

ADENOCARCINOMA GÁSTRICO INTRAMUCOSO

Abreu KA

Define-se câncer gástrico precoce como aquele limitado às camadas mucosa e submucosa com ou sem invasão de linfonodos adjacentes. O prognóstico do câncer gástrico precoce depende da profundidade da lesão e da presença ou não de comprometimento linfonodal. Os autores apresentam o caso de um paciente de 29 anos, sexo masculino, previamente hígido, submetido à endoscopia digestiva alta para investigação de sintomas dispépticos, com achado de uma pequena lesão levemente deprimida (I1c+I1a), localizada na grande curvatura da transição corpo-antra, com aproximadamente 2,0cm de diâmetro, limites mal definidos e mucosa levemente hiperemiada. As biópsias evidenciaram adenocarcinoma intramucoso tipo difuso de Lauren, com céls. em anel de sinete, áreas de metaplasia intestinal completa, atrofia focal e pesquisa negativa para *H. pylori*. A dissecação endoscópica de submucosa foi considerada como opção terapêutica, porém, por se tratar de um paciente jovem, com um adenocarcinoma superficialmente deprimido, tipo difuso, com 2,0cm de extensão, optou-se pelo tratamento cirúrgico por apresentar maior chance de cura e menor risco de metástase linfonodal. O paciente foi submetido a gastrectomia subtotal com reconstrução do trânsito em Y de Roux e linfadenectomia perigástrica, evoluindo sem complicações. O estudo anatomopatológico da peça revelou adenocarcinoma gástrico inicial, infiltrando apenas o córion, sem invasão da submucosa, com margens de ressecção livres e ausência de metástase em 16 linfonodos isolados.

TERAPIA ENDOSCÓPICA COM PLASMA DE ARGÔNIO PARA TRATAMENTO DE ECTASIA VASCULAR DO ANTRO GÁSTRICO – RELATO DE CASO

Penna FGC, Marinho FP, Carvalho SC, Mendes RP

Introdução: A ectasia vascular do antro gástrico ou estômago melancia é caracterizada pela presença de lesões lineares vasculares em antro gástrico, que podem coexistir em região de cárdia. Na maioria dos casos tais achados endoscópicos são suficientes para o diagnóstico. Pode estar associada à cirrose, insuficiência renal e doenças auto-imunes. Manifesta-se, na maioria dos casos, com anemia ferropriva por perda crônica de sangue. As opções terapêuticas incluem hormonioterapia combinada (estrógeno e progesterona), cirurgia e tratamento endoscópico. **Relato de caso:** Paciente masculino 53 anos, evoluindo com adinamia, perda de peso (15 Kg) e melena nos últimos 10 meses. Internado previamente em outro serviço, onde foi admitido com queda importante de hemoglobina (5,3mg/dL) e tendo recebido transfusão de concentrado de hemácias (900 mL). Realizado endoscopia digestiva alta com enantema antral e múltiplas ectasias vasculares de padrão macular e distribuição radial a partir do piloro e sangramento ativo em lençol. Estava com hemoglobina de 6,7mg/dL e cinética do ferro comprovando ferropenia. Iniciado suplementação de ferro e tratamento endoscópico das lesões com coagulação com plasma de argônio. Paciente tolerou bem as sessões. Evoluiu com melhora dos níveis de hemoglobina (10,3 mg/dL), ausência de melena, melhora do estado geral, ganho de peso, retorno às atividades diárias, após realização de 4 sessões de coagulação com plasma de argônio. **Resultados:** O diagnóstico e tratamento endoscópico da ectasia vascular do antro gástrico proporcionaram melhora clínica e laboratorial do paciente. Não houve necessidade de cirurgia nem hormonioterapia combinada. **Conclusão:** A ectasia vascular do antro gástrico é entidade rara de sangramento digestivo e anemia ferropriva. Ocorre principalmente na velhice e em mulheres. Embora associada a doenças auto-imunes, hepatopatias, insuficiência renal crônica e hipotireoidismo, nenhuma dessas condições coexiste em neste paciente. A terapia endoscópica com plasma de argônio é opção eficaz, segura e com poucos efeitos colaterais. **Palavras-chave:** ectasia vascular antral, terapia com argônio.

TERAPIA ENDOSCÓPICA E MEDICAMENTOSA NA PROFILAXIA SECUNDÁRIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM HIPERTENSÃO PORTA

Bittencourt PFS, Santos JMR, Ferreira AR, Fagundes EDT, Carvalho SD, Figueiredo Filho PP, Franco Neto JA, Alberti LR, Albuquerque W

Objetivos: descrever a profilaxia secundária endoscópica e medicamentosa na prevenção de hemorragia digestiva alta em de crianças e adolescentes com varizes esofageanas. **Métodos:** estudo observacional, com 43 pacientes menores de 18 anos submetidos à profilaxia secundária, entre agosto de 2001 a dezembro de 2009. Foi realizada escleroterapia e/ou ligadura elástica, associando o propranolol, caso não existisse contraindicação. Foram avaliados: incidência de ressangramento, número de sessões endoscópicas para erradicação, incidência de surgimento de varizes de fundo gástrico e gastropatia da hipertensão porta. **Resultados:** a profilaxia endoscópica associada ao propranolol foi realizada em 15 pacientes (34,9%) e a profilaxia endoscópica isolada em 28 pacientes (65,1%). As varizes esofageanas foram erradicadas em todos os pacientes, após mediana três sessões endoscópicas. As varizes recidivaram em 22 pacientes (51,2%). Treze pacientes (30,2%) ressangraram: oito (61,5%) durante a profilaxia e cinco (38,5%) após erradicação. Varizes fúndicas e gastropatia da HP se desenvolveram em 31% e 61,9% dos pacientes, respectivamente. Não houve óbitos relacionados ao procedimento endoscópico ou secundário à HDA. Não foram encontradas diferenças com significância estatística em relação a nenhuma das variáveis estudadas ao se comparar profilaxia endoscópica associada ao propranolol com profilaxia endoscópica isolada. Quando se compara escleroterapia e ligadura elástica, também não foram encontradas diferenças com significância estatística. **Conclusões:** a profilaxia secundária se mostrou eficaz no controle de novos episódios de HDA devido à ruptura de varizes esofageanas. O uso do propranolol não alterou os resultados da profilaxia endoscópica. A ligadura elástica apresentou resultados semelhantes à escleroterapia. Estudos randomizados são necessários para avaliar a melhor forma de prevenção na infância. **Palavras-chave:** hemorragia digestiva alta, profilaxia secundária, crianças e adolescentes.

CRITOSPORIDIOSE GÁSTRICA

Souza BAS, Mendes CMC

Pacientes portadores de SIDA sob esquema HAART freqüentemente experimentam sintomas dispépticos. Estratégias empíricas propostas para o tratamento de pacientes imunocompetentes com dispepsia, tais como a uso de IBP, pode ser inapropriado para infectados pelo HIV, pois esses agentes podem reduzir a absorção oral de alguns inibidores da protease e podem retardar o diagnóstico de infecções oportunistas. Trata-se de paciente de 29 anos, sexo feminino com diagnóstico de HIV positivo há 6 anos, má adesão e resposta insatisfatória ao tratamento. Realizou EDA devido a presença de sintomas dispépticos sendo diagnosticado Criptosporidiose gástrica. Persiste sintomática e com resposta insatisfatória devido a carência de medicamentos efetivos para erradicação do protozoário associado a baixa adesão e resposta do CD4 aos esquemas antiretrovirais. Desta forma, a criptosporidiose gástrica é uma infecção rara, pouco diagnosticada. Sua cura depende da melhora imunológica do paciente e não apenas de antiparasitários.

HISTOPLASMOSE DUODENAL – RELATO DE CASO

Xavier AT, Nogueira BA, Sá RN, Kormman D

A Histoplasmose é a infecção adquirida por inalação de partículas de poeira do solo contaminadas com excretas de morcegos ou pássaros que contém os conídios do fungo dimórfico *Histoplasma capsulatum*. A maioria dos pacientes é assintomática, sendo as manifestações pulmonares o problema clínico mais comum. A forma disseminada da doença raramente afeta indivíduos imunocompetentes. A histoplasmose disseminada, sobretudo em pacientes com imunodepressão severa, causa manifestações digestivas em mais de 75% dos casos. Diarréia crônica é a mais comum. O intestino grosso é o órgão do trato digestório mais atingido (80%), sendo que o intestino delgado é afetado em cerca de 20% dos casos, especialmente o íleo distal. O duodeno é acometido muito raramente. Este trabalho trata-se de um relato de caso de um paciente de 70 anos submetido à endoscopia digestiva alta em virtude de náuseas, vômitos e perda de peso. O exame endoscópico mostrou lesão elevada situada na segunda porção em topografia de papila duodenal. O laudo histopatológico definiu o diagnóstico de duodenite crônica granulomatosa por histoplasmose. Um mês após à endoscopia, o paciente internou com quadro de tosse crônica, dispnéia e diarréia. Os testes laboratoriais não demonstraram outra doença associada à histoplasmose. **Palavras-chave:** Endoscopia, Duodeno, Histoplasmose disseminada.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VARIZES GÁSTRICAS: RARA COMPLICAÇÃO DO CÂNCER DE OVÁRIO

Sousa KS, Fonseca S, Mundim ILC, Dias ACM, Castro Jr RA, Almeida MF, Abreu AOR

Mulher, 44 anos, admitida com sintomas de semi obstrução intestinal, saciedade precoce e perda de peso significativa. Durante a realização da propedêutica, apresentou hemorragia digestiva alta (HDA) com repercussão hemodinâmica. Endoscopia digestiva alta mostrou varizes isoladas de grosso calibre em corpo gástrico com ponto vermelho, abaulamento extrínseco da parede próximo ao piloro provocando semi oclusão do mesmo. Realizada AngioTomografia de Abdome que visualizou lesão expansiva em hemipelve E infiltrando o sigmóide, útero e vasos; derivação esplenorrenal e exuberante circulação colateral portal, com drenagem para sistema mesentérico e paredes do estomago; lesão estenosante em antro. Não foram identificados trombos. Laparotomia identificou importante formação de vasos colaterais, massa em topografia ovariana E e implantes secundários em antro gástrico, mesentério e ovário contralateral. Foi realizada ooforectomia. Biópsia de congelação mostrou adenocarcinoma mucinoso e imunohistoquímica confirmou tratar de tumor ovariano. Paciente foi encaminhada para quimioterapia. As varizes gástricas ocorrem em 20% dos pacientes com hipertensão porta, associadas ou não às varizes de esôfago. As varizes gástricas isoladas correspondem a 10% e podem estar localizadas no fundo, corpo ou antro e até em duodeno. Embora a principal causa de hipertensão porta em nosso meio seja a cirrose, varizes gástricas isoladas mais comumente se associam a hipertensão porta segmentar, por oclusão ou estenose da veia esplênica. Existem várias descrições na literatura de tumores pancreáticos e pancreatite crônica evoluindo com hipertensão porta e manifestando-se com HDA secundária a varizes gástricas. Apenas um caso de tumor ovariano com essa complicação foi descrito. O caso em questão chama atenção para essa rara complicação cuja abordagem é um desafio à prática clínica, pois, em geral, trata-se de sangramento grave, com abordagem endoscópica difícil e alta taxa de ressangramento. **Palavras chaves:** câncer de ovário, hemorragia digestiva alta, varizes de corpo gástrico

TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL DE LOCALIZAÇÃO ESOFÁGICA: RELATO DE CASO

Amaro TA, Adami AF

O tumor estromal gastrointestinal (GIST) é considerado a neoplasia mesenquimal mais comum do trato gastrointestinal (TGI). São derivados das células intersticiais de Cajal, localizadas ao nível do plexo mioentérico e responsáveis pela motilidade gastrointestinal. Podem se originar em qualquer região do TGI, sendo apenas 5% provenientes do esôfago. O tratamento padrão para pacientes com GIST não metastático é a ressecção completa da lesão, pois oferece a maior chance de cura. Apresentamos o caso de paciente do sexo masculino, 69 anos, que iniciou quadro de disfagia para alimentos sólidos e odinofagia há 2 meses, de caráter intermitente, acompanhado de náuseas e vômitos. Seriografia contrastada do esôfago mostrou afilamento abrupto e irregular do segmento médio e distal do esôfago, apresentando extensão longitudinal aproximada de 10 cm, sugerindo lesão parietal expansiva. EDA evidenciou em terço médio e distal do esôfago a presença de lesão exofítica, de superfície irregular, que ocupava cerca de 70% da circunferência do órgão, ricamente vascularizada. O resultado histopatológico da biópsia da lesão foi inconclusivo e a imunohistoquímica revelou a expressão de CD117 (KIT) pelas células neoplásicas, o que confirma o diagnóstico de GIST de esôfago. O serviço de oncologia de referência orientou a realização de cirurgia para ressecção tumoral, porém o paciente optou pela utilização de Imatinib, tendo apresentado melhora progressiva do quadro clínico inicial. Concluímos que o GIST deve ser considerado nas lesões exofíticas esofágicas e seu tratamento preconizado é a ressecção cirúrgica, associada ao imatinib como terapia adjuvante, com melhora da sobrevida. **Descritores:** tumor estromal gastrointestinal, dor abdominal, imunohistoquímica.

LINFOMA DE CÓLON

Bittencourt PFS, Moreira EF, Moreira PCF, Silva RRR, Lima MVB

Relato de caso: Paciente sexo masculino, 80 anos, previamente hígido, realizou colonoscopia em 2007 devido a quadro de constipação intestinal e pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva. O exame identificou no cólon esquerdo várias elevações arredondadas com a mucosa lisa e brilhante, de aspecto cístico, maiores que 10 mm de diâmetro, sendo que uma delas ocupa quase toda luz e apresentando pequena ulceração central. Biópsias das lesões mostrou acentuada infiltração de células linfóides na lâmina própria, configurando massas celulares homogêneas e com atipias nucleares: achados de linfoma. Realizada imunohistoquímica que foi positiva para CD 20 e ciclina D1, mostraram tratar-se de Linfoma de células B do Manto. Paciente realizou TC de tórax e abdome que descartou acometimento de outros órgãos. Paciente submetido a tratamento quimioterápico e colonoscopia seriadas que mostrou lesões semelhantes a época do diagnóstico. **Considerações:** Linfoma pode ocorrer como uma lesão primária ou como parte de um processo maligno generalizado que envolve o trato gastrointestinal. Como lesão primária, constitui apenas 0,5 % de todas os casos das neoplasias de cólon e ainda é a segunda causa mais comum de doença maligna do cólon. A dor abdominal está presente em mais de 90% dos pacientes ao diagnóstico. Dentre outros sintomas temos a alteração no hábito intestinal, sangramento, a perda de peso e a febre. Na tentativa de melhor classificar e facilitar a comunicação entre endoscopistas, recente publicação dividiu as lesões do cólon morfologicamente em 5 subtipos: 1 – fungóide, 2 – úlcero-fungóide, 3 – infiltrativo, 4 – ulcero-infiltrativo e 5 – ulcerado. **Palavra-chave:** Linfoma, colon, colonoscopia

PARAGANGLIOMA DUODENAL

Bittencourt PFS, Moreira EF, Moreira PCF, Silva RRR, Lima MVB

Relato de caso: Paciente sexo feminino, 38 anos, realizou Endoscopia digestiva alta devido a quadro de dor abdominal inespecífica com evolução a 2 anos, exame evidenciou papila duodenal proeminente com suspeita endoscópica de adenoma de papila. Encaminhada para este serviço para reavaliação. Paciente foi submetida a duodenoscopia que revelou grande pólipóide, justapapilar, com aproximadamente 2,0 cm de diâmetro no maior eixo, com pedículo longo e largo, observando papila duodenal adjacente com aspecto normal e drenagem de bile fisiológica. Realizada biópsia da lesão que evidenciou a imunohistoquímica expressão de proteína S-100 e sinaptofisina, que conferem o diagnóstico de tumor neurogênico ou neuroendócrino compatível pela localização com paraganglioma gangliocítico. **Considerações:** O paraganglioma gangliocítico é um tumor raro. Sua patogênese ainda é desconhecida. Na maioria das vezes, estas lesões têm comportamento benigno embora já tenham sido descritas metástases linfonodais. Com relação aos achados clínicos, ele pode variar desde o achado incidental até a presença de dor abdominal e sangramento digestivo alto que é o quadro clínico mais freqüente. No duodeno, estas lesões ocorrem preferencialmente na 2ª porção duodenal. Elas apresentam aspecto polipóide, sésseis ou pediculadas, com tendência à ulceração e hemorragia. O tamanho varia entre 0,5 e 10,0 cm, com média de 2,9 cm. A lesão se localiza tipicamente na camada submucosa e a biópsia convencional endoscópica pode não fazer o diagnóstico. **Palavra-chave:** Paraganglioma, ressecção endoscópica, tumor duodenal

PÓLIPOS MÚLTIPLOS E POLIPOSE GASTROINTESTINAL – ESTUDO DA FREQUÊNCIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES SUBMETIDOS À COLONOSCOPIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Bittencourt PFS

Introdução: Poliposes são síndromes que cursam com numerosos pólipos intestinais podendo ternexo familiar e em longo prazo possuem risco de malignização. Com o advento da colonoscopia ampliaram-se as chances de diagnóstico em pacientes pediátricos e adolescentes. **Objetivo:** O projeto pretende conhecer o perfil e a frequência de pólipos gastrointestinais que se manifestam nas crianças e adolescentes no Estado de Minas Gerais submetidos à colonoscopia com polipectomia. **Metodologia:** Trata-se de estudo multicêntrico, longitudinal, descritivo, retrospectivo de 2002 a 2009 e prospectivo a partir de 2009. É realizado no Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG; no Hospital Infantil João Paulo II da FHEMIG e no Hospital Felício Rocho. Em cada hospital os pacientes selecionados tiveram seus dados clínicos, endoscópicos e anatomopatológicos registrados em um banco de dados. A análise dos dados foi realizada usando-se frequência, tabulação e os métodos estatísticos adequados, segundo o tipo de variável. **Resultados:** Resultados do estudo demonstram que em 135 pacientes com pólipos diagnosticados por colonoscopia, 60,7% são do gênero masculino. A história familiar de pólipo esteve presente em apenas 6,7%. Na ocasião do diagnóstico, 48,9% dos pacientes estava na idade escolar, sendo a média de 6,5 anos de idade, aproximadamente. 97,8% apresentaram sintomas sendo a enterorragia prevalente em 97%, seguido da dor abdominal (8,1%), e exteriorização de massa pelo ânus em 7,4%. A maioria apresentou pólipo solitário (53,3 %) com histopatologia de Pólipo Harmatomatoso Juvenil em 51,9%. A Polipose Juvenil surgiu em 2,2% dos pacientes e a Síndrome de Peutz Jeghers em 1,5%. **Conclusão:** É sabido que o nexo hereditário existe nas poliposes gastrointestinais, mas o perfil da apresentação das mesmas nas famílias brasileiras não tem sido divulgado, pois as publicações nacionais são limitadas a relatos de casos de pequenas séries. O desconhecimento do problema dificulta a avaliação científica e a possível validação dessas condutas para implantação em futuras políticas de saúde. **Palavras-Chave:** Colonoscopia, polipose, polipectomia.