



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 13 • Junho 2010

Duplicação Gástrica

Nunes S.¹, Campos J. C.¹, Cunha M.¹, M. Silva², Martinho F.¹

¹Serviço de Cirurgia II (Dir.: Dr. Fernando Martinho);

²Serviço de Anatomia Patológica (Dir.: Dr^a. Fernanda Xavier da Cunha)

Hospitais da Universidade de Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

As duplicações do tubo digestivo são muito raras, sendo as duplicações gástricas ainda mais excepcionais (2 a 7 % do total das duplicações GI). São consideradas anomalias congénitas, diagnosticadas principalmente nos primeiros anos de vida. Raramente o diagnóstico é feito na idade adulta. As duplicações gástricas podem ser tubulares ou quísticas com sintomatologia inespecífica. São mais frequentes no sexo feminino (♀:♂ = 2:1) e de localização preferencial na grande curvatura (1).

Em 1959 Rowling definiu os seguintes critérios de diagnóstico de duplicação gástrica (1):

- quisto em continuidade com a parede gástrica;
- parede do quisto contendo músculo liso em continuação com camada muscular gástrica;
- quisto revestido por epitélio do tubo digestivo.

CASO CLÍNICO

Doente sexo feminino, 46 anos, raça caucasiana seguida em consulta por um quadro clínico caracterizado por epigastralgias, enfartamento pós-prandial e vómitos alimentares esporádicos com 6 meses de evolução. Negando perdas hemáticas visíveis, astenia, anorexia, emagrecimento e alterações do trânsito intestinal.

Antecedentes pessoais e familiares irrelevantes.

Ao exame objectivo apresentava-se consciente, orientada e colaborante. Anictérica, mucosas coradas e hidratadas, apirética e normotensa. Abdómen doloroso à palpação profunda da região epigástrica, sem sinais de irritação peritoneal e sem massas palpáveis ou organomegalias.

Analiticamente sem alterações significativas.

A endoscopia digestiva alta não revelou alterações.

A TAC abdominal evidenciou a nível da região epigástrica, junto à parede gástrica e em íntima relação com esta a existência de uma estrutura com 3,0 cm de diâmetro e com 6,5 cm de extensão, não captando contraste admitindo tratar-se de quisto de duplicação (fig.1).

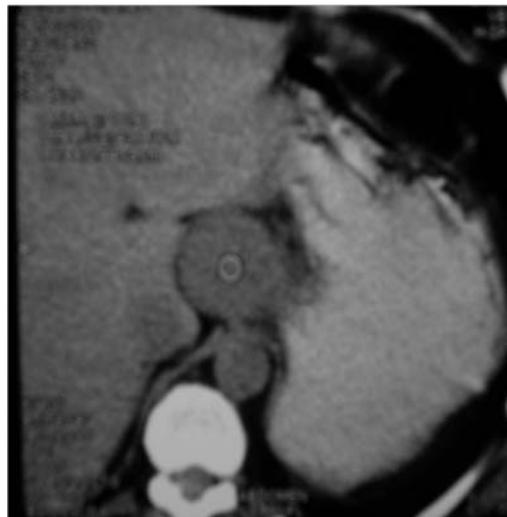


Fig. 1



A ecoendoscopia revelou formação quística, de conteúdo hipocogénico adjacente à parede gástrica, a nível da pequena curvatura com 6x6 cm. Foi realizada punção aspirativa que foi inconclusiva.

Perante a hipótese diagnóstica de duplicação gástrica procedeu-se a uma laparotomia exploradora, tendo-se constatado lesão adjacente à pequena curvatura gástrica, quística, não comunicando com o lúmen gástrico. Procedeu-se à excisão local da lesão (fig.2).

O estudo anátomo-patológico revelou tratar-se de quisto ciliado do intestino anterior (quisto de duplicação).

O pós-operatório decorreu sem incidentes. A doente já foi observada em consulta de follow-up encontrando-se assintomática.

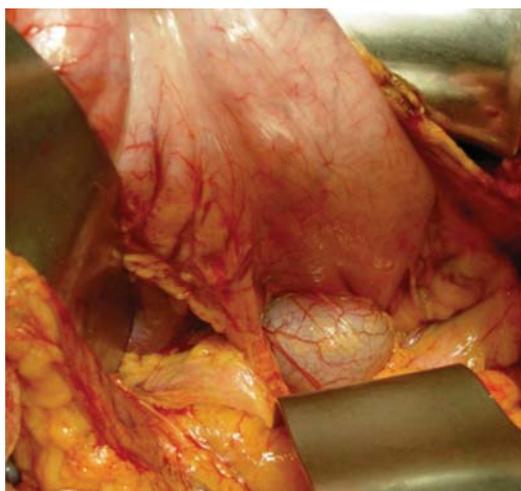


Fig. 2

DISCUSSÃO

As duplicações podem ser encontradas em todo o aparelho digestivo, desde a boca até ao ânus, sendo o íleon o segmento mais afectado. São muito variáveis em tamanho e podem comunicar com o aparelho gastrointestinal (2).

As duplicações gástricas são das mais raras do aparelho digestivo (4 a 7%), sendo as mais comuns a nível da grande curvatura, seguindo-se a parede posterior, a pequena curvatura, a parede anterior e o piloro (3).

As duplicações esféricas ocorrem mais no esófago e porção proximal do aparelho digestivo e normalmente

não são comunicantes. As duplicações tubulares (menos frequentes) ocorrem 1/3 dos casos e comunicam frequentemente com o aparelho intestinal adjacente (2).

O revestimento mucoso é muito variável. Pode ser idêntico à mucosa do segmento do aparelho gastrointestinal adjacente, particularmente quando existe comunicação, ou pode ser semelhante a qualquer outro segmento do mesmo aparelho, ou pode mesmo ter mucosa do aparelho respiratório (2).

As duplicações têm origem a partir de distúrbios no desenvolvimento embrionário do aparelho gastrointestinal, tendo sido propostas várias teorias para explicar o seu aparecimento. Segundo Bremer às seis semanas do desenvolvimento embrionário o lúmen do intestino é ocluído pela rápida proliferação de células epiteliais.

Consequentemente, surgem vacúolos que no seu desenvolvimento natural coalescem e formam um novo lúmen. A persistência de um destes vacúolos separada do lúmen forma uma duplicação, sendo a duplicação o resultado da recanalização de um lúmen aberrante – divertículo, o que explicaria as formas esféricas, mas não as tubulares (2, 4, 5). Contra esta teoria existe o facto de que as duplicações ocorrem no bordo mesentérico, enquanto as formações epiteliais se situam em toda a circunferência do intestino. A sua teoria também não explica a possibilidade de existir um septo entre a duplicação e o órgão normal, além de possuir camada muscular (2). Segundo Bentley as duplicações são explicadas pela persistência do canal neuroentérico (orifício transitório que comunica no embrião a ectoderme com a endoderme) este defeito embriológico seria responsável por outras anomalias vertebrais que estão associadas. Mellish e Koop sugeriram o envolvimento de factores como trauma, hipoxia e desenvolvimento fetal prematuro como sendo responsáveis por múltiplas duplicações encontradas em associação com outras anomalias, tais como malrotação ou atresia (2).

Nos adultos tem sido descrita transformação maligna das duplicações, sendo consideradas lesões benignas nas crianças (2).



A sintomatologia é variável e inespecífica. Os sintomas mais frequentes são a dor, síndrome obstrutiva, hemorragia e anemia (resultado da ulceração péptica da mucosa). A dor pode ser resultado do aumento de tensão intraquística, ulceração da mucosa gástrica, compromisso vascular (3).

Os diagnósticos diferenciais mais frequentes são o divertículo gástrico, leiomioma gástrico, cistadenoma do pâncreas, pseudoquisto pancreático, tumor suprarrenal esquerda e quisto mesentérico.

O diagnóstico definitivo é baseado na combinação

dos achados imagiológicos pré-operatórios, achados per-operatórios e estudo anatomo-patológico.

Existem casos descritos na literatura de transformação maligna destas lesões em adultos (5). Uma das hipóteses consideradas para transformação maligna é de que o epitélio imaturo produza antigénios oncofetais (6).

O tratamento preconizado é cirúrgico, não existindo uma técnica standart. Recomenda-se excisão completa da duplicação.

O prognóstico destas lesões é bom.

REFERÊNCIAS

1. Ch. Glaser, V Kuzinkovas, Ch. Maurer, A Glatli; W.G. Mouton, H.U. Baer. A large duplication cyst of the stomach in an adult presenting as pancreatic pseudocyst. *Digestive Surgery* 1998; 15 (6): 703 – 706
2. Ivânia Itália Salvador, Manoel E. S.Modelli, Célio Rodrigues Pereira. Duplicação de cólon: relato de caso e revisão de literatura. *Jornal Pediatría (Rio J)* 1996; 72 (4); 254-257
3. Agha FP, Gabriele OF, Abdulla FH. Complete gastric duplication. *AJR Am J Roentgenol*, 1981; 137: 406-407
4. G W Holcomb, 3rd, A Gheissari, J A O'Neill, Jr, N A Shorter, and H C Bishop. Surgical management of alimentary tract duplications. *Ann Surg.* 1989 February; 209 (2); 167-174
5. K. Kuraoka, H. Nakayama, T. Kagowa, T. Ichikawa, W. Yasui. Adenocarcinoma arising from a gastric duplication cyst with invasion to the stomach: a case report with literature review *Journal of Clinical Pathology* 2004; 57:428 - 431
6. X B D' Journo, V Moutardier, O Turrini, J Guiramand, B Lelong, C Pesenti, G Monges, M Giovannini, J R Delpero. Gastric duplication in na adult mimicking mucinous cystadenoma of pâncreas. *Journal of Clinical Pathology*, 2004 November; 57(11); 1215-1218

Contactos:

DR.ª SOFIA NUNES

Hospitais da Universidade de Coimbra – Serviço de Cirurgia II

sofiabeato@hotmail.com

