

INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO

Pregas gástricas hipertróficas: Doença de Ménétrier

Autores: C. Sousa Andrade, F. Castro Poças, P. Lago, J. Soares, J. Areias

Sector de Ultra-Sons - Serviço de Gastreenterologia - Hospital Geral de Santo António, Porto

INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO

O diagnóstico de pregas gástricas hipertróficas (PGH) é estabelecido quando são identificadas, nos exames baritados ou na tomografia computadorizada, pregas com uma altura igual ou superior a 15 mm ou, quando as pregas observadas na endoscopia digestiva alta não desaparecem com a insuflação [1].

Podem ser difícil estabelecer o diagnóstico diferencial desta identidade por endoscopia, na medida em que a acuidade diagnóstica das biópsias endoscópicas pode não ultrapassar os 50% [1]. Neste contexto e, uma vez que esta pode ser a forma de apresentação de um grande número de patologias benignas e malignas, com prognósticos variáveis, a ultra-sonografia endoscópica desempenha um papel fundamental [1-3]. Permite a avaliação da espessura e da ecoestrutura da parede e, em particular, de cada uma das camadas observadas, a avaliação das estruturas vizinhas e, finalmente, pode orientar a colheita de material citológico/histológico, no sentido de diminuir a frequência de falsos negativos ou de complicações. De acordo com a etiologia o nível de envolvimento ecoendoscópico da parede gástrica é diferente, o que limita as possibilidades de diagnóstico diferencial [1-4].

Uma das patologias que cursa com PGH é a Doença de Ménétrier, descrita pela primeira vez em 1888 como uma forma de gastropatia hipertrófica e, que surge habitualmente associada a hipoproteinémia, hipocloridria e hipersecreção de muco. É mais frequente em indivíduos do sexo masculino, sendo a idade média de diagnóstico 55 anos.

A forma de apresentação clínica é variada, podendo incluir dor abdominal, náuseas, vômitos, perda ponderal ou hemorragia digestiva. Na endoscopia digestiva alta é possível observar um espessamento das pregas, ao nível do corpo e fundo, frequentemente cobertas por uma camada de muco. As características predominantes no estudo histológico, que deve incluir uma amostra de toda a espessura da mucosa, são a hiperplasia foveolar com dilatação cística e a atrofia glandular [5]. Nos casos em que a histologia é inconclusiva, a ecoendoscopia assume um papel preponderante e revela um espessamento localizado, hiperecogénico da camada mucosa. O diagnóstico diferencial com as fases precoces do adenocarcinoma ou do linfoma gástrico, que podem estar localizados à camada mucosa, ou com uma simples hiperrugosidade ou gastrite, é fundamental. A abordagem terapêutica não está bem definida, devendo incluir erradicação do *Helicobacter pylori*, sempre que se confirme a sua positividade. A cirurgia deve ser reservada para os casos com sintomas refractários ou recidivantes, com obstrução ou transformação maligna. Parece haver um risco acrescido de carcinoma gástrico nestes doentes [1-5].

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 47 anos de idade, com antecedentes familiares de neoplasia gástrica (pai e tio paterno aos 58 e 62 anos, respectivamente), com um quadro clínico com 3 anos de evolução, caracterizado por enfartamento pós-prandial e perda ponderal de 5 Kg. Analiticamente apresentava hipoproteinémia e hipoalbuminémia discretas.

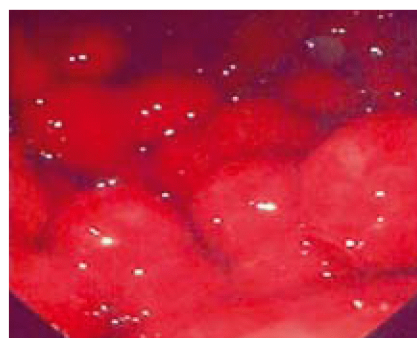


FIGURA 1 | Endoscopia digestiva alta. Marcada hipertrofia das pregas gástricas, de forma mais exuberante no corpo e fórnix, com algumas erosões na superfície das pregas.

GE - J Port Gastreenterol 2009; 16: 33-34

Recebido para publicação: 31/03/2008

Aceite para publicação: 16/04/2008

A EDA revelou marcada hipertrofia das pregas gástricas, de forma mais exuberante no corpo e fórnix e de forma menos marcada a nível do antro, com algumas erosões na superfície das pregas (Figura 1). As biópsias endoscópicas revelaram gastrite crónica e ausência de flora microbiana. Para esclarecimento do quadro clínico foi realizada ecoendoscopia que revelou marcado espessamento da mucosa (20 mm), ecogénico, discretamente heterogéneo e granuloso, com formações císticas na parte mais profunda da mucosa. As restantes camadas da parede gástrica não apresentaram alterações e não foram identificadas adenopatias perigástricas e a nível do tronco celíaco (Figura 2). Foram realizadas macrobiópsias com ansa diatérmica, que mostraram marcada hiperplasia foveolar, atrofia glandular oxíntica e áreas císticas na mucosa, aspectos compatíveis com Doença de Ménétrier. Foi instituída terapêutica com Omeprazol; contudo, dada a persistência das queixas e os antecedentes familiares, foi orientado para gastrectomia, com confirmação do diagnóstico na peça operatória (Figura 3). ↵

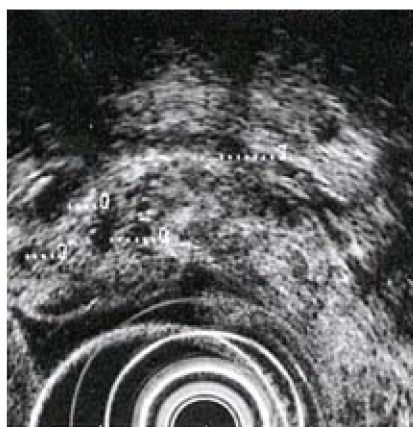


FIGURA 2 | Ecoendoscopia. Marcado espessamento da mucosa (20 mm), ecogénico, discretamente heterogéneo e granuloso; formações quísticas na parte mais profunda da mucosa; restantes camadas da parede gástrica sem alterações.

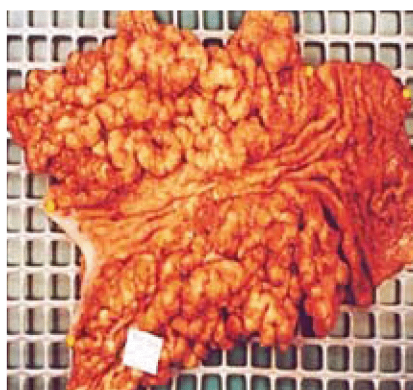


FIGURA 3 | Peça de gastrectomia. Acentuada hipertrofia das pregas gástricas.

Correspondência

Carla Sousa Andrade

Serviço de Gastreenterologia
Hospital Central do Funchal
Av. Luís de Camões
9000 Funchal
Telefone: 918538824
E-mail: carlasousaandrade@gmail.com

Bibliografia

1. L. De Luca, P. Fockens. Endosonography of large gastric folds. *Techniques in Gastrointestinal Endoscopy* 2000; 2: 79-83.
2. G. Caletti, P. Fusaroli, T. Togliani, P. Bocus, E. Roda. Endosonography in gastric lymphoma and large gastric folds. *European Journal of Ultrasound* 2000; 11: 31-40.
3. Y. Songür, T. Okai, H. Watanabe, Y. Motoo, N. Sawabu. Endosonographic evaluation of giant gastric folds. *Gastrointestinal Endoscopy* 1995; 41: 468-474.
4. D. Tsurumaru, S. Masunari et al. protein-losing gastropathy with hypertrophic gastric folds: endosonographic findings. *J Clin ultrasound* 2008; 36: 35-38.
5. J. M. Ramia, E. Sancho, O. Lozano, J. M. Santos, F. Domínguez. Enfermedad de Ménétrier y cáncer gástrico. *Cir Esp* 2007; 81: 153-4.