



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 12 • Março 2010

Lipoma Duodenal – Uma Causa Rara de Hemorragia Digestiva

Rui Martins¹, Carla Quental², A. J. Ribeiro Oliveira³ e A. Neves Firmo³

¹ Interno do Internato Complementar de Cirurgia Geral

² Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral

³ Assistente Hospitalar Graduado de Cirurgia Geral

Serviço de Cirurgia Geral (Director Dr. Carlos Magalhães dos Santos) – Centro Hospitalar de Coimbra

RESUMO

O lipoma duodenal é um tumor raro, de natureza benigna, que normalmente se torna sintomático quando alcança dimensões superiores a 4 cm de diâmetro. Foram descritos na literatura mais de 200 casos de lipomas duodenais, dos quais apenas 15 se manifestaram através de uma hemorragia digestiva alta severa.

Apresentamos aqui o caso clínico de um homem de 73 anos, internado com um quadro clínico de anemia aguda, no qual, após a realização de endoscopia digestiva alta, complementada por ultrassonografia endoscópica, se identificou, na face posterior da segunda porção do duodeno, uma formação submucosa de base alargada e com sinais de sangramento recente. O doente foi submetido a uma laparotomia, no decurso da qual se procedeu à exérese daquela lesão através de uma duodenotomia anterior. O estudo histopatológico da peça operatória removeida evidenciou a presença de um lipoma duodenal. A propósito deste caso clínico os autores fazem uma sumária revisão da literatura relativamente a este tema.

Palavras-chave: lipoma duodenal, hemorragia digestiva alta

ABSTRACT

The duodenal lipoma is a rare tumour, with a benign nature, which usually becomes symptomatic when its size surpasses 4 cm of diameter. Two hundred cases of duodenal lipomas have been described in literature, among which only 15 manifested through a high and severe digestive haemorrhage.

Here we present the clinical case of a 73 year-old man, interned in the hospital with a clinical picture of sharp anaemia in which, after a high digestive endoscopy, complemented by an endoscopic ultrasonography, was identified, in the posterior face of the second duodenal portion, a submucosal formation with a large base and signs of recent bleeding. The patient was submitted to a laparotomy, during which the exeresis of that injury was undergone by an anterior duodenotomy. The histopathological study of the removed surgical piece evidenced the presence of a duodenal lipoma. To purpose of this clinical case the authors make a brief revision of the literature related to this issue.

INTRODUÇÃO

Os lipomas são tumores benignos com rara localização no intestino delgado, onde, contudo, são mais frequentes no duodeno e no jejuno. A maioria dos lipomas do tracto digestivo é assintomática, excepto quando atingem dimensões superiores a 4 cm de diâmetro¹. Nestes casos, podem manifestar-se clínica-

mente por hemorragia, ulceração, invaginação ou obstrução do lúmen intestinal².

CASO CLÍNICO

J.J.N., doente do sexo masculino, 73 anos de idade, raça caucasiana, admitido no Serviço de Urgência do Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra no





Fig. 1 – Imagem de endoscopia digestiva alta onde se identifica hemorragia activa, de lesão submucosa, na segunda porção do duodeno

dia 11 de Outubro de 2007, por quadro clínico de melenas, com 3 dias de evolução. Para além de uma marcada astenia, não eram referidas quaisquer outras queixas significativas.

Como antecedentes médicos havia a salientar, num passado remoto, a ocorrência de úlcera péptica gastroduodenal e, mais recentemente, um quadro de hipertensão arterial moderada e disritmia cardíaca por fibrilhação auricular. Como medicação habitual domiciliária havia a mencionar apenas a ingestão de ácido acetilsalicílico (150 mg/dia) e bisoprolol (5mg/dia).

Não referia antecedentes cirúrgicos significativos.

Ao exame físico, no momento da admissão, o doente apresentava marcada palidez cutâneo-mucosa, embora com conservada estabilidade hemodinâmica (tensão arterial de 137/ 59 mmHg; pulso de 74 ppm), que se manteve. Encontrava-se eupneico, com murmúrio vesicular simétrico sem ruídos adventícios audíveis. Auscultação cardíaca arritmica, sem sopros audíveis. Abdómen apresentava-se escáfoide, mole e depressível, indolor à palpação, sem defesa, com ruídos intestinais de timbre e intensidade normais. O exame anal não mostrou quaisquer lesões exteriores e o toque rectal evidenciou um esfíncter anal de tonicidade normal, uma ampola rectal sem massas palpáveis, tendo o dedo da luva saído sujo com fezes escuras e com cheiro fétido, sugestivo de melenas.

Foi realizado estudo analítico com hemograma e investigação bioquímica geral, cujos resultados foram os seguintes:

Hemoglobina	5,4 g/dl [13-17,5 g/dl]
Hematócrito	17,3% [40-50%]
Volume Globular Médio	107 fl [80-100 fl]
Leucócitos	6.000/ μ L [4.000-10.000/ μ L]
Ureia	11,6 mmol/l [3,2-7,1 mmol/l]
Creatinina	52,2 mol/l [53-115 mol/l]
Albumina	23 g/dl [35-50 g/dl]
Glicose	144 mg/dl [54- 108 mg/ dl]
Sódio	140 mmol/l [136-145 mmol/l]
Potássio	3,59 mmol/l [3,5-5,1 mmol/l]
Cloro	104 mmol/l [98-107 mmol/l]
Tempo Protrombina	10 (12) seg [10-14 seg]
Tempo Tromboplastina Parcial	35 (30) seg [25-37 seg]

Após transfusão de seis unidades de eritrócitos, o doente foi submetido a uma endoscopia digestiva alta (fig. 1), a qual identificou a presença de abundante quantidade de sangue e coágulos no estômago e de uma lesão procidente para o lúmen da segunda porção duodenal, recoberta de mucosa aparentemente normal, mas com vasos visíveis e sinais de hemorragia activa na vertente inferior da mesma (Forrest grau Ib). Procedeu-se à aplicação local de adrenalina diluída e árgon.

Durante o internamento subsequente, o doente manteve-se hemodinamicamente estável, sem perdas hemáticas visíveis, tendo sido sujeito, ao quinto dia, a nova gastroduodenoscopia que reitera a presença de um abaulamento da mucosa ao nível da segunda porção do duodeno, aparentemente a partir de uma lesão submucosa, com pequena ulceração de fundo fibrinoso no topo (Forrest grau III). Para melhor caracterização da lesão, realizada ultrassonografia endoscópica que confirmou a sua dependência da submucosa duodenal, com integridade da túnica muscular própria, bem delimitada, moderadamente ecogénica, com dimensões de 3,7 x 2,7cm de diâmetro, sem sinal de Doppler. Não foram detectadas adenopatias regionais. As características apresentadas excluíram a hipótese de tumores do estroma gastrointestinal, tornando mais plausível a possibilidade de um pólipó fibróide ou um adenoma das glândulas de Brunner.



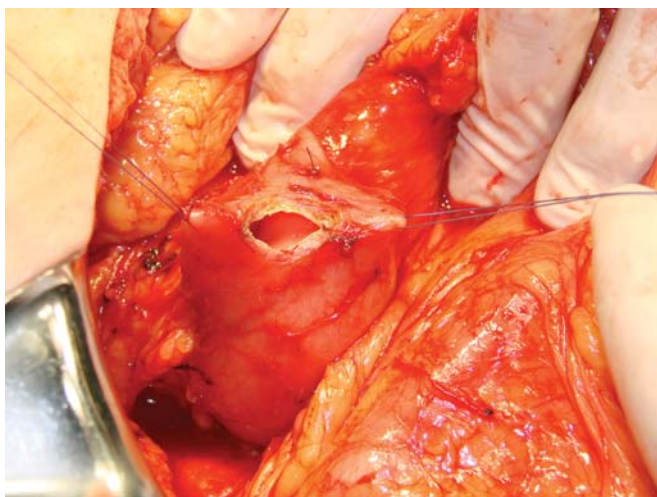


Fig. 2– Exploração cirúrgica – duodenotomia anterior da segunda porção deixando entrever a lesão luminal



Fig. 3 – A lesão polipoide procidente na segunda porção do duodeno

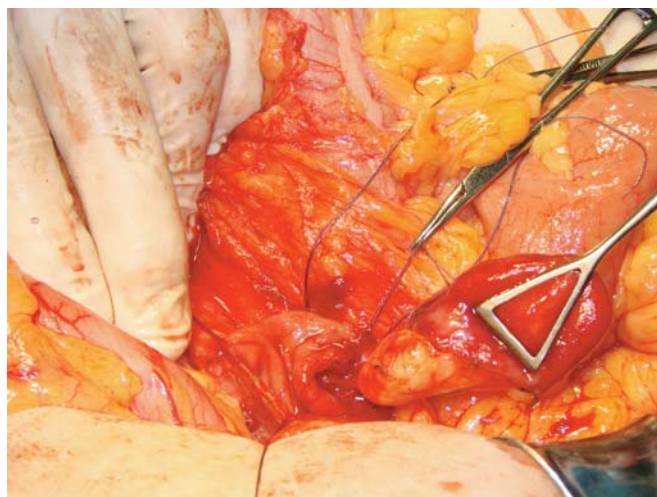


Fig. 4 – Exérese completa da lesão lipomatosa



Fig. 5 – Aspecto macroscópico do lipoma parcialmente recoberto por mucosa duodenal

O doente é submetido a laparotomia em 5 de Novembro de 2007, sendo evidente à palpação a existência de um espessamento transmural da segunda porção do duodeno. Após a realização de uma duodenotomia anterior, procedeu-se à excisão completa de uma lesão sésil submucosa, com cerca de 5 cm. de maior diâmetro, localizada na parede posterior da segunda porção do duodeno (figs. 2, 3 e 4). Macroscopicamente e ao corte, a lesão era sugestiva de lipoma (fig. 5).

O estudo histopatológico da peça operatória confirmou a suspeita macroscópica de lipoma duodenal.

DISCUSSÃO

Os lipomas do tracto digestivo são uma patologia relativamente rara que, quando surgem, afectam preferencialmente o cólon (64%), o intestino delgado (26%), o duodeno (4%), o estômago (3%) e o esófago (2%)³. Quando localizados no duodeno atingem predominantemente a segunda porção deste órgão.

A maioria dos lipomas intestinais é assintomática, tendo a ocorrência de sintomas uma relação directa com a dimensão da lesão. Estima-se que 75% dos lipo-



mas com dimensões superiores a 4 cm de diâmetro possam produzir sintomas, onde se incluem a invaginação, obstrução e hemorragia².

Admite-se que estas lesões se originam na camada entérica submucosa, onde crescem fazendo protusão para o lúmen. A sua configuração por vezes pediculada, parece estar relacionada com o crescimento do próprio lipoma em associação com as forças de tracção exercidas sobre a mucosa quer pelo conteúdo intestinal e quer pelos movimentos peristálticos. À inicial pediculização da mucosa suprajacente segue-se a pediculização do próprio tumor³.

Encontram-se descritos mais de duas centenas casos de lipomas duodenais, dos quais apenas quinze se manifestaram como hemorragia gastrointestinal superior severa⁴.

A caracterização imagiológica destas lesões lipomatosas (ecografia e tomografia axial computadorizada) é relativamente pouco específica, sendo o resultado das biópsias obtidas por endoscopia frequentemente negativo, dada a localização submucosa das mesmas. O diagnóstico definitivo fica assim, na maioria dos casos, dependente do exame histológico da lesão cirurgicamente removida.

O diagnóstico diferencial destas lesões inclui quer outros tumores benignos, nomeadamente os adenoma das glândulas de Brunner, adenoma pancreático, adenoma polipoide, leiomioma, angioma, ou tecido pancreático aberrante, quer lesões neoplásicas malignas, tais

como os adenocarcinoma, linfoma, tumor carcinóide e leiomiossarcoma. No caso clínico descrito, a ultrassonografia endoscópica sugeria a possibilidade de se tratar de adenoma das glândulas de Brunner, sendo com esta presunção diagnóstica que o doente foi proposto para cirurgia. Esta rara neoplasia duodenal, contudo, é mais comum na primeira porção, diminuindo progressivamente de frequência para as porções mais distais. A etiologia destes adenomas é desconhecida, sabendo-se, porém, que ocorrem principalmente nas 5ª e 6ª décadas de vida, que raramente ultrapassam os 2 cm de diâmetro e que se originam principalmente na parede posterior da junção entre a primeira e a segunda porções do duodeno. Tal como os lipomas, também os adenomas das glândulas de Brunner são, em geral, achados assintomáticos, podendo em raras ocasiões evidenciarem manifestações hemorrágicas ou obstrutivas⁵.

Os lipomas duodenais somente necessitam de tratamento quando se tornam sintomáticos, podendo a sua excisão ser realizada quer por via endoscópica que por abordagem cirúrgica. Quando a lesão é pediculada, aquela via é a mais simples e segura², ficando a excisão cirúrgica subsidiariamente reservada para as situações de tumores cujos volume e configuração tornam impossível a polipectomia endoscópica.

O prognóstico desta patologia é excelente, não tendo sido reportada a ocorrência de recidiva em nenhum caso descrito⁵.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chung-Fang Tung, Wai-Keung Chow, Yen-Chun Peng, Gran-Hum Chen, Dar-Yu Yang, Po-Cheung Kwan. Bleeding duodenal lipoma successfully treated with endoscopic polypectomy 2001; 54 (1): 116-117
2. Marie-Cecile Blanchet, Eric Arnal, et al. Obstructive duodenal lipoma successfully treated by endoscopic polypectomy. Gastrointestinal Endoscopy 2003; 58 (6): 938-939
3. Suketo Sou, Hideyuki Nomura, Yasuhiro Takaki, Takashi Nagahama, Fujio Matsubara, Toshiyuki Matsui and Tsuneyoshi Yao. Hemorrhagic duodenal lipoma managed by endoscopic resection. J Gastro and Hepatology 2006; 21: 479- 481
4. Michel LA, Ballet T, Collard JM, Bradpiece HA, Haot J. Severe bleeding from submucosal lipoma of the duodenum. J. Clin Gastroenterology 1988; 10: 541- 545
5. Yu-Ping Gao, Jian-Shan Zhu, Wen-Jun Zheng. Brunner's gland adenoma of duodenum: a case report and literature review. World J Gastroenterology 2004; 10 (17): 2616- 2617

Correspondência:

DR. RUI MARTINS

Serviço de Cirurgia, Hospital Geral, Centro Hospitalar de Coimbra
Quinta dos vales, 3041-801 S. Martinho do Bispo – Coimbra, Portugal.
ruimartins@chc.min-saude.pt



Rui Martins, Carla Quental, A. J. Ribeiro Oliveira, A. Neves Firmo