

## RELATO DE CASO

# Lipoma submucoso gástrico: Relato de um caso

## *Submucosal gastric lipoma: A case report*

Eumildo de Campos Júnior<sup>1</sup>; Aldenis Albaneze Borim<sup>1</sup>; Francisco Garcia Parra<sup>1</sup>; Gabriela Ricci Lima Luz<sup>2</sup>; Vinicius Silva Freire Alvarenga<sup>2</sup>; Samantha Pelichek Gonçalves<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Cirurgião do Aparelho Digestivo e Professor Doutor do Departamento de Cirurgia da FAMERP\*

<sup>2</sup> Acadêmico do curso de Medicina da FAMERP\*

**Resumo** **Introdução:** O lipoma gástrico é um tumor benigno de acometimento raro. Os tumores benignos gástricos são geralmente achados incidentais em exame endoscópico ou radiológico. No presente relato, foram os sintomas dispépticos que levaram a busca do diagnóstico. **Apresentação do caso:** Paciente do sexo feminino, 55 anos, com história de dor epigástrica com quatro anos de evolução, realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou lesão de aspecto submucoso em antro gástrico sem erosões ou ulcerações. Devido à localização submucosa e a necessidade de confirmação histológica, foi submetida à ressecção cirúrgica por laparotomia, com anatomopatológico diagnosticando lipoma submucoso do estômago. **Discussão:** O tratamento de escolha foi baseado no tamanho da lesão gástrica e na dificuldade de elucidação de seu diagnóstico etiológico, combinado a necessidade terapêutica de outra patologia associada. **Conclusão:** Apesar de sua raridade, o lipoma gástrico deve ser lembrado como diagnóstico diferencial de tumores da parede do estômago.

**Palavras-chave** Estômago; lipoma; neoplasias gástricas

**Abstract** **Introduction:** Gastric lipoma is a rare benign tumor. Benign gastric tumors are usually incidental findings on either endoscopic or radiological exams. In this report, dyspeptic symptoms were the main cause of the pursuit of the diagnosis. **Case report:** The patient is a 55-year-old female who reported a history of epigastric pain over the past four years. She underwent an upper endoscopy, which showed a lesion with submucosal aspects in the pyloric antrum with no erosions or ulcerations. The lesion was located in submucosal layer of stomach, and a histological confirmation was needed. So, the patient underwent surgical resection by laparotomy. The pathologic examination showed a gastric submucosal lipoma. **Discussion:** The treatment of choice was based both on the size of the gastric lesion and on the difficulty in elucidating the etiologic diagnosis. It was also based on the therapeutic need for another associated pathology. **Conclusion:** Despite its rarity, gastric lipoma should be remembered in the differential diagnosis of tumors of the stomach wall.

**Keywords** Stomach; lipoma; stomach neoplasms

### Introdução:

Os lipomas gástricos fazem parte do grupo das lesões elevadas do estômago, sendo tumores não epiteliais, geralmente submucosos, originados de lipócitos maduros, sem atipia (1). São raros, representando apenas 3% de todos os tumores benignos do estômago (2).

Assim como a maioria dos tumores benignos do estômago, os lipomas gástricos geralmente são assintomáticos, tendo apresentado aumento considerável da sua frequência de reconhecimento com a maior utilização da radiologia e da endoscopia digestiva alta (EDA) (3). O avanço dos métodos diagnósticos, como tomografia computadorizada (TC) e ultrassonografia (US) endoscópica, foi de grande valia para o diagnóstico dos tumores submucosos, entretanto, em

determinadas situações, apenas o exame histopatológico detalhará a precisa natureza do tumor.

O objetivo deste relato é descrever um caso de lipoma gástrico, mencionar a conduta adotada frente às possibilidades diagnósticas disponíveis em nossa instituição e discutir sobre os pontos relevantes e as dificuldades encontradas, mesmo nos dias atuais, em se obter o diagnóstico definitivo desta rara patologia.

### Apresentação do caso

Paciente do sexo feminino, 55 anos, sem comorbidades, foi admitida no Serviço de Cirurgia Oncológica do Aparelho Digestivo do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de

São José do Rio Preto (FAMERP) com história de dor em região epigástrica com quatro anos de evolução acompanhada de sensação de empachamento pós-prandial e eructações.

Há aproximadamente um ano, relata episódio de fezes enegrecidas, realizando EDA com diagnóstico de lesão de aspecto submucoso em parede anterior do antro pilórico (gástrico) sem erosões ou ulcerações. Nos últimos dois meses, a paciente relata piora da dor epigástrica, com irradiação para região lombar e retroesternal, associada a náuseas e regurgitação. Na admissão, a paciente encontrava-se com exames laboratoriais normais e exame físico abdominal sem presença de massas palpáveis ou evidências de irritação peritoneal. Devido ao relato anterior de fezes enegrecidas ser sugestivo de melena, prosseguiu-se a investigação diagnóstica, realizando-se coloscopia com resultado normal, RX de trânsito de delgado que mostrou como única alteração falha de enchimento de contornos regulares e parcialmente definida, que faz projeção na luz gástrica (Figura 1). A ultrassonografia mostrou colelitíase e a TC de abdome total era normal. Nova EDA (Figura 2) confirmou o achado de lesão submucosa de superfície lisa em parede anterior do antro pilórico (gástrico), medindo em torno de 4 cm, sendo colhida biópsia sobre biópsia cujo resultado apresentou gastrite crônica leve com pesquisa de *Helicobacter pylori* negativa. Em razão do tamanho da lesão e da dificuldade de elucidação do diagnóstico etiológico, fez-se opção pela ressecção cirúrgica da lesão submucosa (Figura 3) e por colecistectomia, por meio de laparotomia. O exame anatomopatológico (Figura 4) diagnosticou lipoma submucoso do estômago e colecistite crônica inespecífica. Paciente evoluiu bem, sem intercorrências, mantendo acompanhamento ambulatorial, com realização de EDA após um ano da cirurgia, demonstrando apenas gastrite enantemática de antro pilórico (gástrico).

## Discussão

Lipomas são tumores benignos mesenquimais que podem acometer diversos órgãos (4). Os lipomas do estômago representam 5% dos lipomas do trato gastrointestinal (2), ocorrendo com maior frequência no antro (75% dos casos) e no corpo gástrico (1,2). Fazem parte do diagnóstico diferencial de tumores não epiteliais comumente localizados no estômago, como GIST, leiomiomas e tumores neurogênicos (3,5). Apresentam predomínio em mulheres, com pico de incidência entre a 5ª e a 7ª décadas de vida (6).

Os lipomas gástricos geralmente são assintomáticos, sendo achados incidentais de exames complementares. Porém, quando apresentam sintomas, estes dependem da localização do tumor, do seu tamanho e de complicações como ulcerações centrais de sua mucosa. Os sintomas principais são epigastralgia, hematêmese, melena, anemia, distensão abdominal, náuseas, vômitos e queimação retroesternal. A obstrução não é comum, mas pode ocorrer se o tumor estiver localizado perto da cárdia ou do piloro (3).

O diagnóstico dos lipomas gástricos é auxiliado por exames complementares, como EDA, TC de abdome e US endoscópica. A EDA pode sugerir o diagnóstico, uma vez que 3 sinais

sugestivos de lipoma podem ser encontrados: I) sinal da tenda, (que consiste em tracionar a mucosa que recobre o lipoma e esta se destacar facilmente), II) sinal da almofada (em que se pressiona o lipoma com a pinça de biópsia e observa-se que este se deprime e retorna a forma inicial), e III) a presença de mucosa de coloração amarelada (2,7,8,). A biópsia não é diagnóstica em razão da natureza submucosa da lesão, não sendo, dessa forma, conclusiva no nosso caso, mesmo após realização de biópsia sobre biópsia. ATC é um método confiável que demonstra massas submucosas circunscritas, de densidade negativa. A USG endoscópica é um método útil que permite localizar a lesão e definir qual camada da parede gástrica está envolvida; no caso do lipoma, uma massa hiperecogênica com contornos regulares na camada submucosa (9).

O tratamento para lipoma gástrico ainda é controverso. Para pequenas lesões, menores que 3 cm, e assintomáticas, a ressecção por via endoscópica é o tratamento mais indicado. (10, 8). Para tumores maiores e/ou sintomáticos, o tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica por laparotomia ou videolaparoscopia (7, 3). No nosso caso, como não foi possível definir o diagnóstico etiológico da lesão gástrica com biópsia, não dispomos em nosso serviço de USG endoscópica para melhor elucidação, o tumor apresentava tamanho de 4 cm e existia outra doença envolvida, a colelitíase, optou-se pela cirurgia por laparotomia.

## Conclusão

Um relato de condição rara foi apresentado, cujo diagnóstico de certeza só foi possível após a análise anatomopatológica. Apesar de sua baixa incidência e prevalência, o lipoma gástrico deve ser lembrado como diagnóstico diferencial de tumores da parede do estômago.

## Agradecimentos

Ao Serviço de Patologia do Hospital de Base/FAMERP, em especial a Dalisio De Santi Neto e Leandro Gomes Soares.

## Referências bibliográficas

1. Sakai P, Ishioka S, Maluf Filho F. Lesões elevadas do estômago. In: Tratado de Endoscopia Digestiva Diagnóstica e Terapêutica. Volume 2. 1ª ed: Editora Atheneu, 2001. p. 112 - 113.
2. Sadio A, Peixoto P, Castanheira A, Cancela E, Ministro P, Casimiro C et al . Gastric lipoma: an unusual cause of upper gastrointestinal bleeding. Rev. esp. enferm. díg. 2010; 102: 398-400.
3. Coelho JCU. Manual de Clínica Cirúrgica – Cirurgia Geral e Especialidades. In: Machi J, Takeda J, Kakegawa T, editors. Tumores do estômago e duodeno. Volume 2. 5ª edição: Editora Atheneu, 2009. p. 987-989.
4. Athanazio DA, Motta MP, Motta A, Lanat L, Athanazio PRF. A rare case of submucosa lipoma mimicking a malignant gastric tumor. J Port Gastrenterol 2008; 15: 37-38.
5. Treska V, Pesek M, Kreuzberg B, Chudáček Z, Ludvíková M, Topolcan O. Gastric lipoma presenting as upper gastrointestinal obstruction. J Gastroenterol 1998; 33: 716-719.
6. Juan F, Gallego JI, Gómez C, Guirau MD. Lipoma gástrico: un

nuevo caso y revisión bibliográfica. Radiologia 2001; 43: 300-302.

7. Kim DD, Tsai A, Otani ARO, Puglia CR, Malheiros CA. Lipoma gástrico: relato de caso. Rev Col Bras Cir. 2011; 38(3): 205-206.

8. Lagos AC, Marques I, Neves B. Lipomatose gastroduodenal. J Port Gastreterol. 2012; 19(3): 162-163.

9. Seddik, H, Frej, A, Rouibaa, F, En-Nouali, H, Hamdi F, Benkirane, A. Gastric lipoma. Open Journal of Gastroenterology 2012; 2: 191-192.

10. 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): 3634-3637.

### Endereço para correspondência:

Rua Amadeu Segundo Cherubini, nº 291 – Ap. 32  
Bairro São Manoel  
CEP: 15091-250  
São José do Rio Preto – SP – Brasil

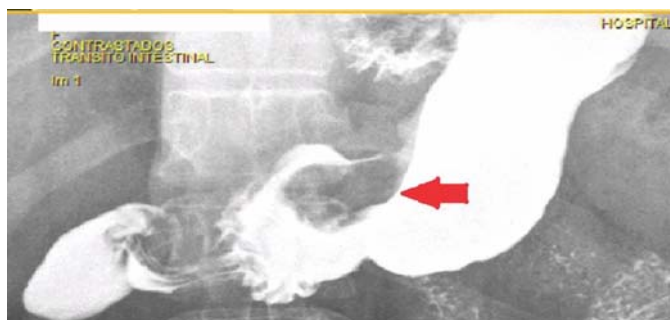


Figura 1: Exame radiológico contrastado evidenciando área de falha de enchimento na topografia da lesão.



Figura 2: Endoscopia Digestiva Alta mostrando aspecto submucoso da lesão gástrica.

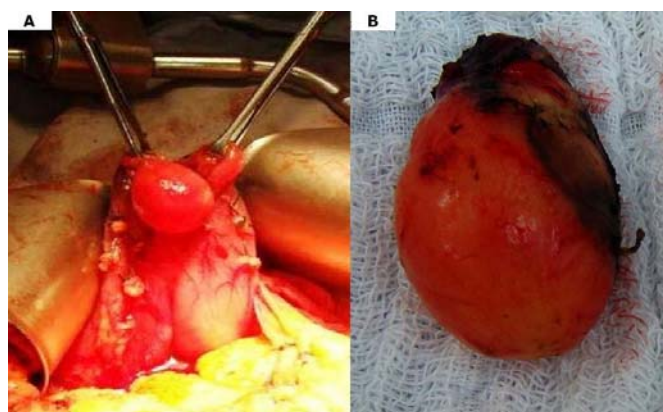


Figura 3: A – Procedimento cirúrgico. B – Aspecto da lesão após ressecção.

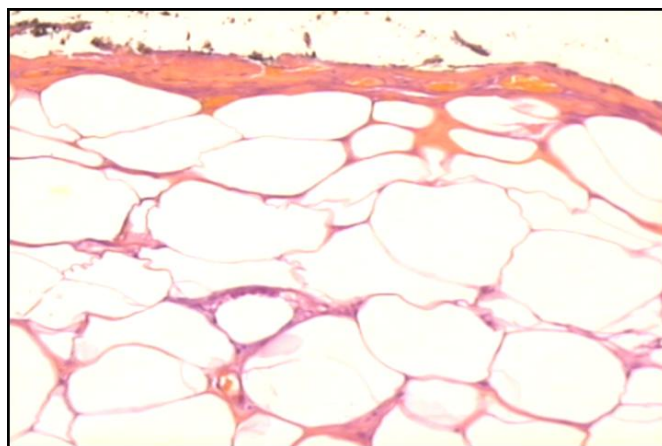


Figura 4: Lâmina corada em Hematoxilina-Eosina (aumento 100x), evidenciando nódulo encapsulado e circunscrito, composto por adipócitos maduros.