

Gastrite cística poliposa profunda primária em antro gástrico: Relato de caso



<https://doi.org/10.56238/medfocoexplconheci-020>

Lucas Luiz Fitipaldi Ferreira

Médico Paliativista pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Marília, São Paulo. Graduação em Medicina pelo Centro Universitário de Maringá (Unicesumar).

Lizandra Couto Raymundo

Médica Residente de Clínica Médica pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, Paraná. Graduação em Medicina pelo Centro Universitário de Maringá (Unicesumar).

Laura Santana de Oliveira

Estudante do internato do curso de graduação em Medicina pelo Centro Universitário de Maringá (UniCesumar).

Bruna Muller Cardoso

Possui graduação em Farmácia pela Universidade do Oeste Paulista (2004), Habilitação em Análises Clínicas pela Universidade Estadual de Maringá (2006) mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá (2012) e doutorado em Programa de Pós - Graduação em Biociências e Fisiopatologia pela Universidade Estadual de Maringá (2016). Atualmente é

professora da disciplina de Bases Patológicas do curso de Medicina da Unicesumar, atuando principalmente nos seguintes temas: Neoplasia, Inflamação e Cicatrização.

RESUMO

A gastrite cística poliposa profunda é um processo patológico relativamente raro, de curso benigno, caracterizado por hiperplasia polipóide e dilatação cística das glândulas gástricas ao longo da camada submucosa do estômago ou por uma resposta adaptativa intracelular, desde uma hiperplasia a metaplasia, a partir do acometimento da camada muscular própria da túnica mucosa gástrica por um fator lesivo. O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de uma paciente submetida a uma gastrectomia de uma massa em antro gástrico com suspeita diagnóstica de tumor gastrointestinal. O prontuário fora adquirido com permissão prévia da paciente e do laboratório de patologia e citologia onde fora atendida, e por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A conclusão do presente estudo almeja descrever uma síndrome rara, com escassez de estudos a seu respeito em literatura.

Palavras-chave: Gastrite cística, Diagnóstico, Patologia.

1 INTRODUÇÃO

A gastrite cística poliposa profunda é um processo patológico relativamente raro, de curso benigno, caracterizado por hiperplasia polipóide e dilatação cística das glândulas gástricas ao longo da camada submucosa do estômago ou por uma resposta adaptativa intracelular, desde uma hiperplasia a metaplasia, a partir do acometimento da camada muscular própria da túnica mucosa gástrica por um fator lesivo. Essa condição histopatológica pode apresentar-se clinicamente com sintomas gastrointestinais como, dor abdominal superior, refluxo ácido, náuseas, anorexia ou sangramento, embora alguns pacientes possam permanecer assintomáticos. A gastrite cística poliposa profunda possui a potencialidade de deflagar uma hemorragia gastrointestinal e obstrução da saída gástrica em alguns casos clínicos. Geralmente emerge como dobras gástricas gigantes, tumores submucosos ou pólipos e tipicamente ocorre em locais anastomóticos de intervenções cirúrgicas prévias ^{[1] [2] [3] [4] [5]}



[6]. Há respaldo na literatura científica da eclosão e desenvolvimento da gastrite cística poliposa profunda em pacientes sem história de cirurgia gástrica, todavia é extremamente raro perante perspectiva epidemiológica [7].

A etiologia e a patogênese da gastrite cística poliposa profunda é pouco compreendida, um tanto quanto obscura perante a ciência [6] [8]. O fator de risco mais importante é história de cirurgia gástrica prévia [10] [11]. Como fatores lesivos exógenos desencadeadores dessa patologia, destaca-se a inflamação, a isquemia, cirurgia gástrica pregressa e a presença de materiais estranhos [9]. Não há consenso sobre o manejo dessas lesões; intervenções cirúrgicas têm variado de simples excisões submucosas à gastrectomia total [11].

A gastrite cística poliposa profunda é considerada uma lesão pré-cancerosa, com capacidade de resultar em conformações tumorigênicas fenotípicas distintas, desde um carcinoma neuroendócrino a um adenocarcinoma. Câncer de coto gástrico após gastrectomia distal é a única entidade clínica com relativamente poucos casos relatados na literatura, com o aparecimento do mesmo na região circunjacente a anastomose cirúrgica. Acredita-se que sua expressão está diretamente interligada aos efeitos em longo prazo da regurgitação gástrica de natureza ácida [16] [17]. O carcinoma neuroendócrino é um tipo raro de neoplasia, altamente progressivo e associado a um prognóstico reservado. A carcinogênese desse tumor maligno ainda precisa ser determinada [12] [13] [14]. O adenocarcinoma pode surgir, inclusive, em até 50 anos após gastrojejunostomia [15].

O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de uma paciente submetida a uma gastrectomia de uma massa em antro gástrico com suspeita diagnóstica de tumor gastrointestinal

2 APRESENTAÇÕES DO CASO

Paciente do sexo feminino, com 41 anos de idade, fora submetida no dia 13 de dezembro de 2016 a uma gastrectomia para ressecção cirúrgica de uma lesão em massa em antro gástrico, com suspeita diagnóstica de tumor gastrointestinal. A análise anatomopatológica da amostra do tecido biológico evidenciou, em termos macroscópicos, produto medindo 21,0 cm no maior eixo e 8,90 cm na maior largura com camada serosa de aspecto rugoso e pardacento. Na abertura da lesão gástrica, constatou-se lesão cística sobrelevada, finamente granulosa de colorido acastanhado e consistência elástica, medindo 4,50 x 3,30 x 3,10 cm, à abertura é preenchida por líquido transparente, a parede mede 0,20 cm de espessura e a superfície interna é lisa de cor branca, localizada no antro gástrico e distando 1,80 cm da margem cirúrgica. No restante a túnica mucosa gástrica apresenta pregueamento preservado de coloração pardo-esbranquiçada, sem demais particularidades macroscópicas. Margens cirúrgicas demarcadas no exame macroscópico com “Davidson Marking System Tissue dye” de cor azul.

Fragments representativos foram direcionados ao exame histológico:



- A – Lesão: 10 blocos com múltiplos fragmentos.
- B – Margem próxima da lesão: 01 bloco com múltiplos fragmentos.
- C – Margem circunferencial: 02 blocos com 02 fragmentos.
- D – Camada mucosa gástrica com 02 blocos com múltiplos fragmentos.

Imagem: Massa em antro gástrico com suspeita diagnóstica de tumor gastrointestinal pós-gastrectomia.



A conclusão da microscopia, após análise criteriosa dos fragmentos do tecido histológico, permite o seguinte parecer: formações císticas em lâmina própria e na camada muscular própria da mucosa gástrica medindo 4,50 cm; margem cirúrgica livre; margem circunferencial livre e túnica mucosa gástrica com discreto infiltrado inflamatório crônico. Portanto, a principal possibilidade diagnóstica é gastrite cística poliposa profunda, complementada posteriormente com teste imunohistoquímico.

3 DISCUSSÃO

Na conformação morfológica da gastrite cística poliposa profunda indica-se uma reação displásica epitelial leve ou moderada e dilatação cística das glândulas gástricas na camada submucosa e na lâmina própria da túnica mucosa, circundada pela infiltração de células inflamatórias [7]. No presente estudo, houve uma semelhança nas características histopatológicas, como a presença do infiltrado inflamatório crônico na mucosa gástrica do antro e a formação cística em lâmina própria, no



entanto, também se verificou o acometimento da camada muscular própria da túnica mucosa do estômago.

A gastrite cística poliposa é uma doença gástrica rara e inflamatória da camada mucosa ou submucosa gástrica. Como mostrado em estudos anteriores à gastrite cística poliposa ocorre principalmente após gastrectomia e tem uma correlação significativa com o início câncer gástrica [10] [11]. Embora pouco provável, a mesma pode-se desenvolver na ausência de cicatriz cirúrgica prévia, sendo designada como primária, como fora o caso da paciente em questão.

Em uma primeira instância a principal suspeita diagnóstica era de tumor gastrointestinal estromal, os quais exibem ampla variabilidade histopatológica, desde pequenos nódulos serosos ou intramurais a grandes massas neoplásicas com componentes variáveis intraluminais, intramurais e externos. Histologicamente, esses tumores têm um largo espectro de apresentação celular, indo de hipocelular a densamente celularizado com elevada taxa mitótica. A maioria dos tumores gastrointestinais estromais é constituída por células fusiformes, mas aproximadamente 20-25% têm morfologia epitelióide [18], o que justifica a capacidade da gastrite cística poliposa profunda em mimetizar o processo de tumorigênese.

A presença das células fusiformes esclerosantes é comumente vista tumores gastrointestinais pequenos e incidentais. Esses neoplasmas têm baixa celularidade com alto teor de matriz extracelular colagenosa, às vezes com calcificação. A morfologia palaciada-vacuolizada é a mais comum nos tumores gastrointestinais estromais. Estes têm vacuolização perinuclear e paliçamento nuclear. Os tumores gástricos epitelioides têm um espectro de esclerosante e paucicelular para sarcomatoso e mitoticamente ativo. Alguns exemplos são anexados apenas ao estômago por intermédio de um pedículo estreito. Neoplasmas de grandes dimensões são frequentemente císticas, dificultando o diagnóstico diferencial com a gastrite cística poliposa profunda. No entanto, em seccionamento, o tecido biológico é tipicamente rosado-bronzeado, e pode ser hemorrágico [18]. No caso em questão, a formação cística em antro gástrico apresentava coloração acastanhada, semelhante à encontrada nos tumores gastrointestinais estromais, preenchida com exsudato seroso e de consistência fibroelástica, diferenciando-a da hipótese diagnóstica inicial. Outro dado importante é a ausência de formação pedicular, a lesão estava sobrelevada na parede antral gástrica.

4 COMENTÁRIOS FINAIS

O presente estudo almeja descrever uma síndrome rara, com escassez de estudos a seu respeito em literatura. O acompanhamento desses pacientes deve ser feito com frequência para obter o diagnóstico precoce e a melhoria na qualidade de vida.



REFERÊNCIAS

- Littler ER, Gleibermann E. Gastritis cystica polyposa. *Cancer*, 1972;29(1),205-209.
- Itte V, Mallick IH, Moore PJ. Massive gastrointestinal haemorrhage due to gastritis cystica profunda. *Cases J* 2008,1(1):85.
- Kurland J, DuBois S, Behling C, Savides T. Severe upperGI bleed caused by gastritis cystica profunda. *Gastrointest Endosc*. 2006, 63(12): 716-717.
- Matsumoto T, Wada M, Imai Y, et al. A rare cause of gastric outlet obstruction: gastritis cystica profunda accompanied by adenocarcinoma. *Endoscopy*. 2012; 44(2):138-139.
- Yu X, Guo L, Chen S. Gastritis cystica profunda in a previously unoperated stomach: A case report. *World J Gastroenterol*. 2015, 21(12): 3759–3762.
- Butt MO, Luck NH, Hassan SM, Abbas Z, Mubarak M. Gastritis profunda cystica presenting as gastric outlet obstruction and mimicking cancer: A case report. *Journal of Translational Internal Medicine*. 2015;3(1):35-37.
- Gong S, Wu Z, Xu S, et al. Imaging, endoscopy, and pathologic findings of primary gastritis cystica polyposa: description of a rare entity in a small case series. *Abdominal Radiology*. 2016;41(11), 2095–2101.
- Kusunoki R, Fujishiro H, Onoda Y, et al. Large-cell neuroendocrine carcinoma arising from a gastritis cystica polyposa. *Clinical Journal of Gastroenterology*. 2017;11(2),133–137.
- Franzin G, Novelli P. Gastritis cystica profunda. *Histopathology*. 1981;5(5):535-47.
- Fonde EC, Rodning CB. Gastritis cystica profunda. *Am J Gastroenterol*. 1986;81:459-464.
- LiJ ler ER, Gleibermann E. Gastritis cystica polyposa. (Gastric mucosal prolapse at gastroenterostomy site, with cystic and infiltrative epithelial hyperplasia). *Cancer*. 1972;29:205-209.
- Kondo K, Kojima H, Akiyama S, et al. Pathogenesis of adenocarcinoma induced by gastrojejunostomy in Wistar rats: role of duodenogastric reflux. *Carcinogenesis*. 1995;16(8):1747–1751.
- Bogomoletz WV, Potet F, Barge J, et al. Pathological features and mucin histochemistry of primary gastric stump carcinoma associated with gastritis cystica polyposa. A study of six cases. *Am J Surg Pathol*. 1985;9(6):401–410.
- Kusunoki R, Fujishiro H, Onoda Y, et al. Large-cell neuroendocrine carcinoma arising from a gastritis cystica polyposa. *Clinical Journal of Gastroenterology*, 2017;11(2),133–137.
- Namikawa, T., Kawanishi, Y., Fujisawa, K., et al. Gastric adenocarcinoma at the anastomotic site 50 years after gastrojejunostomy: A case report. *Molecular and Clinical Oncology*. 2017;7(2), 249-251.
- Namikawa T, Kitagawa H, Iwabu J, et al. Tumors arising at previous anastomotic site may have poor prognosis in patients with gastric stump cancer following gastrectomy. *J Gastrointest Surg*, 2010;14(12), 1923-1930.
- Tanigawa N, Nomura E, Niki M, et al. Clinical study to identify specific characteristics of cancer newly developed in the remnant stomach. *Gastric Cancer*, 2002: 5(2), 23-28.



Miettinen M., Lasota J. Histopathology of gastrointestinal stromal tumor. Journal of Surgical Oncology,2011:104(8), 865–873.