

G Chir Vol. 27 - n. 10 - pp. 356-359
 Ottobre 2006

casistica clinica

Lipoma primitivo multiplo del mesocolon: una patologia rara

A. VERSACI, G. LEONELLO, M. TERRANOVA, G. ASCENTI¹, A. CERTO¹,
 G. SFUNCIA, M. GROSSO, A. MACRÌ

RIASSUNTO: Lipoma primitivo multiplo del mesocolon: una patologia rara.

A. VERSACI, G. LEONELLO, M. TERRANOVA, G. ASCENTI, A. CERTO,
 G. SFUNCIA, M. GROSSO, A. MACRÌ

Gli Autori descrivono un caso di lipomatosi multipla del mesocolon e, dopo disamina della letteratura, ne esaminano le caratteristiche peculiari e discutono sulle difficoltà diagnostiche, sugli aspetti anatomopatologici e sul trattamento. La localizzazione intraaddominale del lipoma rappresenta infatti una patologia rara che può porre notevoli difficoltà diagnostiche.

Poiché si tratta di tumori che prendono origine da cellule mesenchimali primitive e totipotenti, l'intervento chirurgico radicale è l'unica opzione terapeutica.

La diagnosi di certezza spetta all'istologia per differenziare la lesione da altri tipi di tumore mesenchimale.

SUMMARY: Multiple primitive lipoma of the transverse mesocolon: a rare disease.

A. VERSACI, G. LEONELLO, M. TERRANOVA, G. ASCENTI, A. CERTO,
 G. SFUNCIA, M. GROSSO, A. MACRÌ

The Authors describe a case of multiple lipomatosis of the mesocolon and, after a careful review of the literature, they examine particular findings and discuss diagnostic difficulties, anatomopathological features and treatment. Intraabdominal lipoma is very rare and presents difficulties in diagnosis, both for aspecific symptoms and for the unusual site which does not allow early identification.

As it is a tumor which arises from primitive and totipotent mesenchymal cells, radical surgery is the only therapeutic option.

The correct diagnosis depends on histological testing which can differentiate the lesion from other mesenchymal tumors.

KEY WORDS: Lipoma - Mesocolon - Tumori peritoneali.
 Lipoma - Mesocolon - Peritoneal tumors.

Pur essendo di raro riscontro clinico, la patologia tumorale epiploico-mesenterica suscita sempre curiosità ed interesse, rappresentando per il chirurgo un campo affascinante e di grande impegno tecnico per la tendenza di queste neoplasie a sovvertire l'anatomia della regione (5, 11, 13, 20)

In tale contesto si pone il lipoma del mesentere e del mesocolon, tumore mesenchimale che trae origine, in forma uni- o multicentrica, dai lipoblasti del tessuto adiposo della cavità addominale. La formazione tumorale, frequentemente unica, è composta da cellule adipose mature, la cui crescita è lenta, con possibilità di raggiungere anche notevoli dimensioni (da pochi millimetri ad oltre 20 cm) e diversi chili di peso. I tu-

mori del tessuto adiposo rappresentano il 6% dei tumori dei tessuti molli ed il 10% delle neoplasie benigne. Alquanto rari in età pediatrica (3, 4, 10, 14, 26), si manifestano prevalentemente durante la V-VI decade di vita, con una certa predominanza nel sesso maschile; in alcuni pazienti è stata riscontrata una familiarità (16, 24). Possono localizzarsi in tutte le regioni del corpo; dopo le estremità, la localizzazione più frequente è il retroperitoneo, cui seguono in ordine il tronco, il mesentere, il perineo, la regione inguinale (12, 17, 19, 23, 24).

Macroscopicamente la neoplasia appare come una neoformazione ben circoscritta, di forma arrotondata e a margini lisci, a volte pedunculata, di colorito giallo-grigiastro, circondata a mo' di capsula da una sottile membrana trasparente; al taglio appare variamente seppimentata, spesso multilobulata. Microscopicamente essa è composta da adipociti maturi ben differenziati (6, 7, 19).

I lipomi mesenteriali e quelli del grande omento si

Università degli Studi di Messina
 Dipartimento di Patologia Umana
¹ Dipartimento di Scienze Radiologiche

© Copyright 2006, CIC Edizioni Internazionali, Roma

presentano spesso in associazione ad altre forme neoplastiche, come il leiomioma, il fibrosarcoma, il mesotelioma, l'emangiopericitoma ed altri ancora, per la pluripotenza delle cellule mesenchimali da cui traggono origine e che condiziona un'insolita ricchezza di forme istologiche, tanto da poter talora generare difficoltà nell'inquadramento diagnostico (1, 2, 6, 7, 19).

Il riscontro di un caso di lipomatosi multipla del mesocolon ci ha indotti a rivisitare la questione presentandolo unitamente ad alcune considerazioni di diagnostica differenziale.

Caso clinico

G.U., donna di anni 41, in buone condizioni generali, con anamnesi personale fisiologica e patologica remota negative. Si ricovera poiché lamenta da circa due mesi una sintomatologia caratterizzata da alvo tendenzialmente stitico e saltuari episodi di dolore di tipo colico, localizzato prevalentemente in fossa iliaca destra e mesogastrio; la paziente riferisce inoltre un progressivo aumento di volume dell'addome e comparsa di una tumefazione palpabile a livello del mesogastrio.

Al ricovero l'obiettività addominale evidenzia, alla palpazione medio-profonda della regione mesogastrica, la presenza di una tumefazione di forma ovalare, del diametro massimo di circa 10 cm, poco dolente, non aderente ai piani superficiali, poco mobile rispetto a quelli profondi.

Gli esami di laboratorio risultano nella norma; i markers tumorali sono negativi. Nulla all'Rx del torace. L'esame ecografico, pur evidenziando la presenza di numerose formazioni ovalari endoaddominali, non consente di determinarne con certezza la natura. Alla TC dell'addome si documenta in sede intraperitoneale la presenza di esteso quadro di lipomatosi a carattere espansivo, che occupa massivamente i quadranti di destra, l'ipocondrio, il mesogastrio ed il fianco di sinistra, dislocando le anse intestinali ileo-coliche. Nel contesto della componente adiposa della massa più voluminosa si rilevano alcune spesse e dense sepimentazioni ed aree di maggiore strutturazione del tessuto adiposo. Una neoformazione solida, a morfologia rotondeggiante, del diametro assiale massimo di circa 6 cm, caratterizzata da struttura disomogenea, è localizzata nell'ipocondrio sinistro a ridosso del muscolo retto; altra le-

sione, con caratteri densitometrici di tipo solido, è presente tra fegato, fascia renale e duodeno (Figg. 1A-B).

Intervento chirurgico – Incisione sopra- e sotto-ombelicale; l'apertura del cavo peritoneale consente di rilevare la presenza di numerose neoformazioni di diametro variabile da 1 a 6 cm circa, ad eccezione della più grande che misura cm 11x7. Tali formazioni risultano di consistenza teso-elastica, di colore grigio-giallastro, di forma ovalare e si sviluppano nel mesocolon trasverso e nel retroperitoneo di destra, alcune con rapporti di contiguità con il "blocco" duodenocefalopancreatico. Eseguita l'exeresi marginale di tutte le neoformazioni visibili (Fig. 2), sulla base dell'esame istologico estemporaneo che depono per lipoma pleiomorfo nella massa di dimensioni maggiori e lipoma semplice in quelle più piccole, si è proceduto alla sutura della breccia laparotomica. La diagnosi istologica definitiva, corredata da indagine immunocitochimica (S100-CD34), confermava l'estemporanea (Fig. 3).

Il decorso post-operatorio è stato regolare e la paziente è stata dimessa in VIII giornata.

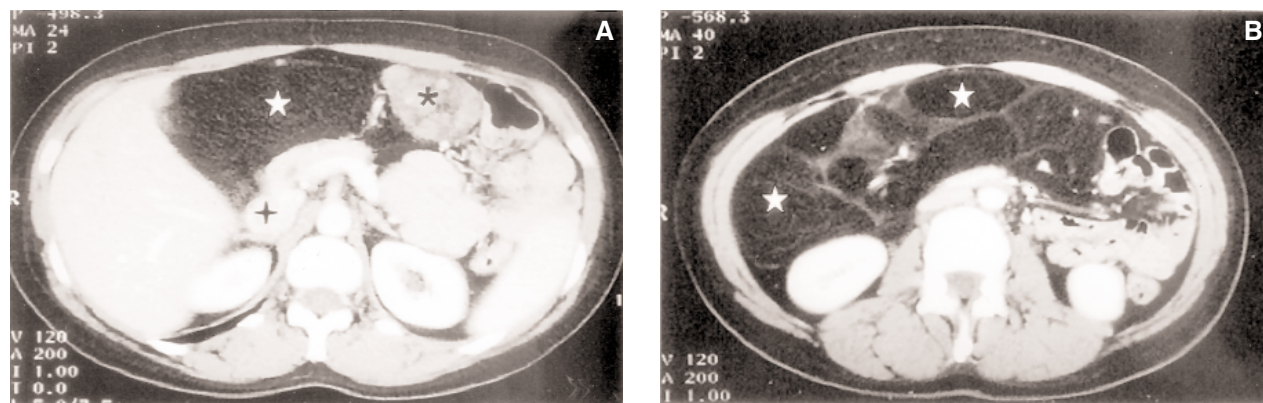
Al follow-up a due anni è in ottime condizioni generali e l'ultima TC addominale di controllo conferma l'assenza di ripresa di malattia (Figg. 4 A-B).

Considerazioni

L'incidenza dei tumori del mesentere e ancor più del mesocolon è bassa ed il riscontro in tali sedi di una massa adiposa o di una lipomatosi multipla è un evento ancor più raro; anche in letteratura i report specifici sono rari e sporadici (8, 10, 14, 16, 18).

Il meccanismo etiopatogenetico della loro comparsa e della loro crescita non è ancora del tutto chiaro (obesità, trattamento con steroidi, ecc.); da molti la forma multipla viene considerata come una condizione iperplastica sistemica e non una variante neoplastica vera e propria (5, 12, 24).

È raro che il tumore dia segni di sé prima di avere raggiunto un certo volume, soprattutto nell'espressione clinica di ingombro addominale. Il quadro sintomatologico è infatti subdolo, aspecifico, variabile,



Figg. 1 A-B - TC addome con mezzo di contrasto in fase porto-venosa: presenza di una voluminosa massa (AH), a densità adiposa con atteggiamento espansivo che interessa estesamente la regione mesenterica estendendosi cranialmente al mesocolon trasverso (BH). Le anse intestinali appaiono dislocate nei quadranti di sinistra. Posteriormente ad essa, a ridosso del processo uncinato del pancreas e della vena cava, si sviluppa una massa di tessuto prevalentemente solido con minima componente adiposa (A +); nella porzione sinistra del mesocolon trasverso si apprezza altra formazione espansiva a struttura mista (A*).

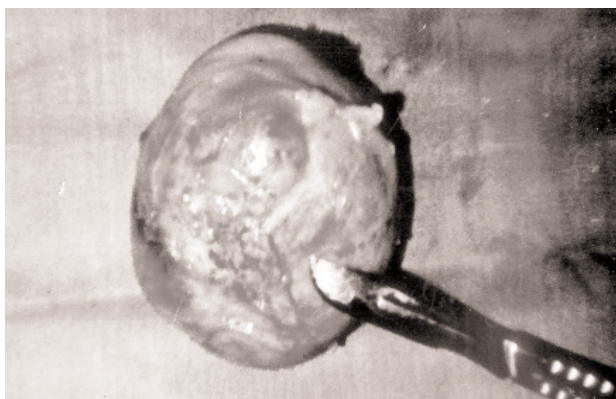


Fig. 2 - Formazione (cm 5x6), grossolanamente sferica, capsulata e di colorito giallastro, di consistenza duro-elastica.



Fig. 3 - Lipoma pleomorfo: evidente aspetto di pleiomorfismo nucleare (E.E., 100x).

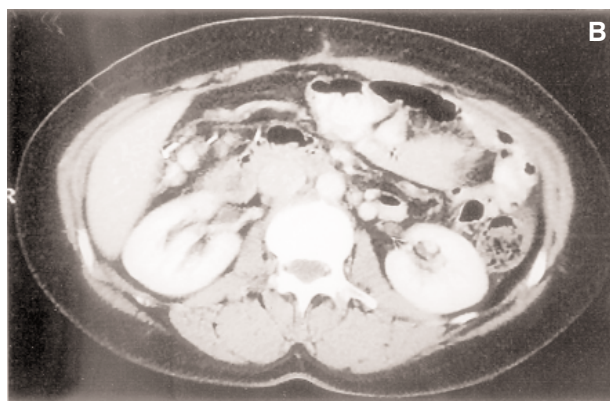
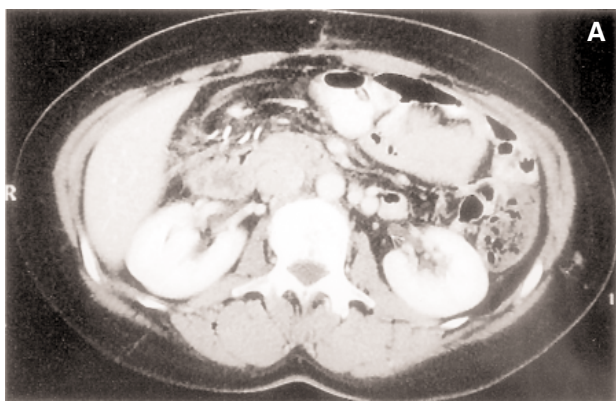


Fig. 4 A-B - TC addome con mezzo di contrasto in fase porto-venosa: ad 1 anno dall'intervento chirurgico si dimostra l'assenza di recidiva in sede intra- e retroperitoneale. Le anse intestinali appaiono normalmente riposizionate nella cavità addominale.

tanto che la massa può raggiungere dimensioni notevoli per la capacità della cavità addominale di adattarsi al suo lento sviluppo (che può verificarsi anche verso il retroperitoneo). Raramente il tumore causa dolore addominale postprandiale, stipsi, disuria, nausea, vomito; a volte invece l'esordio clinico è "acuto", perché le dimensioni della neoplasia sono tali da determinare compressione sulle strutture vascolari e linfatiche immerse nel tessuto adiposo del meso o alterazioni significative degli organi vicini (21-23, 25, 26).

In assenza di una sintomatologia patognomonica, il riscontro della massa tumorale avviene il più delle volte in modo fortuito in corso di ecografia addominale per altra indicazione e in qualche caso è un riscontro di tipo autoptico (8, 19, 21).

Al di là dell'evidenza clinica di una massa addominale, l'anamnesi e gli esami routinari bio-umorali non hanno di regola significato diagnostico e le informazioni sulla morfologia, la sede, l'estensione limitrofa, il coinvolgimento di strutture vicine e l'operabilità della

massa sono affidate alle tecniche per immagine.

L'iter diagnostico strumentale prevede infatti l'ecografia color-Doppler, che dà informazioni circa la vascolarizzazione, solitamente ridotta, della massa tumorale, la tomografia computerizzata (TC) e la RM, che permettono la diagnosi di natura del tumore precisandone localizzazione ed estensione anatomica (la RM rispetto alla TC offre il vantaggio di una migliore caratterizzazione tissutale). Possono essere di aiuto anche altre indagini radiologiche (Rx transito baritato del tenue e clisma opaco) per evidenziare eventuali compressioni ed infiltrazioni (9, 11, 15, 18, 20).

Un corretto approccio chirurgico, di tipo radicale, è fondamentale e rappresenta il trattamento di scelta. Qualche difficoltà nella exeresi può essere dovuta ai rapporti della massa tumorale con le strutture vascolari dell'intestino che, a volte, impongono il sacrificio di alcuni tratti di esso; ma, come è ben noto, la necessaria radicalità cura la malattia, mentre una exeresi insufficiente espone al rischio di recidiva. In ogni caso va programmato un attento follow-up protratto per alcu-

ni anni, utilizzando l'imaging.

Quanto invece alla possibilità di una dedifferenziazione di queste forme verso il liposarcoma, essa rappresenta un'evenienza rara, seppur descritta in letteratura; sono stati trovati lipomi associati a liposarcomi nella stessa sede anatomica e, in alcuni lipomi, è stato osservato un pleiomorfismo cellulare tipico delle forme maligne (1, 2, 6, 7, 19, 21).

Conclusioni

Nel nostro caso l'elemento rivelatore è stato l'aumento di volume dell'addome con massa palpabile ed i disturbi dispeptici lamentati dalla paziente, che ci hanno indotto ad approfondire lo studio clinico attra-

verso esami di imaging, che hanno consentito di avanzare l'ipotesi diagnostica. La diagnosi definitiva è stata possibile solo all'atto operatorio, quando le varie formazioni tumorali sono state enucleate ed asportate, rispettando la vascolarizzazione e l'integrità dell'intestino, dopo che l'esame istologico estemporaneo non aveva lasciato dubbi sulla loro benignità.

Lo studio istologico rappresenta infatti l'unico esame diagnostico dirimente, esame che deve essere condotto sempre su più campioni e in zone differenti della massa tumorale, poiché nel contesto del tumore possono essere presenti aree di dubbio significato istologico che impongono una attenta valutazione ed un maggiore approfondimento diagnostico.

Bibliografia

1. Argani P, Pacchetti F, Inghirami G, Rosai J. Lymphocyte-rich well-differentiated liposarcomas: report of nine cases. *Am J Surg Pathol* 1997;21:173-6.
2. Assenza M, Romagnoli F, Ricci G, et al. Lipoma, lipoma-like, atypical lipoma: Case report. *G Chir* 2004; 25:83-8.
3. Barauskas V, Malcius D, Jazdauskienė V. Lipoma of the greater omentum in a child. *Medicina (Kaunas)* 2004; 40(9), 860-3.
4. Dani RD, Gandhi V, Thakkar GN, Parmar KI, Nanavati K. Mesenteric lipoma: a rare benign tumor in the pediatric abdomen. *Ind J Radiol Imag* 2003; 13(1), 41-42.
5. D'Amico D, Frego M, Bianchera G. I tumori retroperitoneali. *Relazione 96° Congresso SIC, Roma* 1994.
6. Enzinger FM, Weiss S. *Soft tissue tumors*. Moaby Co, Ed., 1983.
7. Fanburg-Smith JF, Miettinen M, Weiss SW. Multiple spindle cell lipomas. *Am J Surg Pathol* 1998; 22: 40-48.
8. Farris S, Tatti A, Piga G, Calò PG, Liposarcoma gigante del mesentere: descrizione di un caso clinico. *Min Chir* 2005; 60 suppl(3): 34-35.
9. Gelineck J, Keller J. Evaluation of lipomatous soft tissue by MR imaging. *Acta Radiol* 1994;35:367-70.
10. Giubilei D, Cicia S, Nardis P, Patane E, Villani RM. Lipoma of the omentum in a child *Radiology* 1980; 137 (2): 357-8.
11. Grainger RG, Allison DJ. *Diagnostic Radiology: Imaging of mesentery and omentum*, Churchill - Livingston, New York. 1060-1062.
12. Hajdu S. *Pathology of soft tissue tumors*. Lea & Febiger Ed., 1979.
13. Hollender LF. *Chirurgia del grande epiploon*. Delfino Ed., 1990.
14. Ilhan H, Tokar B, Isiksoy S, et al. Giant mesenteric lipoma. *J Ped Surg* 1999; 34(4) 639-640.
15. Kim T, Muratami T, Oi H, et al. CT and MR imaging of abdominal liposarcoma. *Am J Roentgenol* 1996;166:829-33.
16. Pawel BR, de Chadarevian JP, Inniss S, et al. Mesenteric pleomorphic liposarcoma in an adolescent. *Arch Pathol* 1997;21:884-95.
17. Sanchez MR, Golomb FM, Moy JA, Potozkin JR. Giant lipoma: case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28: 266-8.
18. Sato M, Ishida H, Konno K, et al. Mesenteric lipoma: report of a case with emphasis of US finding. *Eur Radiology* 2002 12; (4); 793-795.
19. Shmookler BM, Enzinger FM. Pleiomorphic lipoma: A benign tumor simulating liposarcoma. A clinico-pathologic analysis of 48 cases. *Cancer* 1981; 47:126-33.
20. Sompayrac AW, Mindelzun RE, Silverman PM, et al. The greater omentum. *AJR* 1997; 163: 683-7.
21. Stout AP, Lattes R. *Tumors of the soft tissues*. Atlas of tumor pathology series. A.F.L.P. Washington, 1967.
22. Tahlan RN, Garg P, Bishnoi PK, Singla SL. Mesenteric lipoma: an unusual cause of small intestinal volvulus. *Ind J Gastroenterol* 1997;16(4), 159.
23. Versaci A, Famulari C. Considerazioni clinico terapeutiche su 13 casi di tumori primitivi dello spazio retroperitoneale. *Riv It Oncol* 1985, XII (5-6): 179-84.
24. Weiss SW, *Lipomatous tumours*. *Monogr Pathol* 1996; 38: 207-39.
25. Wolko JD, Rosenfeld DL, Lazar MJ, Underberg-Davis SJ. Torsion of giant mesenteric lipoma. *Pediatr Radiol* 2003; 33 34-6.
26. Yalcin B, Ozturk H, Kismet E et al. Giant retroperitoneal lipoma in a child. *Pediatr Radiol* 2001;31:304.