenciam este predomínio (29). Apresentam-se ao redor de 70% das vezes como lesão isolada (5, 17), e, quando múltiplos, estes ocorrem no cólon direito (17, 24, 29). Na presente casuística todos os pacientes apresentaram apenas uma lesão. Tem distribuição oposta aos adenomas, uma vez que são raros no reto e sigmóide e freqüentes no ceco (5, 17, 21, 23, 29). Neste relato, 62,5% encontravam-se no cólon direito e 37,5% no sigmóide. Atribui-se à maior ocorrência de tumores em sigmóide desta casuística, em relação aos dados de literatura, ao fato de que estão apresentados apenas casos que se manifestaram com intussuscepção intestinal.

Na sua maioria são submucosos (5, 17, 21, 23, 24, 26), podendo também ser subserosos (13, 17, 18). Geralmente são ovalados, mas existe relato de tumor de aspecto anelar (19). Histologicamente tem a estrutura de tecido adiposo bem diferenciado, envolvido por cápsula fibrosa. Deve-se salientar que a transformação sarcomatosa não é descrita no cólon, sendo que o lipossarcoma é mais freqüente no intestino delgado (29).

Geralmente são assintomáticos, sendo que entre 11% e 40% são achados incidentais em laparotomias (7, 11, 17, 23, 31). Os sintomas são dependentes do seu tamanho (5, 11, 17, 23, 24, 29), e quando maiores do que 2 cm, os lipomas podem manifestar-se clinicamente com desconforto abdominal, constipação, sangramento e intussuscepção, sendo esta a complicação mais freqüente, com incidência entre 40% e 66% (14, 18, 21, 29). Provavelmente, a atividade motora do cólon promoveria a "expulsão" do lipoma no lúmen intestinal, favorecendo assim a obstrução por invaginação.

O diagnóstico é de difícil realização, causando erros de interpretação e conduta (21, 22, 27). Na história clínica, queixas de dor abdominal tipo cólica com períodos de acalmia (Síndrome de König) devem ser consideradas. Em 25% a 60% das ocasiões, evidencia-se ao exame físico tumor abdominal, que desaparece nos exames subsequentes (11, 17, 19, 21), fato observado pelos autores em dois pacientes. A exteriorização pelo ânus (1, 2, 17, 18, 21-23) facilita o diagnóstico, pois pode permitir a visualização do tumor. Nesta casuística, achados radiológicos e ecográficos de afecções benignas nos casos n^{os} 5 e 7 induziram ao diagnóstico de neoplasia maligna com metástases para pulmões e fígado.

O enema opaco permite ao radiologista perceber que o tumor, dada a sua consistência macia, muda de forma e é móvel durante o peristaltismo intestinal ou compressão manual ("squeeze sign") (5, 24). Nesta casuística, o exame radiológico nos casos 2 e 7 mostraram a imagem em "casca de cebola", sugestiva de intussuscepção, e permitiu inferir o correto diagnóstico no pré-operatório. A colonoscopia permite a observação de tumoração amarelada característica e a retirada da mucosa sobrejacente à lesão pode permitir a visualização de tecido gorduroso (5). Entretanto, o diagnóstico, na vigência de invaginação, é bem mais difícil de ser realizado, devido ao processo inflamatório, edema e dificuldade que pode existir em se visualizar o lipoma. A tomografia computadorizada é tida por alguns como o exame ideal para a realização do correto diagnóstico, pois distingue com facilidade o tecido adiposo (13, 23). A ultra-sonografia abdominal evidencia a presença de tumoração e ocasionalmente permite ao examinador o diagnóstico da invaginação, sendo que possibilitou no caso 7 a indicação de enema opaco e colonoscopia.

O tratamento pode ser realizado através da enucleação ou ressecção segmentar do cólon, sendo possível o uso da via laparoscópica (25). Na vigência da intussuscepção, a desinvaginação pode ser impossível pelo edema e necrose eventualmente encontrados, o que ocasionou maiores ressecções nesta casuística. O tratamento endoscópico é factível nos casos em que há protrusão do tumor no lúmen intestinal, sendo método seguro e pouco invasivo (7, 23, 26, 29, 30, 32).

CONCLUSÃO

O lipoma do cólon causando invaginação intestinal deve ser considerado no diagnóstico diferencial das obstruções mecânicas do intestino grosso. A maioria dos pacientes são operados sem o adequado preparo pré-operatório e algumas vezes em más condições clínicas. A ressecção local ou segmentar do cólon é o tratamento adequado, evitando-se assim cirurgias de maior porte e conseqüentemente maiores taxas de morbimortalidade.

FAGUNDES JJ, GÓES JRN, COY CSR, AMARAL CAR, AYRIZONO MLS & MEDEIROS RR - Lipomas of colon complicated by intussusception: A report of eight cases.

SUMMARY: Lipomas of the colon are rare and must be considered in cases of intestinal obstruction. Eight cases of colonic lipoma complicated by intussusception are reported in a period of 20 years. Clinical presentation, difficulties to perform the correct diagnosis and adopted treatments are reviewed in this article.

KEY WORDS: colon; lipoma; intussusception

REFERÊNCIAS

1. Abdu-Dalu J, Urca I. Lipoma of the colon. Report of three cases. *Dis Colon Rectum* 1971; 15: 370-2.
2. Acceta I, Moraes FA, Duarte AM, Mara AM, Acceta P. Invaginação

- colo-cólica exteriorizada pelo ânus secundária a lipoma. Relato de três casos. *Rev bras Colo-Proct* 1985; 5: 207-9.
3. Ackerman NB, Chughathai SQ. Symptomatic lipomas of the gastrointestinal tract. *Surg Gynecol Obstet* 1975; 141: 565.
4. Berardi RS. Benign nonepithelial tumours of the large intestine. *Am J Proctol* 1977; 20: 36-42.
5. Castro EB, Stearns MW. Lipoma of the large intestine: A review of 45 cases. *Dis Colon Rectum* 1972; 6: 441-4.
6. Costa HMP, Pierre A. Lipomas do colon. *Rev Ass Med Bras* 1982; 2: 71-2.
7. Creasy TS, Baker AR, Talbot IC, Vertch PS. Symptomatic submucosal lipoma of the large bowel. *Br J Surg* 1987; 74: 984-6.
8. Custardoy-Motilva AL, Lopez EV, Morales VC, Devesca NM. Lipomas submucosales del colon. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1983; 3: 278-81.
9. Fernandez MJ, Davis RP, Nora PF. Gastrointestinal Lipomas. *Arch Surg* 1983; 118: 1081-3.
10. Garcia-Correa F, Garcia JS, Molina GF, Cabezas de Herrera M, Gonzales MAA. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1987; 2: 173-5.
11. Habr-Gama A, Jatobá PP, Frahja A, Goffi FS. Lipomas do colon. Apresentação de quatro casos. *Rev Ass Med Bras* 1972; 1: 49-52.
12. Haller JD, Roberts TW. Lipomas of the colon: a clinicopathologic study of 20 cases. *Surgery* 1964; 55: 773-8.
13. Hodgman CG, Lantz EJ, Maris TP, Couley CR. Computed tomography of intussusception due to colonic lipoma. *J Comp Assisted Tomography* 1987; 4: 740-1.
14. Kiss DR, Nahas P, Vasconcelos E. Submucous lipoma of sigmoid colon complicated by colonic intussusception. *Int Surg* 1968; 50: 552-8.
15. Mayo CW, Griess DF. Submucous lipomas of the large colon. *Surg Gynecol Obstet* 1949; 8: 309.
16. Messer J, Waye JD. The diagnoses of colonic lipomas, the maked fat sign. *Gastroint Endosc* 1982; 28: 186-8.
17. Mischowitz M, Lazebnik N, Noy S, Lazebnik R. Lipoma of the colon. A report of 22 cases. *Am Surg* 1985; 51: 449-54.
18. Modesto HM, Felicio F, D'Acampora AJ, Froner LG. Lipoma do intestino grosso. *Arq Cat Med* 1983; 3: 197-9.
19. Muckamel E, Wolloch Y, Glanzo & Dinstman M. Lipomas of the large intestine. *Am J Proctol Gastroent Colon Rectal Surg* 1978; 29: 30.
20. Notaro RJ, Masser P. Annular colon lipoma: A case report and review of the literature. *Surgery* 1991; 110: 570-2.
21. Ramos RJ, Simões LD, Souza TCP, Ortolan LG, Oliveira V. Lipoma sintomático do cólon. *Rev bras Colo-Proct* 1989; 1: 5-11.
22. Reis Neto JA, Quilici FA, Medeiros RR, Fagundes JJ, Montovani M, Leonardi LS. Lipomas intestinais. *Rev Ass Med Bras* 1978; 4: 119-20.
23. Rogi AM, Mirza D, Berlakovich G, Winkelhaver F, Rahus R. Submucous large-bowel lipomas - Presentation and management. *Eur J Surg* 1991; 157: 51-5.
24. Ryan J, Martin JE, Pollock DJ. Fatty tumours of the large intestine: a clinipathological review of 13 cases. *Br J Surg* 1989; 76: 793-6.
25. Saclandes TJ, Kost, Airan M, Dillon C, Franklin J. Laparoscopic removal of a large colonic lipoma. *Dis Colon Rectum* 1991; 11: 1027-9.
26. Siegal A, Witz M. Gastrointestinal lipoma and malignancies. *J Surg Oncol* 1991; 47: 170-4.
27. Steck JH, Zabeu JCA, Escanhoela CAF, Góes JRN, Medeiros RR. Intussuscepção intestinal por lipoma de cólon: confusão diagnóstica com carcinoma colorretal obstrutivo. *Rev bras Colo-Proct* 1988; 13: 111-4.
28. Stout AP. Tumours of the large colon and rectum. In: *Disease of the colon and anorectum*. Chap 16. Turrel editors, Philadelphia, 1959.
29. Taylor BA, Wolf BG. Colonic lipomas - Report of two unusual cases and review of the Mayo Clinic experience, 1976-1985. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 888-93.
30. Waye JD, Frankel A. Removal of pedunculated lipoma by colonoscopy. *Am J Gastroent* 1974; 61: 221-2.
31. Weinberg T, Feldman M. Lipomas of the gastrointestinal tract. *Am J Clin Pathol* 1955; 25: 272-81.
32. Yu JP, Wo SH, Wang ZX. Endoscopic treatment of submucosal lesions of the gastrointestinal tract. *Endoscopy* 1992; 24: 190-3.
33. Zambini WA, Fleisher H, Zander JD, Tolse RJ. Spontaneous expulsion of lipoma per rectum occurring with colonic intussusception. *Surgery* 1986; 1: 104-7.

Endereço para correspondência:

João José Fagundes
Praça Mauá, 42 - Guanabara
13020-220 - Campinas - SP