

# Lipoma gástrico: relato de caso

## *Gastric lipoma case report*

DANIEL DONGIU KIM<sup>1</sup>; ANDRÉIA I AN TSAI<sup>1</sup>; ANDRÉ RICARDO OYAMADA OTANI<sup>2</sup>; CARLOS ROBERTO PUGLIA, TCBC-SP<sup>3</sup>; CARLOS ALBERTO MALHEIROS, TCBC-SP<sup>4</sup>

### INTRODUÇÃO

Os tumores benignos do estômago representam apenas 5% de todas as neoplasias deste órgão, das quais 80% são pólipos e tumores intramurais de músculo liso. Os lipomas gástricos representam 3% de todos os tumores benignos do estômago<sup>1</sup>. Segundo Treska *et al.*<sup>2</sup> há aproximadamente 200 casos de lipoma gástrico na literatura mundial, o primeiro datado de 1842 e atribuído ao professor de anatomia patológica Jean Cruveilhier da Universidade de Paris.

### RELATO DO CASO

Paciente de 62 anos do sexo masculino admitido no Departamento de Cirurgia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISC MSP) para investigação e tratamento de tumor com superfície ulcerada, da parede anterior do antro proximal, descoberto em exame de endoscopia digestiva alta de rotina. A biópsia realizada não evidenciou alterações no órgão. Negou emagrecimento, febre, sintomas de obstrução ou sangramento do trato gastrintestinal e referiu irmão falecido por câncer de estômago. Optou-se pela extirpação cirúrgica do tumor: laparotomia e gastrectomia subtotal.

Ao inventário da cavidade não se evidenciaram metástases, ascite ou invasão de órgãos adjacentes. Encontrou-se um tumor no antro gástrico, não aderido aos planos profundos na peça cirúrgica (Figuras 1 e 2). O exame anatômico concluiu tratar-se de lipoma gástrico submucoso.

Durante a internação não houve intercorrências e o paciente está em acompanhamento ambulatorial desde então.

### DISCUSSÃO

Os lipomas gástricos são tumores intramurais benignos de natureza mesenquimatosa e em mais de 90%



Figura 1 – Peça cirúrgica com tumor no antro gástrico.



Figura 2 – Corte transversal do tumor.

dos casos se originam da camada submucosa<sup>3</sup>. A etiologia deste tumor não é totalmente conhecida. Supõe-se que seu desenvolvimento ocorra devido a atividade motora do trato gastrintestinal que determina extrusão do lipoma submucoso para o lúmen do órgão formando um

Trabalho realizado pelo Grupo de Estômago, Duodeno e Obesidade Mórbida do Departamento de Cirurgia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - SP-BR.

1. Médico Residente em Anestesiologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – SP-BR; 2. Médico Patologista da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – SP-BR; 3. Pós-Graduando do Departamento de Cirurgia Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – SP-BR; 4. Professor Titular, Doutor e Chefe do Serviço de Estômago, Duodeno e Obesidade Mórbida do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - SP-BR.

pseudopédículo revestido por mucosa, e o conjunto com aspecto polipóide<sup>4</sup>.

A faixa etária do paciente e a localização topográfica do tumor (antro gástrico) condizem com a da maior parte dos casos descritos na literatura<sup>3</sup>. O fato do paciente não apresentar sintomatologia é resultado do diagnóstico precoce pelo exame endoscópico de rotina, procedimento cada dia mais comum na prática clínica e que gera discussões sobre qual a melhor conduta para confirmar suspeitas diagnósticas obtidas por exames complementares<sup>1</sup>.

O quadro clínico depende da localização, do tamanho e eventualmente de doença associada ao lipoma. Geralmente estes tumores se localizam no antro e no corpo do estômago, o que leva à intussuscepção para o canal pilórico e duodeno resultando em quadro dispéptico e/ou obstrutivo. Tumores prolapsados de grande volume no estômago determinam estase venosa local que leva à ulceração e quadro clínico dispéptico semelhante ao de úlcera gástrica. Úlceras mais profundas podem causar hemorragias crônicas ou agudas<sup>4,5</sup>.

Os exames complementares que mais auxiliam o diagnóstico pré-operatório de lipoma gástrico são a

endoscopia, ecoendoscopia e tomografia computadorizada. Na endoscopia digestiva alta existem 3 achados classicamente descritos para lipoma: sinal da tenda (disposição das pregas em direção à úlcera do tumor), sinal da almofada (sensação tátil de comprimir uma esponja ao toque) e mucosa amarelada<sup>1,3</sup>. A ecoendoscopia mostrou-se bom método diagnóstico, principalmente por evidenciar o aspecto hiperecótico difuso na camada submucosa, característica dos lipomas<sup>5</sup>. A tomografia computadorizada é considerada o método mais confiável devido a capacidade de determinar a estrutura, densidade, extensão, forma e localização do tumor<sup>1,2,3</sup>.

O tratamento do lipoma gástrico é a ressecção em cunha ou a enucleação do tumor que podem ser feitas por laparotomia ou por videolaparoscopia. Em tumores menores de 3 cm a terapêutica pela via endoscópica é consensual devido sua segurança e eficácia<sup>1,2,5</sup>.

### Agradecimento

Os autores agradecem aos médicos ao Serviço de Anatomia Patológica da ISCMSP pelo auxílio na elaboração deste artigo.

## ABSTRACT

*We report a case of gastric lipoma, a rare benign stomach tumor. There are approximately 200 cases previously described in literature. A male, 62-year-old patient with no clinical complaint presented a tumor lesion in the stomach antrum found in a routine upper endoscopy. A surgical resection (subtotal gastrectomy) was done and the histological examination showed submucosal lipoma without signs of malignancy. This report points to the growth of routine examination in the current clinical practice and the dilemma brought by overdiagnosis.*

**Key words:** Lipoma. Stomach neoplasms. Early diagnosis.

## REFERÊNCIAS

1. Alberti D, Grazioli L, Orizio P, Matricardi L, Dughi S, Gheza L, et al. Asymptomatic giant gastric lipoma: What to do? *Am J Gastroenterol* 1999; 94(12):3634-7.
2. Treska V, Pesek M, Kreuzberg B, Chudáček Z, Ludvíková M, Topolcan O. Gastric lipoma presenting as upper gastrointestinal obstruction. *J Gastroenterol* 1998; 33(5):716-9.
3. Lima LP, Rhoden EL, Teixeira PH, Duarte H, Waeschter FL, Mandelli NC, et al. Obstrução pilórica e lipoma gástrico. *Pesquis Méd* 1993; 27(2):22-4.
4. Fernandez MJ, Davis RP, Nora PF. Gastrointestinal lipomas. *Arch Surg* 1983; 118(9): 1081-3.
5. Yamamoto T, Imakiire K, Hashiguchi S, Matsumoto J, Kadomo J, Hamada N, et al. A rare case of gastric lipoma with early gastric cancer. *Intern Med* 2004; 43(11):1039-41.

Recebido em 15/02/2007

Aceito para publicação em 15/03/2007

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

### Como citar este artigo:

Kim DD, Tsai A, Otani ARO, Puglia CR, Malheiros CA. Lipoma gástrico: relato de caso. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2011; 38(3). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

### Endereço para correspondência:

Daniel Dongiu Kim

E-mail: [dandonkim@yahoo.com.br](mailto:dandonkim@yahoo.com.br)