

ECOENDOSCOPIA

LESÕES SUBEPITELIAIS DO TRATO GASTROINTESTINAL



INSTITUTO
ENDOVITTA



ENDOVITTA
TRAINING CENTER BRAZIL



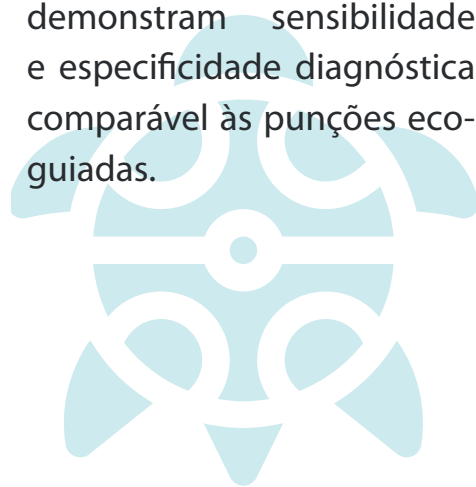
LESÕES SUBEPITELIAIS DO TRATO GASTROINTESTINAL

As lesões subepiteliais (LSE) do trato gastrointestinal (TGI) são achados incidentais nos exames de endoscopia digestiva ou exames de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética). As LSE são lesões originadas das camadas da parede do TGI (intramural) ou provenientes de estruturas ou órgãos adjacentes (extramural).

O aspecto endoscópico pode distinguir a origem intramural ou extramural (compressão extrínseca). Em alguns casos, a simples manobra de mudança de decúbito pode alterar a imagem endoscópica e confirmar que se trata de uma compressão extrínseca. Contudo, em algumas situações, esta compressão não é ocasionada por estruturas ou órgãos saudáveis. A presença de uma massa tumoral pode comprimir as paredes do TGI e, portanto, a elucidação diagnóstica por ECOENDO é recomendada.

A ECOENDO é considerada o exame de escolha no diagnóstico das lesões subepiteliais, apresentando resultados supe-

riores a outros exames de imagem. Além disso, possibilita a análise histológica através da punção por agulha fina guiada por ultrassom endoscópico (USE - PAAF). As biópsias das LSE realizadas via endoscopia digestiva não demonstram sensibilidade e especificidade diagnóstica comparável às punções ecoguiadas.



Características consideradas durante a ECOENDO:

- camada em que a lesão se origina;
- tamanho da lesão;
- características da sua borda, do seu contorno;
- ecogenicidade: hipoecóica, anecóica, hiperecoica, padrão misto, áreas de necrose;
- vascularização.

A avaliação da relação da lesão subepitelial com órgãos adjacentes e a presença de linfadenopatia regional são informações importantes e devem ser consideradas.

Os aspectos ecográficos descritos, o estudo citológico e histológico auxiliam na decisão de ressecção da lesão ou de acompanhamento endoscópico ou ecoendoscópico. A lesão poderá ser removida por endoscopia ou cirurgia, na dependência de uma avaliação global das características encontradas.

A acurácia do diagnóstico para lesões subepiteliais quando é realizada a punção atinge até 98%.



COMPRESSÃO EXTRÍNSECA OU LESÕES EXTRAMURAIS

Estruturas anatômicas normais e tumores benignos ou malignos extrínsecos ao TGI podem comprimir suas paredes configurando aspecto endoscópico e endossonográfico de compressão extrínseca. Assim, a identificação da integridade das 05 camadas do órgão é aspecto importante. Estruturas que mais comumente ocasionam em compressão nas paredes do TGI são a vesícula biliar, o baço, lobo hepático esquerdo e os vasos esplenomesentéricos. Estruturas patológicas incluem as lesões císticas pancreáticas, linfonodomegalias, aneurismas, tumores hepáticos, tumores pancreáticos, implantes de endometriose e metástases peritoneais.

Para a adequada avaliação, a ECOENDO deve ser realizada com frequências de ondas de 7,5MHz a 12MHz. Nas lesões menores ou planas o uso dos “miniprobres”, com frequência até 30MHz, a avaliação mais detalhada da lesão bem como a diferenciação das camadas da parede é facilitada.



TUMOR ESTROMAL DO TRATO GASTROINTESTINAL - GIST

A nomenclatura dos tumores mesenquimais do TGI evoluiu com o entendimento das características biológicas, moleculares, histológicas e clínicas. O GIST é o tumor mesenquimal mais frequente do tubo digestivo (80%), apresenta maior incidência nos idosos e são mais comuns no estômago (60-70%), intestino delgado (20-25%), cólon/reto (5%) e esôfago (<5%).

A maior parte dos GIST são assintomáticos, pois apresentam tamanhos menores que 2cm. Dor abdominal e desconforto são os sintomas mais comuns. Nas lesões maiores, ulcerações com risco de sangramento podem ocorrer e a anemia pode estar presente.

Os diagnósticos diferenciais incluem: leiomioma, leiomiomasarcoma, schwannoma, tumor miofibroblástico inflamatório, liposarcoma, tumores desmóides e tumores metastáticos. A diferenciação entre eles é baseada nos aspectos clínicos, moleculares e histológicos. Na avaliação imunohistoquímica, são positivos para CD117 (c-kit), seu principal fator diagnóstico, CD34 (70%) e nega-

tivos para desmina. Nos casos de negatividade para c-kit a análise para DOG1 auxilia no diagnóstico.

O GIST apresenta potencial maligno relacionado à atividade mitótica, tamanho (>1cm) e sítio primário (tumores no intestino delgado são mais agressivos que no estômago, por exemplo).

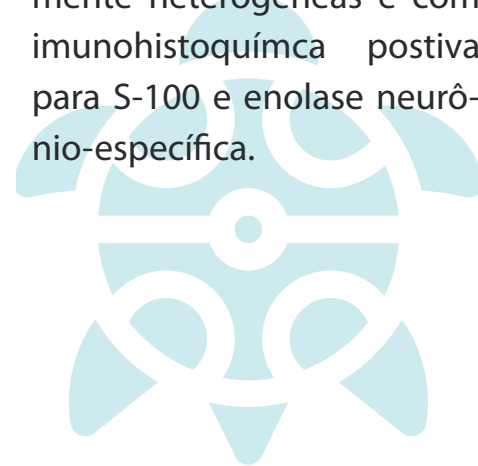
Os GIST são lesões hipocogênicas, homogêneas, de contornos regulares e com origem na muscular da mucosa (2a camada) ou muscular própria (4a camada), sendo a quarta camada mais frequente.

Características na ecoendoscopia podem prever malignidade, sendo o tamanho o fator de maior correlação. Lesões pequenas (<1cm), de difícil punção (baixa sensibilidade diagnóstica), o seguimento por endoscopia e ECOENDO é recomendado. Lesões maiores que 2cm ou lesões menores mas com características de alto risco (bordas irregulares, áreas císticas, heterogenicidade e ulceração) normalmente devem ser ressecadas. As lesões maiores que 3cm são de tratamento cirúrgico. As lesões com tamanho entre 1-3cm na maior parte das vezes são puncionadas e os resultados e características da lesão são discutidas com o paciente, considerando o potencial maligno.

Os leiomiomas se originam mais comumente na quarta camada e raramente na segunda. As características ecográficas são semelhantes às do GIST e o tumor é mais incidente no esôfago. A disfagia é o sintoma mais relatado e geralmente expressam os marcadores actina e desmina, sendo negativos para c-kit. A ECOENDO é o exame de maior acurácia para

distingui-los das outras lesões subepiteliais incluindo o leiomiosarcoma.

Schavanomas são lesões raras e se originam mais frequentemente da quarta camada. Caracteriza-se por lesões hipoeecóicas, tipicamente heterogêneas e com imunohistoquímica positiva para S-100 e enolase neurônio-específica.



PÂNCREAS ECTÓPICO

O pâncreas ectópico é caracterizado por tecido pancreático não localizado no pâncreas propriamente dito. Normalmente está localizado na parede do estômago (grande curvatura de antro), mas podem ocorrer no duodeno, jejuno proximal, mais raramente na vesícula biliar, ductos biliares e papila duodenal. Podem evoluir com pancreatite, obstrução pilórica, ulceração, formação de cistos, icterícia obstrutiva e malignização. A camada de origem mais comum é a submucosa (3ª camada).

Aspectos do pâncreas ectópico à ECOENDO:

- terceira camada, podendo originar-se da segunda, quarta ou fusão das camadas
- heterogêneo
- predominantemente hipocogênico
- margens pouco distintas
- área anecóica ou tubular (estrutura ductal).

A maior parte das lesões são assintomáticas e correspondem a achados incidentais na endoscopia digestiva. Estas apresentam-se como lesões elevadas, recobertas por mucosa preservada, com ou sem umbilicação central, que dispensam estudo complementar quando localizadas na grande curvatura do antro gástrico. Desta forma, não necessitam de tratamento ressectivo, seja por endoscopia ou cirurgia. O seguimento endoscópico na maior parte das vezes é a conduta de escolha.

LIPOMA

São lesões benignas que podem ocorrer em qualquer parte do trato gastrointestinal, mas são mais frequentes no colón. Na maior parte das vezes são assintomáticos, mas hemorragias, dor abdominal e obstrução podem acontecer.

A grande maioria são lesões solitárias, recobertos por mucosa preservada, de coloração levemente amarelada, amolecidas ao toque (sinal do travesseiro) e com “sinal da tenda” positivo quando tracionado com a pinça endoscópica.

Aspecto do lipoma à ECOENDO:

- origina-se da terceira camada
- hiperecótico e homogêneo
- margens bem delimitadas.

Os lipomas são geralmente achados incidentais nos exames endoscópicos e não necessitam de vigilância ou ressecção, exceto nos casos em que a distinção entre lesão benigna (lipoma) e maligna (lipossarcoma) não foi possível.



PÂNCREAS ECTÓPICO

O pâncreas ectópico é caracterizado por tecido pancreático não localizado no pâncreas propriamente dito. Normalmente está localizado na parede do estômago (grande curvatura de antro), mas podem ocorrer no duodeno, jejuno proximal, mais raramente na vesícula biliar, ductos biliares e papila duodenal. Podem evoluir com pancreatite, obstrução pilórica, ulceração, formação de cistos, icterícia obstrutiva e malignização. A camada de origem mais comum é a submucosa (3ª camada).

Aspectos do pâncreas ectópico à ECOENDO:

- terceira camada, podendo originar-se da segunda, quarta ou fusão das camadas
- heterogêneo
- predominantemente hipocogênico
- margens pouco distintas
- área anecóica ou tubular (estrutura ductal).

A maior parte das lesões são assintomáticas e correspondem a achados incidentais na endoscopia digestiva. Estas apresentam-se como lesões elevadas, recobertas por mucosa preservada, com ou sem umbilicação central, que dispensam estudo complementar quando localizadas na grande curvatura do antro gástrico. Desta forma, não necessitam de tratamento ressectivo, seja por endoscopia ou cirurgia. O seguimento endoscópico na maior parte das vezes é a conduta de escolha.

TUMOR CARCINÓIDE

Os tumores carcinoides são tumores neuroendócrinos malignos, de crescimento lento, podendo apresentar comportamento agressivo. Geralmente assintomáticos, diagnosticados de forma incidental. Os sintomas incluem dor abdominal, hemorragia, obstrução intestinal e síndromes endócrinas decorrentes da produção de substâncias vasoativas pelo tumor. Podem surgir em vários sítios, mas especialmente no tubo digestivo (apêndice, reto, íleo, duodeno e estômago) e pulmão. Endoscopicamente são lesões pequenas, arredondadas, sessis ou polipóides, podendo ser únicos ou múltiplos (estômago e íleo frequentemente múltiplos).

Aspectos do tumor carcinóide à ECOENDO:

- segunda camada, mas podem invadir a terceira camada
- homogêneo
- margens definidas
- hipoecóico ou isoecóico

Quando pequenos, menores que 2cm, limitados a terceira camada e não apresentam adenopatia a ressecção endoscópica pode ser a conduta utilizada. Entretanto, o tratamento é individualizado e dependente da apresentação da doença.



TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES

São tumores raros, de origem neural, geralmente únicos (90%), achados acidentalmente nos exames de endoscopia digestiva. São mais comuns na orofaringe, pele, tecido subcutâneo, mamas e brônquios mas podem envolver o TGI (10%) com localização mais frequente nos terços médio e distal do esôfago (65%). Na maior parte dos casos benignos, podendo ser malignos em 2-3%. A análise imunohistológica demonstra positividade, em sua maioria, para o marcador S-100 (semelhante ao schwannoma).

À endoscopia se apresentam usualmente como lesões elevadas menores que 4cm, isoladas, recobertas por mucosa preservada, de coloração branco-amarelada, consistência firme, com o aspecto do “dente molar”.

Aspecto do tumor de células granulares à ECOENDO:

- origem na segunda ou terceira camada
- hipoecóico ou isoecóico

- homogêneo
- margens bem delimitadas.

As lesões pequenas podem ser acompanhadas por ecoendoscopia a cada 1-2 anos. A ressecção endoscópica é possível nos casos sintomáticos e na maior parte das vezes é realizada com alça de polipectomia.



CISTOS DE DUPLICAÇÃO

As duplicações císticas são alterações congênitas raras que ocorrem durante o desenvolvimento embrionário que acometem com maior frequência o intestino delgado e mais raramente o esôfago, estômago e cólon. Os cistos são tipicamente achados incidentalmente e divididos em duas categorias (adjacente ao lúmen – não comunicante e comunicante ao lúmen). Complicações são incomuns mas quando ocorrem podem se apresentar como dor abdominal, disfagia, sangramento ou pancreatite quando próximo à ampola de Vater.

Aspectos dos cistos de duplicação à ECOENDO:

- terceira camada (submucosa) ou extrínsecos
- anecóicas, mas podem conter focos hiperecóticos (septos , muco ou debris)
- arredondas
- margens definidas
- paredes com 3-5 camadas (2 camadas musculares).

Na maior parte das vezes não há um tratamento específico e as lesões podem ser acompanhadas por endoscopia ou ecoendoscopia. Sempre deve ser realizada antibióticoprofilaxia nas punções císticas realizadas por ECOENDO.



VARIZ

Pacientes com hipertensão portal podem evoluir com varizes no TGI mas localizam-se, usualmente, no esôfago e estômago. As características ecográficas são suficientes para elucidação diagnóstica, sendo a USE-PAAF contra indicada.

Aspectos das varizes à ECOENDO:

- origem na terceira camada
- anecóicas e com aspecto tubular, serpinginoso ou oval
- Doppler positivo confirma diagnóstico e distingue de outras lesões subepiteliais anecóicas como as lesões císticas, por exemplo.
- múltiplas varizes podem ser encontradas no fundo gástrico, onde a imagem de “queijo suíço” pode ser obtida.

Nos pacientes com gastropatia hipertensiva o aspecto à ECOENDO, na maior parte dos casos, é normal. O tratamento das varizes esofagogástricas é definido por consenso específico.



ENDOMETRIOSE

Endometriose é definida como tecido endometrial localizado fora do útero. Os implantes são, normalmente, distribuídos na pelve e podem promover alterações no reto com achados endoscópicos de compressão extrínseca. A ECOENDO baixa tem papel importante no estadiamento das lesões em relação ao acometimento das camadas da parede do TGI que evoluem da muscular própria para a mucosa.



LESÕES INCOMUNS

Uma variedade de lesões subepiteliais podem ser encontradas na ECOENDO incluindo pólipo fibrovascular, pólipo fibróide inflamatório, hemangioma, hiperplasia de glândulas de Brummer e lesões metastáticas.





institutoendovitta.com.br - contato@institutoendovitta.com.br
R. Vergueiro, 3558, sala 807 - Vila Mariana - São Paulo/SP - 11 2157-6265