

Alexandre Dias Maçano¹, Cássia Carvalho de Siqueira², Gustavo Gomides Macedo²

1. Médico Radiologista da Radiologia Anchieta – Hospital Anchieta, Coordenador da Residência Médica do Hospital Regional de Taguatinga, Taguatinga, DF, Brasil. 2. Médicos Residentes do Hospital Regional de Taguatinga, Taguatinga, DF, Brasil. Ende-

reço para correspondência: Dr. Alexandre Dias Maçano. Centro Médico Hospitalar Anchieta. AE 8/10 Setor C Norte, 1º subsolo, Centro de Excelência Anchieta, lojas 12 e 13. Taguatinga, DF, Brasil, 72115-700. E-mail: alex.manzano1@gmail.com.

Maçano AD, Siqueira CC, Macedo GG. Qual o seu diagnóstico? Radiol Bras. 2015 Jan/Fev;48(1):IX–XI.

Paciente do sexo feminino, 59 anos, procurou atendimento médico por apresentar quadro de dor abdominal tipo cólica e enterorragia de pequena monta há alguns meses. Exames físico e laboratoriais sem anormalidades. Foi realizada colonoscopia, que mostrou lesão expansiva luminal

oclusiva no cólon ascendente. A paciente foi encaminhada para estadiamento radiológico, tendo sido realizada tomografia computadorizada (TC) do abdome com contraste venoso (Figura 1).

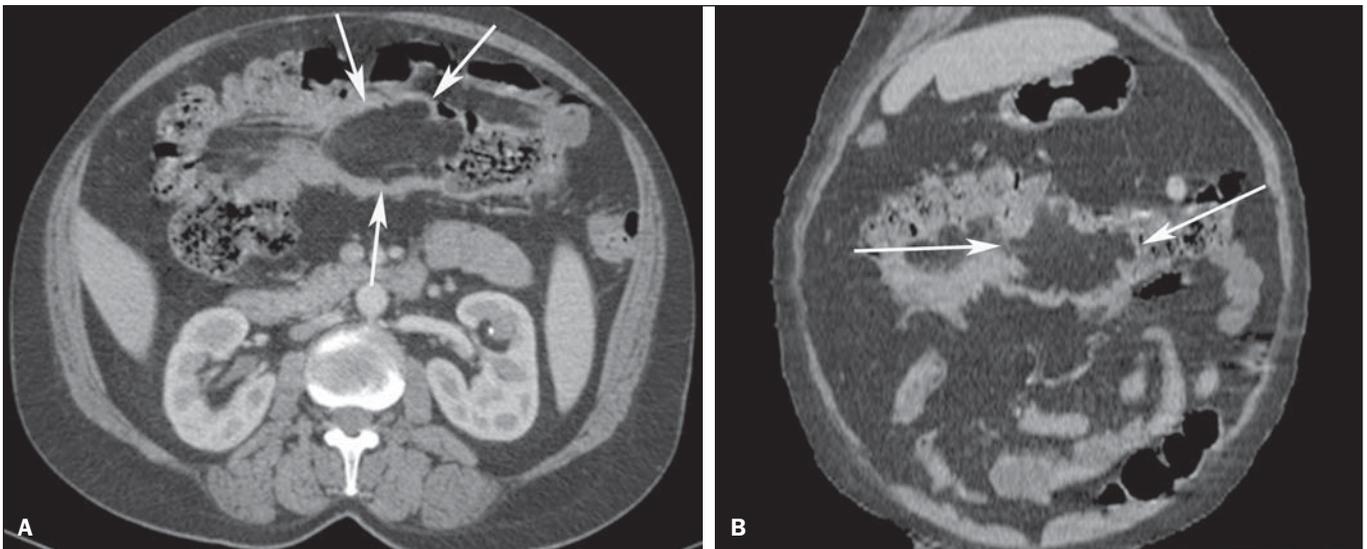


Figura 1. TC corte axial (A) e reformatação no plano coronal (B).

Descrição da imagem

Figura 1. TC corte axial (A) e reformatação no plano coronal (B) mostrando tumor com densidade de gordura no cólon transverso (setas), de contornos bosselados, predominantemente lipomatoso, medindo cerca de 9 cm no seu maior diâmetro transverso, e sinais de intussuscepção ileocólica.

Diagnóstico: Lipoma colônico gigante.

COMENTÁRIOS

A literatura radiológica brasileira vem, recentemente, ressaltando a importância dos exames de imagem no aprimoramento do diagnóstico do sistema digestivo⁽¹⁻¹²⁾.

Lipoma colônico é um tumor benigno raro, apesar de ser a neoplasia não epitelial (mesenquimal) mais comum no trato gastrointestinal. Geralmente está localizado na submucosa e em raros casos na subserosa⁽¹³⁾, podendo ter aspecto lobulado. É mais comum em mulheres (66,7%)⁽¹⁴⁾, entre a quinta e sexta década de vida, sendo assintomático na maioria dos casos, mas quando seu tamanho ultrapassa 2 a 3 cm pode gerar sintomas, normalmente inespecíficos e de longa duração, tais como dor abdominal, sangue nas fezes e alteração do hábito intestinal⁽¹³⁾. Tumores maiores podem provocar sintomas de obstrução intestinal com intussuscepção cólon-colônica⁽¹⁴⁾, e eliminação espontânea de lipomas também é relatada⁽¹⁵⁾.

Estudos registram que cerca de 46% dos lipomas intestinais são descobertos incidentalmente em peças cirúrgicas removidas em razão de outras doenças^(13,16), sendo o cólon ascendente o sítio mais comum de acometimento⁽¹³⁾.

Os exames de imagem podem ajudar no diagnóstico pré-operatório, mas de regra o diagnóstico definitivo é feito na peça cirúrgica⁽¹³⁾ (Figura 2). No entanto, o achado de gordura macroscópica por TC ou ressonância magnética estreita o diagnóstico diferencial⁽¹⁷⁾.

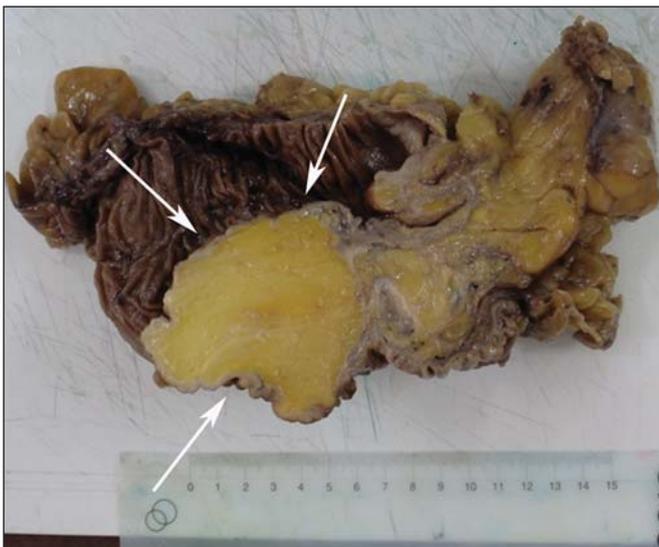


Figura 2. Peça cirúrgica identificando tumor lipomatoso no cólon transverso (setas).

O enema baritado demonstra falha de enchimento luminal, porém este achado não é específico, podendo também ser visto em outros tipos de neoplasias colônicas⁽¹⁴⁾.

Os achados tomográficos que ajudam no diagnóstico consistem em nódulos ou massa parietal com densidade de gordura (-40 a -120 unidades Hounsfield), sem realce pelo meio de contraste, como descrito no presente caso. Quando há intussuscepção associada, o diagnóstico pode ser dificultado pela presença de focos de necrose ou infarto⁽¹⁸⁾, e a diferenciação com outras lesões, tais como adenocarcinomas, linfomas e metástases^(13,19,20), muitas vezes não pode ser feita com segurança.

O tratamento varia de acordo com a localização, sintomas e tamanho do lipoma. Lesões menores que 2 cm podem ser tratadas por ressecção endoscópica, aliada à utilização de ultrassonografia endoscópica para reduzir os riscos de perfuração. A grande maioria dos autores recomenda tratamento cirúrgico quando a lesão for maior que 2 cm, e entre as opções cirúrgicas estão a excisão da lesão, a colectomia parcial e a hemicolectomia⁽²¹⁾.

Os principais diagnósticos diferenciais incluem adenomas, adenocarcinomas, linfomas, tumores neuroendócrinos, fibromas, leiomiomas e hamartomas^(13,14,18,22,23).

Os lipomas colônicos, embora raros, devem ser considerados no diagnóstico diferencial dos tumores do intestino grosso. O diagnóstico pré-operatório preciso é difícil e muitas vezes confundido com pólipos adenomatosos ou carcinoma. A abordagem cirúrgica é o tratamento de escolha para o lipoma colônico, variando conforme o tamanho, a localização e a presença ou não de complicações⁽¹⁸⁾.

REFERÊNCIAS

1. Kierszenbaum ML, von Atzingen AC, Tiferes DA, et al. Colonografia por tomografia computadorizada na visão do médico encaminhador: qual o seu valor segundo a visão de especialistas? *Radiol Bras.* 2014;47:135-40.
2. Francisco FAF, Araújo ALE, Oliveira Neto JA, et al. Contraste hepatobiliar: diagnóstico diferencial das lesões hepáticas focais, amarelhas e outras indicações. *Radiol Bras.* 2014;47:301-9.
3. Torres LR, Timbó LS, Ribeiro CME, et al. Hemangioendelioma hepático multifocal e metastático: relato de caso e revisão da literatura. *Radiol Bras.* 2014;47:194-6.
4. Terceiro MG, Faria IM, Alfenas R, et al. Hérnia de Amyand com apendicite perforada. *Radiol Bras.* 2014;47(6):xi-xiii.
5. Cunha EFC, Rocha MS, Pereira FP, et al. Necrose pancreática delimitada e outros conceitos atuais na avaliação radiológica da pancreatite aguda. *Radiol Bras.* 2014;47:165-75.
6. Kadow JS, Fingerhut CJP, Fernandes VB, et al. Peritonite encapsulante: tomografia computadorizada e correlação cirúrgica. *Radiol Bras.* 2014;47:262-4.
7. Santana Júnior PJ, Aurione ACV, Dangoni R, et al. Tumor neuroendócrino gástrico tipo III. *Radiol Bras.* 2014;47(4):xi-xii.
8. Pedrassa, BC, Rocha EL, Kierszenbaum ML, et al. Tumores hepáticos incomuns: ensaio iconográfico – Parte 1. *Radiol Bras.* 2014;47:310-6.
9. Pedrassa, BC, Rocha EL, Kierszenbaum ML, et al. Tumores hepáticos incomuns: ensaio iconográfico – Parte 2. *Radiol Bras.* 2014;47:374-9.
10. Martins FP, Vilela EG, Ferrari MLA, et al. Contribuição da medida

- do volume de fluxo da artéria mesentérica superior pelo Doppler na caracterização da atividade inflamatória em pacientes com doença de Crohn. *Radiol Bras.* 2013;46:279–83.
11. Teixeira ACV, Torres US, Westin CEG, et al. Tomografia computadorizada com multidetectores no diagnóstico pré-operatório das complicações intestinais causadas pela ingestão de corpos estranhos da dieta sem suspeita clínica: série de casos enfatizando o uso de técnicas de renderização volumétrica. *Radiol Bras.* 2013;46:346–50.
 12. Costa DMC, Salvadori PS, Monjardim RF, et al. Quando a fase sem contraste intravenoso é desnecessária nos exames de tomografia computadorizada do abdome? Análise retrospectiva de 244 casos. *Radiol Bras.* 2013;46:197–202.
 13. Ghidirim G, Mishin I, Gutsu E, et al. Giant submucosal lipoma of the cecum: report of a case and review of literature. *Rom J Gastroenterol.* 2005;14:393–6.
 14. Jiang L, Jiang LS, Li FY, et al. Giant submucosal lipoma located in the descending colon: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2007;13:5664–7.
 15. Ryan J, Martin JE, Pollock DJ. Fatty tumours of the large intestine: a clinicopathological review of 13 cases. *Br J Surg.* 1989;76:793–6.
 16. Taylor BA, Wolff BG. Colonic lipomas. Report of two unusual cases and review of the Mayo Clinic experience, 1976-1985. *Dis Colon Rectum.* 1987;30:888–93.
 17. Pereira JM, Sirlin CB, Pinto PS, et al. CT and MR imaging of extrahepatic fatty masses of the abdomen and pelvis: techniques, diagnosis, differential diagnosis, and pitfalls. *Radiographics.* 2005;25:69–85.
 18. Atmatzidis S, Chatzimavroudis G, Patsas A, et al. Pedunculated cecal lipoma causing colo-colonic intussusception: a rare case report. *Case Rep Surg.* 2012;2012:279213.
 19. Michowitz M, Lazebnik N, Noy S, et al. Lipoma of the colon. A report of 22 cases. *Am Surg.* 1985;51:449–54.
 20. Rogy MA, Mirza D, Berlakovich G, et al. Submucous large-bowel lipomas – presentation and management. An 18-year study. *Eur J Surg.* 1991;157:51–5.
 21. Paškauskas S, Latkauskas T, Valeikaitė G, et al. Colonic intussusception caused by colonic lipoma: a case report. *Medicina (Kaunas).* 2010;46:477–81.
 22. Gürses B, Kabakci N, Akyuz U, et al. Imaging features of a cecal lipoma as a lead point for colo-colonic intussusception. *Emerg Radiol.* 2008;15:133–6.
 23. Notaro JR, Masser PA. Annular colon lipoma: a case report and review of the literature. *Surgery.* 1991;110:570–2.