

LIPOMAS COLORRETAIS: APRESENTAÇÃO DE 15 CASOS PESSOAIS E REVISÃO DA LITERATURA

GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, TSBCEP, TCBC
ANDRÉA TAVARES DE OLIVEIRA
JOÃO VICENTE LINHARES RODRIGUES

CRUZ GMG, OLIVEIRA AT & RODRIGUES JVL - Lipomas colorretais: Apresentação de 15 casos pessoais e revisão da literatura. *Rev bras Colo-Proct*, 1997; 17(1): 32-41

RESUMO: Lipomas colorretais são tumores raros de origem mesenquimática, geralmente solitários, sendo raríssimos casos de lipomatose e de transformação maligna (lipossarcoma). A incidência de lipomas colorretais oscila de 0,2 a 0,6% em autópsias, sendo de 0,83% em colonoscopias, 0,05% em exames proctológicos e 2,97% em relação aos tumores colorretais. A maioria dos pacientes têm idades que oscilam de 50 a 70 anos, sendo os lipomas colorretais 1,5 a duas vezes mais comuns em mulheres que em homens. Em cerca de 90% dos casos os lipomas colorretais são submucosos, não ultrapassando 10% a incidência de lipomas subserosos. Os maiores diâmetros dos lipomas variam de 2 mm e 30 cm, sendo denominados pequenos os lipomas de diâmetros inferiores a 2 cm, de médios os lipomas com diâmetros entre 2 cm e 4 cm, e grandes os lipomas com diâmetros superiores a 4 cm. São mais comuns no cólon proximal, envolvendo o cólon direito e cólon transverso, diminuindo de incidência progressivamente em direção ao reto. Habitualmente os lipomas colorretais são solitários, não ultrapassando 10 a 20% a incidência de lipomas múltiplos, entre os quais ainda são mais raros os casos de polipose lipomatosa ou lipomatose colorretal. Lipomas pequenos e médios são geralmente assintomáticos, sendo que os lipomas sintomáticos causam alterações de hábito intestinal, sangramento intestinal, anemia e dor abdominal inespecífica em cólica ou difusa. O diagnóstico pode ser alcançado pelo exame proctológico (lipomas de localização retossigmoidiana), colonoscopia, estudos radiológicos dos cólons e, excepcionalmente, métodos de imagem abdominal como ultra-sonografia e tomografia computadorizada. Sendo o lipoma assintomático e representa um achado incidental e fortuito, sua remoção cirúrgica é questionável, desde que seja afastada possibilidade de transformação maligna, fato que somente desfruta de dois relatos na literatura até o presente momento. A remoção colonoscópica de pequenos e médios pólipos constitui um ótimo procedimento terapêutico, ficando a cirurgia abdominal (colectomia e colotomia com lipomectomia e seja através de laparotomia seja através de videolaparoscopia) deve ser realizada em pacientes sintomáticos e portadores de lipomas muito grandes e em casos de complicações como intussuscepção e quando o diagnóstico diferencial com câncer colorretal não é seguro. Caso o lipoma não seja removido, o paciente deve ser revisto periodicamente.

UNITERMOS: lipoma colorretal; lipoma; lipomatose; tumores mesenquimáticos colônicos; tumores mesenquimáticos

Lipomas são tumores benignos gordurosos e encapsulados, de origem mesenquimática, bem diferenciados, originários de tecido conjuntivo gorduroso da parede colorretal, formados, basicamente, de adipócitos. A não ser por dois relatos na literatura, sua transformação maligna (lipossarcoma) é negada. Apesar de se constituírem no segundo tumor não adenomatoso em incidência, é de ocorrência muito rara, não ultrapassando 0,6% em autópsias, 0,8% em colonoscopias e 0,05% em exames proctológicos. Esta raridade aliada aos interessantes aspectos clínicos e cirúrgicos da doença e ao fato de, em 30 anos de profissão, termos tido a oportunidade de somente encontrar 15 casos em um universo de 28.400 pacientes proctológicos (0,05%)⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ justifica o relato destes casos e uma revisão da literatura.

PACIENTES E MÉTODO

Tivemos oportunidade de realizar um estudo retrospectivo de 15 casos de pacientes portadores de lipomas colorretais, selecionados de um universo de 28.400 exames proctológicos realizados no decorrer de 30 anos (1966 a 1996) por um de nós, Cruz⁽¹⁷⁻¹⁹⁾, representando uma incidência relativa de 0,05% desta patologia em pacientes colo-proctológicos, o que equivale dizer, um caso de lipoma colorretal para 1.893 exames proctológicos realizados (Quadro 1). Nove pacientes (60%) eram do sexo feminino e os seis restantes do sexo masculino (40%), evidenciando ser o lipoma 1,5 vezes mais comum entre as mulheres. As idades oscilaram 18 e 78 anos, com média etária de 51,7 anos, sendo a distribuição etária a seguinte: dois pacientes (13,33%) entre 21 e 30 anos, três pacientes entre 31 e 40 anos (20,0%), três pacientes entre 41 e 50 anos (20,0%), quatro pacientes entre 51 e 60 anos (26,67%), dois pacientes entre 61 e 70 anos e apenas um paciente oitava década (6,67%), como mostra o Quadro 1. No tocante às localizações nos vários segmentos intestinais chamou a atenção o fato de oito pacientes (53,3%) terem desenvolvido lipomas no cólon transverso (Figs. 1 e 2), seguindo-se, secundariamente, outros segmentos intestinais (Quadro 2): três casos no sigmóide (Fig. 3), 20,0%, dois casos no cólon descendente (13,3%), um caso no ceco (6,7%) e um caso no reto (6,7%). A média de maior diâmetro foi de 4,8 cm, oscilando os extremos entre 1,5 cm e 12 cm (Quadro 2), sendo que em nove pacientes os diâmetros maiores ultrapassaram 3,5 cm (40%). Os lipomas eram pediculados em 7 (46,7%) e sésseis em oito pacientes (53,3%). Com exceção de apenas um caso (6,7%) em que o lipoma era subseroso, em 14 pacientes (93,3%) eles eram submucosos (Quadro 2). Os sintomas mais frequentes, em ordem decrescente, foram (Quadro 3): cólicas abdominais (10 casos, 66,66%), retorrágia (nove casos, 60,00%), diarreia (sete casos, 46,66%), anemia (quatro casos, 26,66%), dor abdominal difusa (quatro casos,

26,66%), alternâncias de hábitos intestinais (três casos, 20,00%), e sintomas de câncer no sigmóide que coexistiram em dois pacientes (13,33%). Destarte, em 13 pacientes (86,66%), sem qualquer dúvida, os sintomas foram decorrentes dos próprios lipomas, sendo que em apenas dois casos (13,34%) os sintomas foram causados por câncer sigmoideano ou pela concomitância das duas patologias. Os diagnósticos dos lipomas foram feitos pela sintomatologia dos pacientes associada aos achados dos exames proctológicos, colonoscópicos, do enema opaco (Figs. 1-4), e anatomohistopatológico (Figs. 6A e 6B), como mostra o Quadro 3. O exame proctológico foi realizado em todos os 15 pacientes, mas somente logrou fazer o diagnóstico em um caso, único lipoma que estava ao alcance da retossigmoidoscopia rígida convencional, com resolução de 100%. A colonoscopia (recurso propedêutico somente disponível como técnica de rotina a partir do décimo paciente, foi realizada em cinco casos, fazendo diagnóstico em todos eles, com resolução de 100%. O enema opaco foi feito em 14 pacientes (Figs. 1-3), conseguindo realizar o diagnóstico em 13, atingindo um índice de resolução 93,3%, sendo que o lipoma refratário ao raio-X era menor de todos (1,5 cm) e o único caso de lipoma subseroso. Todos os lipomas foram removidos, tendo sido examinados pelo patologista, sendo o diagnóstico histopatológico positivo em todos os casos, não tendo sido constatada malignidade em nenhum deles (Quadro 3). Somente dois pacientes desenvolveram complicação em decorrência dos lipomas, ambos intussuscepção intestinal e ambos, causados por lipomas localizados no cólon sigmóide. Todos os pacientes foram abordados cirurgicamente (Quadro 4), tendo sido praticadas colectomias segmentares (Figs. 4 e 5) em 6 (40,0%), colotomias com lipomectomias em outros 6 (40,0%), hemicolectomia esquerda em 1 (6,7%), lipomectomia colonoscópica em 1 (6,7%) e lipomectomia pelo ânus em 1 (6,7%). Dos nove pacientes portadores de lipomas no cólon transverso, um teve o lipoma removido por colonoscopia, três por colectomia segmentar e quatro por colotomia com lipomectomia, entre os quais está um paciente com adenocarcinoma no sigmóide que recebeu uma retossigmoidectomia abdominal à Dixon* concomitantemente. Todos os três pacientes portadores de lipomas no cólon sigmóide (dois dos quais desenvolveram intussuscepção intestinal obstrutiva) foram submetidos à colectomia segmentar, dos quais um à colostomia à Hartmann**.

Dos dois casos de lipomas no cólon descendente, um teve o lipoma removido através de colotomia, e o outro, em concomitância a um adenocarcinoma sigmoideano, foi submetido a uma retossigmoidectomia abdominal. O único caso de lipoma cecal foi removido por colotomia e lipomectomia, e o único caso de lipoma retal foi removido através do ânus. Nenhum caso de complicação foi desenvolvido por quaisquer pacientes, incluindo-se os dois casos de retossigmoidectomia por câncer sigmoideano e os dois casos de obstrução intestinal por intussuscepção intestinal.

*Dixon, Claude F. (1893-1968), cirurgião americano, expert em cirurgia de cabeça e pescoço e cirurgia abdominal, particularmente interessado em cirurgia colorretal, tendo deixado mais de 300 trabalhos publicados sobre estes temas. Tornou-se um dos líderes das colectomias baixas anteriores, das quais uma lhe leva o nome (retossigmoidectomia baixa com anastomose em dois planos em um só tempo cirúrgico).

**Hartmann, Henri A.C.A. (1860-1952), cirurgião e anatomista francês, contribuiu com a medicina sobretudo com trabalhos sobre cirurgia mamária, gástrica e biliar, deixando vários livros sobre ferimentos de guerra, ginecologia e câncer. Todavia seu nome ficou ligado à medicina pela cirurgia que lhe leva o nome (retossigmoidectomia abdominal com colostomia proximal e fechamento do coto retal para quadros oclusivos retossigmoideanos).

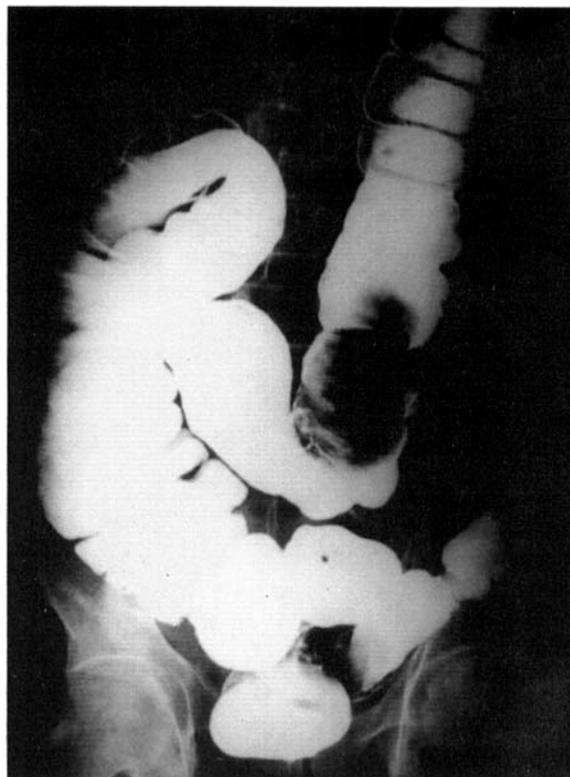


Fig. 1A - Enema opaco em vista panorâmica e em fase de enchimento mostrando uma imagem hipertransparente ovóide e de superfície regular localizada na parte média do cólon transverso, característica de lipoma.

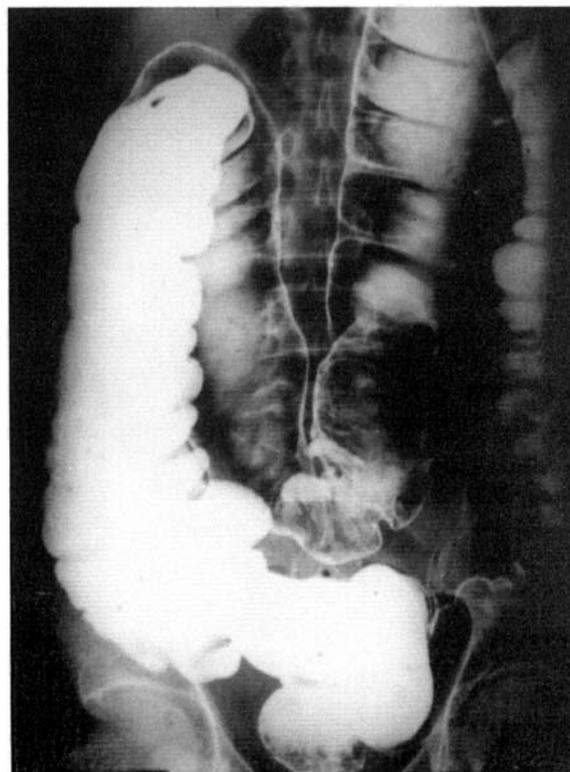


Fig. 1B - Enema opaco do mesmo paciente da figura anterior, em fase de esvaziamento e aerograma, mostrando a mesma imagem descrita na parte média do cólon transverso, característica de lipoma.

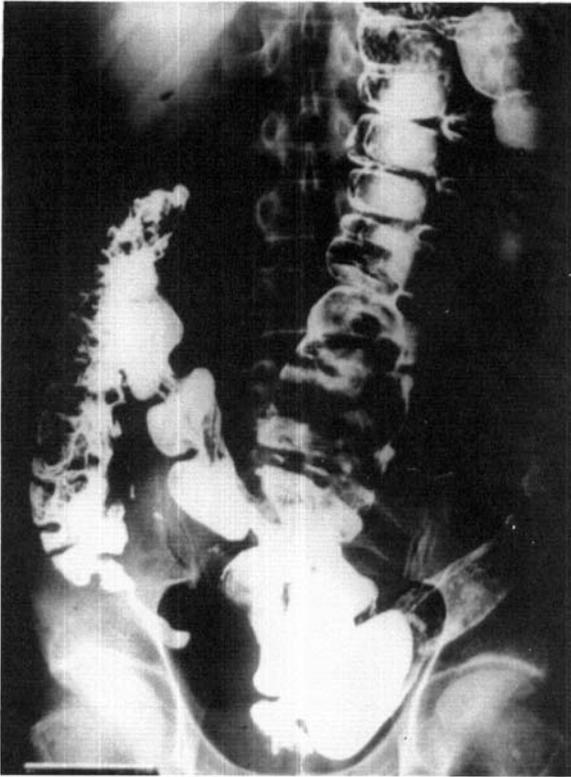


Fig. 2 - Enema opaco em vista panorâmica mostrando uma imagem hipertransparente ovóide e de superfície regular localizada na parte média do cólon transverso, característica de lipoma.



Fig. 3 - Enema opaco focalizando a região retossigmoideana, com manobra de esvaziamento da alça sigmoideana, mostrando uma imagem hipertransparente ovóide de superfície regular, na parte média do cólon transverso, característica de lipoma.

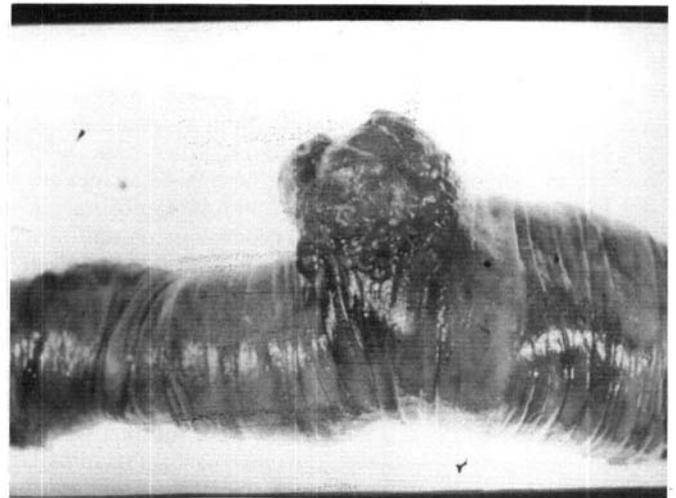


Fig. 4A - Peça cirúrgica (cólon transverso virada ao avesso), exibindo um tumor vegetante projetado para dentro da luz intestinal e com uma ulceração em seu ápice, correspondendo ao enema opaco das Figs. 1A e 1B.

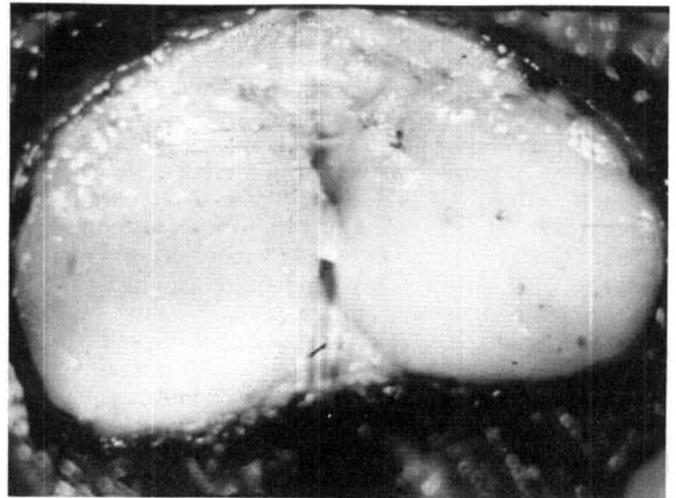


Fig. 4B - Tumor da peça cirúrgica (cólon transverso virada ao avesso) da Fig. 4A, aberto em corte axial, exibindo tecido adiposo revestido por mucosa colônica normal, confirmando tratar-se de um lipoma submucoso.

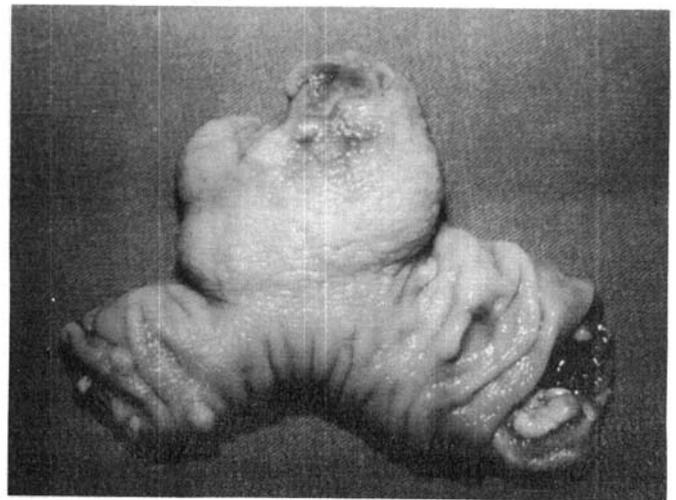


Fig. 5A - Peça cirúrgica (segmento de cólon transverso virada ao avesso), exibindo um tumor vegetante projetado para dentro da luz intestinal e com uma ulceração em seu ápice, correspondente ao enema opaco na Fig. 2.

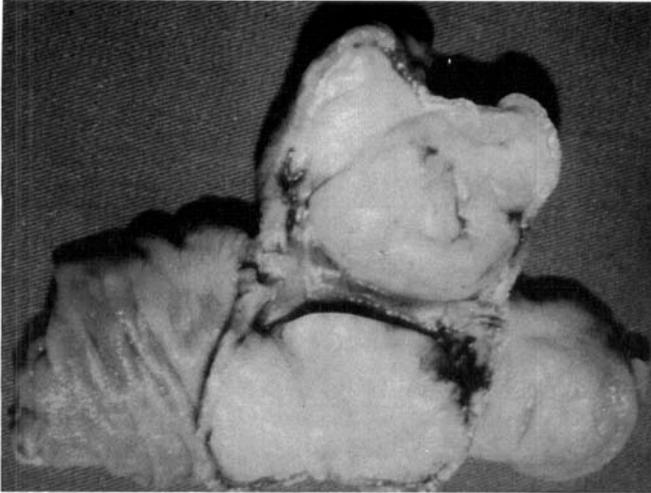


Fig. 5B - Tumor da peça cirúrgica (segmento de cólon transverso virada ao avesso) da Fig. 5A, aberto em corte longitudinal, exibindo tecido adiposo revestido por mucosa colônica normal, confirmando tratar-se de um lipoma.



Fig. 6B - Microscopia da lâmina da figura anterior, em detalhes, mostrando, de cima para baixo, tecido adiposo constituído de adipócitos com pouco estroma (lipoma), lâmina própria e mucosa colônica.

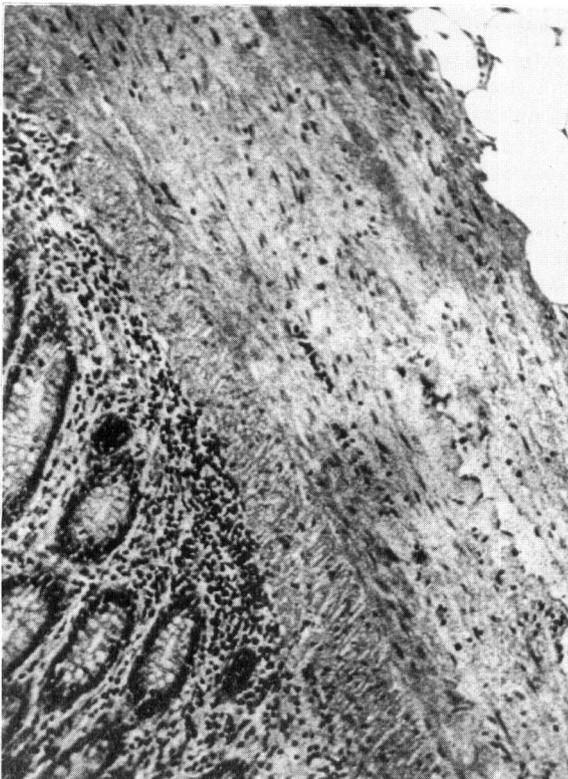


Fig. 6A - Microscopia panorâmica mostrando, de cima para baixo, tecido adiposo constituído de adipócitos com pouco estroma (lipoma), lâmina própria e mucosa colônica.

Quadro 1 - Exames proctológicos/idade/sexo.

Exames proctológicos em 30 anos	28.400
Número de pacientes com lipomas intestinais	15
Porcentagem de pacientes portadores de lipomas	0,05%
Proporção lipoma: Exame proctológico	1:1.893

Incidência por sexo:

Sexos	Números	Porcentagens
Mulheres	9	60%
Homens	6	40%
Total	15	100%

Incidência por idades:

Idades (anos)	Números	Porcentagens
21-30	2	13,33%
31-40	3	20,00%
41-50	3	20,00%
51-60	4	26,67%
61-70	2	13,33%
71-80	1	6,67%

Fatores etários:

Idade máxima	78 anos
Idade mínima	18 anos
Média etária	51,7 anos

Quadro 2 - Características físicas dos lipomas.

Localizações no intestino grosso:			
Segmentos intestinais	Números	Porcentagens	
Cólon transverso	8	53,3%	
Cólon sigmóide	3	20,0%	
Cólon descendente	2	13,3%	
Ceco	1	6,7%	
Retos	1	6,7%	
Dimensões dos lipomas (diâmetros):			
Diâmetro	Números	Porcentagens	Medidas
Maior que 3,5 cm	9	60%	
Menor que 3,5 cm	6	40%	
Maior diâmetro			12 cm
Menor diâmetro			1,5 cm
Diâmetro médio			4,8 cm
Pedículo:			
Lipomas	Número	Porcentagens	
Pediculados	7	46,7%	
Sésseis	8	53,3%	
Total	15	100,0%	
Posição dos lipomas na parede colorretal:			
Posição	Números	Porcentagens	
Submucosos	14	93,3%	
Subserosos	1	6,7%	
Total	15	100,0%	

Quadro 3 - Diagnóstico dos lipomas.

Sintomatologia:		
Sintomas	Números	Porcentagens
Cólicas	10	66,66%
Retorragia	9	60,00%
Diarréia	7	46,66%
Anemia	4	26,66%
Dor abdominal difusa	4	26,66%
Alternâncias de hábito intestinal	3	20,00%
Intussuscepção intestinal	2	13,33%
Sintomas de câncer no sigmóide	2	13,33%

N.B. Em 13 pacientes os lipomas eram responsáveis pelos sintomas intestinais.

Exame proctológico:	
Número de exames feitos	15
Número de diagnósticos feitos	1
Número de lipomas diagnosticáveis	1
Índice de resolução	100%
Colonoscopia:	
Número de exames feitos	5
Número de diagnósticos feitos	5
Número de lipomas diagnosticáveis	5
Índice de resolução	100%
Enema opaco:	
Número de exames feitos	14
Número de diagnósticos feitos	13
Número de lipomas diagnosticáveis	14
Índice de resolução	93,3%
Exame histopatológico:	
Número de exames feitos	15
Número de diagnósticos feitos	15
Número de lipomas diagnosticáveis	15
Índice de resolução	100%

Quadro 4 - Remoção dos lipomas e complicações.

Cirurgias Realizadas	Números	Porcentagens
Colectomias segmentares*	6	40,0%
Colotomias + lipomectomias	6	40,0%
Hemicolectomia esquerda**	1	6,7%
Lipomectomia colonoscópica***	1	6,7%
Lipomectomia pelo ânus****	1	6,7%

(*) Um caso de câncer no sigmóide e um caso de colostomia concomitante.

(**) Um caso de câncer no sigmóide.

(***) A colonoscopia não era um recurso disponível nos primeiros nove pacientes.

(****) O único caso de lipoma retal e abordável pelo ânus.

DISCUSSÃO

Os tumores colorretais podem ser adenomatosos (são extremamente mais comuns) e não adenomatosos. Certamente, em decorrência da própria constituição histológica, os adenomas e os adenocarcinomas somam a maioria absoluta dos tumores benignos e malignos, respectivamente, nos cólons e no reto. Todavia, há dezenas de outros tipos histológicos de tumores, malignos e benignos, localizados no segmento colorretal. Em conjunto, são denominados tumores colorretais não adenomatosos, que se próprios autoconceituam: são tumores originários de estruturas tissulares parietais colorretais, diferenciadas ou não, que não seja o epitélio glandular ou adenomatoso. E, em separado, estes tumores recebem as designações das cinco possibilidades de estruturas parietais tissulares de onde se originaram (Quadro 5): tumores de origem epitelial, tumores de origem linfóide, tumores de origem mesenquimática, tumores de origem neural e de origem vascular. O Quadro 5 mostra as designações dos vários tipos de tumores não adenomatosos, denominados a partir de suas constituições tissulares: os tumores de origem epitelial (tumor carcinóide, melanoma, carcinoma de células escamosas, adenoacantoma ou carcinoma adenoescamoso, o *stem cells* carcinoma e o carcinoma neuroendócrino), os tumores de origem linfóide (hiperplasia linfóide ou linfoma benigno ou pólipos linfóide ou simplesmente linfoma, linfoma maligno e o plasmacitoma), os tumores de origem mesenquimática (tumores fibrosos entre os quais o fibroma, o granuloma eosinófilo ou pólipos inflamatório, fibrossarcoma, histiocitoma fibroso maligno; tumores musculares entre os quais o leiomioma, o leiomiossarcoma, o rabdomioma e o rabdomyossarcoma; os tumores adiposos ou gordurosos (entre os quais o lipoma e o lipossarcoma), os tumores de origem neural (neurofibroma, neurilemoma ou *shwanoma*, ganglioneuroma e o tumor de células granulares) e os tumores de origem vascular (hemangioma, linfangioma, hemangiopericitoma, hemangioendotelioma, angiossarcoma, hemangioma benigno metastático e sarcoma de Kaposi*). Dentro da raridade de tais tumores, há alguns mais diagnosticados, destacando-se os tumores não adenomatosos de origem mesenquimática, entre os quais se situam o lipoma e o lipossarcoma, o primeiro, alvo de nosso estudo.

*Kaposi, Moritz Kohn (1837-1902), dermatologista húngaro radicado na Áustria: sarcoma de Kaposi (tumor maligno multifocal de neoformação vascular primitiva, que ocorre na pele, e, secundariamente, em gânglios linfáticos e vísceras; freqüentemente apresenta-se infiltrado por macrófagos e hemácias extravasadas; clinicamente apresenta-se como lesões cutâneas avermelhadas a escuras em forma de placas ou máculas ou nódulos, observado mais freqüentemente em pessoas acima de 60 anos de idade e integrado às doenças oportunistas em pacientes portadores de AIDS).

Quadro 5 - Caracterização dos lipomas entre os tumores colorretais não adenomatosos e sua classificação.

Tumores colorretais de origem mesenquimática
De origem lipomatosa: Lipoma Lipossarcoma
De origem fibrosa: Fibroma Granuloma eosinófilo ou pólipó inflamatório Fibrossarcoma Histiocitoma fibroso maligno
De origem muscular: Leiomioma Leiomiossarcoma Rabdomioma Rabdomiossarcoma
Tumores colorretais de origem linfóide
Linfoma benigno ou hiperplasia linfóide Linfoma maligno: Plasmacitoma
Tumores colorretais de origem epitelial
Tumor carcinóide Melanoma maligno Carcinoma de células escamosas Adenoacantoma ou carcinoma adenoescamoso stem cell carcinoma Carcinoma neuroendócrino
Tumores colorretais de origem neural
Neurofibroma Neurilemoma ou Schwannoma Ganglioneuroma Tumores de células granulares
Tumores colorretais de origem vascular
Hemangioma Linfangioma Hemangiopericitoma Hemangioendotelioma Angiossarcoma Hemangioma benigno metastático Sarcoma de Kaposi

Lipomas são tumores benignos gordurosos e encapsulados (Figs. 4 e 5), bem diferenciados, originários de tecido conjuntivo gorduroso da parede colorretal, formados, basicamente, de adipócitos (Figs 6A e 6B).

Etiopatogenia dos lipomas

A etiologia dos lipomas ainda é desconhecida, havendo apenas simples especulações a respeito dos lipomas colorretais. Em geral são tumores gordurosos encapsulados sustentados por pobre tecido fibroso, envolvidos por uma cápsula fibrosa, sendo rara a presença de processos inflamatórios reacionais em conjunto com os adipócitos. Alguns autores, como Falcetto et al.⁽³⁰⁾ e Gentile et al.⁽³⁵⁾ levantaram a hipótese de relação dos lipomas colorretais e distúrbios lipídicos e mesmo obesidade. Outros autores questionam a possibilidade de origem genética.

Incidência

Os lipomas constituem o segundo tumor colorretal não adenomatoso em incidência, tendo Weinberg e Feldman^(82, 83) encontrado 135 casos de lipomas em 60.000 autópsias, o que corresponde à incidência de 0,2% Haller e Roberts⁽⁴⁹⁾, em 3.400 autópsias, encontraram 11 casos de lipomas, incidência de 0,3%, semelhantes aos achados dos mesmos autores, que em outra pesquisa, em 61.201 necrópsias, encontraram 135 casos de lipomas colorretais, incidência de 0,2%. Abu-Dalu e Urca⁽¹⁾ encontraram 117 casos de lipomas em 3.402 autópsias, correspondendo a uma incidência de 0,32%, enquanto Comfort⁽¹²⁾ encontrou 24 casos de lipomas em 3.924 autópsias. No tocante à incidência de lipomas colorretais em colonoscopia, Debber e Shynia⁽²²⁾ encontraram uma incidência de 0,83%. Incidência rara também foi verificada por nós: 15 casos de pacientes portadores de lipomas colorretais em um universo de 28.400 exames proctológicos realizados no decorrer de 30 anos (1966 a 1996) por um de nós, Cruz⁽¹⁷⁻¹⁹⁾, representando uma incidência relativa de 0,05% desta patologia em pacientes colo-proctológicos, o que equivale dizer, um caso de lipoma colorretal para 1.893 exames proctológicos realizados (Quadro 1). Outro estudo de incidência interessante é o de Mayo et al.^(52, 53), que relatam terem encontrado 119 casos de lipomas colorretais em 4.000 tumores colorretais benignos operados (2,97%). Em nossa experiência profissional de 30 anos^(17, 18) tivemos a oportunidade de abordar 15 casos de lipomas colorretais relativos a 923 casos de cânceres colorretais, o que confere a esta patologia uma incidência proporcional de 1,62%.

Sexo

Segundo alguns autores, entre os quais Abu Dalu e Urca⁽¹⁾, Bar-Meir⁽⁵⁾, Brodey e Hover⁽⁹⁾, Bromberg et al.⁽¹⁰⁾ e Castro e Stearns⁽¹¹⁾ e Rodriguez et al.⁽⁶⁵⁾, há marcante predileção dos lipomas para o sexo feminino, sendo 1,5 a duas vezes mais comuns nas mulheres. Dos 15 pacientes portadores de lipomas estudados por nós, nove pacientes (60%) eram do sexo feminino e seis do sexo masculino (40%), o que significa uma incidência 1,5 vezes maior nas mulheres.

Idade

A maioria dos portadores de lipomas colorretais têm idades entre 40 e 70 anos, sobretudo entre 50 e 70 anos^(1, 5, 9-11, 15, 16, 65). As idades dos nossos pacientes variaram entre 23 e 78 anos, com média etária de 51,7 anos.

Localizações segmentares dos lipomas

Dos 102 casos de lipomas seguidos por Pemberton e McCormack⁽⁶⁰⁾, 50 se localizavam no hemicólon direito (49%), 15 no cólon transverso (14,7%) e 37 no hemicólon esquerdo e reto (36,3%). Dos 45 pacientes descritos por Castro e Stearns⁽¹¹⁾, 31 se localizavam no hemicólon direito (69%) e 14 no hemicólon esquerdo e reto (31%). Dos 15 casos estuda-

dos por nós, em oito pacientes (53,3%) os lipomas se localizavam no cólon transverso, seguindo-se o sigmóide com três casos (20,0%), o cólon descendente com dois casos (13,3%), o ceco com um caso (6,7%) e o reto com um caso (6,7%).

Localizações intraparietais dos lipomas

Os lipomas podem ser submucosos, originando-se a partir de adipócitos da submucosa, e subserosos, originando-se dos apêndices epilóicos, sendo mais comuns no hemicólon direito que no esquerdo. Os lipomas submucosos são cobertos pela mucosa e freqüentemente também pela *muscularis mucosae*, crescendo em direção à luz intestinal, dentro da qual se projetam, podendo alterar o trânsito. A mucosa que recobre o lipoma pode ser normal, podendo também se atrofiar, congestionar, ulcerar, e mesmo necrosar. Os lipomas subserosos originam-se dos apêndices epilóicos, crescendo centrifugamente em relação à luz do cólon, rumando para a cavidade peritoneal, quase nunca causando alteração do funcionamento intestinal e, por isto mesmo, quase nunca causando sintomas intestinais. Casuísticas várias demonstram uma marcante preponderância de incidência dos lipomas submucosos sobre os subserosos (Figs. 4B, e 5B), variando a proporção de aproximadamente cinco para um a até 10 para 1. Em nossa casuística, dos 15 casos estudados, 14 eram lipomas submucosos, somente um caso de lipoma subseroso sendo observado.

Dimensões dos lipomas

De um modo geral os lipomas menores, considerados lipomas pequenos, têm diâmetros inferiores a 2 cm, e, de modo geral, não causam sintomas, constituindo-se em achados de autópsias, em achados fortuitos de exames endoscópicos ou de intervenções cirúrgicas visando outras patologias sintomáticas. A média de maior diâmetro dos 15 casos estudados por nós foi de 4,8 cm, oscilando os extremos entre 1,5 cm e 12 cm, sendo que em nove pacientes os diâmetros maiores ultrapassaram 3,5 cm e em seis foram inferiores a 3,5 cm.

Pedículos

Nota-se, em revisão da literatura, que há ligeira preponderância dos lipomas pediculados sobre os sésseis^(6, 11a, 21, 40, 49, 61, 71, 74, 79, 86), embora muitos autores tenham dúvidas em classificar os lipomas quanto ao pedículo, pois, por serem muito macios e crescerem mais para dentro da luz intestinal que para a parede intestinal, tomam forma exuberante e protusa, dificultando uma segura caracterização. Nos 15 casos estudados por nós os lipomas eram pediculados em 7 (46,7%) e sésseis em oito pacientes (53,3%), sendo sésseis o único caso de lipoma subseroso.

Número de lipomas

Os lipomas geralmente são tumores isolados (Figs. 4A e 5A), sem tendência à ocorrências múltiplas, e, tampouco, difusas. Geralmente os lipomas colorretais são simples e isola-

dos^(1, 2, 4, 10, 12, 14, 15, 17, 20, 22-24, 28-30, 32, 39, 41, 43, 45, 51, 53, 55, 57, 59, 60, 62, 65, 66, 76, 82), embora casos de poliposes lipomatosas ou lipomatoses venham sendo descritos por vários autores, tanto nos cólons^(6, 11a, 21, 40, 49, 61, 71, 74, 79, 86) quanto na região ileocecal^(7, 35, 44, 58, 68, 69, 75, 77). Todavia, em seus 45 pacientes, Castro e Stearns⁽¹¹⁾ encontraram 26% (11 pacientes) com dois ou mais lipomas, dos quais, dois com polipose lipomatosa. Em nossos 15 pacientes não notamos um único caso de lipomas múltiplos e tampouco difusos.

Lipomatose ou polipose lipomatosa

Em 1959, Ling et al.⁽⁴⁹⁾ realizaram uma colectomia total em uma mulher de 60 anos de idade por uma polipose lipomatosa, verificando-se tratar de 107 lipomas difusamente distribuídos pelos cólons e reto. Em 1969, Swain et al.⁽⁷⁴⁾ descreveram um caso de uma criança do sexo masculino portadora de uma polipose lipomatosa intensa tomando os cólons e o reto, difusamente. Em 1985 Snover et al.⁽⁷¹⁾ publicaram um interessante trabalho com relato de 24 casos de pseudopolipose lipomatosa, abordadas propedeuticamente e terapêuticamente pela colonoscopia: a designação dada pelos autores de pseudolipomatose deveu-se ao fato de, ao exame histopatológico, notarem ausência dos adipócitos, elementos indispensáveis para diagnóstico histopatológico do lipoma, constatando-se, tão somente, o aprisionamento de gases na lâmina própria.

Vários relatos de poliposes lipomatosas nos cólons têm sido feitos por vários autores, entre os quais Basov e Frolova⁽⁶⁾, Catania et al.^(11a), Danoff et al.⁽²¹⁾, Greiner⁽⁴⁰⁾, Linh et al.⁽⁴⁹⁾, Ramirez et al.⁽⁶¹⁾, Snover et al.⁽⁷¹⁾, Swain et al.⁽⁷⁴⁾, Usmani et al.⁽⁷⁹⁾ e Yatto et al.⁽⁸⁶⁾. Da mesma forma, poliposes ileocecais têm sido registrados por outros autores, como Bhupalan et al.⁽⁷⁾, Gentile et al.⁽³⁵⁾, Hayashi et al.⁽⁴⁴⁾, Ohanessian et al.⁽⁵⁸⁾, Shah et al.⁽⁶⁸⁾, Skaane et al.⁽⁶⁹⁾, Tawfic e McGregor⁽⁷⁵⁾ e Tinkoff e Yum⁽⁷⁷⁾. Em levantamento minucioso da literatura, feita em 1995 por Catania et al.^(11a), estes autores encontraram registros de 42 casos de polipose lipomatosa localizada na região ileocecal^(7, 35, 44, 58, 68, 69, 75, 77), e 12 casos de polipose lipomatosa localizada nos cólons^(6, 11a, 21, 40, 49, 61, 71, 74, 79, 86). Dos 12 casos de polipose lipomatosa colônica, apenas os casos relatados por Ramirez et al.⁽⁶¹⁾, por Greiner⁽⁴⁰⁾ e por Catania et al.^(11a) os lipomas ocupavam todos os segmentos colônicos de forma difusa. Além do caso relatado por Catania et al.^(11a), apenas mais dois casos apresentavam comprometimento dos apêndices epilóicos, os casos de Swain et al.⁽⁷⁴⁾ e de Usmani et al.⁽⁷⁹⁾. Como já afirmamos, nenhum único caso de lipomatose encontramos entre os nossos 15 pacientes.

Malignização

Embora malignização (lipossarcoma) dos lipomas seja negada por muitos autores, há dois casos de lipossarcoma registrados na literatura: um paciente de Esteves et al.⁽²⁷⁾ (1955), e outro de Wolf e Marshak⁽⁸⁵⁾ (1960). Não existem

casos de recidivas de lipomas colorretais registrados na literatura. Não encontramos qualquer caso de lipossarcoma em nosso material (Figs. 6A e 6B)

Anatomohistopatológico dos lipomas

Macroscopia

Lipomas são tumores macios, lisos, lobulados ou não, moldáveis à pressão manual, pediculados ou não, de coloração amarelada, recobertos pela mucosa íntegra ou ulcerada, submucosos e projetantes para a luz intestinal ou subserosos e se projetando para fora da parede intestinal (Figs. 4 e 5). Podem ser tumores de dimensões modestas abaixo de 2 cm de maior diâmetro, mas podem assumir dimensões avantajadas^(17, 18). Ao corte do tumor, de extensa facilidade, nota-se evidente massa amarelada recoberta pela mucosa delgada.

Microscopia

Os lipomas submucosos são cobertos pela mucosa e frequentemente também pela *muscularis mucosae*, crescendo em direção à luz intestinal, dentro da qual se projetam (Figs. 6A e 6B). A mucosa que recobre o lipoma pode ser normal, podendo também se atrofiar, congestionar, ulcerar, e mesmo necrosar. Os lipomas subserosos originam-se dos apêndices epiplóicos, crescendo centrifugamente em relação à luz do cólon, rumando para a cavidade peritoneal. Tanto os lipomas submucosos quanto os subserosos se caracterizam por sua constituição riquíssima em adipócitos, com tecido de sustentação muito pobre, sendo freqüente a presença de cápsula fibrosa, e sendo achados fortuitos processos inflamatórios tipo reacional e mesmo ulcerações. Embora alguns autores sustentem a perene benignidade dos lipomas, há raríssimos (dois casos) de lipossarcomas descritos por Esteves et al.⁽²⁷⁾ e por Wolf e Marshak⁽⁶⁴⁾.

Diagnóstico dos lipomas

Muitos lipomas colorretais são diagnosticados casualmente, o que acontece mais freqüentemente com os lipomas de pequenas dimensões, pois, em decorrência de maciez e da extrema maleabilidade, não interferem com o trânsito intestinal de modo a causarem sintomas. Em contrapartida, alguns lipomas podem se manifestar através de quadros agudos de obstrução intestinal por intussuscepção^(21, 34). No meio termo surgem os lipomas que atingem dimensões suficientes e causam alterações de hábito intestinal, os lipomas que têm a mucosa de revestimento erodada e sangram, os lipomas de pedículos longos que se exteriorizam através do ânus, etc. Além do exame clínico centrado na sintomatologia, do exame proctológico e da colonoscopia, exames outros, como o enema opaco e o enema de água, os métodos de imagens não invasivos (ultra-sonografia e tomografia computadorizada) efetuam diagnósticos de tumores sugestivos

de lipomas, sendo o exame histopatológico o recurso prope-
dêutico que sela o diagnóstico etiopatogênico.

Sintomatologia

De um modo geral os lipomas menores, com diâmetros inferiores a 2 cm, não causam sintomas, constituindo-se em achados de autópsias, em achados fortuitos de exames endoscópicos ou de intervenções cirúrgicas visando outras patologias sintomáticas. Segundo Mischowitz et al.⁽⁴⁰⁾, revisando 22 casos pessoais, Hurwitz et al.⁽⁴⁵⁾ revisando seus 72 pacientes, e Castro e Stearns⁽¹¹⁾ estudando, retrospectivamente, seus 45 pacientes portadores de lipomas colorretais, aproximadamente um terço dos lipomas com diâmetros acima de 2 cm apresentam sintomas. Os principais sintomas descritos por Castro e Stearns⁽¹¹⁾, Fagundes et al.^(28, 29), Haller e Roberts⁽⁴³⁾, Hurwitz et al.⁽⁴⁵⁾, Mischowitz et al.⁽⁵⁴⁾, e Pemberton e MacCormack⁽⁶⁰⁾, respectivamente, com séries de 45, 8, 20, 72, 22 e 102 pacientes, totalizando 269 pacientes portadores de lipomas colorretais, são: alteração de hábito intestinal (principalmente diarreia), dor abdominal em cólica, retorrágia, dor abdominal localizada, com importante incidência de intussuscepção intestinal^(23, 28, 30, 48, 68). Os sintomas mais freqüentes, em ordem decrescente, em nossos 15 pacientes (Quadro 3) não foram muito diferentes: cólicas abdominais (10 casos, 66,66%), retorrágia (nove casos, 60,00%), diarreia (sete casos, 46,66%), anemia (quatro casos, 26,66%), dor abdominal difusa (quatro casos, 26,66%), alternâncias de hábitos intestinais (três casos, 20,00%), e sintomas de câncer no sigmóide que coexistiram em dois pacientes (13,33%). Destarte, em 13 pacientes (86,66%), sem qualquer dúvida, os sintomas foram decorrentes dos próprios lipomas, sendo que em apenas dois casos (13,34%) os sintomas foram causados por câncersigmoidoideano ou pela concomitância das duas patologias. Os lipomas retais podem, de acordo com suas dimensões e com a presença ou não de pedículo, apresentar alguns sintomas anorretais como^(11, 15, 16, 28, 29, 45, 54, 60): sintomas de sensação de corpo estranho no reto, sensação de evacuação incompleta, puxo, tenesmo, exteriorização aos atos defecatórios com redução espontânea ou manual, retorrágia, etc... Como em nosso material a localização retal de lipomas não foi verificada (a não ser por um único caso de um pequeno lipoma retal) tais sintomas não foram confirmados por nós.

Exame proctológico

Os raros casos de lipomas retais podem ser detectados pelo toque retal, mostrando-se como tumores macios, lisos, lobulados ou não, moldáveis ao toque, ulcerados ou não, com mobilidade decorrente da existência ou não de pedículo. Nesta última circunstância o dedo que toca pode trazer o pólipó pediculado para fora do ânus. A retossigmoidoscopia pode ensejar a visualização do lipoma, como um tumor liso, amarelado, recoberto pela mucosa, com ou sem nodulosidades e

ulcerações. A retossigmoidoscopia pode divisar o aspecto, as dimensões, a mobilidade, a presença ou não de pedículo, existência ou não de ulcerações ou hemorragias, o número dos lipomas, etc... O diagnóstico proctológico de lipomas decorre de sua existência ao alcance do toque retal e da retossigmoidoscopia convencional, sendo este exame mais positivo nas casuísticas de maior incidência de lipomas retais e retossigmoideanos. Não é comum esta localização, o que torna o exame proctológico pouco sensível no tocante ao diagnóstico. Como vimos, nos 102 casos de lipomas levantados por Pemberton e MacCormack⁽⁶⁰⁾, 50 se localizavam no hemicólon direito (49%), 15 no cólon transverso (14,7%) e 37 no hemicólon esquerdo e reto (36,3%), dos quais apenas 6 (5,9%) estavam no reto. Da mesma forma, como vimos, dos 45 pacientes levantados por Castro e Stearns⁽¹¹⁾, 31 se localizavam no hemicólon direito (69%) e 14 no hemicólon esquerdo e reto (31%), dos quais apenas 3 (6,66%) tinham localização retal. Em nosso estudo, o exame proctológico, realizado em todos os 15 pacientes, somente logrou fazer o diagnóstico em um caso, único lipoma que estava ao alcance do exame convencional, com resolução de 100%. Assim, a incidência retal de lipomas verificada por nós foi de 6,6% (um caso em 15), a mesma observada por Castro e Stearns⁽¹¹⁾ (6,66%), muito próxima da incidência retal da série de Pemberton e MacCormack⁽⁶⁰⁾ (5,9%).

Colonoscopia

A colonoscopia é um ótimo método propedêutico para diagnosticar lipomas colorretais, permitindo a visualização dos mesmos como tumores lisos ou nodulosos, amarelados, recobertos pela mucosa, com ou sem ulceração, podendo, também, avaliar os lipomas no tocante ao seu aspecto, suas dimensões, sua mobilidade, sua composição ou não de pedículo, ao número de tumores, além da existência ou não de ulceração, hemorragia e intussuscepção. Bar-Meir et al.⁽⁵⁾, Cruz^(17, 18), Debber e Shynia⁽²²⁾, Michowitz et al.⁽⁵⁴⁾, Resende et al.⁽⁶⁴⁾, Tinkoff e Yum⁽⁷⁷⁾ e Waye e Frankel⁽⁸⁰⁾, são alguns dos autores que chamam a atenção para a grande importância da colonoscopia cujo índice diagnóstico pode atingir 100% dos casos, todos eles relatando casos de remoção de lipomas colônicos pelo colonoscópio. A colonoscopia, recurso propedêutico somente disponível como técnica de rotina a partir do 10º paciente, foi realizada em apenas cinco casos de nossa casuística, fazendo diagnóstico em todos eles, além de remover o lipoma em um paciente, com resolução de 100%.

Enema opaco

É um ótimo exame para diagnóstico de lipomas, distinguindo, com facilidade este tumor dos outros, em decorrência de sua maior transparência por baixa densidade e pela superfície muito lisa (Figs. 1 a 3).

Margulis e Jovanovich⁽³⁷⁾ recomendam o enema não opaco, mas de água, com técnica de baixa quilovoltagem, tiran-

do vantagem da diferença dos coeficientes de absorção da água e da gordura do lipoma. No enema com água o lipoma mostra certo grau de radiolucência, além de ser mais transparente que os tecidos vizinhos. Michowitz et al.⁽⁴⁰⁾ descreveram o denominado “sinal da compressão”, que é patognômico dos lipomas: a mudança de local e de forma dos lipomas em decorrência do próprio peristaltismo e de manobras apalpatórias durante a fluoroscopia. Em nosso estudo, o enema opaco foi feito em 14 pacientes, diagnosticando lipomas em 13 pacientes, atingindo um índice de resolução diagnóstica de 93,3%, sendo que o lipoma refratário ao raio-X era o menor de todos (1,5 cm) e o único caso de lipoma subseroso observado por nós, fatos que justificam a aparente falha deste excelente exame propedêutico.

Métodos de imagem não invasivos

Em tese, tanto a ultra-sonografia como a tomografia computadorizada podem fazer o diagnóstico dos lipomas colorretais, baseando-se na baixa densidade do tecido gorduroso em contraste aos tecidos vizinhos e ao ar dentro dos cólons. Resende et al.⁽⁴⁸⁾ chamam a atenção para a tomografia na abordagem propedêutica dos lipomas colorretais. Todavia, em nenhum de nossos 15 pacientes foram realizados ultra-sonografia ou tomografia, por absoluta falta de indicação clínica.

Diagnósticos diferenciais dos lipomas

Os lipomas, por serem tumores muito pouco densos, muito móveis, muito macios, muito maleáveis, facilitam diagnósticos diferenciais com os demais tumores passíveis de ocorrerem nos cólons e no reto. A visão endoscópica de tumores amarelados, esponjosos, móveis, renitentes levam a se pensar em lipomas. A visualização da transparência exagerada dos lipomas contra a coluna baritada do enema opaco leva à forte suspeita radiológica de lipoma colorretal. A diferença marcante de densidade entre o lipoma e a água do enema de água facilita a constatação do lipoma. A baixa densidade do tecido adiposo, originando diminuição sonográfica da ecogenicidade em relação aos tecidos vizinhos, facilita o diagnóstico de lipoma pela ultra-sonografia. A diminuição dos coeficientes de atenuação tomográficos, decorrente da baixa densidade da gordura presente nos lipomas, enseja uma contundente diferença dos valores de atenuação entre o tecido gorduroso destes tumores (-30 a -300 UH ou unidades Hounsfield) e os demais tecidos circunvizinhos (músculo: 40 a 80 UH; água - 1.000 UH; ar: 0 UH), facilitando o diagnóstico diferencial pela tomografia computadorizada.

Diagnósticos diferenciais das lipomatoses

Ling et al.⁽³⁵⁾, Swain et al.⁽⁵⁵⁾ e Snover et al.⁽⁵²⁾ recomendam rigorosos diagnósticos diferenciais das poliposes lipomatosas com várias ocorrências similares em formações poliposas ou polipóides, sindromáticas e não sindromáticas: Sil-

verberg⁽⁵¹⁾ lembra as poliposes juvenis, Marshak et al.⁽³⁶⁾ lembram as poliposes adenomatosas familiares, Cruz⁽¹⁵⁾ e Cronkrite-Canada⁽¹²⁾ lembram a síndrome destes últimos autores⁽¹²⁾ (poliposes adenomatosas com alopecia, hiperpigmentação e oncodistrofia), Ziter⁽⁶⁶⁾ e Corman⁽⁹⁾ lembram a síndrome de Gardner, Godard et al.⁽²⁸⁾ lembram a síndrome de Peutz-Jeghers*, Franken⁽²⁶⁾ lembra a hiperplasia linfóide, Wolf e Marshak⁽⁶⁴⁾ lembram as poliposes e pseudopoliposes das doenças inflamatórias colorretais e o linfossarcoma, Brodey e Hoover⁽⁶⁾ lembram a ganglioneurofibromatose, Rywlin et al.⁽⁵⁰⁾ lembram a malacoplaquia, e Wayte e Helwig⁽⁶⁰⁾ lembram a pneumatose colônica e a colite cística profunda.

Complicações dos lipomas

Entre as complicações passíveis de acontecerem com os lipomas destacam-se a invaginação^(23, 28, 30, 48, 87), a hemorragia^(15, 65), a obstrução⁽⁶⁸⁾ e o arrancamento com eliminação espontânea⁽⁸⁷⁾. A invaginação ou intussuscepção é, sem dúvida alguma, a complicação mais comum, chegando a ser uma forma clínica de apresentação dos lipomas. Nossas observações se aproximam das daqueles autores, tendo sido diagnosticados dois casos entre nossos 15 pacientes (13,33%).

Remoção dos lipomas

Há autores como Castro e Stearns⁽¹¹⁾ e Rodrigues et al.⁽⁶⁵⁾ que recomendam a não ressecção de lipomas de diagnóstico incidental, pois além de serem assintomáticos, a possibilidade de transformação maligna é raríssima. Os lipomas podem ser removidos por colonoscopia, sendo esta a técnica menos invasiva de abordagem cirúrgica, ficando a cirurgia (colotomia com lipomectomia e colectomia segmentar, através de laparotomia ou de videolaparoscopia) indicada para os casos de impossibilidade de resolução cirúrgica (lipomas de grandes dimensões e lipomas inseridos no contexto de alguma complicação). Todos os nossos 15 pacientes tiveram os lipomas abordados cirurgicamente (Quadro 4), tendo sido praticadas colectomias segmentares (Figs 4 e 5) em 6 (40,0%), colotomias com lipomectomias em outros 6 (40,0%), hemicolectomia esquerda em 1 (6,7%), lipomectomia colonoscópica em 1 (6,7%) e lipomectomia pelo ânus em 1 (6,7%), não tendo sido observada qualquer complicação cirúrgica.

CONCLUSÕES

A revisão de casos registrados na literatura e de 15 casos pessoais de lipomas colorretais permite tirar algumas conclusões, destacando-se:

*Peutz-Jeghers (Peutz, J.L.A., médico alemão; Jeghers, Harold, 1904, médico americano): síndrome de Peutz-Jeghers (polipose hamartomatosa múltipla do trato gastrointestinal, portanto não carcinogênica, associada à manchas melânicas na mucosa orolabial, nas palmas das mãos e plantas dos pés, tendo uma herança autossômica predominante).

Incidências

São tumores raros, com incidências de 0,2%^(82,83), 0,3%⁽⁴³⁾, 0,32%⁽¹⁾ e 0,61%⁽¹²⁾ em autópsias, 0,83%⁽²²⁾ em colonoscopias, 0,05%⁽¹⁵⁾ em exames proctológicos convencionais e 2,97%^(52,53) em tumores colorretais. A faixa etária de maior incidência de lipomas colorretais situa-se entre 40 e 70 anos. Há predileção dos lipomas nas mulheres sobre os homens, na proporção de 1,5 a duas vezes para um. Há maior incidência de lipomas no hemicólon direito, seguindo-se o hemicólon esquerdo, sendo raros no reto. Há uma incidência muito maior de lipomas submucosos que subserosos, variando a proporção de aproximadamente cinco para um a até 10 para 1. No tocante às dimensões, consideram-se lipomas pequenos aqueles de diâmetro inferior a 2 cm, geralmente, assintomáticos, surgindo sintomas nos lipomas de diâmetros superiores a 2 cm, havendo casos de até 30 cm de diâmetro. Quanto aos pedículos, há maior incidência de lipomas pediculados (por serem submucosos e causarem sintomas colorretais) que sésseis (geralmente subserosos e assintomáticos). Os lipomas geralmente são tumores isolados, sem tendência à ocorrência múltipla, havendo relatos de 0 a 26% de lipomas múltiplos e raríssimos casos de lipomatoses ou poliposes lipomatosas. Embora alguns autores sustentem a perene benignidade dos lipomas, há dois casos de lipossarcomas relatados na literatura.

Diagnóstico dos lipomas

Os lipomas subserosos e os lipomas submucosos pequenos geralmente são assintomáticos. O diagnóstico é feito pela sintomatologia, exame proctológico, colonoscopia, enema opaco e o enema de água e métodos de imagens não invasivos (ultra-sonografia e tomografia computadorizada). Os sintomas mais comuns são alteração de hábito intestinal (principalmente diarreia), dor abdominal em cólica, retorragia, dor abdominal localizada, com importante incidência de intussuscepção intestinal. O exame proctológico somente detecta os casos mais incomuns de lipomas de localização retosigmoidiana. A colonoscopia é um ótimo método propedêutico e mesmo terapêutico na maioria dos lipomas, submucosos. O enema opaco e o enema de água constituem ótimos exames para diagnóstico de lipomas. Os métodos de imagem não invasivos (US e CT) não constituem exames de primeira linha para propedêutica de lipomas, podendo, todavia, ser utilizados. A não ser a intussuscepção, as demais complicações são raríssimas e objetos de relatos individuais (hemorragia, obstrução e o arrancamento com eliminação espontânea).

Remoção dos lipomas

Os lipomas podem ser removidos por colonoscopia, ficando a cirurgia (colotomia com lipomectomia e colectomia segmentar, através de laparotomia ou de videolaparoscopia) indicada para os casos de impossibilidade de resolução cirúrgica (lipomas de grandes dimensões e lipomas inseridos no contexto de alguma complicação).

CRUZ GMG, OLIVEIRA AT & RODRIGUES JVL - Colorectal lipomas: Report of 15 cases and review of the literature.

SUMMARY: Colonic lipomas are unusual tumours of mesenchymatic origin, usually solitary, being rare cases of lipomatosis and of malignant transformation (liposarcoma). The estimated incidence of reported lipomas arising in the colon and rectum has ranged from 0.2 to 0.6 percent in autopsies, being around 0.83 percent in colonoscopies, 0.05 percent in proctologic examinations and 2.97 percent regarding colorectal tumours. The majority of patients are between 50 and 70 years of age, being colorectal lipomas 1.5 to 2 times more common in women than in men. Lipomas arise from the submucosa in nearly 90 percent of cases and from the subserosa in the remaining cases. Lipomas range in size from 2 mm to 30 cm, being named small with diameters below 2 cm, medium with diameter between 2 cm and 4 cm, and large with diameter above 4 cm. They are more common in the proximal colon (right colon and transverse colon) with a progressive diminishing incidence to the rectum. Commonly lipomas are solitary, being unusual multiple lipomas (10 to 20 percent) and very rare cases of lipomatous polyposis. Small and even medium polyps are asymptomatic, and, when symptomatic, the main symptoms are change in bowel habit, GI bleeding, inespecific abdominal pain and anemia. Diagnosis can be achieved by proctoscopy (low colorectal lipomas), colonoscopy and X-ray studies of the colon and exceptionally with abdominal US and CT. If a lipoma is asymptomatic and represents an incidental finding removal is questionable, once malignant transformation has been reported only twice. Colonoscopic removal of small and even medium lipomas is a good therapeutic approach, and abdominal surgery (colectomy and colotomy with lipomectomy through laparotomy as well as videolaparoscopy) is to be carried out in symptomatic patients with large polyps, in complications as intussusception, in GI bleeding, and when a secure diagnosis with any other tumours is not achieved. If the lipoma is not removed follow-up of the patient is necessary.

KEY WORDS: colonic lipoma; lipoma; lipomatosis; colonic mesenchymatic tumours; mesenchymatic tumours

REFERÊNCIAS

1. Abu Dalu J, Urca I. Lipoma of the colon: report of 3 cases. *Dis Colon Rectum* 1972; 15: 370-2.
2. Ackerman NB, Chugathau SQ. Symptomatic lipomas of the gastrointestinal tract. *Surg Gynecol Obstet* 1975; 141: 565-569.
3. Bacon HE. Cancer of the colon, rectum and anal canal. Lippincott, Philadelphia, PA 1964: 956-71.
4. Baldin A Jr., Bonardi RA, Souza FJ, Cravo MA, Röhrig CE. Lipomas do intestino grosso. Tema livre nº 195 apresentado no 42º Congresso Brasileiro de Colo-proctologia. *Rev bras Colo-proct* 1992; 12: 56.
5. Bar-Meir S, Halla A, Baratz M. Endoscopic removal of colonic lipoma. *Endoscopy* 1981; 13: 135-6.
6. Basov VV, Frolova TS. Total intestinal lipomatosis complicated by invagination of the ileum. *Vestn Khir* 1984; 132: 106-7.
7. Bhupalan AJ, Forbes A, Lloyd-Davies E, Wignall B, Murray-Lyon IM. Lipomatosis of the ileocecal valve stimulating Crohn's disease. *Postgrad Med J* 1992; 68: 455-6.
8. Boring CC, Squires TS, Tong T, Montgomery S. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin Pathol* 1994; 44: 7-26.
9. Brodey PA, Hover HC. Pylipoid ganglioneurofibromatosis of the colon. *Br J Radiol* 1974; 47: 494-5.
10. Bromberg SH, Zampieri IC, Reis Jr. PM, Oliveira CVC, Fonseca LAC, Barreto E, Waisberg J, Godoy AC. Tema livre nº 28-a apresentado no 43º Congresso Brasileiro de Colo-proctologia. *Rev bras Colo-proct* 1994; 14: 12.
11. Castro AB, Steams MW. Lipomas of the large intestine: a review of 45 cases. *Dis Colon Rectum* 1962; 15: 441-4.
- 11a. Catarina G, Petralia GA, Migliore M, Cardi F. Diffuse colonic lipomatosis with giant hypertrophy of the epiploic appendices and diverticulosis of the colon: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 769-75.
12. Comfort MW. Submucosal lipomata of the gastrointestinal tract: report of 28 cases. *Surg Gynecol Obstet* 1931L 52: 101-8.
13. Corman ML. Colon and rectal surgery. Lippincott, Philadelphia, PA, 1984.
14. Costa HMP, Pierre A. Lipomas do cólon. *Rev Ass Med Bras* 1982; 2: 71-2.
15. Creasy TS, Baker AR, Talbot JC, Vertch PS. Symptomatic submucosal lipomas of the large bowel. *Brit J Surg* 1987; 74: 984-6.
16. Cronkhite LW, Canada WJ. Generalized gastrointestinal polyposis: unusual syndrome of polyposis, pigmentation, alopecia and onychodystrophia. *N Engl J Med* 1955; 252: 1011-5.
17. Cruz GMG. Lipoma do intestino grosso: apresentação de casos pessoais. *Anais do 14º Congresso Latino Americano de Colo-proctologia e 44º Congresso Brasileiro de Colo-proctologia* 1995; 15: 71.
18. Cruz GMG. Lipomas colorretais: apresentação de 15 casos e revisão da literatura. *Rev bras Colo-Proct, Supl. Temas Livres do 42º Congresso Brasileiro de Colo-proctologia* 1993: 13.
19. Cruz GMG. Generalized gastrointestinal polyposis: an unusual syndrome of adenomatous polyposis, alopecia and onychodystrophy. *Am J Gastroenterology* 1967: 504-10.
20. Custardoy-Motilva AI, Lopes EV, Morales VC, Devesca NM. Lipomas submucosos del colon. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1953; 3: 278-81.
21. Danoff DM, Nizebaum HL, Stewart BW, Moore RC, Clahassey EB. Segmental polypoid lipomatosis of the colon *AJR*, 1977: 858-60.
22. DeBeer RA, Shynia H. Colonic lipomas. An endoscopic analysis. *Gastrointest Endosc* 1975; 22: 90-1.
23. De Mattei GF, De Nisi A, Suggese MP, Fabbri R, Podestá A. Considerazioni a proposito di un caso di invaginazione colo-colica (colo transverso) da voluminoso lipoma polipoide in soggetto adulto. *Minerva Chir* 1990; 45: 517-22.
24. D'Javid IF. Lipomas of the large intestine. *J Int Coll Surg* 1960; 33: 639-668.
25. DiSario JA, Burt RW, Kendrick ML, McWhorter WP. Colorectal cancers of rare histologic types compared with adenocarcinomas. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 1277-80.
26. Dukes DE. Cancer of the rectum. E & Livingstone, Edinburg, 1960; 3: 92.
27. Esteves AJ, Conago AF, Rossetti E. Lipossarcoma mixóide com hérnia isquiática. *Anais do 14º Congresso Latino Americano de Colo-proctologia e 44º Congresso Brasileiro de Colo-proctologia* 1995; 15: 51.
28. Fagundes JJ, Coy CSR, Góes JRN, Teixeira ARF, Vaz SIS. Lipomas de cólon complicados por intussuscepção intestinal: relato de oito casos. Tema livre nº 27 apresentado no 43º Congresso Brasileiro de Colo-proctologia. *Rev bras Colo-proct* 1994; 14: 12.
29. Fagundes JJ, Góes JRN, Coy CSR, Amaral CAR, Ayrisono MLS, Medeiros RR. Intussuscepção intestinal causada por lipomas do cólon. Relato de oito casos. *Rev bras Colo-Proct* 1994; 14(3): 179-81.
30. Falcetto G, Paduos A, Alluminio P. Invaginazione intestinale da lipoma pedunculato sottomucoso del grosso intestino. *Minerva Chir* 1990; 45: 523-6.
31. Ferguson EF Jr., Houston CH. Benign and malignant tumours of the colon and rectum. *South Med J* 1972; 65: 1213-20.

32. Fernandez MJ, Davis RP, Nora PF. Gastrointestinal lipomas. Arch Surg 1983; 118: 1081-3.
33. Figueroa FJ, Câmara MAR, Godoy CVF. Manifestação rara de lipoma em colo-proctologia. Rev Bras Colo-Proct 1982; 2: 111-115.
34. Franken EA Jr. Lymphoid hyperplasia of the colon. Radiology 1970; 94: 329-34.
35. Gentile F, Magli F, Mancini P, Tempesti M, Caravelli M. La lipomatosi della valvola ileo-cecale. Minerva Chir 1986; 41: 85-8.
36. Glass GB. Progress in Gastroenterology, Grune & Stratton, New York, 1970; 2: 367-91.
37. Godard JE, Dodds WF, Phillips JC. Peutz-Jeghers syndrome: clinical and roentgenographic feature. AJR 1971; 113: 316-24.
38. Goligher J. Surgery of the anus, rectum and colon. Baillière tindal, London, 5th edition, 1984.
39. Gordon RT, Beal JM. Lipoma of the colon. Arch Surg 1978; 113: 897-9.
40. Greiner L. Diffuse colonic lipomatosis with gyant diverticulosis. Med Welt 1980; 31: 1380-1.
41. Habr-Gama A, Jatobá PP, Fraiha A, Goffi SS. Lipomas do cólon: apresentação de quatro casos. Rev Ass Med Bras 1972; 1: 49-52.
42. Habr-Gama A, Raia AA. Tumores benignos dos cólons e do reto. In: Raia AA, Zerbin E. Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Netto. Ed. Sarvier, 5ª Ed., São Paulo, 1994; 56: 564-74.
43. Haller D, Roberts TW. Lipomas of the colon. A clinicopathological study of 20 cases. Surgery 1964; 55: 773-81.
44. Hayashi I, Katsuda Y, Nakahara K, Furusawa M, Nobe Y, Koga M. Case of lipohyperplasia of the ileocecal valve with adenocarcinoma of the ascending colon. Gan No Rinsho, 1983; 29: 1476-9.
45. Hurwitz MM, Readleaf PD, Williams HJ, Edwards JE. Lipomas of the gastrointestinal tract. Analysis of seventy-two tumors. AJR 1967; 99: 940-9.
46. Javorski RC. Benign mesenchymal tumours of the colon and rectum: a retrospective study. Aus NZJ Surg 1980; 50: 586-8.
47. Kaplan P. Submucous lipoma of the colon. Int Surg 1971; 56: 113-7.
48. Kiss DR, Nahas P, Vasconcelos E. Submucous lipoma of sigmoid colon complicated by colonic intussusception. Int Surg 1968; 50: 552-8.
49. Ling CS, Leagus C, Stahlgren LH. Intestinal lipomatosis. Surgery 1959; 46: 1054-9.
50. Marshak RH, Moseley JE, Wolf BS. The roentgen findings in familial polyposis with special emphasis on differential diagnosis. Radiology 1963; 80: 374-82.
51. Margulis AR, Jovanovich A. The roentgen diagnosis of submucous lipomas of the colon. AJR 1960; 84: 1114-20.
52. Mayo CW, Griess DF. Submucous lipomas of the large intestine. Surg Gynecol Obstet 1949; 8: 309-12.
53. Mayo CW, Pagtalunan RJG, Brown DJ. Lipoma of the alimentary tract. Surgery (St Louis) 1963; 53: 598-602.
54. Mischowitz M, Lazebinic N, Noy S, Lazebinic R. Lipomas of the colon. Report of 22 cases. Am Surg 1985; 51: 449-54.
55. Modesto HM, Felício F, D'Acampora AJ, Froner LG. Lipoma do intestino grosso. Arq Cat Med 1983; 3: 197-9.
56. Morson BC. The pathogenesis of colorectal cancer. W.B. Saunders, Philadelphia, PA, 1978.
57. Notaro RJ, Masser P. Annular colon lipoma: a case report and review of the literature. Surgery 1991; 110: 570-2.
58. Ohanessian JH, Aubert M, Widgren S, Libereille B, Magne JL, Latreille R. Segmental colonic lipomatosis: a case of isolated caecocolonic lipomatosis. J Chir (Paris) 1980; 117: 107-9.
59. Paulo PR, Baci DC, Chacon-Silva MA. Prolungatti-César MA, Speranzini MB. Lipoma no Intestino Grosso: relato de caso. Tema livre nº 26 apresentado no 43º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia. Rev bras Colo-Proct 1994; 14: 12.
60. Pemberton J, MacCormack CJ. Submucous lipomas of the colon and rectum. Am J Surg 1937; 37: 205-8.
61. Ramirez, Ortego J, Deus J, Bustamante E, Lozano R, Dominguez M. Lipomatous polyposis of the colon. Br J Surg 1993; 80: 349-50.
62. Ramos RJ, Simões LD, Souza TCP, Ortolan LG, Oliveira V. Lipoma sintomático do cólon. Rev bras Colo-Proct 1989; 1: 5-11.
63. Reis Neto JA, Quilici FA, Medeiros RR, Fagundes JJ, Montovani M, Leonardi LS. Lipomas intestinais. Rev Ass Med Bras 1978; 4: 119-20.
64. 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 3 casos. Rev bras Colo-Proct 1993; 13(1): 16-20.
65. Rodriguez DI, Drehner JM, Beck DE, McCauley CE. Colonic lipoma as a source of massive hemorrhage: report of a case. Dis Colon Rectum 1990; 33: 977-9.
66. Ryan J, Martin JE, Pollock DJ. Fatty tumors of the large intestine: a clinicopathologic review of 13 cases. Br J Surg 1989; 76: 793-6.
67. Rywlin AM, Ravel R, Hurwitz A. Malakoplakia of the colon. Am J Dig Dis 1969; 14: 491-9.
68. Shah IC, Shah AM, Pardanani RH, Creedon JJ. Lipomatosis of the ileocecal valve causing recurrent small bowel obstruction. Int Surg 1985; 70: 81-2.
69. Skaane P, Eide TJ, Westgaard T, Gauperaa T. Lipomatosis and true lipomas of the ileocecal valve. ROFO Fortschr Geb Rontgenstr Nuklearmed 1981; 135: 663-8.
70. Silverberg SG. Juvenile retention polyps of the colon and rectum. Am J Dig Dis 1970; 15: 617-25.
71. Snover DC, Sandstat J, Hutton S. Mucosal pseudolipomatosis of the colon. Am J Clin Pathol 1985; 84: 575-80.
72. Stout AP. Tumours of the colon and rectum excluding carcinomas and adenomas. Surg Clin N Am 1955; 35: 1283-8.
73. Stout AP. Tumours of the colon and rectum excluding carcinomas and adenomas. In: Turell R. Diseases of the Colon and the Ano-rectum. W.B. Saunders, Philadelphia, PA, 1959, 295-304.
74. Swain VA, Young WF, Pringly EM. Hypertrophy of the appendices epiploicae and lipomatous polyposis of the colon. Gut 1969; 10: 587-9.
75. Tawfic OW, McGregor DH. Lipohyperplasia of the ileocecal valve. Am J Gastroenterol 1992; 87: 82-7.
76. 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.
77. Tinkoff GH, Yum KI. Endoscopic diagnosis of lipomatosis of the ileocecal valve. Contemp Surg 1987; 30: 69-71.
78. Turell R. Diseases of the Colon and the Ano-rectum. W.B. Saunders, Philadelphia, PA, 1959.
79. Usmiani J, Ulatowski L, Winter J. Diffuse polypoid lipomatosis coli with hypertrophy of the appendices epiploicae in congenital lipomatosis. Dtsch Med Wochenschr 1980; 105: 1720-2.
80. Wayne JD, Frankel A. Removal of pedunculated lipoma by colonoscopy. Am J Gastroent 1974; 61: 221-2.
81. Wayte DM, Helwig EB. Colitis Cystica Profunda. Am J Clin Pathol 1967; 48: 159-69.
82. Weinberg T, Feldman M. Lipomas of the gastrointestinal tract. Am J Clin Path 1955; 25: 272-81.
83. Weinberg T, Feldman M. In: Turell R. Diseases of the Colon and the Ano-rectum. W.B. Saunders, Philadelphia, PA, 1959.
84. Welch CE, Hedberg SE. Polypoid lesions of the gastrointestinal tract. W.B. Saunders, Philadelphia, PA, 2nd ed, 1975.
85. Wolf BS, Marshak RH. Roentgen features of diffuse lymphosarcoma of the colon. Radiology 1960; 75: 733-40.
86. Yatto RP. Colonic lipomatosis. Am J Gastroenterol 1982; 77: 436-7.
87. Zambini WA, Fleisher H, Zander JD, Tolse RJ. Spontaneous expulsion of lipoma per rectum occurring with colonic intussusception. Surgery 1986; 1: 104-7.
88. Ziter FMH Jr. Roentgenographic findings in Gardner's syndrome. JAMA 1965; 192: 1000-2.

Endereço para correspondência:
Geraldo Magela Gomes Cruz
Rua Rio de Janeiro, 2017 - Ap. 1401
30160-042 - Belo Horizonte - MG