

## RELATO DE CASO

## Polipose gástrica: relato de caso e revisão da literatura

*Gastric polyposis: case report and review of the literature*

Rafael Fernandes Coêlho<sup>1</sup>, Diego Laurentino Lima<sup>2</sup>, Raquel Nogueira Cordeiro L. Lima<sup>3</sup>,  
João Paulo Ribeiro<sup>4</sup>, Gilberto Lima<sup>5</sup>, Euclides Martins<sup>6</sup>

Coêlho RF, Lima DL, Lima RNCL, Ribeiro JP, Lima G, Martins E. Polipose gástrica: relato de caso e revisão da literatura / *Gastric polyposis: case report and review of the literature*. Rev Med (São Paulo). 2021 jan.-fev.;100(1):90-3.

**RESUMO:** Pólipos gastrointestinais são elevações da mucosa circundante do sistema digestório, encontradas frequentemente em exames endoscópicos de rotina. A grande maioria é achado acidental e alguns pólipos podem indicar doença ou síndrome associada. Este artigo tem como objetivo apresentar um caso de polipose gástrica manifestada como Síndrome de Peütz-Jeghers em uma paciente de 25 anos, do sexo feminino, com história de dor abdominal em região epigástrica há 12 dias da admissão hospitalar, que evoluiu com vômitos e hematêmese 3 dias antes do internamento. A paciente realizou endoscopia digestiva alta (EDA), que evidenciou múltiplas lesões polipoides, regulares e de superfície lisa. Tomografia computadorizada (TC) do abdômen visualizou volumosa lesão vegetante coraliforme, de 16,3 x 10,2 x 5,4cm. Optou-se por realizar uma gastrectomia total com reconstrução em Y-de-Roux. O tempo total da cirurgia foi de 150min e ocorreu sem complicações. Paciente evoluiu com boas condições clínicas, sem intercorrências e recebeu alta hospitalar no 9º dia de pós-operatório (DPO). Estudo histopatológico da peça cirúrgica (estômago) evidenciou múltiplos pólipos gástricos de padrão predominante hamartomatoso, com transformação adenomatosa focal, margens cirúrgicas livres, sugerindo síndrome de Peütz-Jeghers. Nossa paciente não demonstrou hiperpigmentação mucocutânea, corroborando o fato de que a hiperpigmentação não é condição “*sine qua non*” para a síndrome de Peütz-Jeghers.

**Palavras-chave:** Polipose gástrica; Síndrome de Peütz-Jeghers; Pólipos gástricos hamartomatosos.

**ABSTRACT:** Gastrointestinal polyps are elevations of the mucosa, often found in routine endoscopic examinations. We report a case of gastric polyposis manifested as Peütz-Jeghers Syndrome in a 25 years old female patient, with a history of abdominal pain in the epigastric region 12 days before hospital admission associated to vomits and hematemesis 3 days before admission. The patient underwent upper GI endoscopy, which showed multiple regular polypoid lesions with smooth surface. Computed tomography (CT scan) of the abdomen showed a large, coralliform and vegetative lesion of 16.3 x 10.2 x 5.4 cm. The surgical team chose to perform a total gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction. The total surgery time was 150 min, with no further complications. Patient were in good clinical conditions, with no complications and was discharged on the 9th postoperative day. Histopathological study of the surgical specimen evidenced multiple gastric polyps of predominant hamartomatous pattern, with focal adenomatous transformation, free surgical margins, suggesting Peütz-Jeghers syndrome. Our patient did not demonstrate mucocutaneous hyperpigmentation, corroborating the fact that hyperpigmentation is not a “*sine qua non*” condition for the Peütz-Jeghers syndrome.

**Keywords:** Gastric polyposis; Peütz-Jeghers syndrome; Gastric hamartomatous polyps.

1. Chefe de plantão da Unidade de Trauma e Preceptor do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital da Restauração (HR), Recife, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7986-3487>. Email: [coelho.rafael@hotmail.com](mailto:coelho.rafael@hotmail.com)
  2. Cirurgião Geral. Mestrando na Universidade de Pernambuco (UPE). Research fellow, Departamento de cirurgia do Montefiore Medical Center, NYC, EUA. <https://orcid.org/0000-0001-7383-1284>. Email: [dilaurentino@gmail.com](mailto:dilaurentino@gmail.com)
  3. Médica e Pesquisadora, NYC, EUA. Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0238-8374>. Email: [raquelnogueiracordeiro@gmail.com](mailto:raquelnogueiracordeiro@gmail.com)
  4. Chefe do Serviço de Cirurgia Geral e Preceptor do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital da Restauração (HR), Recife, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-68612730>. Email: [joca\\_escorel@hotmail.com](mailto:joca_escorel@hotmail.com)
  5. Plantonista da Unidade de Trauma e Preceptor do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital da Restauração (HR), Recife, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1818-6515>. Email: [gilbertolima@yahoo.com.br](mailto:gilbertolima@yahoo.com.br)
  6. Preceptor do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital da Restauração (HR), Recife, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7503-2125>. Email: [euclides\\_martins@yahoo.com](mailto:euclides_martins@yahoo.com)
- Endereço para correspondência:** Raquel Nogueira C. L. Lima. 1741 Seminole Avenue. 10461 - Bronx – New York, EUA. Email: [raquelnogueiracordeiro@gmail.com](mailto:raquelnogueiracordeiro@gmail.com).

## INTRODUÇÃO

**P**ólipos gastrointestinais são elevações da mucosa circundante do sistema digestório, encontradas frequentemente em 2-3% de todos os exames endoscópicos de rotina. A grande maioria é achado acidental e alguns pólipos podem indicar doença ou síndrome associada, tais como polipose adenomatosa familiar, polipose juvenil, doença de Cowden, síndrome de Cronquite-Canadá e Síndrome de Peütz-Jeghers<sup>1</sup>.

A síndrome de Peütz-Jeghers (SPJ) ocorre de forma esporádica e hereditária, podendo mostrar heterogeneidade nas manifestações clínicas. Pigmentação mucocutânea ocorre em 95% dos casos. No trato gastrointestinal, pólipos hamartomatosos tendem a aparecer cedo na vida, sendo comuns no intestino delgado, especialmente no jejuno, cólon, reto e estômago<sup>2</sup>.

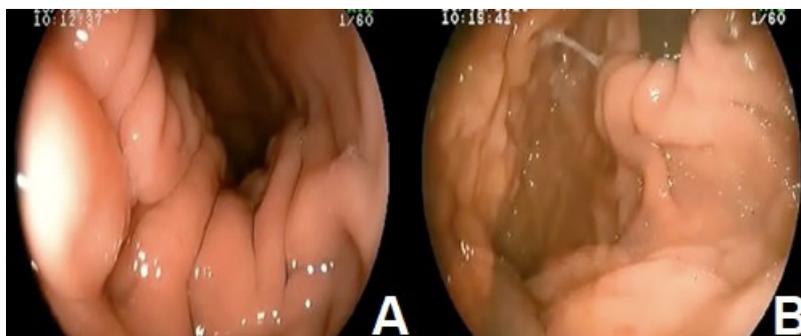
## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 25 anos, deu entrada no serviço com dor abdominal há 12 dias em região epigástrica - contínua - sem relação com alimentação, palidez cutaneomucosa, hipotensão postural e taquicardia; a dor estava associada a vômitos claros, diários, há três dias do internamento. Além disso, apresentou episódios de hematêmese. Na emergência realizou uma hemotransfusão

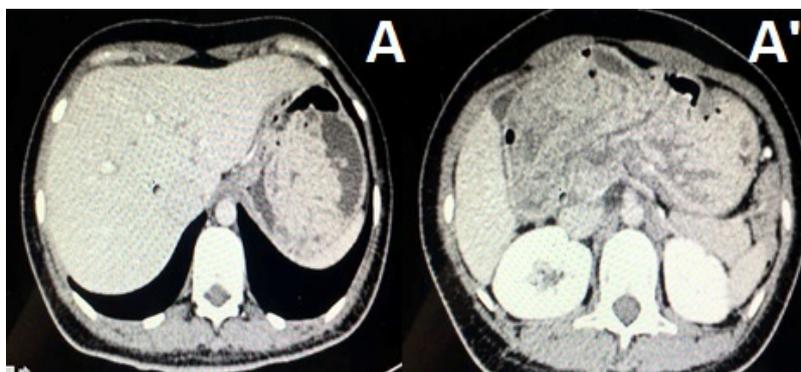
com dois concentrados de hemácias. No exame físico apresentava-se com estado geral decaído, consciente, orientada, com palidez (++)/4+, eupneica e nutrida. Sem sinais de peritonite. Em EDA (Figura 1) foi visto estômago com capacidade e distensibilidade conservadas. Foi visualizado em corpo gástrico uma lesão exofítica de grande proporção, amolecida, de coloração semelhante e mucosa normal com base não delimitada.

Em corpo, foi observado formações elevadas, sesséis, polipoides, de menor proporção. No antro distal, foram identificadas múltiplas lesões semelhantes, suscitando aspecto polipoide. A maior lesão encontrava-se proximal ao piloro, não permitindo a visualização do mesmo. Observa-se ainda na pequena curvatura do corpo, ulceração ovalada maior de 15 mm de mediana profundidade revestida por fibrina e com coágulos. Optado por fazer injeção de adrenalina 8ml 1:10000. Píloro Pérvio. Concluiu tratar-se de uma polipose gástrica importante e úlcera gástrica com sinais de sangramento ativo. TC de abdômen (Figuras 2 e 3) evidenciou volumosa lesão vegetante coraliforme, de 16,3x10,2x5,4cm, que se origina da parede/musoca gástrica de forma difusa e na 1ª porção duodenal, se projetando para a luz desse órgão sem obstrução.

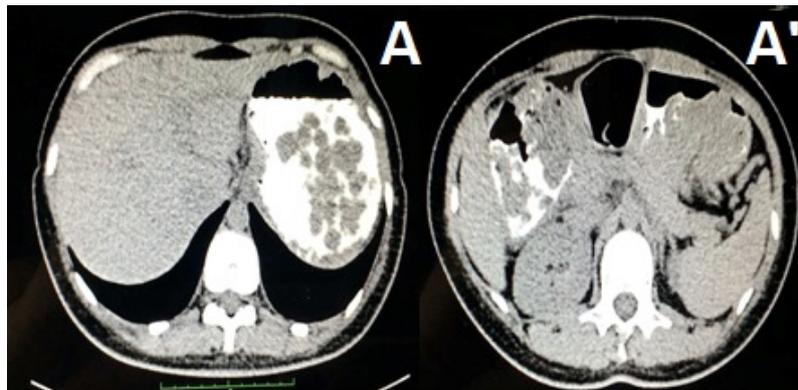
Durante internamento, paciente cursou com melhora dos sintomas. Nova EDA com biopsias identificou pólipos hiperplásicos. Foi indicada então uma gastrectomia total e reconstrução em y de roux.



**Figura 1.** Endoscopia Digestiva: Aglomerado de pólipos gástricos. (A) Corpo gástrico com formações elevadas, sesséis, polipoides; (B) antro distal com múltiplas lesões semelhantes, suscitando aspecto polipoide



**Figura 2.** TC de abdômen com contraste venoso, mostrando grande lesão coraliforme de 16,3 x 10,2 x 5,4cm no estômago (A) e na primeira porção duodenal (A')

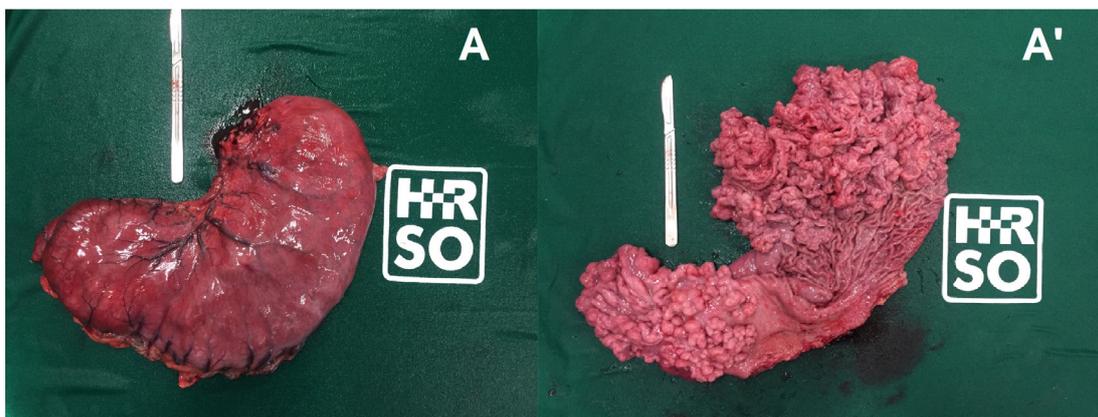


**Figura 3.** TC de abdômen com contraste oral, mostrando grande lesão coraliforme de 16,3 x 10,2 x 5,4cm no estômago (A) e na primeira porção duodenal (A')

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Foi realizada uma incisão mediana xifo pubiana juntamente com a dissecação por planos até a cavidade abdominal e visualizado um estômago aumentado de volume, sem evidências de lesões neoplásicas/metastáticas. Antes da abertura do grande omento foi feita a ligadura dos vasos epiplóicos e ligadura de vasos gástricos direito e esquerdo com algodão 2-0. Além da ligadura dos vasos epigástricos curtos com algodão 2-0 juntamente com grampeamento de bulbo duodenal com grampeador linear 80mm. Confeccionou-se reconstrução em Y-roux com alça de jejuno a 60 cm de Treitz mais anastomose jejuno-jejunal

término-lateral com fio prolene 3-0. Após a confecção da alça, isolou e confeccionou bolsa de tabaco em esôfago distal mais anastomose esôfago-jejunal término-lateral com grampeador circular 25 mm, com teste do borracheiro negativo. Foi realizado reforço de grampeador em alça jejunal aferente com fio prolene 3-0. Após o reforço, revisou a hemostasia e fez drenagem cavitária com dreno de Blake orientado para a anastomose esôfago-jejunal. Foi realizada a síntese da aponeurose com vicryl 1 e síntese de pele com nylon 3-0 mais curativo com gaze. A peça cirúrgica (estômago) foi enviada para estudo histopatológico (Figura 4).



**Figura 4.** A e A'. Ressecção do estômago (peça cirúrgica). A'. Exame macroscópico mostrando numerosos pólipos

O tempo total da cirurgia foi de 150 minutos, ocorrendo sem complicações. Paciente evoluiu em boas condições clínicas recebendo alta hospitalar 09 dias após internamento. Em macroscopia, biópsia de peça cirúrgica após 02 meses de pós-operatório medindo com 25,0 x 12,0 cm, exibindo serosa lisa e acastanhada. Expõe incontáveis formações polipoides sésseis ou pediculadas, confluentes, formando duas “massas” distintas, a maior com 17,0 x 10,0 cm e a menor 10,0 x 7,0 cm, distando 3,0 cm da margem

de ressecção mais próxima. Aos cortes, muitos deles mostram eixo central recoberto por mucosa arborescente. Camada muscular espessada com até 1,0 cm. Não foram identificadas linfonodomegalias. Na microscopia, mostrou pólipos gástricos múltiplos de padrão hamartomatoso predominante, com transformação adenomatosa focal, margens cirúrgicas livres. Foi recomendado investigar clinicamente a possibilidade de síndrome de Peutz-Jeghers.

## DISCUSSÃO

Pólipos hamartomatosos do sistema digestório são raros. Quando múltiplos, são frequentemente associados a síndromes familiares ou não familiares, como a SPJ, polipose juvenil, Doença de Cowden e a Síndrome de Cronkhite-Canada<sup>3</sup>.

A SPJ é autossômica dominante e é necessário dois de três critérios diagnósticos: história familiar, pigmentação mucocutânea e hamartoma intestinal com a histológica típica para a síndrome<sup>4</sup>. A paciente do nosso relato não fechava os critérios diagnósticos para a SPJ, tendo apenas o critério dos pólipos hamartomatosos, sendo orientada a manter acompanhamento para definição do diagnóstico.

Sintomas comuns são dor abdominal, sangramento digestivo e presença de anemia. Os pólipos hamartomatosos tem um estroma vascular, o que explica a tendência ao sangramento<sup>5</sup>. Esses sintomas descritos na literatura foram os mesmos descritos pela paciente em questão. Devido a extensão dos pólipos e risco de malignidade, a equipe cirúrgica optou pela realização de laparotomia e gastrectomia total.

A mutação do gene *STK11/LKB1* pode ser encontrada em 30 a 80% dos pacientes com SPJ<sup>6</sup>. Esses

pacientes apresentam risco elevado de desenvolver malignidades em vários órgãos, com um risco de 93% desenvolver câncer durante a vida<sup>6</sup>. Os dados da literatura mostram a importância de um acompanhamento rigoroso dos pacientes, mesmo quando não fecham critério para a SPJ. Ademais, corroboram a conduta da equipe de realizar a gastrectomia total devido a enorme quantidade de pólipos hamartomatosos com potencial de malignidade.

Em pacientes com pólipos solitários, a polipectomia total endoscópica é a conduta de escolha. Esses pólipos pequenos e solitários podem ser ressecados por endoscopia, mas em pólipos maiores e também de maior número, a gastrectomia deve ser considerada devido a possibilidade de componente maligno<sup>5</sup>.

## CONCLUSÃO

Pacientes com SPJ tem um risco aumentado de desenvolver câncer ou transformação para pólipos malignos no sistema digestório e outros órgãos. Apesar de nossa paciente não fechar critérios para a SPJ, é de suma importância seu acompanhamento. A gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux proposta pela equipe cirúrgica foi efetiva para o tratamento da paciente.

**Participação dos autores:** Informamos para devido fins que o artigo foi confeccionado em conjunto pelo grupo de autores com o grau de participação seguinte: Coleta de dados - *Coelho RF*. Orientação organizacional e sobre a essência, argumentação e relevância do trabalho: *Lima DL, Ribeiro JP, Lima G, MS*. Análise, pesquisa dos artigos, leitura e exclusão de artigos não pertinentes ao envolvimento do tema escolhido: (*Coelho RF, Lima DL, Lima RNC*). Leitura e escrita do conteúdo: *Coelho RF, Lima DL, Lima RNC*. Revisão do texto quanto a integridade e veracidade quanto as fontes utilizadas: *Coelho RF, Lima DL, Ribeiro JP, Lima G, Martins E*. Dessa forma, o grupo de autores certifica participação conjunta na confecção do artigo, esperando contribuir no tema em questão.

## REFERÊNCIAS

1. Oberhuber G, Stolte M. Gastric polyps: an update of their pathology and biological significance. *Virchows Arch*. 2000;437(6):581-90. doi: <https://doi.org/10.1007/s004280000330>.
2. Meserve EE, Nucci MR. Peutz-Jeghers syndrome: pathobiology, pathologic manifestations, and suggestions for recommending genetic testing in pathology reports. *Surg Pathol Clin*. 2016;9(2):243-68. doi: <https://doi.org/10.1016/j.path.2016.01.006>.
3. Cauchin E, Toucheffeu Y, Matysiak-Budnik T. Hamartomatous tumors in the gastrointestinal tract. *Gastrointest Tumors*. 2015;2(2):65-74. doi: <https://doi.org/10.1159/000437175>.

4. Zbuk KM, Eng C. Hamartomatous polyposis syndromes. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. 2007;4(9):492-502. doi: <https://doi.org/10.1038/ncpgasthep0902>.
5. Yoshizawa N, Yamaguchi H, Kaminishi M. Differential diagnosis of solitary gastric Peutz-Jeghers-type polyp with stomach cancer: a case report. *Int J Surg Case Rep*. 2018;51:261-4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.09.005>.
6. Giardiello FM, Welsh SB, Hamilton SR, et al. Increased risk of cancer in the Peutz-Jeghers syndrome. *N Engl J Med*. 1987;316(24):1511-4. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJM198706113162404>.

Recebido: 06.04.2020

Aceito: 16.12.2020