

# GASTROPATIAS

Nesse artigo abordaremos as gastropatias. Definições, principais etiologias, diagnóstico e terapêutica.

Tabela 1

GASTROPATIAS
<b>Reativa (química)</b>
Refluxo biliar Alcoól AINES Sais de Ferro Outros agentes (Alendronato, fosfato)
<b>Vascular</b>
Hipertensão portal (Congestiva) GAVE (Ectasia Vascular Antral Gástrica)
<b>Isquêmica</b>
Trauma, prolapso Queimadura Sepse Hipovolemia Cocaína

Gastropatia refere-se a dano e regeneração de células epiteliais com ou sem mínimo processo inflamatório. As causas de maior destaque estão expostas na Tabela 1:

Depois de muitas tentativas de padronizar a classificação histológica das gastropatias; ainda hoje vemos divergências de opiniões, a classificação de Sydney atualizada tem se mostrado a mais reconhecida e amplamente utilizada na atualidade. Ela classifica as lesões em termos de morfologia, topografia e possíveis etiologias (aguda, crônica ou específica).

Para avaliar a etiologia uma história completa é necessária, avaliando o uso de

medicamentos, histórico cirurgias prévias e fatores de risco.

## Reativa e Isquêmica

As gastropatias erosivas hemorrágicas agudas são caracterizadas por desenvolvimento de hemorragia e erosão após exposição da mucosa a algum agente

agressor ou por baixa perfusão - Figura 1.

As lesões na superfície do epitélio costumam estar associadas a uma perda na barreira mucosa que pode ocorrer por dano direto: refluxo biliar, uso de AINE, abuso de álcool, alendronato, sais de ferro; por isquemia da mucosa com hipóxia do tecido: sepse, queimaduras, uso de cocaína, trauma ou pela associação das duas

Figura 1



[https://www.google.com/url?sa=i&rcit=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=2ahUKEwiz-5-Ctp\\_kAhVcHrkGHQT2AJsQjRx6BAgBEAQ&url=https%3A%2F%2Fwww](https://www.google.com/url?sa=i&rcit=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=2ahUKEwiz-5-Ctp_kAhVcHrkGHQT2AJsQjRx6BAgBEAQ&url=https%3A%2F%2Fwww)

condições como em alguns agentes antineoplásicos. Nos casos de TCE pode ocorrer um aumento na produção de gastrina, o que aumentaria a secreção ácida causando lesão direta.

A ruptura da barreira de proteção gástrica permite que o fator agressor penetre até a lâmina própria causando danos a vasculatura, estimulando nervos, liberando histamina e outros mediadores inflamatórios. O dano tecidual aumenta após a reperfusão com liberação de radicais livres e infiltração de neutrófilos. Nos casos específicos de AINE o dano ainda é aumentado pela diminuição das prostaglandinas (que atuam na estimulação da barreira protetora de muco e bicarbonato).

Clinicamente pode se apresentar como dor abdominal, pirose, náusea, vômito e hematêmese. O sangramento pode ocorrer de 3 a 10 dias do evento agressor e pode variar de sangue oculto nas fezes até a sangramento massivo.

Na endoscopia pode se visualizar, geralmente, hemorragia petequial difusa e aparecimento de pequenas erosões vermelhas ou pretas. Úlceras de estresse usualmente ocorrem no fundo, próximo a transição esofagogástrica, e se espalham distalmente; mas seguem confinadas a fundo e corpo. Entretanto as lesões por AINE e álcool envolvem todo o estômago desde o início, apesar das alterações ficarem mais

evidentes em antro. As erosões nessas condições costumam ser mais facilmente reepitelizadas que nas gastropatias isquêmicas. Algumas outras condições tem suas particularidades como exposto na tabela 2.

Tabela 2	
AGENTES AGRESSORES	PARTICULARIDADES
Álcool	Efeito tóxico direto. Retardo no esvaziamento gástrico. Causa dano de mucosa somente se concentração de álcool for maior que 10%.
AINE	Diminui prostaglandinas (barreira protetora). Uso com IBP pode estar associado a enteropatia relacionada a AINE.
Quimioterápico	Multifatorial: Lesão direta da mucosa, associado por vômito, imunossupressão.
Sais de Ferro	Necrose de mucosa, erosão e úlcera. Pigmento marrom pode cobrir as lesões.
Cocaina	Ativação dos receptores mesentéricos alfa-adrenérgico levando a vasoconstrição e isquemia.
Preparos para colonoscopia a base de sódio	Associado a gastropatia hemorrágica aguda

O tratamento das gastropatias hemorrágicas erosivas agudas deve incluir o afastamento do fator agressor/ condição desencadeante; o uso de IBP e terapêutica específica para lesão focal.

### **Gastropatia Reativa:**

A exposição por longos períodos a agentes agressores da mucosa pode levar a alterações da mesma (discreta inflamação, graus variados de hiperplasia foveolar, edema, proliferação de musculatura lisa da lâmina própria, congestão e dilatação vascular). O uso crônico de AINE, alendronato ou refluxo biliar são as principais causas desta condição.

Incompetência do piloro, motilidade duodenal alterada ou estoma podem acarretar refluxo biliar levando a dor abdominal, vômito bilioso e perda de peso; conhecido como gastropatia do refluxo biliar. Podem sofrer alterações adaptativas na maioria dos casos, porém em alguns casos pode acarretar erosões e úlceras. O tratamento definitivo

geralmente é cirúrgico (revisão de Y de Roux), que melhora os sintomas em 50-90% dos casos. O uso crônico de AINE obedece ao mesmo padrão de adaptabilidade e quando esta não ocorre o paciente pode apresentar sangramento por erosões ou úlceras.

## Vascular

A gastropatia hipertensiva portal (GHP) ocorre geralmente associada a cirrose ou trombose de veia porta. A hipertensão portal nessas situações geram um aumento do fluxo sanguíneo que irrigam os vasos gástricos - Figura 6. A gravidade da GHP está relacionada a pressão portal, o grau de resistência vascular hepática e o grau de redução da perfusão hepática. [12x]. É comum que o diagnóstico da GHP ocorra durante endoscopia de rastreamento para varizes de esôfago. No entanto pode ocorrer sangramento crônico em 3-60% dos casos e sangramento agudo em 2 -12%. Os achados endoscópicos são caracterizados por enantema associado a fino rendilhado branco sobreposto dando a aparência de pele de cobra [17x], pode também ocorrer *red spots* ou *black/brown spots* [14x]. Sua localização costuma ser em fundo e corpo proximal mas pode se estender para antro. Casos de GHP leve podem mimetizar outras condições e

Figura 6



[https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=2ahUKEwiG-7nltP\\_kAhXSFLkGHYovBNwQj](https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=2ahUKEwiG-7nltP_kAhXSFLkGHYovBNwQj)

então a realização de biópsias poderia ajudar no diagnóstico (sempre atentar a coagulopatia). Casos mais graves costumam cursar com hemorragias subepiteliais e aumento da vasculatura semelhante a angioma. O tratamento [1x,2x] na profilaxia primária consiste em beta bloqueador não seletivo para manter uma frequência cardíaca (FC) em torno de

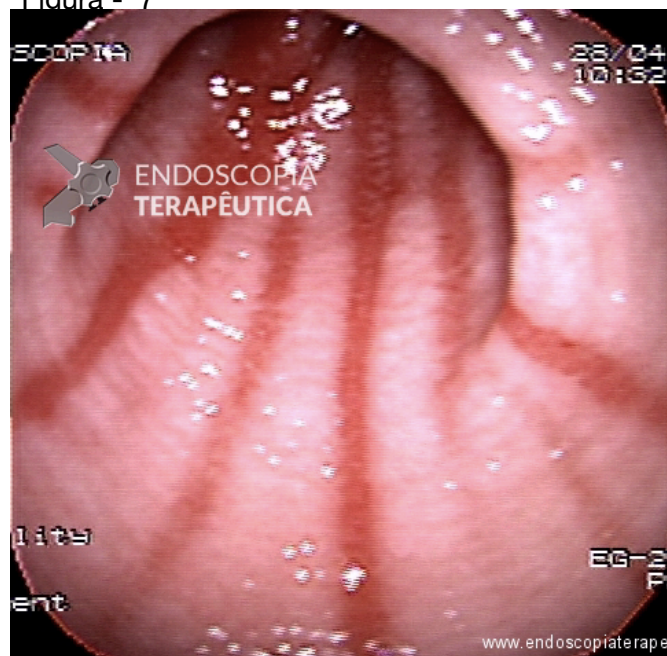
50-55 bpm. Em casos de sangramento crônico deve-se repor ferro e se houver uma queda de hemoglobina abaixo de 7 deve ser realizada transfusão. Nos casos de sangramento agudo deve ser lançado mão de droga vasoativa (Octreotide por 2 dias, ou Somatostatina por 3 dias, ou Terlipressina 2-5 dias), ressuscitação volêmica, manter a hemoglobina entre 7-8 nos cirróticos, os portadores de cirrose também devem receber antibiótico profilaxia para PBE. Em pacientes refratários pode ser lançado mão de TIPS, *shunt* cirúrgico ou transplante hepático.

A ectasia vascular antral gástrica

(EVGA) -

Figura 7 - é condição rara de sangramento crônico levando a anemia e algumas vezes melena. Ocorre na EVGA dilatação de pequenos vasos da região antral. Apesar de sua etiologia não ser bem definida pode estar associada a cirrose, doenças autoimunes, insuficiência renal crônica, cardiopatia isquêmica ou transplante de medula óssea. Na histologia nota-se ectasia vascular, além de trombos, proliferação

Figura - 7



celular e fibro-hialinização [34s]. Ela costuma ocorrer na região antral e ter manchas vermelhas mais definidas, podendo ter aparência de estômago em melância. O tratamento consiste na ablação das lesões com plasma de argônio, *bases*, *hater probe* e outros.

Apesar de condições comuns as gastropatias tem diversas etiologias. Assim exigem atenção para os diagnósticos diferenciais já que o tratamento é específico para cada condição.

Otávio Marcos da Silva

Especialista em Clínica Médica pelo Hospital Regional Homero de Miranda Gomes

Residente de Gastroenterologia - HU UFSC

Formado pela Universidade Federal de Santa Catarina

22 de agosto de 2019

#### Abreviações:

OLGA - Operative Link for Gastritis Assessment

OLGIM - Operative Link for Gastric Intestinal Metaplasia

H. Pylori - *Helicobacter pylori*

IBP - Inibidor de bomba de prótons

MALT - Linfoma do Tecido Linfóide associado a Mucosa

TCE - Traumatismo Crânio Encefálico

PBE - Peritonite Bacteriana Espontânea

TIPS - Shunt Portosistêmico Intrahepático Transjugular

#### Referências

Aguardarei a correção do texto para colocar as referências para não ter que ficar trocando a ordem das mesmas. Por isso você no texto esses [x]