

---

# INTUSSUSCEPÇÃO COLÔNICA POR LIPOMA. RELATO DE DOIS CASOS

IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE  
EDUARDO FONSECA ALVES FILHO  
BENICIO LUIZ B.B. PAULA NUNES - FSBCP  
FÁBIO LUIZ CHAVES NOSSA - FSBCP  
PAULO F. BARRETO NETO, TSBCP  
JOSÉ HIPÓLITO DA SILVA, TSBCP  
GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA, TSBCP

---

## RELATO DOS CASOS

ALBUQUERQUE IC, ALVES FILHO EF, PAULA NUNES BLBB, NOSSA FLC, BARRETO NETO PF, SILVA JH & FORMIGA GJS - Intussuscepção colônica por lipoma. Relato de dois casos. *Rev Bras Coloproct*, 1998; 18(4): 256 - 259

**RESUMO:** Os autores relatam dois casos de intussuscepção colônica causada por lipoma, cuja sintomatologia predominante era dor abdominal tipo cólica, alteração do hábito intestinal com diarreia e hematoquesia. O diagnóstico de intussuscepção foi feito por meio de enema opaco e colonoscopia. O primeiro doente foi tratado por laparotomia com ressecção segmentar do colo e o segundo por ressecção colonoscópica do lipoma. São feitos comentários a respeito da sintomatologia, diagnóstico e tratamento.

**UNITERMOS:** lipoma; intussuscepção; colo

### *Caso 1*

I.T.E., matrícula hospitalar nº 149.138, 55 anos, feminino, natural e procedente de São Paulo - SP, apresentava quadro clínico de dor abdominal em cólica há um mês, associada a alteração do hábito intestinal de uma para quatro evacuações por dia, com fezes líquidas e episódios de hematoquesia. Emagreceu três quilos no período.

Ao exame clínico, o abdome era plano, com cicatriz cirúrgica em hipogástrio, flácido e com massa palpável em hipocôndrio direito, de aproximadamente cinco centímetros de diâmetro, móvel, dolorosa à mobilização, não pulsátil e sem sopros.

A retossigmoidoscopia rígida mostrou mucosa normal até 20 cm e presença de coágulos sangüíneos na luz retal. Foi realizada colonoscopia que identificou um pólipó pedunculado de 5 cm de diâmetro em flexura hepática do colo (Fig. 1). Foi feita tentativa de polipectomia sem sucesso. A TC de abdome evidenciou tumoração intraluminal em topografia de colo com densidade de gordura (Fig. 2).

A paciente foi submetida a laparotomia exploradora, em 14.5.97, cujo inventário evidenciou tumoração em flexura hepática que provoca intussuscepção do colo ascendente no transverso proximal, de mais ou menos 20 cm de extensão (Fig. 3) e presença de gânglios de aspecto inflamatório em mesocolo transverso. Foi realizada hemicolectomia direita com anastomose manual término-terminal íleo-transversa.

O exame anatomopatológico da peça cirúrgica demonstrou um lipoma de submucosa, medindo 5 cm no seu maior diâmetro (Fig. 4), com tecido de granulação e processo inflamatório agudo ulcerado em mucosa adjacente e linfonodos pericólicos com hiperplasia reacional.

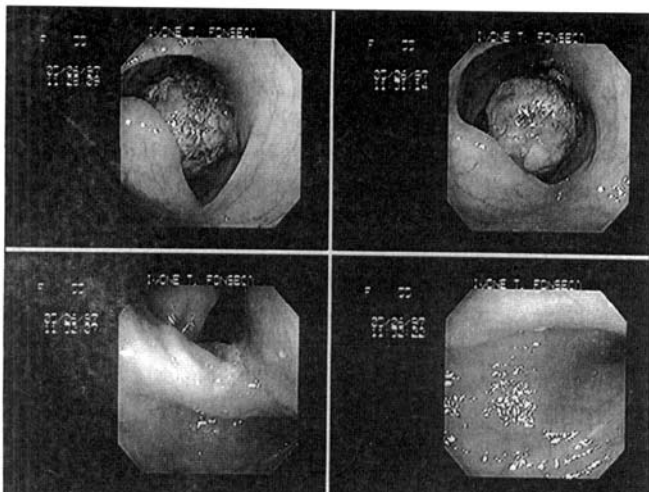
A paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta hospitalar assintomática no sexto dia pós-operatório. O seguimento ambulatorial foi normal, durante o primeiro ano.

---

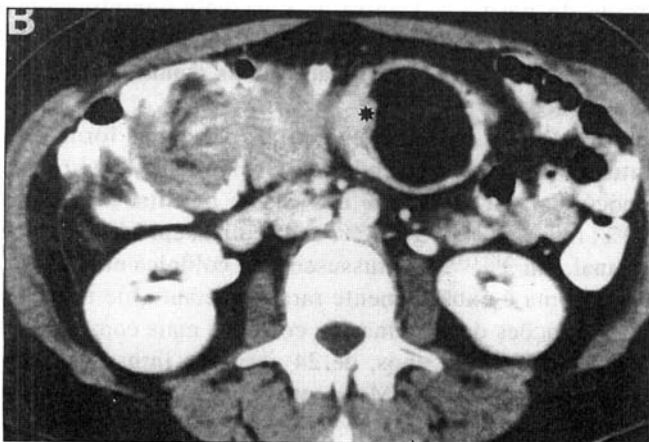
Os lipomas são tumores benignos que podem ocorrer em todo o trato gastrointestinal e têm maior incidência no colo. São extremamente raros, mesmo sendo a segunda neoplasia benigna do colo<sup>(1-15)</sup>. A concomitância do lipoma de colo com intussuscepção é a complicação mais freqüente<sup>(1, 2, 5, 10, 14)</sup>.

O primeiro caso de lipoma de colo foi descrito por Bauer em 1757. Haller e Robert, em 1964, catalogaram um total de 330 casos em toda a literatura<sup>(1)</sup>. A primeira descrição de intussuscepção foi feita por Barbette, porém não relacionada a lipoma de colo<sup>(2)</sup>. O diagnóstico dos lipomas colônicos é feito por meio de enema opaco, colonoscopia, ultra-sonografia (USG) ou tomografia computadorizada (TC) de abdome. As opções de tratamento, dependendo do tipo e da sua localização na parede colônica, são laparotomia com ressecção segmentar, cirurgia vídeo-laparoscópica e ressecção colonoscópica.

O objetivo deste estudo é relatar dois casos de lipoma de colo, que evoluíram com quadro de intussuscepção colônica, atendidos no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis de São Paulo - SP.



**Fig. 1** - Vídeo-colonosopia mostrando lesão polipóide pediculada de cerca de 5 cm no maior diâmetro, localizada em flexura hepática do colo.



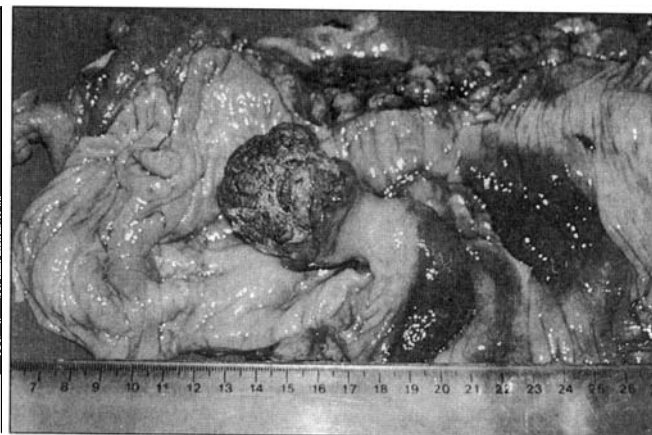
**Fig. 2** - Caso 1 - Tomografia de abdome - Tumoração intraluminal em colo com densidade de gordura.



**Fig. 3** - Caso 1 - Laparotomia exploradora - Tumoração de 20 cm de extensão em flexura hepática com intussuscepção do colo ascendente em transverso.

### Caso 2

E.G.A., matrícula hospitalar nº 150.376, 44 anos, feminino, natural de Minas Gerais e procedente de São Paulo - SP, admitida com quadro de dor abdominal em cólica há um mês, associado a hematoquesia, afilamento das fezes, astenia e emagrecimento de cinco quilos.



**Fig. 4A** - Caso 1 - Peça operatória - Lipoma pediculado fechado, localizado em colo.



**Fig. 4B** - Caso 1 - Peça operatória - Lipoma pediculado aberto, localizado em colo.

Ao exame clínico, o abdome era plano, com cicatriz cirúrgica mediana infra-umbilical, flácido e pouco doloroso à palpação de flanco e fossa ilíaca esquerdos.

A retossigmoidoscopia rígida mostrou mucosa normal até 20 cm, com pequena quantidade de sangue e muco na luz do reto.

O enema opaco evidenciou parada de progressão do contraste e imagem em “casca de cebola” (Fig. 5). A TC de abdome identificou duas lesões na luz do colo transverso com densidade de gordura (Fig. 6).

A paciente foi submetida a colonoscopia que diagnosticou duas lesões: a primeira, polipóide, de pedículo largo, medindo 4 cm, com ulceração e fibrina, situada em colo transverso; a segunda, pediculada, de 2,5 cm, com mucosa lisa e brilhante, localizada em colo proximal. Foi realizada, em 18.7.97, polipectomia da lesão proximal, não sendo possível a abordagem da outra lesão por impossibilidade técnica. Em 25.07.97, outra colonoscopia foi feita com ressecção do pólipó localizado em colo transverso.

O estudo anatomopatológico mostrou, em ambas as peças cirúrgicas, tecido fibro-gorduroso com necrose de coagulação, caracterizando lipoma.

A paciente evoluiu bem, após a ressecção endoscópica dos lipomas, recebendo alta hospitalar quatro dias após a última colonoscopia. Realizou exame endoscópico de controle seis meses após, com resultado normal.

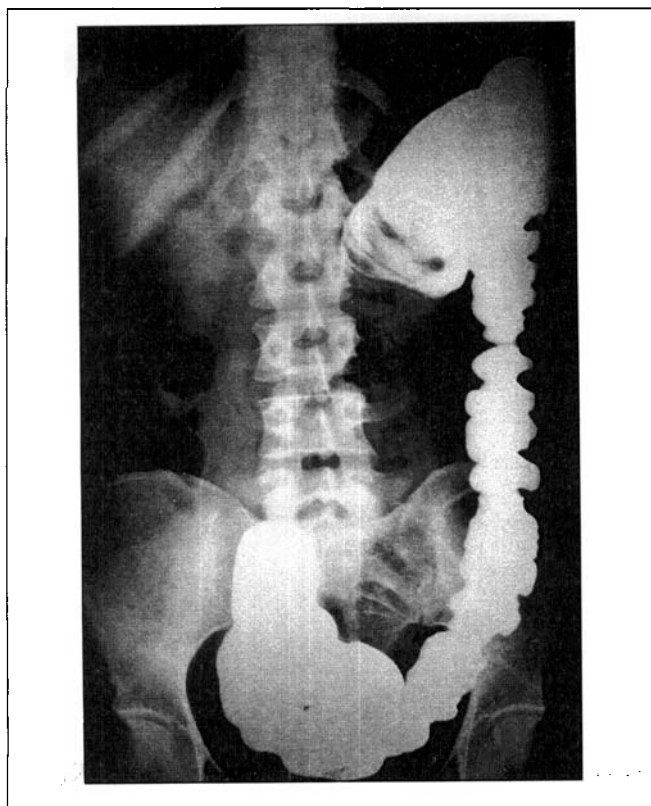


Fig. 5 - Caso 2 - Enema opaco - Parada de progressão do contraste e imagem característica em "casca de cebola" no colo transverso.

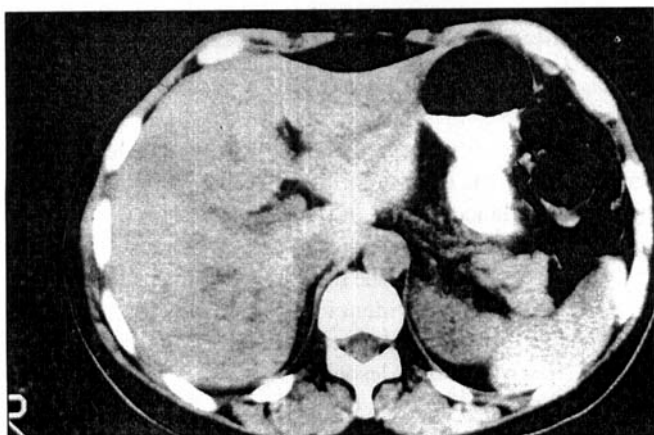


Fig. 6 - Caso 2 - Tomografia de abdome - Lesão na luz do colo transverso com densidade de gordura.

## DISCUSSÃO

Os lipomas são neoplasias benignas, encapsuladas, formadas principalmente por adipócitos bem diferenciados<sup>(5)</sup>. No trato gastrointestinal acham-se distribuídos da hipofaringe ao reto, sendo porém mais frequentes na região ileocecal e colo<sup>(14)</sup>. Neste último, embora raros, representam a segunda neoplasia benigna após os adenomas<sup>(5, 10)</sup>. Quanto ao acometimento colônico, os lipomas são assim distribuídos em ordem decrescente: colo ascendente, ceco, colo transverso e descendente<sup>(4, 6, 7, 14)</sup>. Quanto a sua disposição na parede do intestino grosso, mais de 90% são

submucosos, sendo os demais subserosos e de apêndices epiplóicos<sup>(1, 4, 5)</sup>. Em relação aos nossos casos, os lipomas situavam-se no colo transverso.

A incidência dos lipomas colônicos é 1,5 a duas vezes maior no sexo feminino em relação ao sexo masculino<sup>(15)</sup>. Quanto à idade, a maioria dos pacientes está entre a quinta e a sétima décadas de vida<sup>(4, 6, 15)</sup>. Não tem sido observada degeneração para lipossarcoma, bem como recorrência após ressecção<sup>(4)</sup>. Os nossos doentes eram do sexo feminino e encontravam-se dentro da faixa etária citada pela literatura.

A sintomatologia dos lipomas colônicos está relacionada principalmente com o seu tamanho, sendo que aqueles com menos de 2 cm são assintomáticos. Quando esses tumores apresentam mais de 4 cm de diâmetro, produzem sintomas ou sinais em mais de 75% dos doentes, como: dor abdominal tipo cólica, mudança do hábito intestinal, massa palpável e perda de peso<sup>(1, 5)</sup>. Dentre as possíveis complicações, destacam-se a intussuscepção, o sangramento anal e a obstrução intestinal. A complicação mais comum é a intussuscepção<sup>(1-6, 9, 10, 13, 14)</sup>.

Lipschitz e col. descreveram as principais formas de intussuscepção envolvendo o intestino delgado e grosso: ileocólica, em 70 a 90% dos casos; íleo-ileocólica, em 20%; íleo-ileal, em 3 a 11%; colo-cólica, em 5% e jejuno-jejunal, em 3%<sup>(11)</sup>. A intussuscepção colônica em adultos por lipoma é extremamente rara, entretanto, de todas as complicações dos lipomas de colo, é a mais comum. Em um período de 22 anos, de 24 casos de intussuscepção relatados pela Clínica Mayo, apenas dois eram devidos a lipoma de colo<sup>(13)</sup>.

O diagnóstico de lipoma colônico pode ser estabelecido pela associação de exame clínico, proctológico, colonoscopia, enema opaco, USG e TC de abdome<sup>(1-5, 7)</sup>. Durante a realização da colonoscopia os lipomas pediculados e pequenos, na ausência de sangramento ou obstrução, podem ser removidos<sup>(1, 7, 8)</sup>. Quando os exames complementares mostram um grande lipoma, ou observa-se alguma complicação, deve-se proceder a abordagem cirúrgica. No caso 1, o diagnóstico da tumoração foi feito por colonoscopia e a confirmação de intussuscepção somente por laparotomia exploradora. No caso 2, o enema opaco evidenciou imagem em "casca de cebola", sugestiva de intussuscepção.

O tratamento descrito na literatura médica inclui a ressecção segmentar do colo por meio de laparotomia ou laparoscopia, bem como a remoção endoscópica do lipoma<sup>(2, 5)</sup>. Nos casos de ausência de obstrução, sangramento profuso ou sofrimento vascular, a ressecção endoscópica do lipoma está indicada, ficando a laparotomia reservada para os casos de insucesso terapêutico, complicações ou abdome agudo associado. Por proporcionar bons resultados terapêuticos, principalmente com relação à recuperação pós-operatória e à estética, a cirurgia vídeo-laparoscópica pode ser considerada como alternativa ao tratamento de doenças benignas colorretais. Nossas pacientes foram submetidas à terapêutica cirúrgica, sendo a primeira à ressecção segmentar do colo e a segunda à ressecção por colonoscopia.

---

**ALBUQUERQUE IC, ALVES FILHO EF, PAULA NUNES BLBB, NOSSA FLC, BARRETO NETO PF, SILVA JH & FORMIGA GJS -**

**SUMMARY:** The authors present two cases of colonic intussusception caused by lipoma, which major symptoms were abdominal pain, bowel dysfunction, associated to diarrhoea and hematoquezia. The diagnosis was made by barium enema and colonoscopy. The first case was treated with laparotomy followed by segmentar resection of the colon and the second by colonoscopic resection. Some comments are made about symptomatology, diagnosis and treatment.

**KEY WORDS:** lipoma; intussusception; colon

---

#### REFERÊNCIAS

1. Alponat A, Kok KYY, Goh PMY, Ngoy SS. Intermittent subacute intestinal obstruction due to a giant lipoma of the colon: a case report. *Am Surg* 1996; 62: 918-921.
2. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg* 1997; 173: 88-94.
3. Buetow PC, Buck JL, Carr NJ, Pantongrag-Brown L, Ros PR, Cruess DF. Intussuscepted colonic lipomas: loss of fat attenuation on CT with pathologic correlation in 10 cases. *Abdom Imaging* 1996; 21: 153-6.
4. Catania G, Petralia GA, Migliore M, Cardi F. Diffuse colonic lipomatoses with giant hypertrophy of the epiploic appendices and diverticulosis of the colon. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 769-775.
5. Cruz GMG, Oliveira AT, Rodrigues JVL. Lipomas colorretais: apresentação de 15 casos pessoais e revisão da literatura. *Rev bras Coloproct* 1997; 17: 32-41.
6. Denie C, Jacques P, Brenard R. Spontaneous exoneration of a colonic lipoma. *Acta Gastroenterol Belg* 1995; 58: 243-244.
7. Hackmam DJ, Saibil F, Wilson S, Litwin D. Laparoscopic management of intussusception caused by colonic lipomata: a case report and review of the literature. *Surg Lapar Endosc* 1996; 6: 155-159.
8. Ippolito RJ, Touloukian RJ. Colocolic intussusception in an older child. Caused by a polyp of the distal colon. *Clin Pediat* 1978; 17: 720-726.
9. Kiss DR, Nahas P, Vasconcelos E. Submucous lipoma of the sigmoid complicated by colonic intussusception. *Intern Surg* 1968; 50: 552.
10. Liessi G, Pavanello M, Cesari S, Dell'Antonio C, Avventi P. Large lipomas of the colon: CT and MR findings in three symptomatic cases. *Abdom Imaging* 1996; 21: 150-152.
11. Lipschitz B, Patel YT, Kazlow P. Endoscopic pneumatic reduction of an intussusception with simultaneous polypectomy in a child. *J Ped Gastroent Nutrit* 1995; 21: 91-94.
12. Silva RA, Schramm EC, Santos DM. Pólipo lipomatoso de ceco. *Rev Bras Med* 1996; 53: 838-839.
13. Taylor BA, Wolff BG. Colonic lipomas. Report of two cases and review of the Mayo Clinic Experience, 1976-1985. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 888-894.
14. Wulff C, Jespersen N. Colo-colonic intussusception caused by lipoma: case reports. *Acta Radiolog* 1995; 36: 478-480.
15. Zeebregts CJAM, Geraedts AAM, Blaauwgeers JLG, Hoitsma HFW. Intussusception of the sigmoid colon because of an intramuscular lipoma. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 891-892.

#### Endereço para correspondência:

Galdino José Sitonio Formiga  
Serviço de Coloproctologia - Hospital Heliópolis  
Rua Gonego Xavier, 276 - Vila Heliópolis  
04231-030 - São Paulo - SP