

Lipomas colorretais: correlação anatomoclínica de 29 casos

S.H. BROMBERG, J.C. ZAMPIERI, L.A.F. CAVALCANTI, J. WAISBERG, E. BARRETO, A.C. DE GODOY

Serviços de Gastroenterologia Cirúrgica e Anatomia Patológica do Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira, São Paulo, SP.

RESUMO — OBJETIVO. Avaliar a ocorrência de lipomas colorretais, métodos diagnósticos e conduta terapêutica, com o intuito de estabelecer normas no atendimento dos portadores desta afecção.

CASUÍSTICA E MÉTODOS. Revisadas autópsias feitas em período de 6 anos e estudados os prontuários de portadores de lipomas colorretais tratados entre 1965 e 1993, com ênfase ao quadro clínico, conduta diagnóstica e terapêutica. Os 29 portadores de lipomas intestinais submucosos foram distribuídos em três grupos. O grupo I, cujos lipomas foram detetados em necrópsias; o grupo II, com doentes sintomáticos, e um terceiro grupo de enfermos assintomáticos, com lipomas encontrados acidentalmente em peças cirúrgicas ressecadas por neoplasias ou durante procedimentos diagnósticos.

RESULTADOS. 0,6% dos autopsiados apresentaram lipomas colorretais, situados, preferencialmente, no cólon direito, predominando em mulheres (70,0%). No grupo II, a enterorragia foi o sintoma mais freqüente (54,5%), seguida pela dor abdominal em cólica e por alterações do hábito intestinal. A intussuscepção ocorreu em três doentes (27,3%).

Ao contrário da literatura, os lipomas sintomáticos localizaram-se, preferencialmente, no cólon esquerdo, sendo seu tamanho médio de 6,1cm. Os diagnósticos foram realizados por meio do enema opaco e, mais recentemente, pela colofibrosopia e tomografia computadorizada. Neste grupo, foram realizadas ressecções em dez doentes, sendo cinco amplas, três locais e duas endoscópicas. Um paciente eliminou, espontaneamente, seu lipoma.

Lipomas múltiplos foram detetados em 30% dos autopsiados e em 25% do grupo assintomático. Nestes dois grupos, nenhum dos tumores era maior que 2,0cm de diâmetro.

CONCLUSÕES. Lipomas colorretais são raros, quer na clínica diária, quer em autópsias. Antes do advento da colofibrosopia e da tomografia, a maioria dos doentes era submetida a ressecção extensa, na suposição de doença maligna. Posteriormente, a polipectomia endoscópica e a ressecção local passaram a ser nossa conduta preferencial.

UNITERMOS: Lipomas submucosos. Lipomas colorretais. Diagnóstico. Conduta.

INTRODUÇÃO

A raridade dos lipomas gastrintestinais pode ser comprovada, quer nos estudos de necrópsias, quer nos trabalhos clínico-cirúrgicos que relatam sua ocorrência. Da análise de 60.201 autópsias, Weinberg e Feldman, em 1955, encontraram 232 lipomas no trato gastrintestinal e, destes, mais de 50% localizavam-se no segmento colorretal¹. Na revisão de 4.000 casos de tumores gastrintestinais benignos, Mayo *et al.* encontraram 164 lipomas (4%), a maior parte deles situada ao nível da válvula ileocecal e no intestino grosso². A maioria dos trabalhos publicados descreve número reduzido de casos ou reporta-se a seus aspectos bizarros³⁻⁶. Em nosso meio, Habr-Gama *et al.*, em 1973, coletaram dez casos nacionais publicados entre 1926 e 1970, aos quais acrescentaram outros quatro⁷.

Grande número desses tumores gordurosos são assintomáticos, sendo, com freqüência, localizados

fortuitamente durante estudos radiológicos indicados para outras causas; com relativa assiduidade, são encontrados em peças cirúrgicas ressecadas por diversos motivos⁸⁻¹⁰. Menos comumente, apresentam-se com uma variedade expressiva de sintomas, em tudo semelhante aos das neoplasias em geral^{2,6,11,12}. Eventualmente, podem ser eliminados espontaneamente, com ou sem o desaparecimento da sintomatologia prévia^{13,14}. Por serem de localização extraluminal, muitos especialistas encontram dificuldades no seu correto diagnóstico e, por conseguinte, na adequada conduta terapêutica. O advento da co-lofibrosopia e da tomografia computadorizada vem contribuindo para diminuir, em muito, essas dificuldades^{15,16}.

O intuito deste trabalho é relatar a experiência de nosso grupo com esses tumores, quer em material de autópsia, quer em doentes sintomáticos ou não, com a finalidade de estabelecer normas de conduta diagnóstica e de terapêutica adequada.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Durante os anos de 1969 a 1974, foram realizadas, no Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira (HSPE-FMO), 1.761 autópsias gerais. Todas as descrições das autópsias foram revisadas, com o intuito de localizar portadores de lipomas colorretais, que somaram dez indivíduos. Desses, foram anotados a identificação, idade, sexo, cor, local dos lipomas, seu tamanho e número. Este conjunto de autopsiados constituiu o grupo I.

No período de 28 anos (1965 a 1993), dez doentes com sintomas causados por lipomas colorretais foram operados ou tiveram seus lipomas ressecados por via endoscópica; um outro paciente, o 11º, relatou a perda espontânea de um tumor pelo ânus. Esses enfermos, sintomáticos, constituíram o grupo II. Três desses doentes fizeram parte de comunicação anterior⁷.

No mesmo período, seis outros doentes apresentaram dez lipomas assintomáticos, detetados em peças cirúrgicas extirpadas por conterem neoplasias malignas; no sétimo, o tumor foi enucleado do cólon direito por ocasião de laparotomia motivada por enterorragia maciça causada por hemangioma cecal e, no oitavo, em controle pós-operatório de carcinoma retal extirpado, o lipoma foi retirado por colofibrosopia. Esses oito doentes constituíram o grupo III.

Os prontuários médicos e os relatórios anatomo-patológicos desses 19 doentes foram revistos, colhendo-se deles os mesmos dados já relatados para os casos de autópsias.

RESULTADOS

Dezessete (58,6%) das pessoas eram do sexo feminino, com idade média de 69,2 anos, variando de 37 a 84 anos. A idade média dos 12 representantes masculinos foi de 59,5 anos (19 a 86 anos).

Vinte e dois dos 34 lipomas (64,7%) situavam-se no cólon direito. Lipomas do cólon esquerdo apresentaram maior tamanho que os do direito – em média 4,0cm contra 2,2cm, respectivamente.

No grupo I, todos os dez portadores de lipomas submucosos do intestino grosso autopsiados eram adultos, representando incidência de 0,6% do material pesquisado. Oito dos autopsiados eram brancos, um era negro e um pardo. A relação entre o sexo feminino e o masculino foi de 7:3. A idade variou de 45 a 84 anos, sendo a média de 65,5 anos; a idade média das mulheres foi maior que a dos homens – 69,7 e 55,7 anos, respectivamente. Dez dos lipomas (76,9 %) situavam-se no cólon direito,

Tabela 1 — Lipomas colorretais encontrados em 1.761 autópsias

Idade	Sexo	n	Local	Tamanho (cm)
71	F	1	ceco	2,0 x 0,8
77	F	2	sigmóide	0,5 x 0,5
			sigmóide	0,5 x 0,5
50	F	1	ascendente	1,5 x 1,0
58	M	1	ascendente	0,7 x 0,5
48	M	1	ascendente	0,6 x 0,6
79	F	1	transverso D	1,6 x 0,8
82	F	2	ascendente	1,5 x 0,8
			ascendente	1,0 x 0,4
45	F	1	ascendente	0,6 x 0,3
61	M	1	ceco	1,0 x 0,7
84	F	2	ascendente/ ceco	0,5 x 0,3 0,5 x 0,5

n = número de lipomas.

sendo todos menores que 2cm em seu maior diâmetro. Em três autopsiados (30%) foram encontrados dois lipomas no mesmo segmento intestinal, distanciados entre si não mais que por 12cm (tabela 1).

No grupo II, todos os 11 doentes sintomáticos eram brancos, sendo seis (54,5 %) do sexo masculino. A idade média do grupo foi de 56 anos; a do sexo feminino, 59, e a do masculino, 53,5 anos. Maior número de lipomas localizou-se no cólon esquerdo – sete (63,6%). O quadro clínico de enterorragia predominou, sendo relatado por seis (54,5%) dos enfermos; o aparecimento da intussuscepção ocasionou síndrome oclusiva em três deles (27,3%). A ressecção ampliada dos cólons foi realizada em cinco (45,5%) dos doentes; em outros três (27,3%), os lipomas foram extirpados por ressecção local. Dois lipomas foram retirados por via endoscópica e o último foi eliminado espontaneamente. À exceção de um, com 1,5cm, todos os demais lipomas eram maiores que 2,5cm de diâmetro, com média de 6,1cm (variação de 1,5 a 14,0cm) [tabela 2].

No grupo III, sete doentes eram brancos e um era da raça amarela. A idade média foi de 69,8 anos (51 a 86 anos), com predomínio do sexo feminino – 5:3. A maioria dos lipomas localizava-se no cólon direito; à exceção de um, cujo maior diâmetro foi de 3,0cm, todos os demais eram menores que 2,0cm. Em uma das peças extirpadas, constatou-se a presença de três lipomas cecais (tabela 3).

DISCUSSÃO

O número de lipomas colorretais constatado em

Tabela 2 — Lipomas colorretais sintomáticos

Idade	Sexo	Local	Clínica	Tamanho	Conduta
37	F	ceco	intussuscepção	6,0 x 3,0	colectomia D
57	M	ceco	sangramento	6,0 x 6,0	colectomia D
19	M	ceco	intussuscepção sangramento	5,0 x 4,0	colectomia D
66	M	reto	sangramento	1,5 x 1,0	polipectomia
71	F	reto	obstipação dor	2,5 x 2,0	polipectomia
72	M	transverso	sangramento	5,7 x 5,2	exérese local
51	M	sigmóide	diarréia	14,0 x 4,5	colectomia E
51	F	reto	dor	3,5 x 2,5	exérese local
76	F	descendente	sangramento	3,5 x 3,5	colectomia E
56	M	sigmóide	sangramento dor	7,0 x 5,0	expectante

Tabela 3 — Lipomas colorretais detetados por ocasião de outros procedimentos

Idade	Sexo	Local	n	Tamanho (cm)
83	F	ceco	1	2,0 x 1,5
56	M	reto	1	2,0 x 2,0
84	M	sigmóide	1	0,5 x 0,5
75	F	ascendente	1	1,5 x 1,0
51	F	ceco	1	1,5 x 1,0
61	F	ceco	1	2,0 x 1,0
63	F	ceco	1	2,0 x 1,5
86	M	ceco	3	1,0 x 1,0 3,0 x 2,0 2,0 x 1,5

n = número de lipomas.

estudos necroscópicos é pequeno, muito embora sejam os tumores intramurais mais freqüentes do intestino grosso. Dos 232 lipomas gastrintestinais encontrados em 60.201 autópsias revisadas por Weimberg e Feldman, 135 (0,22%) situavam-se no intestino grosso¹. Por sua vez, Haller e Roberts encontraram somente 11 lipomas cólicos – 0,3% – em 3.402 exames necroscópicos¹⁷.

No presente trabalho, a incidência foi de 0,6%, que seria maior, caso fossem excluídas as autópsias de indivíduos menores de 20 anos – 0,8%. A maioria dos trabalhos mostra uma distribuição preferencial para o sexo feminino. Em uma revisão de 64 portadores de lipomas sintomáticos, 41 (64%) eram mulheres¹⁸.

Os mesmos índices foram constatados em nossa casuística, pois, de 29 doentes, 18 (62,0%) eram mulheres; nos casos sintomáticos, houve discreta preponderância do sexo masculino (54,5%).

A maior incidência desses tumores se faz na quinta e sexta décadas da vida. Na revisão da Clínica Mayo¹², a idade média foi de 65 anos, aproximadamente a mesma de outros relatos^{10,11}. A média de idade de nossos doentes foi similar – 63,8 anos.

O lento crescimento dessas formações contribui para explicar a incidência nessa faixa etária. Pela mesma razão, não são encontrados em jovens autopsiados.

Alguns autores, como Castro e Stearns⁸, chamam a atenção para a maior média de idade do sexo feminino — 64,8 contra 59,4 anos —, dado também constatado neste trabalho — 65,6 e 61,0 anos, respectivamente.

Os lipomas são lesões formadas por células gordurosas do tipo adulto, circundadas por cápsula fibrosa. Dessa cápsula partem septos da mesma natureza, que penetram na massa gordurosa, e a quantidade desses septos determina a consistência do lipoma⁹.

Ao nível da válvula ileocecal é comum o encontro de rica infiltração gordurosa na submucosa, não revestida por cápsula fibrosa, e os autores discordam em aceitar tais achados como verdadeiros lipomas^{9,19}. Por esta razão, deixamos de incluir em nossa casuística doentes com tais formações. Mais de 90% deles são de localização submucosa, sendo os subserosos raros, e excepcionais os intermucososserosos¹¹. Todos os nossos lipomas situavam-se na submucosa. Seu tamanho varia de alguns milímetros a 30cm de maior diâmetro, com média de 3,0 a 4,0cm^{1,8}. Os de menor tamanho são, geralmente, de achado fortuito.

Todos os autores são unânimes em apontar o diâmetro de 2,0cm como marco para o aparecimento dos sintomas.^{7,10-12} Em nossos casos sintomáticos, o tamanho médio foi de 6,1cm, sendo o maior deles de 14cm. Esses números mostram-se superiores aos relatados na literatura e não encontramos explicação para tal fato. Como já vimos, à exceção de um com 3,0cm de diâmetro, os demais lipomas eram menores de 2,0cm de diâmetro.

Situam-se, preferencialmente, no cólon direito (40,0 a 68,8%), parecendo ser o ceco seu local de eleição; sua incidência decresce paulatinamente nos segmentos distais^{8,12,19}. Dos 278 casos revisados por D'Javid, 44% localizavam-se entre a válvula ileocecal e a porção distal do ascendente, antes da flexura hepática, 21,5% no transverso e 34,5% no segmento mais distal, incluindo o reto²⁰. Apresentam, portanto, distribuição oposta ao dos pólipos

adenomatosos^{11,21}.

Em nosso estudo, os lipomas detetados nas peças ressecadas e nas necrópsias predominavam no cólon direito. Curiosamente, os lipomas sintomáticos estavam situados em maior número no cólon esquerdo, fato também assinalado por Creasy *et al.*¹⁸. O menor diâmetro do cólon esquerdo e seu peristaltismo mais intenso devido a seu conteúdo mais consistente podem contribuir para explicar esse dado.

Os pequenos lipomas são sésseis, mas, à medida que crescem, devido a atividade motora dos cólons e à contração da túnica muscular, há uma tendência progressiva para extrusão da massa gordurosa submucosa em direção à luz colorretal. Como resultado, aparece uma formação recoberta por mucosa normal muito semelhante a um pólipó: o lipoma pseudopolipóide. Macroscopicamente, difere do adenoma verdadeiro por seu pedículo permanecer curto e espesso²¹.

Prolapsos periódicos dessas formações na luz intestinal provocam alterações inflamatórias e processo isquêmico da mucosa, com conseqüente ulceração, sangramento e eventual necrose. A área isquemiada do lipoma pode se destacar e cair na luz intestinal; quando operados, esses doentes apresentam, como achado típico, o lipoma remanescente com base ulcerada, indicando o local da amputação espontânea¹⁴.

Os lipomas pediculados podem, eventualmente, sofrer torção e posterior necrose no local de implantação, sendo expelidos naturalmente, sem maiores complicações para seus portadores, como ocorreu com um de nossos enfermos. Raramente ocupam toda a circunferência do segmento intestinal em que se alojam; quando o fazem, aparecem com imagem radiográfica idêntica ao carcinoma anular⁵.

Lipomas múltiplos são relatados em até 35% dos casos¹⁷; na revisão de Hancock e Vajcner, eles ocorreram em 14,6% dos casos, predominando no cólon direito¹¹. Ocasionalmente, são exclusivos desse segmento cólico⁸. Três de nossos autopsiados (30%) apresentavam duplicidade de seus lipomas, estando quatro deles no cólon proximal e dois no sigmóide. No grupo assintomático, havia um doente com três lipomas cecais.

Portadores de lipomatose múltipla familiar podem apresentar lipomas intestinais concomitantes¹²; também foi descrita a ocorrência de lipomatose difusa dos cólons, passível de ser confundida em seus vários aspectos com a polipose cólica²². Quando assintomáticos, com freqüência são encontrados em sincronia a neoplasias malignas⁸. Acreditamos que, atualmente, muitos são detetados nos exames endoscópicos de controle, como

ocorreu em nossa casuística. Embora possam mimetizar aspecto maligno quando sofrem torção e tenha sido relatada infiltração leucêmica nelas¹², até o momento não foram descritas alterações sarcomatosas nesses tumores.

A maior parte dos lipomas da Clínica Mayo era de doentes assintomáticos¹². Dos 45 enfermos relatados por Castro e Stearns, 12 eram sintomáticos (26,6%), e em 24 (53,3%) os lipomas foram descobertos acidentalmente durante operações motivadas por outras doenças; os lipomas restantes foram achados de autópsias⁸. Entretanto, dos 17 doentes de Rogy *et al.*, 13 (76,5%) eram sintomáticos¹⁰.

De nossos 29 portadores de lipomas, 11 (37,9%) apresentavam sintomatologia; esses índices, situados entre os extremos acima apontados, são muito próximos aos 36,4% relatados por Michowitz *et al.*⁹. Obviamente, essas discrepâncias refletem as diferentes metodologias de estudo desses tumores.

Na revisão de Hancock e Vajcner¹¹, os sintomas mais comuns foram a dor abdominal (68%), as alterações do hábito (64%) e o sangramento intestinal (44%).

A dor, geralmente em cólica, pode ceder seu lugar à presença do desconforto abdominal ou adquirir maior intensidade nas crises oclusivas motivadas pela invaginação. A enterorragia manifesta-se em graus variáveis, geralmente com pouca repercussão geral, podendo ocasionar quadro clínico de anemia crônica³. Excepcionalmente, são relatadas hemorragias maciças²³. Nesta série, metade dos doentes apresentou sintomas hemorrágicos de média intensidade.

O quadro oclusivo – dependente da intussuscepção provocada pelo lipoma – é relatado com freqüência acentuada por alguns¹², enquanto outros observaram-no mais raramente²⁴ ou mesmo não o encontraram¹⁰. Três de nossos doentes sintomáticos (27,2%) apresentaram tal quadro clínico. Complicação menos freqüente desses tumores é sua protrusão e eventual eliminação espontânea pelo ânus. Nesses casos, os doentes costumam apresentar, inicialmente, quadro doloroso; metade deles queixa-se de enterorragia, e aproximadamente um quarto apresenta alterações do hábito intestinal^{13,14}. No entanto, muitos enfermos tornam-se assintomáticos após a expulsão dos lipomas; dos 25 doentes revisados por Zamboni, somente cinco necessitaram intervenção cirúrgica¹⁴.

Após a expulsão de seu lipoma, nosso doente evoluiu bem, com cicatrização espontânea da sua base de implantação. As lesões do cólon direito parecem ser mais sintomáticas que as do cólon esquerdo¹⁰, o que não ocorreu em nossa experiência. Eventualmente, a sintomatologia dos lipomas

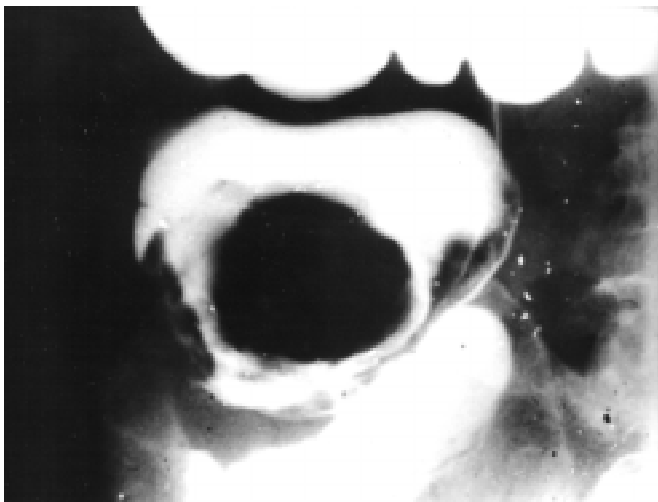


Fig. 1 — Enema opaco. Falha de enchimento hipertransparente ao nível do ceco, arredondada, de contornos nítidos, com 6,0cm de diâmetro.

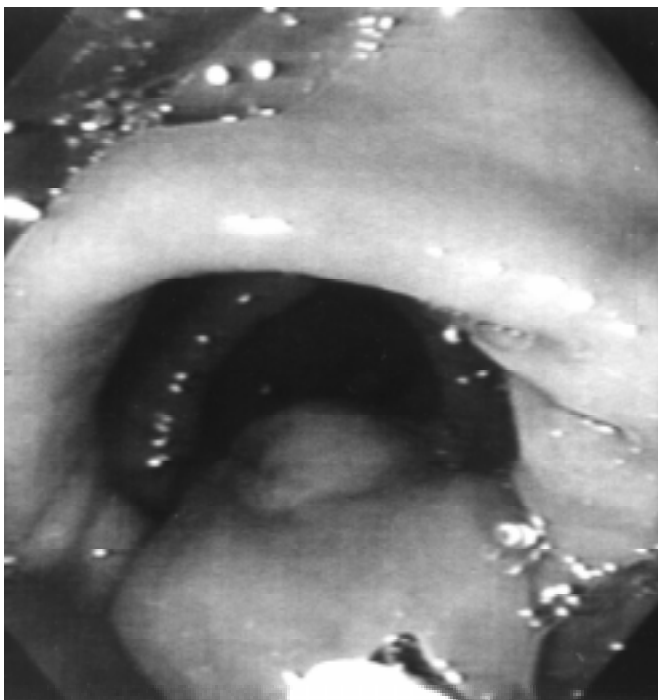


Fig. 2 — Colonoscopia. Formação sésil recoberta por mucosa normal, depressível, caracterizando lipoma de 2,0cm de diâmetro.

pode ser atribuída a outras lesões sincrônicas que levam o doente a cirurgia⁷.

Atualmente, o diagnóstico pré-operatório faz-se com maior frequência. A radiografia simples do abdome preserva seu valor, contribuindo na identificação do quadro obstrutivo intestinal causado, quase sempre, pela intussuscepção dos lipomas. Ao exame contrastado, o aspecto do lipoma é de defeito intraluminal, aparecendo como formação esférica

ou ovóide, de contornos regulares, sofrendo modificações da forma por compressão extrínseca, quando, então, assume configuração mais alongada (fig. 1).

Já os leiomiomas, carcinóides e neurinomas, também de localização extramucosa, não se deformam à compressão nas diferentes fases do enema opaco²⁴.

O exame cuidadoso constata a presença de pregas mucosas ultrapassando por completo o defeito intraluminal, fazendo-se, então, o diagnóstico de sua localização submucosa¹⁵. Extremamente importante é o aspecto da parede intestinal vizinha, que preserva a distensibilidade e contratilidade habitual, exibindo constantemente mucosa íntegra¹⁵. Em mãos experientes, a colofibrosopia propicia, no mais das vezes, diagnóstico seguro desta afecção. No entanto, devemos lembrar que lipomas subserosos podem não ser observados.

A tomografia computadorizada permite identificar a diferença de densidade dos tecidos e essa propriedade é utilizada no diagnóstico dos lipomas, que apresentam densidade menor que os tecidos circunjacentes^{15,16,25}. A densidade gordurosa do lipoma é uniforme, determinando aparência homogênea (baixo valor de unidades Hounsfield), que o diferencia de outros tumores colorretais²⁵.

A principal dificuldade diagnóstica, mesmo com técnica apropriada, consiste em reconhecer lipomas menores que 1cm de diâmetro¹⁰. Na arteriografia, pode-se confundir-lo com lesões vasculares, pela presença de veias dilatadas em suas traves de sustentação²⁶. A presença de depósitos gordurosos junto à válvula ileocecal é achado freqüente durante a colofibrosopia e pode, como vimos, não representar verdadeiros tumores gordurosos^{9,19}. Os lipomas apresentam-se, geralmente, sésseis, semi-esféricos, de base larga (fig. 2); quando existente, seu pedúnculo é curto e largo. Em oposição ao aspecto do adenoma, a mucosa que o recobre exibe vasos que cruzam sua superfície, conferindo-lhe uma coloração vermelho-alaranjada peculiar¹⁹.

Como nas lesões submucosas gástricas, ao traçarmos a mucosa que o recobre, ela se destaca facilmente, constituindo essa manobra o chamado sinal da tenda (*tenting sign*). Ao toque instrumental, sua maciez contrasta com a firme consistência dos leiomiomas, deprimindo-se facilmente à pressão exercida e logo retornando à sua condição normal (*cushion sign* ou sinal da almofada).

Também ao serem biopsiados, os lipomas recuperam prontamente sua forma habitual. No entanto, a repetição das biópsias no mesmo local pode, ao romper sua cápsula, deixar extravasar tecido gorduroso através da mucosa lesionada. Este sinal da gordura descoberta (*naked fat signal*) é considerado

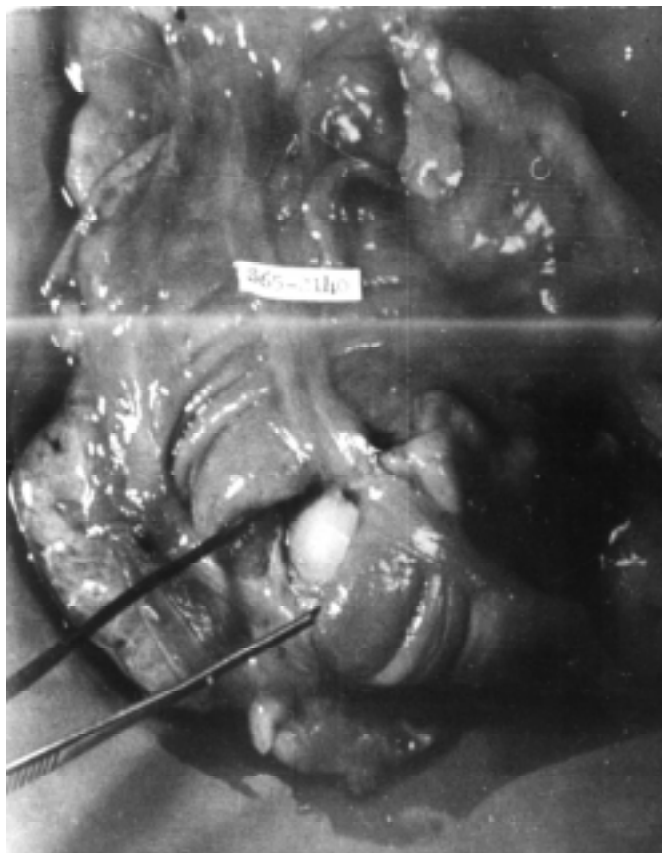


Fig. 3 — Colotomia. Exérese de pequeno lipoma.

por alguns como patognomônico para o reconhecimento dos lipomas^{16,19,25}. Nos lipomas pediculados, eventualmente, o pedúnculo pode conter vários componentes da parede intestinal ali invaginados, e a polipectomia endoscópica, nesses casos, causaria uma perfuração intestinal, com suas graves conseqüências, se não diagnosticadas em tempo²⁷.

Todos os lipomas por nós visualizados durante o exame endoscópico eram sésseis e por uma só vez foi confundido com pólipó adenomatoso. Preferimos sua exérese, raramente praticando biópsias isoladas dele. Como a maioria das lesões sintomáticas incide em pessoas acima de 50 anos e por ser o quadro clínico semelhante ao das lesões malignas, até recentemente a extirpação cirúrgica era a melhor alternativa no tratamento dessa afecção. Em menor número de vezes, desde que diagnosticados ou constatados durante a laparotomia, os lipomas eram enucleados ou removidos pela exérese local (fig. 3).

Atualmente, com a possibilidade do diagnóstico mais exato, os lipomas devem ser extirpados pela colofibrosopia, com os cuidados habituais. Evita-se, assim, a laparotomia, com os benefícios do rápido retorno do doente a suas atividades normais e da redução de custos. Cremos que pequenos lipomas assintomáticos, diagnosticados pela colofibrosco-

pia, devam permanecer em observação.

Quando não se dispuser da colofibrosopia ou quando, por qualquer razão, a polipectomia for inexequível, o tratamento adequado será a colotomia com enucleação ou excisão local, por laparotomia ou laparoscopia. Ressecções segmentares podem ser necessárias quando houver dúvida diagnóstica, frente a lipomas de grandes dimensões, na vigência de lipomatoses extensas ou quando da ocorrência de complicações.

SUMMARY

Colorectal lipomas. Anatomicoclinical study of 29 cases

OBJECT. To evaluate the incidence of colorectal lipomas, its diagnostic methodology and therapeutic management.

CASUISTIC AND METHODS. The reviewed necropsies performed in a six years period and the patients' records from colorectal lipomas cases treated up to 1965 until 1993 were studied enhancing the clinical presentation, their diagnosis and therapy. The 29 cases of submucosal intestinal lipomas were disposed in three groups. The first group with ten patients lipomas were detected at necropsies. The second group with 11 symptomatic patients and group three with 8 asymptomatic patients which lipomas were discovered accidentally in surgical specimens resected due to neoplasm or in the course of diagnostical procedure.

RESULTS. 0.56% of patients who were submitted to necropsy disclosed colorectal lipomas situated preferentially in right colon and in female. Enterorrhage was the most often symptom (54.5%) in the group two, followed by cramp abdominal pain. Intussusception appeared in three patients (27.3%). Contrary to the medical literature, the symptomatic lipomas were preferentially situated in left colon and its mean size was 6.1cm. The diagnosis were performed through opaque enema and more recently by colofibrosopia and CT scan. Resections were performed in all patients: five were enlarged, three were local and other three were endoscopic resections. Multiple lipomas were detected in 30% of patients who were submitted to necropsy and in 25% of asymptomatic group. In both groups no tumor was larger than 2.0cm of diameter.

CONCLUSIONS. Colorectal lipomas are rare in both clinical presentation and necropsy. Before the advent of CT scan and colofibrosopia the majority of the patients were submitted to wide resections, in the assumption of malignancy. Afterwards the endoscopic polipectomy and local resection became

our preferential management. [Rev Ass Med Brasil 1997; 43(4): 319-25.]

KEY WORDS: Submucous colonic lipomas. Diagnosis. Management

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weinberg T, Feldman M. Lipomas of the gastro-intestinal tract. *Am J Clin Pathol* 1955; 25: 272-81.
2. Mayo CW, Pagtalunan RJG, Brown DJ. Lipoma of the alimentary tract. *Surgery* 1963; 53: 598-603.
3. Ackerman NB, Chughtai SQ. Symptomatic lipomas of the gastrointestinal tract. *Surg Gynecol Obstet* 1975; 141: 565-8.
4. Fernandez MJ, Davis RP. Gastrointestinal lipomas. *Arch Surg* 1983; 118: 1.081-3.
5. Notaro JR, Masser PA. Annular colon lipoma: a case report and review of the literature. *Surgery* 1991; 110: 570-2.
6. 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.
7. Habr-Gama A, Jatoba PP, Frahia A, Goffi FS. Lipomas do cólon: apresentação de 4 casos. *Rev Ass Med Brasil* 1973; 19: 49-52.
8. Castro EB, Stearns MW. Lipoma of the large intestine: a review of 45 cases. *Dis Colon Rectum* 1972; 15: 441-4.
9. Michowitz M, Lazebnik N, Noy S, Lazebnik R. Lipoma of the colon: a report of 22 cases. *Am Surg* 1985; 51: 449-54.
10. Rogy MA, Mirza D, Berlakovich G, Winkelbauer F, Rauhs R. Submucous large bowel lipomas: presentation and management. An 18-year study. *Eur J Surg* 1991; 157: 51-5.
11. Hancock BJ, Vajcner A. Lipomas of the colon: a clínico-pathologic review. *Can J Surg* 1988; 31: 178-81.
12. Taylor BA, Wolff BG. Colonic lipomas: report of two cases and review of the Mayo Clinic experience, 1976-1985. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 888-93.
13. Kiss DR, Nahas P, Vasconcelos E. Submucous lipoma of the sigmoid colon complicated by colonic intussusception. *Int Surg* 1968; 50: 552-8.
14. Zamboni WA, Fleisher H, Zander JD, Folse JR. Spontaneous expulsion of lipoma per rectum occurring with colonic intussusception. *Surgery* 1987; 101: 104-7.
15. Megibow AJ, Redmond PE, Busniak MA, Horowitz L. Diagnosis of gastrointestinal lipomas by CT. *Am J Radiol* 1979; 133: 943-5.
16. Resende MS, Oliveira EJM, Araujo JJ *et al.* A importância da colonoscopia e da tomografia computadorizada no diagnóstico dos lipomas do cólon. Relato de três casos. *Rev Bras Coloproct* 1993; 13: 16-20.
17. Haller JD, Roberts TW. Lipomas of the colon: a clinicopathologic study of 20 cases. *Surgery* 1964; 55: 773-81.
18. Creasy TS, Baker AR, Talbot IC, Veitch PS. Symptomatic submucosal lipoma of the large bowel. *Br J Surg* 1987; 74: 984-6.
19. Messer J, Wayne JD. The diagnosis of colonic lipomas. The naked fat sign. *Gastrointest Endosc* 1982; 28: 186-8.
20. D'Javid IF. Lipoma of the large intestine. *J. Int Coll Surg* 1961; 33: 131-6.
21. Wolf BS. Lipoma of the colon. *JAMA* 1976;35: 2.225-7.
22. Ramirez JM, Ortego J, Deus J *et al.* Lipomatous polyposis of the colon. *Br J Surg* 1993; 80: 349-50.
23. Rodriguez DI, Drehner DM, Beck DE, McCauley CE. Colonic lipoma as a source of massive hemorrhage. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 977-9.
24. Hurwitz MM, Redleaf PD, Williams HJ, Edwards JE. Lipomas of the gastrointestinal tract an analysis of seventy-two tumours. *Am J Roentgenol* 1967; 99: 84-9.
25. Kang JY, Chan-Wilde C, Wee A, Chew R, Ti TK. Role of computed tomography and endoscopy in the management of alimentary tract lipomas. *Gut* 1990; 31: 550-3.
26. Hall PA, Murfitt J, Pollock DJ. Caecal lipomas mimicking colonic angiodysplasia. *Br J Radiol* 1985; 58: 1.213-4.
27. Khawaja FI. Pedunculated lipoma of the colon: risks of endoscopic removal. *South Med J* 1987; 80: 1.176-9.