

Uma causa inesperada de lesão submucosal gástrica

An unexpected cause of gastric submucosal lesion

Rachid Guimarães Nagem¹

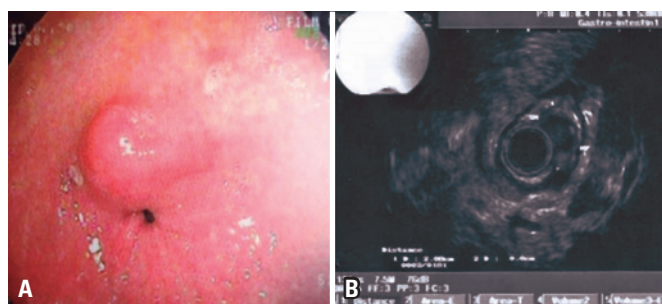


Figura 1. (A) Endoscopia mostrando protrusão do antro gástrico adjacente ao píloro. (B) Ultrassom endoscópico interpretando a lesão como compatível com tumor estromal gastrointestinal, sendo, porém recomendada a tomografia computadorizada

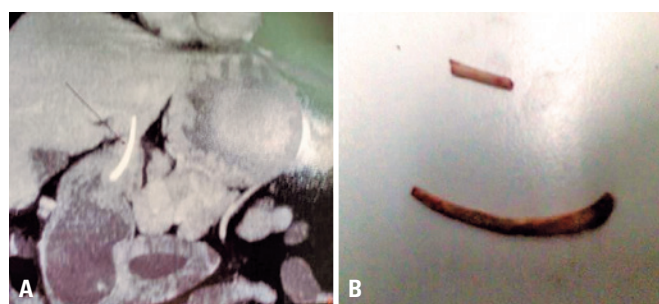


Figura 2. (A) Tomografia computadorizada de abdome mostrando lesão envolvendo o estômago e fígado. (B) Corpo estranho ingerido: osso de frango

Paciente assintomático, 52 anos de idade, que realizou seguimento endoscópico para esôfago de Barrett. O exame revelou prolapso de 1,5cm no antro gástrico (Figura 1A). O paciente foi encaminhado à ultrassonografia endoscópica, que considerou a lesão como tumor estromal gastrointestinal (Figura 1B), porém não típico, e sugeriu-se proceder à tomografia computadorizada (TC) do abdome. A TC revelou lesão heterogênea, envolvendo o antro gástrico e o segmento esquerdo lateral do fígado (Figura 2A). A laparotomia exploratória demonstrou que a lesão se tratava de osso de frango (Figura 2B). Não se observaram intercorrências no pós-operatório, com exceção de infecção supurativa no local da cirurgia.

As lesões submucosas gástricas são normalmente mesenquimais na origem e incluem tumor estromal gastrointestinal, leiomiomas, leiomiossarcomas, tumores neuroendócrino e schwannomas.⁽¹⁾ Atualmente, a ultrassonografia endoscópica é considerada a abordagem padrão

para avaliar lesões intramurais gástricas.⁽²⁾ Os tumores estromal gastrointestinal podem se originarem em qualquer parte do trato gastrointestinal. No caso de tumores estromais gástricos (60% de todos os tumores estromal gastrointestinal), recomenda-se a ressecção cirúrgica. Pequenos tumores (<2cm) sem sinais de malignidade (ulcerações, sangramento, margem irregular, necrose e mudança cística) podem ser tratados com vigilância ativa, apesar da existência de potencial para malignidade em qualquer tumor estromal gastrointestinal, independente do tamanho.^(1,3-5)

No entanto, a perfuração do trato digestivo causada por ingestão de corpo estranho é rara. A maioria destes corpos estranhos passam pelo trato digestivo, e menos de 1% deles causam perfuração.⁽⁶⁾ Por motivos desconhecidos, alguns deles perfuram a parede gástrica e alojam-se no lobo esquerdo do fígado.⁽⁷⁾ A remoção pode ser feita via endoscópica, laparoscópica e laparotômica. É importante mencionar que a ingestão de corpos estranhos ocorre com frequência em pessoas que utilizam prótese dentária, como era o caso de nosso paciente.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Autor correspondente: Rachid Guimarães Nagem – Rua Gonçalves Dias, 332, sala 1.001 – CEP: 30140-090 – Belo Horizonte, MG, Brasil – Tel.: (31) 3214-0141 – E-mail: rgnagem@gmail.com

Data de submissão: 3/6/2016 – Data de aceite: 18/8/2016

DOI: 10.1590/S1679-45082017A13772

As próteses restringem a sensibilidade oral. Tais próteses podem não só ser engolidas, como também facilitar a deglutição de corpos estranhos.^(7,8)

REFERÊNCIAS

1. Vernuccio F, Taibbi A, Picone D, La Grutta L, Midiri M, Lagalla R, et al. Imaging of gastrointestinal stromal tumors: from diagnosis to evaluation of therapeutic response. *Anticancer Res.* 2016;36(6):2639-48. Review.
2. Papanikolaou IS, Triantafyllou K, Kourikou A, Rösch T. Endoscopic ultrasonography for gastric submucosal lesions. *World J Gastrointest Endosc.* 2011;3(5):86-94.
3. Koo DH, Ryu MH, Kim KM, Yang HK, Sawaki A, Hirota S, et al. Asian Consensus Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastrointestinal Stromal Tumor. *Cancer Res Treat.* 2016;48(4):1155-66.
4. von Mehren M, Randall RL, Benjamin RS, Boles S, Bui MM, Conrad EU 3rd, et al. Soft Tissue Sarcoma, Version 2.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2016;14(6):758-86.
5. SMO/European Sarcoma Network Working Group. Gastrointestinal stromal tumours: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2014;25 Suppl 3:iii21-6. Erratum in: *Ann Oncol.* 2015;26 Suppl 5:v174-7.
6. Kuzmich S, Burke CJ, Harvey CJ, Kuzmich T, Andrews J, Reading N, et al. Perforation of gastrointestinal tract by poorly conspicuous ingested foreign bodies: radiological diagnosis. *Br J Radiol.* 2015;88(1050):20150086. Review.
7. Maglinte DD, Taylor SD, Ng AC. Gastrointestinal perforation by chicken bones. *Radiology.* 1979;130(3):597-9.
8. Velitchkov NG, Grigorov GI, Losano JE, Kjossev KT. Ingested foreign bodies of the gastrointestinal tract: retrospective analysis of 542 cases. *World J Surg.* 1996;20(8):1001-5.