



GASTROPATIA HIPERTRÓFICA IDIOPÁTICA – RELATO DE CASO

BÁRBARA CARDOZO DO NASCIMENTO; BÁRBARA STEHLING DE QUEIROZ NASCIMENTO; MARCELLE SABBAGH TERRA; PAULO RENATO DOS SANTOS COSTA

RESUMO

A gastrite crônica é caracterizada pela inflamação persistente da mucosa gástrica, podendo ser caracterizada pela infiltração linfoplasmocítica e eosinofílica, por exemplo. Se há uma inflamação persistente, há uma mudança nas estruturas, podendo gerar fibrose, atrofia, hipertrofia, metaplasia, displasia, entre outras. O presente trabalho objetiva fornecer o relato de um caso de gastrite hipertrófica idiopática em uma fêmea, canina da raça Dálmata. O relato evidencia discussão teórica acerca da patologia, apresentando desde a suspeita, com a observação dos sinais clínicos como vômitos recorrentes, tosse e incômodo abdominal, a confirmação diagnóstica a partir de endoscopia e histopatologia, até o tratamento assertivo da paciente. Com a endoscopia, é possível visualizar de forma dinâmica o esôfago, estômago e duodeno, possibilitando a averiguação da integridade da parede das mucosas, sua coloração e especificidades, além da coleta de materiais para realização de biópsia e exame histopatológico, passível da confirmação do diagnóstico presuntivo e estadiamento de diversos tipos de afecções do trato gastrointestinal, como a gastrite hipertrófica, duodenite e até mesmo neoplasias. A fim de diagnóstico da gastrite hipertrófica, também há a possibilidade da realização de outros exames de imagem de forma auxiliar, como a ultrassonografia e a radiografia contrastada. A etiologia da gastrite crônica é idiopática na sua grande maioria. Partindo desse conhecimento, conclui-se a necessidade de maiores estudos acerca das causas da enfermidade relatada, visando proporcionar mais pesquisas sobre novas terapias que impactem de forma positiva no diagnóstico e tratamento das gastropatias hipertróficas, além de garantir melhor qualidade de vida do paciente afetado por alguma delas.

Palavras-chave: gastrite; linfoplasmocitária; cão; vômito; corticoide.

1 INTRODUÇÃO

A gastrite hipertrófica é uma enfermidade gástrica na qual há um retardo no esvaziamento gástrico, dilatação gástrica e êmese recorrente [11]. Além desses, os sintomas também podem ser inespecíficos, incluindo anorexia, desidratação e emagrecimento [15]. O presente trabalho visa relatar o caso de um quadro de gastropatia hipertrófica idiopática e enfatizar a necessidade de mais estudos sobre as possíveis causas da enfermidade.

2 RELATO DE CASO

O presente relato ocorreu na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, com uma fêmea, canina, castrada, da raça Dálmata, de 11 anos de idade. O primeiro atendimento ocorreu no dia treze de outubro de 2023, no Hospital Veterinário Vet4pet. Nesse momento, as tutoras relataram que a paciente desde que realizou o procedimento de ovariectomia, começou a apresentar

quadros gástricos de forma recorrente e cada vez mais frequentes e de crises piores, sem apresentar nenhuma resposta terapêutica aos tratamentos anteriormente instituídos.

Durante a anamnese, relataram que apresentava quadros de êmese com a presença de alimento não digerido imediatamente após ou não à ingestão, além de episódios de tosse e engasgo. Contudo, não havia perdido apetite, não apresentava diarreia, borborigmos ou flatulências. Apresentava em alguns momentos, intensa salivação e lambadura, remetendo a um possível quadro de refluxo gastroesofágico. Paciente com histórico de vacinação e vermifugação em dia. As doenças hemoparasitárias negativadas e sem algum histórico prévio.

Na semana antecedente à consulta, os sinais clínicos pioraram (vômitos mais frequentes e em maior quantidade e hipersalivação). No exame físico, havia incômodo abdominal em região epigástrica, mucosas normocoradas, TPC (taxa de preenchimento capilar) menor que dois segundos, normohidratado, ausculta cardíaca e pulmonar normofonéticas, arritmia sinusal respiratória, temperatura retal de 38,6°C e pressão arterial de 160 mmHg. Os exames laboratoriais solicitados foram: hemograma completo, colesterol total e frações, função renal e hepática, fosfatase alcalina, proteína totais e frações, triglicérides, glicose, fósforo, relação sódio e potássio, cálcio total, cálcio iônico, cortisol basal e TSH. Além desses, foram solicitados ecocardiograma, radiografia contrastada e ultrassonografia abdominal. Os exames foram solicitados a fim de exclusão e triagem do caso, devido à idade e à clínica apresentada. Sendo averiguadas alterações esofágicas, hormonais ou gástricas. Por hora, foi prescrito Digesán 10mg (0,2mg/kg a cada 12 horas, até novas recomendações).

Através dos exames solicitados, foi possível descartar alterações esofágicas pela radiografia contrastada (excluindo estenose esofágica adquirida) e hormonais pelos exames laboratoriais (excluindo hipotireoidismo e hiperadrenocorticism). No exame laboratorial completo, havia aumento de segmentados (13050 mm³), proteínas plasmáticas (8,5 g/dL), colesterol total (309,9 mg/dL), VLDL (20,9 mg/dL), TGP (92,2 U.I/L), FA (488,2 U.I/L).

Já na ultrassonografia, foi possível visualizar uma alteração na região gástrica, apresentando parede com espessura aumentada (0,32cm) e estratificação parietal mantida (nas regiões passíveis de visibilização), presença de uma estrutura arredondada homogênea adjacente a parede do estômago em região de fundo gástrico, medindo cerca de 1,73 x 1,94 cm (suspeita de gastropatia hipertrófica focal e diferencial para infiltrado neoplásico).

Foto 1 – imagem ultrassonográfica do estômago e sua mensuração.

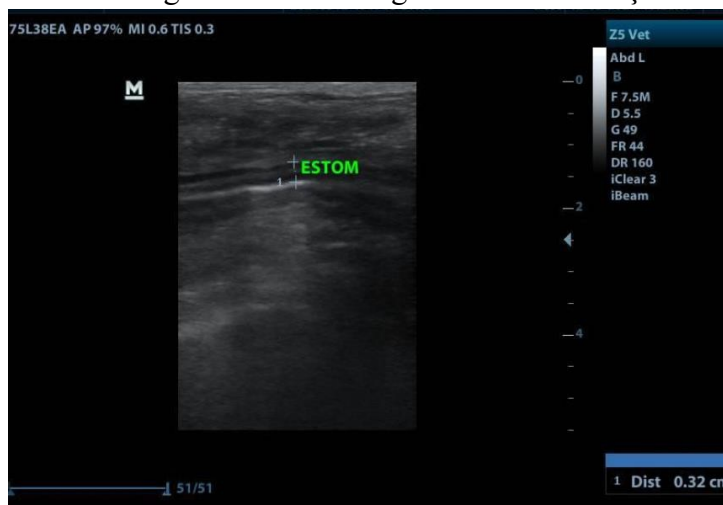


Foto 2 – imagem ultrassonográfica de região nodular mensurada na região gástrica.

Realizou-se o ecocardiograma, que não constatou nenhuma alteração digna de nota, porém, a pressão arterial do animal ainda se encontrava alta (PA 180mmHg) e, com isso, foi prescrito o benazepril (0,5mg/kg, uma vez ao dia, uso contínuo) e anlodipino (0,1mg/kg, uma vez ao dia, uso contínuo).

Após uma semana, foi indicada e realizada endoscopia digestiva alta com o intuito diagnóstico e uma melhor elucidação do quadro. Foi possível avaliar que a região gástrica da paciente apresentava um conteúdo liquefeito ligeiramente turvo em moderada quantidade em corpo e fundo gástrico. Estômago de formato anatômico preservado e expansibilidade adequada. Mucosa de toda região fúndica com aspecto de nodosidade difusa e superfície irregular apresentando-se discretamente mais hiperêmica. Cárdia bem ajustado ao aparelho na manobra de retrovisão. Incisura angular regular e anatômica. Antro com mucosa ligeiramente irregular com nodosidade difusa. Píloro centralizado de aspecto contraído, porém pérvio. Já na região duodenal a mucosa apresentava-se de superfície irregular, com áreas hiperêmicas, erosivas e mais friável, além de conteúdo exsudativo em moderada quantidade recobrimdo a superfície mucosa.

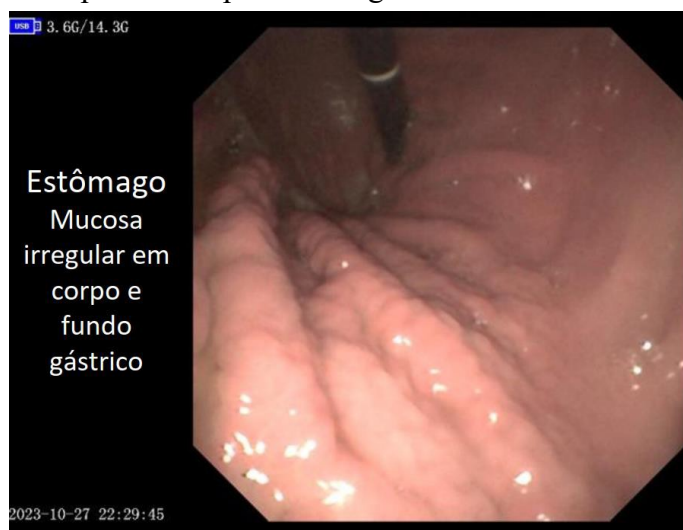
Foto 3 – imagem endoscópica do corpo e fundo gástrico.

Foto 4 – imagem endoscópica do duodeno.

Logo, pode-se concluir que a paciente possivelmente apresentava gastrite hipertrófica e duodenite grau moderado. Durante o exame foram coletadas amostras gástricas e duodenais para análise histopatológica. Como resultado, uma gastrite hiperplásica linfo eosinofílica moderada difusa, com traços de edema, hemorrágicos e fibrose intersticial moderada. Além de duodenite erosiva linfoplasmocítica moderada, com traços de edema e discreta linfangiectasia multifocal.

Iniciou-se a terapia medicamentosa com corticosteroide, prednisolona (1mg/kg a cada 24 horas, até novas recomendações) além da alimentação hipoalergênica (menor grão possível) como adjuvante ao tratamento. Após o início do tratamento, permaneceu estável durante um período de cerca de 30 dias, mas logo começou a apresentar recidivas do quadro. A medicação prednisolona foi feito ajuste de dose (1mg/kg a cada 12 horas, até novas recomendações), e apresentou uma boa evolução após essa adequação.

Após 20 dias do ajuste, foi iniciado o desmame da medicação, e não foi possível prosseguir devido a uma regressão do quadro clínico da paciente. Por esse motivo, foi prescrito uma formulação fitoterápica como adjuvante ao tratamento alopático. Essa formulação continha os seguintes princípios ativos: vitamina D3, vitamina K2, glutamina, espinheira santa e gamma oryzanol (sendo realizado a cada 24 horas, uso contínuo).

Com 45 dias de uso do fitoterápico e a paciente completamente estável, começou a realizar o desmame da prednisolona de forma gradual e não houve até o presente momento recidiva no quadro clínico. Atualmente, está sendo feito o uso do fitoterápico e prednisolona (0,5mg/kg a cada 48 horas).

3 DISCUSSÃO

Na anatomia aplicada à endoscopia digestiva alta temos o esôfago, que é subdividido em cervical, torácico e abdominal, percorrendo da parte inferior da faringe até a entrada do estômago na região do cárdia, contendo também um esfíncter em cada extremidade. Sua parede é composta por quatro camadas, a túnica mucosa e submucosa (parte interna), túnica muscular e adventícia (parte externa) [14]. Durante a passagem do endoscópio podem ser encontrados abaulamentos pela aorta, brônquio fonte esquerdo e átrio esquerdo [1]. O estômago é a parte na qual se inicia o processo de digestão. Sua parte interna é dividida em abertura cárdia, marcando o ponto de entrada do segmento esofágico, fundo, corpo e antro pilórico, sendo a válvula muscular que regula o esvaziamento gástrico e de ácido clorídrico a serem lançadas no duodeno. Constituídas também pelas quatro camadas: túnica mucosa, submucosa, muscular e serosa [5]. O duodeno, primeira porção do intestino delgado, é composto também pelas quatro

túnicas citadas anteriormente. Em suas camadas internas, o epitélio de revestimento é cilíndrico simples composto por vilosidades e criptas. Na submucosa estão presentes as glândulas de Brunner, que secretam muco alcalino e tem como função neutralizar o quimo em sua parte mais proximal. A avaliação é possível até sua segunda porção, onde é encontrada mucosa e submucosa conhecidas como pregas Kerckring. Deve-se identificar suas paredes no bulbo duodenal e observar defeito de conformação do órgão e mucosa e sua morfologia, acima da vilosidade típica do intestino delgado [2].

A gastropatia hipertrófica se caracteriza pelo espessamento da mucosa gástrica, com sintomatologia inespecífica, apresentando etiologia desconhecida e prognóstico variável [6].

No caso relatado foi possível observar a presença de sinais clínicos como vômitos, tosse, engasgo, hipersalivação e incômodo abdominal. A hipersalivação pode ser um sinal de refluxo gastroesofágico [13], presente em outro caso de gastropatia hipertrófica visualizado a partir de endoscopia: fêmea, canina, 7 anos, apresentando vômitos intermitentes após mastectomia [15]. Os sinais clínicos relacionados à patologia são: atraso no esvaziamento gástrico, dilatação e episódios regulares de vômito [11], depressão, emagrecimento, anorexia e desidratação [15].

O diagnóstico deve ser a partir dos sinais clínicos apresentados pelo paciente em conjunto com a solicitação de exames detalhados. No presente relato, a confirmação se deu pela realização de endoscopia com coleta de material para biópsia e realização do histopatológico. Para casos suspeitos, pode-se realizar além dela, ultrassonografia e/ou radiografia contrastada [3,7,8,11,15].

O tratamento de gastrites de causa desconhecida como a gastropatia hipertrófica é a base de dieta, tratamento sintomático e terapia imunossupressora. A dieta é realizada através da introdução de uma proteína nova ou hidrolisada por 2 a 4 semanas, seguida da avaliação da resposta do animal. No caso da terapia imunossupressora, com corticosteroide, será usada nos casos em que o paciente não respondeu bem somente com a dieta e nos animais os quais houve a confirmação diagnóstica de gastrite linfoplasmocítica ou eosinofílica e geralmente é feito de 0,5 a 1mg/kg a cada 12 horas, por 1 a 2 semanas e, depois, se inicia o desmame de forma gradual [9,10,12]. Conforme descrito anteriormente e em concordância com os autores, o tratamento da paciente em questão, além de ter sido feito com a dietoterapia e a terapia imunossupressora, fez o uso de uma formulação fitoterápica que continha a espinheira santa como planta medicinal para tentar alcançar uma maior efetividade no tratamento da gastrite, e isso foi comprovado com a evolução da clínica do animal [4].

O prognóstico acerca dessa enfermidade é reservado, visto a necessidade de acompanhamento de sua progressão. Alguns autores relatam que possui um prognóstico bom para aqueles que tiveram o diagnóstico e tratamento de forma precoce [7]. Outros, já mostram uma outra face de um prognóstico ruim, visto que alguns desses animais podem desenvolver uma neoplasia gástrica em decorrência desta gastrite crônica [10]. Até o presente momento, a paciente apresenta um bom prognóstico, devido à não progressão e estabilização do quadro.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que, uma anamnese bem detalhada, juntamente aos exames complementares específicos (laboratoriais e de imagem), são necessários para uma boa e correta condução do caso e consequentemente um diagnóstico preciso para que possa se iniciar o tratamento adequado, garantindo bom prognóstico e evolução do paciente. Entretanto, após o diagnóstico desta enfermidade, é imprescindível o acompanhamento através dos exames complementares (endoscopia e histopatologia) para a avaliação da progressão da doença.

Assim, é reforçado a necessidade de mais estudos sobre as possíveis causas da patologia para que novas pesquisas acerca de tratamentos mais seguros e eficazes aconteçam, garantindo assim, melhor prognóstico e qualidade de vida aos animais acometidos.

REFERÊNCIAS

JUNIOR, A. P. F. et al. Atlas de endoscopia digestiva. Rio de Janeiro, **Editora Rubio**, 2ª ed., p. 2-17, 2009. ISBN 978-85-7771-034-8.

AVERBACH, M. et al. Atlas de endoscopia digestiva da SOBED. Rio de Janeiro, **Thieme Revinter Publicações**, 2ª ed., p. 215-216, 2020. ISBN 978-65-990191-0-4.

MONTALVÃO, G. C. R. . COMPARAÇÃO DOS PARÂMETROS RADIOGRÁFICOS VERSUS ECOGRÁFICOS DE ALTERAÇÕES DO TRATO GASTROINTESTINAL EM PEQUENOS ANIMAIS. **BFMV - Teses de Mestrado 2º. Ciclo: [1623]**, Lisboa, 2019. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/17337>. Acesso em: 17 mar. 2024.

MACENO, R. A. S. da. . EFICÁCIA/EFETIVIDADE DA FITOTERAPIA NO TRATAMENTO DA GASTRITE: uma análise da literatura. 2021. 41 f. Monografia (Especialização) - Curso de Farmácia, Saúde, **UNIAGES**, Paripiranga, 2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/14649>. Acesso em: 17 mar. 2024.

SANTOS, B. M. dos. . ENDOSCOPIA EM CÃES: ASPECTOS MACROSCÓPICOS E MICROSCÓPICOS DA MUCOSA GÁSTRICA APÓS INTOXICAÇÃO POR TETRACLORETO DE CARBONO E TÉCNICAS PARA DETECÇÃO DE *HELICOBACTER SPP*. Goiânia, **Repositório UFG**, Doutorado em Ciência Animal (EVZ), 2012. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/items/ea99585-fda8-465d-9a39-e8da978dc517>. Acesso em: 17 mar. 2024

FERREIRA, F. A.; COELHO, H. E.; SILVEIRA, M. C. A. C. da . ESTENOSE PILÓRICA CANINA CAUSADA POR GASTRITE CRÔNICA. **Veterinária Notícias**, v. 3, n. 1, p. 135-139, 1997. Disponível em: [https://www.bvs-vet.org.br/vetindex/periodicos/veterinaria-noticias/3-\(1997\)-1/estenose-pilorica-canina-causada-por-gastrite-cronica/](https://www.bvs-vet.org.br/vetindex/periodicos/veterinaria-noticias/3-(1997)-1/estenose-pilorica-canina-causada-por-gastrite-cronica/). Acesso em: 17 mar. 2024.

ZIBETTI, F. L.; SILVA, E. G. da; ROCHA, M. M.; ALVES, C. C.; ROSA, B. M.; FERNANDES, D. W.; LEÃO, M. S. de; SOARES, M. de A.; VASCONCELLOS, A. L. de; COSTA, P. P. C. . Gastropatia hipertrófica pilórica crônica: Revisão. **Pubvet**, [S. l.], v. 15, n. 12, 2021. DOI: 10.31533/pubvet.v15n12a982.1-6. Disponível em: <https://ojs.pubvet.com.br/index.php/revista/article/view/471>. . Acesso em: 17 mar. 2024.

MARINHO, P. V. T.; MARIA, B. P.; PAZZINI, J. M.; TEIXEIRA, F. A.; REIS, C. de C. V. dos; ZANI, C. C.; NARDI, A. B. D.; TINUCCI, M. C.; CARCIOFI, A. C. . Gastropatia pilórica hipertrófica crônica secundária à gastrite linfoplasmocitária em cão – Relato de Caso. **Veterinária e Zootecnia**, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 215–220, 2022. Disponível em: <https://rvz.emnuvens.com.br/rvz/article/view/922>. Acesso em: 17 mar. 2024.

TAMS, T. M. et al. *Handbook of Small Animal Gastroenterology*. 2ª ed. USA: **Saunders**, 2003. ISBN 978-0721686769.

HALL, E. J. et. al. *BSAVA Manual of Canine and Feline Gastroenterology*. 3ª ed. **BSAVA**, 2020.

SILVA, L. C. da; MACHADO, V. M. de V. . O uso da endoscopia digestiva alta em pequenos animais. **Veterinária e Zootecnia**, Botucatu, v. 22, n. 1, p. 15–25, 2022. Disponível em: <https://rvz.emnuvens.com.br/rvz/article/view/947>. Acesso em: 17 mar. 2024.

STEINER, J. M. et al. *Small Animal Gastroenterology*. **Schluetersche**, 2008. ISBN 978-3-89993-027-6.

WILLARD, M. D. . Tópicos selecionados sobre diagnóstico e tratamento em Gastroenterologia em cães e gatos. 1ª ed. *Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Inter-Médica*, p. 1-2, 2014. ISBN 978-950-555-428-7.

DYCE, K. M. et al. Tratado de anatomia veterinária. **Elsevier**, 4ª ed., p. 246-264, 2010. ISBN 9788535236729.

CRUZ, T. P. P. S. da; RUIZ, T.; CAMPOS, W. N. da S.; AZEVEDO, L. S.; BICUDO, G. de A.; NÉSPOLI, P. B.; DE SOUZA, R. L. *YU pyloroplasty for the correction of chronic hypertrophic pyloric gastropathy in canines*. **Acta Scientiae Veterinariae**, [S. l.], v. 44, n. 1, p. 5, 2016. DOI: 10.22456/1679-9216.83122. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/ActaScientiaeVeterinariae/article/view/83122>. Acesso em: 17 mar. 2024.