

Occlusione intestinale alta da lipoma gastrico

M. MONGARDINI, R.P. IACHETTA, A. COLA, D. BRUNELLI, E. DEGLI EFFETTI,
S. BLASI, A. MATURO, F. BENEDETTI, F. CUSTURERI

RIASSUNTO: Occlusione intestinale alta da lipoma gastrico.

M. MONGARDINI, R.P. IACHETTA, A. COLA, D. BRUNELLI,
E. DEGLI EFFETTI, S. BLASI, A. MATURO, F. BENEDETTI,
F. CUSTURERI

Il lipoma gastrico è un tumore benigno raro con sintomi correlati a sede e dimensioni: può essere causa di sanguinamento, di intussuscezione gastroduodenale o, come nel caso osservato dagli Autori, di occlusione intestinale che ha reso necessario l'intervento chirurgico urgente. Gli Autori analizzano la letteratura a riguardo per definire il miglior approccio diagnostico e chirurgico.

SUMMARY: Gastric lipoma presenting as intestinal obstruction.

M. MONGARDINI, R.P. IACHETTA, A. COLA, D. BRUNELLI,
E. DEGLI EFFETTI, S. BLASI, A. MATURO, F. BENEDETTI,
F. CUSTURERI

Gastric lipoma is a rare benign tumor. The symptoms are correlated with the size and the dimensions of neoplasm. It can be the cause of bleeding, gastroduodenal intussusception and intestinal obstruction, as in case reported and surgically treated. The Authors make a literature's review to define the better diagnostic and surgical approach.

KEY WORDS: Lipoma - Stomaco - Occlusione intestinale.
Lipoma - Stomach - Intestinal obstruction.

Introduzione

Il lipoma gastrico è una neoplasia benigna rara, rappresentando il 5% di tutti i lipomi gastrointestinali e solo il 3% di tutte le neoplasie gastriche (1, 2). Spesso asintomatico (3), in alcuni casi, in correlazione a dimensioni e localizzazione, può dare sanguinamento, occlusione o intussuscezione duodenale (4), rendendo talora urgente la terapia chirurgica. L'approccio laparotomico rimane la procedura standard ma vi sono studi in letteratura sulla validità, per alcune localizzazioni di tumori non voluminosi e apparentemente benigni, della laparoscopia (5).

Riportiamo un caso di lipoma gastrico antrale manifestatosi con sindrome occlusiva e trattato chirurgicamente per via laparotomica.

Caso clinico

F.A., 56 anni, sesso maschile, giungeva alla nostra osservazio-

ne nel novembre 2004 per la comparsa, da circa sei mesi, di una sintomatologia caratterizzata inizialmente da dispepsia, epigastralgia, frequenti eruttazioni e recentemente da episodi ricorrenti di vomito alimentare e calo ponderale. Il paziente portava in visione una TC addominale, eseguita due anni prima su altra indicazione, che già evidenziava una formazione gastrica antrale di circa 3 cm, ipodensa, ed altre due formazioni di analoghe dimensioni nel surrene di sinistra e nel fegato; quest'ultima mostrava al controllo RMN le caratteristiche di un angioma. Inoltre, una radiografia dell'apparato digerente con pasto baritato, eseguita prima del ricovero, mostrava una deformazione della regione antro-pilorica, con immagine di minus e notevole riduzione del lume pilorico.

Durante il ricovero il paziente era sottoposto ad esofagogastroduodenoscopia (EGDS), che confermava la presenza di una formazione antro-pilorica, sulla parete anteriore, rilevata e ricoperta da mucosa lievemente erosa. Risultavano non dirimenti i prelievi biotipici. Una ulteriore TC addominale dimostrava che la formazione, del diametro di 4 cm, aveva densità mista simil-adiposa (in fase diretta), con disomogeneo e debole *enhancement* dopo somministrazione di mezzo di contrasto, come per angiomiolipoma. I markers Ca 19.9, CEA, TPA, Ca 50, Ca 72.4 risultavano nella norma.

Il paziente veniva quindi sottoposto, per via laparotomica, a gastrotomia antrale trasversale attraverso cui si procedeva all'exeresi della formazione, con margine di resezione apparentemente indenne. L'esame istologico estemporaneo deponeva per lipoma.

Il paziente veniva dimesso in VII giornata, chirurgicamente guarito. L'esame istologico definitivo confermava la diagnosi di lipoma sottomucoso. Ai successivi controlli clinici, protratti per sei mesi, il paziente era asintomatico.

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
I Facoltà di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Scienze Chirurgiche
Divisione di Chirurgia Generale L
(Direttore Prof. F. Custureri)

Discussione

Il lipoma gastrico è una neoplasia benigna del tessuto adiposo sottomucoso. Rappresenta il 3% di tutte le neoplasie gastriche (1, 2) e si localizza con maggior frequenza nell'antro (6). Si presenta macroscopicamente come una neoformazione aggettante nel lume, ricoperta da mucosa normale o lievemente erosa, meno frequentemente ulcerata (7). Sono descritti in letteratura rari casi di contemporanea presenza casuale di early gastric cancer (3, 8, 9).

Esiste una correlazione tra dimensioni della formazione e comparsa di sintomi, presenti nel 75% delle lesioni con diametro maggiore di 4 cm (sanguinamento nel 50% dei casi, occlusione alta o intussuscezione duodenale nei restanti) (4, 9), e che rendono necessaria la terapia chirurgica.

L'EGDS non ha un ruolo di primo piano nella diagnosi poiché l'esame biotipico di una formazione sottomucosa spesso non è dirimente. La diagnostica per immagini è di maggiore aiuto. La TC evidenzia solitamente una massa sottomucosa con densità adiposa (10) o, come nel nostro caso, mista simil-adiposa. L'ecoendoscopia, metodica attualmente disponibile in poche strutture, è in grado di localizzare con precisione la lesione e precisarne i rapporti con le tonache dello stomaco (11, 12): il lipoma appare come una formazione iperecogena nello strato sottomucoso. Molto utile è anche la risonanza magnetica che nelle immagini T1-pesate mostra una tipica iperintensità della lesione.

Di fatto una diagnosi preoperatoria differenziale certa tra lipoma e altre neoplasie sottomucose gastriche è possibile molto raramente. La strategia operatoria è dunque in questi casi condizionata dalle dimensioni della formazione sottomucosa e dalla sua apparente benignità, che dovrà comunque essere confermata con l'esame istologico estemporaneo. Per piccole lesioni si può tentare un'escissione per via endoscopica, anche se il rischio di emorragia e perforazione è elevato (13). La scelta standard rimane l'asportazione della neoplasia, con un margine di mucosa circostante apparentemente indenne, attraverso una gastrotomia. L'intervento è

eseguito più spesso per via laparotomica (14), come nel nostro caso, e non presenta difficoltà.

Nella letteratura più recente sono riportate numerose casistiche di resezione laparoscopica di formazioni gastriche sottomucose benigne (15-17): la metodica miniinvasiva appare sicura, con un tasso di conversione che va dallo 0% al 22% (18-20), ma presenta ancora alcune limitazioni. Tumori della parete posteriore, del cardias o pilorici possono essere infatti di difficile rimozione (5), come pure formazioni, 6 cm (4). La natura benigna va in ogni caso confermata dall'esame estemporaneo.

Ci sembra invece indagosa, pericolosa e quindi non giustificata la laparoscopia intra-gastrica, introdotta da Ohashi nel 1994 (21); tale approccio è descritto per le resezioni di tumori sottomucose della parete anteriore e prevede l'introduzione dei *trocar* direttamente nello stomaco per eseguire una resezione "a stomaco chiuso" nell'intento di prevenire un eventuale inasprimento 'maligno' peritoneale.

Conclusioni

Il lipoma è una patologia gastrica rara, la cui diagnosi preoperatoria si basa principalmente sulla corretta integrazione delle metodiche per immagini. Solitamente la localizzazione sottomucosa non permette infatti una biopsia endoscopica dirimente. L'ecoendoscopia, quando disponibile, potrebbe in tal senso essere più utile, ma TC e RMN hanno sicuramente maggiore attendibilità diagnostica.

La terapia chirurgica è indicata nei casi sintomatici o di dubbia benignità della lesione. In presenza di tumori di piccole dimensioni, diagnosticati incidentalmente e con caratteristiche di benignità, si può optare per l'astensione terapeutica con controlli nel tempo.

L'accesso laparotomico xifo-ombellicale è semplice, ben tollerato e consente di regola un'escissione radicale. In alcuni casi (lesioni apparentemente benigne e di volume ridotto) può essere valutato l'approccio laparoscopico.

Bibliografia

1. Mayo CW, Pagtalunan RJ, Brown DJ. Lipoma of the alimentary tract. *Surgery* 1963; 53: 598-603.
2. Antes G, Neher M. Lipoma of the stomach-diagnosis and therapy. *Rontgenpraxis*, 1995; 48: 252-253.
3. Yamamoto T, Imakiire K, Hashiguchi S, Matsumoto J, Kadono J, Hamada N, Yoshioka T, Kitajima S. A rare case of gastric lipoma with early gastric cancer. *Internal Medicine*, 2004; 43: 1039-1041.
4. Treska V, Miroslav P, Kreuzberg B, Chudacek Z, Ludvikova M, Topolcan O. Gastric lipoma presenting as upper gastrointestinal obstruction. *J Gastroenterol*, 1998; 33: 716-719.
5. Bouillot JL, Fagniez PL, Samama G, Champault G, Parent Y. Laparoscopic resection of benign submucosal gastric tumors: a report of 65 cases. *Gastroenterol Clin Biol*, 2003; 27: 272-276.
6. Lewin KJ, Appelman HD. Mesenchymal tumors and tumor-like proliferation. In: Lewin KJ, Appelman HD, eds. *Atlas of tumors pathology: tumors of the esophagus and stomach*.

- Fasc. 18, ser. 3. Washington, DC. Armed Forces Institute of Pathology, pp. 405-456, 1996.
7. Chu AG, Clifton JA. Gastric lipoma presenting as peptic ulcer: a case report and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1983; 78: 615-618.
 8. Moreira LF, Iwagaki H, Matsumo T, et al. Submucosal lipoma synchronous with an early gastric cancer. *J Clin Gastroenterol* 1992; 14: 173-174.
 9. Wakatsuki S, Ohara S, Sekine H, et al. Early gastric cancer of type IIc originated on the mucosa on submucosal tumor (lipoma). *Gastroenterol Endosc*, 1996; 38: 1167-1171.
 10. Heiken JP, Forde KA, Gold RP. Computed tomography as a definitive method for diagnosing gastrointestinal lipomas. *Radiology*, 1982; 142: 409-414.
 11. Yasuda K, Nakajima M, Yoshida S, Kiyota K, Kawai K. The diagnosis of submucosal tumors of the stomach by endoscopic ultrasonography. *Gastrintestinal Endosc*, 1989; 35: 10-15.
 12. Caletti G, Zani L, Bolondi L, Brocchi E, Rollo V, Barbara L. Endoscopic ultrasonography in the diagnosis of gastric submucosal. *Gastrointest Endosc*, 1989; 35: 413-418.
 13. Wolfsohn DM, Savides TJ, Easter DW, Lyche KD. Laparoscopy-assisted endoscopic removal of a stromal-cell tumor of the stomach. *Endoscopy*, 1997; 29: 679-682.
 14. Senewiratne S, Strong R, Reasbeck PG. Smooth muscle tumors of the upper gastrointestinal tract. *Aust N Z J Surg*, 1987; 57: 299-302.
 15. Trias M, Targarona EM, Balague C et al. Endoscopically assisted laparoscopic partial gastric resection for treatment of a large benign adenoma. *Surg Endos*, 1996; 10: 344-346.
 16. Lukaszczyk JJ, Preletz RJ Jr. Laparoscopic resection of benign stromal tumor of the stomach. *J Laparoendosc. Surg*, 1992; 2: 331-334.
 17. Liorente J. Laparoscopic gastric resection for gastric leiomyoma. *Surg Endosc*, 1994; 8: 887-889.
 18. Walsh RM, Heniford BT. Laparoendoscopic treatment of gastric stromal tumors. *Semin. Laparosc Surg*, 2001; 8: 189-194.
 19. Otani Y, Ohgami M, Igarashi N, Kimata M, Kubota T, et al. Laparoscopic wedge resection of gastric submucosal tumors. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2000; 10: 19-23.
 20. Cuschieri A. Laparoscopic gastric resection. *Surg Clin North Am*, 2000; 80: 1269-1284.
 21. Ohashi S. Laparoscopic intraluminal (intragastic) surgery for early gastric cancer. A new concept in laparoscopy surgery. *Surg Endosc*, 1995; 9: 169-171.
-