

Caso Endoscópico

Fernando Pereira¹

Neste número vimos apresentar a situação clínica de uma criança de três anos e meio do sexo masculino, raça caucasiana, primeiro gémeo de gravidez gemelar de 34 semanas e que nasceu com diversas malformações. Onfalocelo e divertículo de Meckel que foram operados no primeiro dia de vida, criptorquidia, comunicação interventricular. O seu estudo genético revelou tratar-se de uma trissomia 8 em mosaico.

Sem antecedentes familiares relevantes e sem consanguinidade dos pais.

A criança teve um atraso do desenvolvimento psicomotor, com evolução ponderal abaixo do percentil 5.

No dia do internamento teve vômito alimentar a que se seguiu episódio de hematemeses abundante recorrendo ao serviço de urgência.

A sua observação mostrou criança com razoável estado geral, com acentuada palidez da pele e mucosas, com sinais vitais normais, auscultação pulmonar e cardíaca sem alterações aparentes e abdómen mole e depressível, sem áreas dolorosas ou organomegalias. O aspirado gástrico continha sangue parcialmente digerido em pequena quantidade.

Os exames analíticos realizados de urgência confirmaram a existência de anemia, (6,5gr/dl de Hemoglobina), hipocrômica e microcítica, com ferro e ferritina abaixo dos valores normais. Plaquetas, leucócitos e fórmula leucocitária e estudo da coagulação com valores normais. A Velocidade de sedimentação, a proteína C reactiva e LDH eram normais, bem como a função hepática e renal.

O exame radiológico do tórax não mostrou qualquer alteração ao nível do parênquima pulmonar, árvore traqueo-brônquica ou da silhueta cardíaca. A radiografia simples do abdómen era normal.

Efectuou transfusão de glóbulos rubros e perfusão com soro fisiológico após o que se procedeu à realização de endoscopia digestiva alta que permitiu observar a imagem que mostramos na figura 1.

Tendo em conta a informação fornecida e o aspecto endoscópico qual lhe parece ser o diagnóstico?

- 1 – Variz gástrica sangrante
- 2 – Úlcera gigante do estômago
- 3 – Leiomioma Gástrico
- 4 – Pâncreas ectópico.

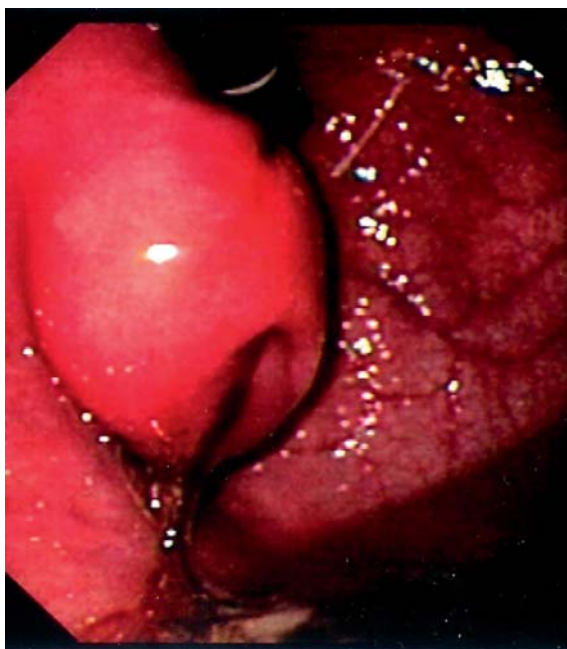


Figura 1

¹Serviço de Gastroenterologia
Hospital Maria Pia / CHPorto

COMENTÁRIOS

O exame endoscópico efectuado ao nosso doente, permitiu observar uma formação nodular polipoide, com cerca de 3cm de maior dimensão, localizada na parte alta da pequena curvatura na transição para a parede posterior, recoberta de mucosa gástrica de aspecto normal, base larga, dura ao toque e com umbilicação na extremidade distal, da qual se exteriorizava coágulo recente. O restante exame até DII era normal, havendo a assinalar pequena quantidade de líquido gástrico levemente hemático.

O doente efectuou no dia seguinte tomografia abdominal que confirmou a presença da lesão, limitada à parede gástrica e ausência de outras alterações abdominais.

Colocamos como hipótese mais provável o leimioma gástrico ou um tumor do estroma e uma vez que o doente ao segundo dia de internamento mantinha aspirado com sangue optamos pelo tratamento cirúrgico imediato.

Foi efectuada gastrectomia parcial envolvendo a zona de inserção da lesão de fácil identificação. O pos-operatório

decorreu sem incidentes e o doente ficou clinicamente bem.

O exame histológico da peça operatória revelou tratar-se de lesão nodular submucosa de coloração acastanhada com 3cm de maior dimensão composta por estruturas acinares e ductais e ilhéus de langherans compatível com parênquima pancreático normal, como se mostra nas figuras 2 e 3. Havia focos de hemorragia na mucosa gástrica. O diagnóstico final foi então de **Pâncreas ectópico** que se apresentou por hemorragia digestiva.

O tecido pancreático ectópico é frequentemente observado no exame endoscópico do tracto digestivo superior, com localização predominante no antro gástrico (85-95% dos casos) a uma distância que pode ir até 6cm do canal pilórico, com dimensão em regra inferior a 3cm (80%) e geralmente umbilicado. São benignos e na maior parte dos casos não provocam sintomas. A sua localização justa pilórica pode criar quadros de obstrução pilórica e esporadicamente podem apresentar-se por hemorragia digestiva como o caso que apresentamos. A ecoendoscopia é útil no seu diagnóstico mas difícil de executar em doentes pediátricos como foi o nosso caso.

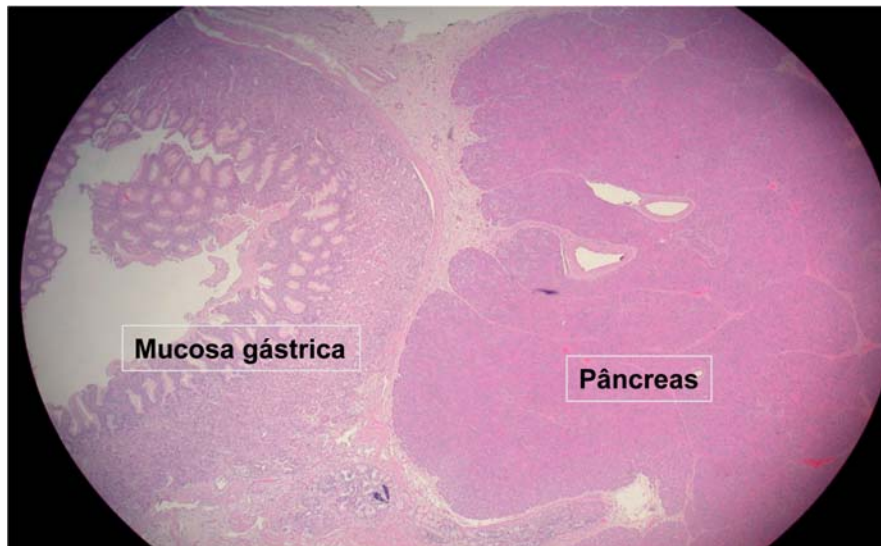


Figura 2 (cortesia da Dr.ª Fernanda Milanezi)

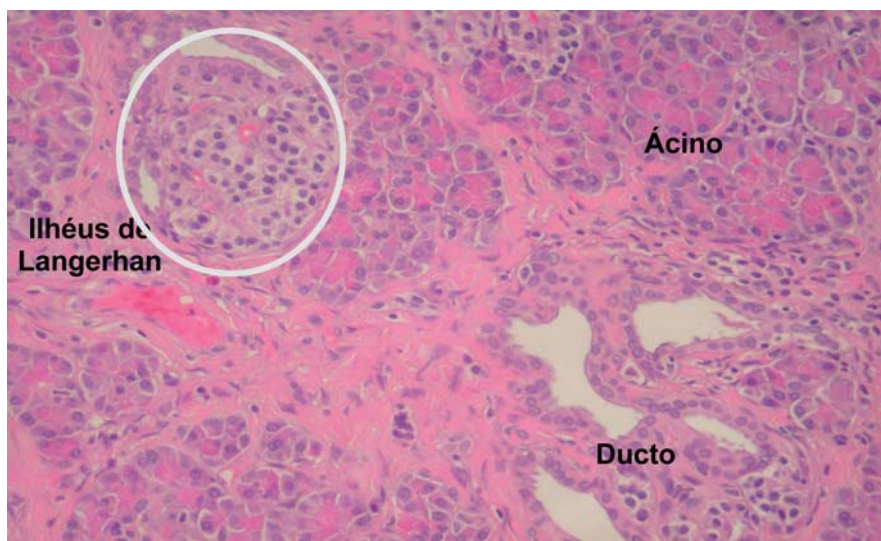


Figura 3 (cortesia da Dr.ª Fernanda Milanezi)

Nascer e Crescer 2008; 17(4): 262-263

BIBLIOGRAFIA

- 1 Matsushita M, Hajiro K, Okazaki K, Takakuwa H. "Gastric aberrant Pâncreas: EUS analysis in comparison with the histology." *Gastrointest. Endosc.* 1999;49:493-497
- 2 Pouessel G, Michaud L, Pierre MH et al. "Endoscopic diagnosis of a gastric heterotopic pancreas and esophageal atresia: an incidental association?" *Arch Pediatr.* 2001; 8:181-185.
- 3 Gottschalk U, Casper B, Boden G. "Ectopic pancreas presenting as a large gastric antral papilla". *Endoscopy* 2003; 35:547.