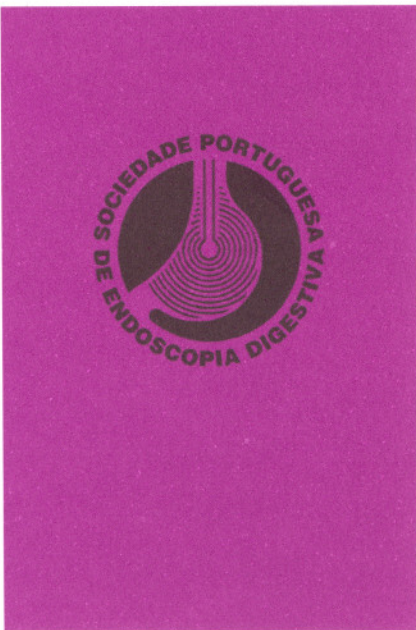


14

DISPLASIA EPITELIAL GÁSTRICA

RECOMENDAÇÕES



CONCEITO

A displasia epitelial gástrica (DEG) deve actualmente ser entendida como *uma lesão inequivocadamente neoplásica confinada ao epitélio de superfície do estômago*.

O que distingue a DEG do carcinoma gástrico intramucoso, é o facto, biologicamente relevante, de nesta categoria de cancro inicial, as alterações neoplásicas ultrapassarem a membrana basal do epitélio de superfície, penetrando na lâmina própria da mucosa, com a decorrente aquisição de uma capacidade invasora e metastizante.

CARACTERIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

A DEG, como lesão histológica que é, caracteriza-se morfologicamente por um conjunto de alterações citológicas e arquiteturais, resultantes de anomalias verificadas nas actividades proliferativa e de diferenciação do epitélio gástrico.

CARACTERIZAÇÃO DA DISPLASIA EPITELIAL GÁSTRICA

- **Alterações Citológicas:** pleomorfismo, hiper cromasia e estratificação nuclear; ↑ da relação núcleo/citoplasma; perda da polaridade nuclear; alteração ou ↓ da secreção; ↓ das células de Paneth e caliciformes no epitélio metaplásico.
- **Alterações Arquiteturais:** amontoamento de células; irregularidade, ramificação e geminação das criptas; glândulas lado a lado; aspectos cribiformes; papilas intraluminais ou no epitélio de superfície.

As referidas alterações podem ser mais ou menos intensas, daqui derivando a classificação das lesões displásicas – proposta por um grupo de patologistas reunidos sob a égide da Sociedade Portuguesa de Anatomia Patológica (Chaves P e col, GE – J Port Gastrenterol 1997, 4:53) – nas três categorias seguintes: *Lesão indefinida para displasia, displasia de baixo grau e displasia de alto grau*.

Perante a coexistência de alterações arquiteturais e citológicas, por um lado, com alterações inflamatórias e/ou regenerativas, haverá que questionar o diagnóstico de displasia, devendo a lesão ser rotulada como *indefinida para displasia*. Esta designação deve ser entendida pelo clínico como uma caracterização temporária e circunstancial, até que novas biópsias permitam clarificar a situação.

Por seu turno, a graduação das lesões inequivocamente displásicas em apenas duas categorias – *baixo e alto grau*, apresenta, de acordo com os seus proponentes, as seguintes virtualidade: apoia-se em estudos morfométricos; é potencialmente mais reprodutível, podendo, deste modo, contribuir para minimizar as evidentes discrepâncias de graduação da displasia verificadas inter e intra-patologistas; satisfaz, por último, a necessidade de decidir entre vigilância apertada ou ressecção completa da lesão. Esta necessidade decorre do significado clínico diverso de cada um dos dois graus de DEG, demonstrado em vários estudos catamnésicos, mormente no que respeita ao seu potencial maligno. Com efeito, enquanto a *DEG de alto grau* se associa, em mais de 80% dos casos, com carcinoma sincrónico ou iminente, a *DEG de baixo grau* apresenta um valor prognóstico mais controverso e incerto, parecendo regredir ou, ao invés, progredir para carcinoma, ainda que de forma aparentemente lenta, num processo evolutivo que pode demorar décadas.

ATITUDE CLÍNICA

Perante um relatório inicial de DEG haverá que proceder, logo que possível, à execução de uma nova gastroscopia com biópsias múltiplas visando dois objectivos: 1) Excluir a presença de um carcinoma sincrónico; 2) Averiguar o carácter uni ou multifocal das lesões displásicas. A fiabilidade do diagnóstico e da gradação histológica da DEG implica o cumprimento, por parte do endoscopista, dos seguintes pressupostos: a) Colheita de biópsias de boa qualidade técnica e em número suficiente; b) Descrição circunstanciada dos achados endoscópicos e informação resumida sobre a envolvimento clínica do caso; c) Avaliação da extensão da lesão em superfície e profundidade; d) Sinalização, com tinta indelével, das lesões comprovadamente displásicas, tendo em vista o seu controlo ulterior, muito em particular nos casos em que a displasia se enxerta em afecções difusas da mucosa gástrica.

As biópsias, para serem de boa qualidade técnica, deverão interessar toda a espessura da mucosa, incluindo a “muscularis mucosa”. Tal é imprescindível, de facto, para distinguir a DEG de alto grau do carcinoma intramucoso. O número de biópsias a efectuar dependerá das características macroscópicas das lesões em que a DEG se exerta. Assim, nas lesões deprimidas e ulceradas, deverão ser efectuadas um mínimo de 6 biópsias: 2 na base das lesões e 4 nos bordos, ou seja, uma por cada quadrante. Nas lesões polipóides ou planas, de dimensões inferiores a 20 mm, haverá que proceder, sempre que possível, à exérese completa da lesão, através, respectivamente, da polipectomia ou mucosectomia endoscópica, com o intuito de evitar possíveis erros de amostragem. Finalmente, nas lesões difusas da mucosa gástrica, mormente nos casos de gastrite crónica, deverão

ser sistematicamente colhidos um mínimo de 6 espécimes de biópsia: 2 no antro, numa área de 3 cm proximal ao piloro, nas faces anterior e posterior; 2 na incisura angular, sobre a pequena e a grande curvatura; e, por último, 2 no terço médio do corpo, interessando cada uma das faces do estômago.

As lesões displásicas devem ser avaliadas, como já referimos, no que diz respeito à sua extensão, tanto em superfície como em profundidade. O mapeamento em superfície resulta muito facilitado pela técnica de cromoscopia vital com azul de metileno, a qual, no entanto, apresenta o inconveniente de uma morosidade excessiva. Tal poderá ser eventualmente, minimizado pelo uso da cromoscopia de contraste com indigo carmin. A avaliação da extensão em profundidade, por seu turno, poderá ser tentada através da utilização preferencial da ecoendoscopia tridimensional de alta resolução (12 a 20 MHz), cuja acuidade no diagnóstico do carcinoma gástrico intramucoso se aproxima dos 100%.

O que fazer perante uma *DEG de baixo grau*? Muito embora a maioria dos autores norte americanos – estribados na muito baixa incidência de DEG nos EUA – defenda a sua remoção sistemática, nomeadamente por mucosectomia endoscópica, parece-nos ser mais aconselhável recomendar a vigilância semestral ou anual das alterações displásicas de baixo grau, até comprovação da sua regressão completa em dois controlos endoscópicos e biópsicos sucessivos.

Mais radical, todavia, deverá ser a atitude perante a *DEG de alto grau*. Nestes casos – e após um segundo exame endoscópico/biópsico ter confirmado a presença de DEG de alto grau – aconselha-se, sempre que possível, a realização imediata duma gastrectomia. Poderá acontecer, no entanto, que alguns doentes com DEG de alto grau recusem a cirurgia ou apresentem um alto risco operatório.

Nestas situações, se as lesões forem localizadas e pouco extensas, o procedimento de escolha é a mucosectomia endoscópica, enquanto que nas lesões multifocais e/ou de dimensões superiores a 20 mm se poderá optar pela terapêutica fotodinâmica com os raios LASER.