

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS LESÕES ULCERADAS DO ESTÔMAGO

AGOSTINHO BETTARELLO *

Em que pesem os indiscutíveis avanços alcançados pela propedêutica gástrica, nos últimos decênios, o problema do diagnóstico das lesões ulceradas do estômago continua a desafiar a argúcia do médico, mesmo quando todos os exames complementares são realizados. No entanto, apesar desta dificuldade, como veremos adiante, o diagnóstico certo pode ser alcançado, na maioria dos casos, desde que os dados clínicos e os resultados dos exames complementares sejam adequadamente interpretados ^{1, 5}

A dificuldade no diagnóstico decorre de as lesões ulceradas do estômago poderem ser de natureza benigna ou maligna, ou então, eventualidade bem menos freqüente, resultarem da transformação neoplásica de uma ulceração inicialmente péptica. Tais lesões se exteriorizam através de ulcerações que, com freqüência, não se distinguem radiologicamente e, mais raro, gastroscópicamente, umas das outras. O problema se torna mais complexo, como teremos oportunidade de ver, quando consideramos existirem sinais radiológicos bastante sugestivos de lesão maligna, enquanto não há elementos bastante seguros que afirmem o caráter exclusivamente péptico de uma ulceração gástrica ¹¹

PROPEDEUTICA

A) *Radiologia* — É o método mais empregado no estudo das ulcerações, tendo a vantagem de revelá-las em qualquer das regiões do estômago, o que não ocorre com a gastroscopia. Devem ser analisados os seguintes elementos no diagnóstico diferencial entre os nichos benignos e os malignos:

a) *Localização do nicho* — Em geral, os nichos benignos localizam-se no corpo do estômago, especialmente ao longo da pequena curvatura, ao passo que as lesões malignas se situam no antro e no fundo. Embora esta afirmação valha como generalização, é óbvio que não se aplica para cada caso em particular, pois nichos benignos podem ocorrer no antro e no fundo,

Médico contratado do Serviço de Gastrenterologia (Dr. José F. Pontes), da 1ª Clínica Médica (Prof. Antônio B. U. Cintra) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

e úlceras neoplásicas podem situar-se na pequena curvatura, como se verifica na tabela 1.

Tabela 1 — LOCALIZAÇÃO DO NICHOS

<i>Localização do nicho</i>	<i>Úlcera gástrica</i>	<i>Câncer ulcerado</i>
Pequena curvatura	65	5
Grande curvatura	1	0
Piloro	6	1
Antro	19	5
Parede anterior	0	0
Parede posterior	9	0

b) Tamanho do nicho — Costuma-se dar importância maior a este dado, afirmando-se que nichos com mais de 3 cm seriam altamente suspeitos de malignidade². A experiência tem demonstrado que tal não ocorre, pois o caráter das ulcerações independe do seu tamanho: lesões com mais de 3 cm podem ser benignas e outras, com menos de 1 cm, ser malignas. Em nossa experiência abrangendo 27 úlceras gigantes do estômago, com mais de 3 cm de diâmetro, somente 8 eram neoplásicas¹³ (fig. 1).



Fig. 1 (8731) — Ulceração gigante da pequena curvatura alta, com fundo irregular. A margem inferior da lesão não é bem definida, continuando-se pela pequena curvatura. Citologia positiva para células neoplásicas e o exame gastros-cópico mostrou tratar-se de ulcera-ção de caráter maligno. Estes dados foram confirmados à cirurgia.

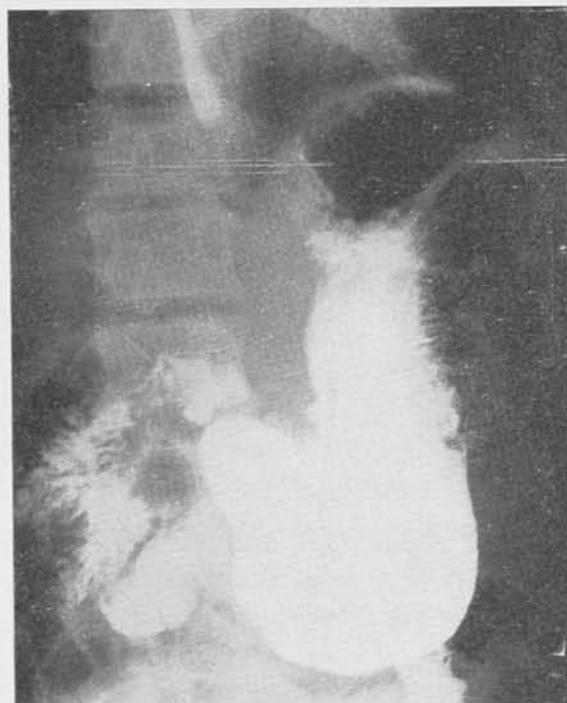


Fig. 2 (941) — Lesão ulcerada do terço inferior da pequena curvatura, fun-do regular, projetando-se para fora da margem do estômago. Exame gastros-cópico mostrou lesão de aspecto benig-no; a citologia gástrica foi negativa pa-ra células neoplásicas. Após 4 semanas de tratamento houve cicatrização com-pleta da lesão.

c) Aspecto da cratera — As lesões malignas, em geral, se apresentam com fundo irregular, de bordas mal definidas, projetando-se o nicho para dentro da margem do estômago. Ao contrário, nas lesões exclusivamente pépticas, o fundo do nicho é regular, as bordas são talhadas a pique, demarcando nitidamente a lesão em relação à mucosa adjacente, e com a cratera projetando-se para fora da margem do estômago (fig. 2).

d) Pregas da mucosa — Clássicamente se descreve as pregas da mucosa gástrica interrompendo-se antes de alcançar a ulceração maligna, enquanto nas lesões benignas essas pregas chegariam diretamente ao nicho. A interrupção seria devida à presença de infiltração neoplásica ao redor do nicho, impedindo as pregas de atingir a lesão; no entanto, o edema que frequentemente se situa ao redor da úlcera pode provocar o mesmo aspecto (fig. 3).

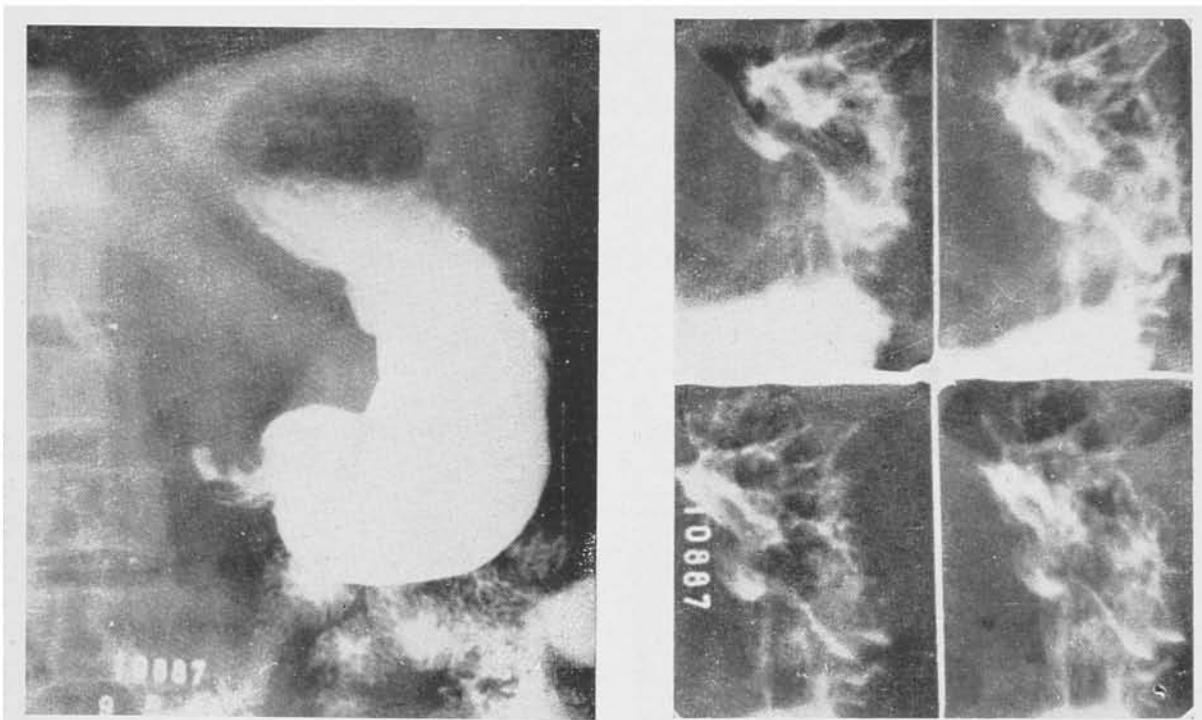


Fig. 3 (10887) — Lesão ulcerada da pequena curvatura do estômago (parte média). A relevografia mostra aspecto irregular e grosseiro das pregas da mucosa em torno da úlcera. Exame citológico positivo para células neoplásicas; a gastroscopia mostrou úlcera com caráter maligno.

É importante considerar, como já dissemos, que a presença destes sinais, embora não seja absoluta, fala a favor de neoplasia ulcerada, ao passo que a não evidenciação dos mesmos não exclui esta possibilidade diagnóstica.

B) *Gastroscopia* — É método excelente para o estudo das lesões ulceradas do estômago, permitindo alto grau de exatidão no diagnóstico. Quando o endoscopista consegue visualizar a lesão, consegue estabelecer o diagnóstico correto em 85 a 90% dos casos; no entanto, a existência das ulcerações que se escondem por detrás de pregas da mucosa, de espasmos que impedem a progressão do gastroscópio, ou então, a localização do nicho nas chamadas zonas cegas gastroscópicas (pequena curvatura do antro, fundo do

estômago e pequena curvatura alta), onde se localizam 25 a 30% das lesões ulceradas do estômago, bem compreenderemos a limitação deste método.

Entretanto, quando consegue visualizar a lesão, o gastroscopista pode afirmar, com bastante segurança, a natureza da mesma. Ulceração rasa, com fundo limpo, de bordas a pique e com halo eritematoso ao seu redor, e pregas da mucosa que se dirigem para o nicho, são elementos que falam a favor de lesão benigna; o encontro de ulceração com fundo sujo, porejando sangue, de bordas irregulares, com pregas da mucosa infiltradas, indica o caráter neoplásico do processo.

Entre nós, Meirelles e Pontes⁸, estudando a contribuição da gastroscopia como arma propedêutica para o diagnóstico das lesões gástricas, salientam, particularmente, seu valor no problema que estamos tratando.

A contribuição da gastroscopia se faz não só ao confirmar o diagnóstico já estabelecido pelo exame radiológico, mas também ao modificar corretamente este diagnóstico, ou, ainda, ao evidenciar lesões não suspeitadas naquele exame.

C) *Citologia gástrica* — O estudo do material gástrico, recolhido por diferentes técnicas (balão de Panico, escôva de Ayre, ou lavagem gástrica com quimiotripsina), tem sido extensamente desenvolvido nos últimos tempos, constituindo-se em método excelente para o diagnóstico de neoplasia gástrica, mesmo quando a lesão se encontra em fase inicial. A percentagem de diagnóstico de neoplasias ulceradas, por este método, alcança 80 a 90%; em nosso Serviço, os valores são de 86%. Há, entretanto, quer por erro do examinador, quer por material insuficiente, resultados falsos negativos e, menos freqüentemente, falsos positivos⁹.

Assim, o não encontro de células neoplásicas também não afasta definitivamente o diagnóstico de câncer gástrico, embora, com a melhora da técnica do exame, a percentagem de falsos negativos ou positivos tende a diminuir.

D) *Secreção gástrica* — O auxílio que este método traz para o assunto em questão é pequeno, pois somente valores extremos na concentração de ácido clorídrico, produzido pelas células parietais, têm valor diagnóstico. Assim, acloridria verdadeira, isto é, após estimulação com histamina ou com insulina, só é encontrada nas neoplasias. No outro extremo, valores altos de secreção de ácido clorídrico seriam absoluta raridade em pacientes com neoplasia gástrica. Valores intermediários, normo ou hipocloridria, não têm valor diagnóstico.

E) *Sangue oculto nas fezes* — A positividade deste teste só tem valor diagnóstico quando ocorre em pacientes durante ou após tratamento para úlcera péptica. Nas lesões benignas, embora possa ser encontrado sangue nas fezes, antecedendo o tratamento, na vigência deste, raramente é constatado; nas lesões malignas o tratamento não influi na cessação do sangramento, sendo a pesquisa positiva.

F) *Hemossedimentação e electroforese* — A elevação da hemossedimentação e o aumento das globulinas α_1 e α_2 na electroforese só ocorrem nos casos mais avançados de neoplasias gástricas, quando, em geral, os outros exames já evidenciaram o processo tumoral.

ASPECTOS CLÍNICOS

Em nossa experiência, os dados clínicos têm valor apenas relativo, não se prestando para o diagnóstico diferencial das lesões ulceradas do estômago. Como demonstra a tabela 2, a dor pode ocorrer com as mesmas características tanto nas lesões benignas como nas malignas. Mesmo dor epigástrica, com ritmo e periodicidade, classicamente associada à úlcera péptica, pode ser encontrada nas neoplasias ulceradas. História de distúrbios gástricos, com duração de anos, embora mais comumente encontrada na primeira, pode, eventualmente, ser observada nas segundas. Os únicos elementos da história que, em nossa experiência, têm importância nesse diagnóstico, quando considerados em conjunto, são: perda de peso, anorexia e astenia. Quando presentes no mesmo paciente, esta tríade sintomática é muito mais frequente nas ulcerações neoplásicas do que nos pépticas (tabelas 2 e 3).

Tabela 2 — TIPOS DE DOR ENCONTRADOS NAS LESÕES ULCERADAS DO ESTÔMAGO

Tipos de dor	Úlcera gástrica benigna		Câncer ulcerado		Câncer ulc. rev. p/TT		Total câncer ulcerado	
	Nº de casos	%	Nº de casos	%	Nº de casos	%	Nº de casos	%
Ritmo com periodicidade ..	39	39	1	9,1	4	80	5	31,2
Ritmo sem periodicidade ..	18	18	1	9,1	1	20	2	12,5
Sem ritmo com periodicidade	6	6	1	9,1	0	0	1	6,5
Sem ritmo sem periodicidade	4	4	5	45,4	0	0	5	31,2
Atípica	18	18	0	0	0	0	0	0
Sem dor	15	15	3	27,3	0	0	3	18,6
Total	100	100	11	100,0	5	100	16	100,0

Dor atípica é a de localização não epigástrica, sem ritmo e sem periodicidade.
TT: teste terapêutico.

Tabela 3 — PERDA DE PÊSO, ANOREXIA E ASTENIA VERIFICADAS EM 100 CASOS DE ÚLCERA GÁSTRICA E EM 16 CARCINOMAS DO ESTÔMAGO

Diagnóstico	Perda de peso		Astenia		Anorexia	
	Nº de casos	%	Nº de casos	%	Nº de casos	%
Úlcera gástrica ..	32	32,0	17	17	13	13
Carcinoma ulcerado .	11	68,8	7	50	12	75

Em síntese, podemos dizer que a história clínica não nos ajuda nesse diagnóstico diferencial e que os métodos propedêuticos permitem bastante segurança no diagnóstico das lesões malignas; no entanto, a não evidenciação de sinais comumente encontrados nestas lesões não implica na benignidade das mesmas (Meirelles e col.⁵).

O desconhecimento deste fato pode levar o médico a conduta errônea ao se deparar com essas ulcerações. Considerá-las como de natureza benigna, pela ausência de sinais radiológicos de malignidade, ou encaminhar o paciente à cirurgia simplesmente porque há o perigo de degeneração, parecem-nos condutas igualmente errôneas. Por outro lado, não se trata aqui de colocar o problema em termos de tratamento médico ou cirúrgico, mas, sim, o de estabelecer o diagnóstico destas ulcerações, de que dependerá o tratamento adequado.

TESTE TERAPÊUTICO

Para o estabelecimento do diagnóstico, o clínico deverá submeter o paciente ao chamado teste terapêutico. Este foi inicialmente proposto por Gutman⁴, na França, e pelo grupo de Jordan¹², nos Estados Unidos. Tem sofrido pequenas modificações, de acordo com cada autor. Em nosso Serviço é executado da seguinte maneira:

O paciente é submetido a estudo radiológico e, sempre que possível, gastroscópico e citológico do estômago. A suspeita diagnóstica de neoplasia, em qualquer destes exames, implica no envio do paciente à cirurgia, com o diagnóstico de neoplasia gástrica ulcerada.

Os pacientes nos quais os exames iniciais não revelam qualquer suspeita de malignidade são submetidos a tratamento clínico, constante de dieta branda e fracionada, alcalinos e anticolinérgicos e, quando necessário, sedativos, pelo prazo de 4 semanas. Após este período são reexaminados radiológica e gastroscópicamente. Se a lesão permanecer inalterada, ou aumentar de tamanho, o paciente é enviado à cirurgia com o diagnóstico de lesão ulcerada do estômago com suspeita de malignidade. A lesão que diminuiu de tamanho (e sem qualquer outro sinal que levante suspeita de malignidade) continua a ser tratada por mais 4 semanas, ao fim das quais, novos exames serão feitos.

As ulcerações que não cicatrizam, ou aquelas que o fizeram, porém mostrando rigidez e infiltração das paredes, são enviadas à cirurgia com o mesmo diagnóstico do grupo anterior.

Os casos em que a cicatrização é completa, depois de 4 ou 8 semanas de tratamento bem conduzido, são considerados como de úlcera gástrica benigna. Note-se que êste diagnóstico é feito a posteriori, pois apenas quando houver cicatrização completa do nicho, é que se pode ter segurança quanto ao caráter benigno da ulceração em estudo (fig. 4).

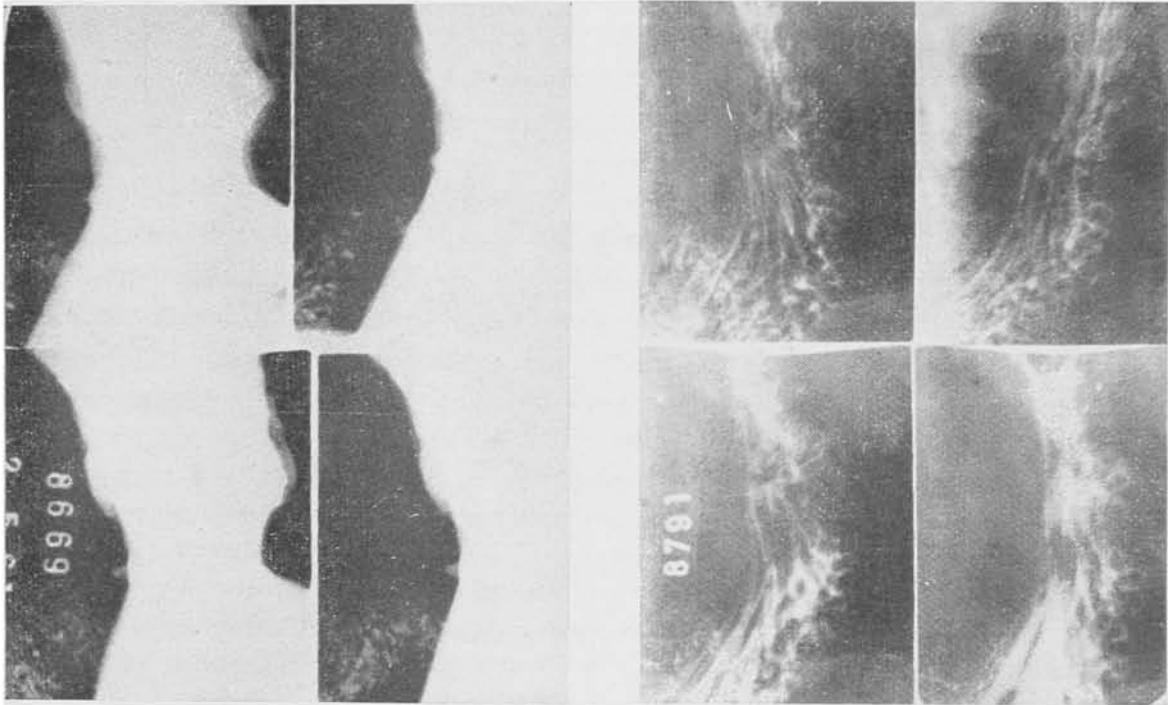


Fig. 4 (8669) — Pequeno nicho da parte média da pequena curvatura, projetando-se para fora do contorno gástrico. Espasmo da grande curvatura ao nível da ulceração. Exame citológico negativo. Gastroscoopia: úlcera de aspecto benigno. Submetida ao teste terapêutico (8791), o exame radiológico, quatro semanas depois, mostra cicatrização completa do nicho, observando-se a convergência das pregas gástricas para o local onde se localizava a úlcera.

Considerar como benigna uma ulceração, simplesmente porque os exames não revelaram sinais sugestivos de malignidade, ou porque houve diminuição da mesma durante o tratamento, é desconhecer o perigo potencial destas lesões poderem, eventualmente, ser neoplásicas.

É natural que nem tôdas as lesões, que deixam de cicatrizar após 4 a 8 semanas, sejam malignas; ao contrário, a maioria é benigna. De outra forma, arriscar-nos-íamos a tratar por prazo maior do que 8 semanas ulcerações neoplásicas.

A tabela 4 mostra nossa experiência com o teste terapêutico até julho 1959. Nêle se observa que 5 lesões neoplásicas ulceradas só foram evidenciadas pelo teste terapêutico. Não fôsse o teste, teriam sido consideradas como benignas, desde que os exames utilizados não haviam revelado qualquer sinal suspeito de malignidade. Quanto mais apurada a propedêutica, tanto menor êste grupo, pois o caráter tumoral da lesão será pôsto em evidência pela mesma.

Tabela 4

Operados ab initio, 17	{	Carcinoma ulcerado, 12		
		Úlcera gástrica, 5		
Com teste terapêutico, 124	{	Não cicatrizados, 35	{	Operados, 23 {
				Úlcera péptica, 18
			{	Não operados, 12 {
				Cicatrizados, 10
				Não cicatriz., 2
	{	Cicatrizados, 89	{	Linfossarcoma, 1
				Operados para o controle da cicatrização, 6
				Com seguimento, 66
				Sem seguimento, 16
Sem teste terapêutico, 58				
Sem seguimento, 12				

Outro fato importante a ser considerado é que 58 pacientes não completaram o teste terapêutico, ou porque deixaram de comparecer a nova consulta dentro de 4 ou 8 semanas, ou porque só o fizeram após prazo mais longo. Estes pacientes correram, ou ainda correm, o risco de apresentar lesão neoplásica, não evidenciada pelos exames inicialmente realizados. Por essa razão, desde o início do tratamento, deve o médico salientar ao paciente a necessidade do retorno dentro dos prazos marcados, a fim de que o diagnóstico possa ser estabelecido e, se necessário, a indicação cirúrgica feita em tempo útil; compreende-se, assim, que o não comparecimento do paciente aos exames de controle implica em sua responsabilidade por um possível erro diagnóstico, e não na do médico que o atendeu.

A segurança que o teste terapêutico oferece é muito grande, pois, até agora, tivemos apenas um erro diagnóstico, que, a rigor, não foi do método e, sim, do examinador, ao considerar como cicatrizada uma lesão da parede posterior do estômago. O exame seguinte, feito 6 meses após, quando comparado às radiografias anteriores, mostrou a inexatidão daquela conclusão. O paciente foi operado, e o estudo histológico da peça mostrou que se tratava de um linfossarcoma ulcerado. Felizmente, 6 anos após a operação, o paciente continua bem.

Seis dos nossos pacientes foram operados, após o teste terapêutico, por não terem suas úlceras completamente cicatrizadas, embora, à observação radiológica, seu tamanho fôsse mínimo. No ato cirúrgico (tendo decorrido alguns dias entre a indicação cirúrgica e a operação), as úlceras mostraram-se cicatrizadas. O estudo histológico do local do antigo nicho mostrou calo bem formado, inclusive com reepitelização completa da mucosa (Meirelles e col.⁶).

Dessa maneira, podemos concluir que a cicatrização realmente é efetiva e, o que também é importante, contrariando a opinião de Grimes e Bell³, ela só ocorre quando a lesão é benigna. As lesões malignas podem diminuir de tamanho durante o teste terapêutico, pelo desaparecimento do edema, mas a cicatrização nunca ocorre. Este fato salienta ainda mais a segurança oferecida pelo teste terapêutico.

O seguimento dos pacientes, cujas ulcerações cicatrizaram após o teste terapêutico, mostra que a recidiva ocorre em 15% das mesmas. Essa recidiva tanto ocorre no local da antiga lesão como em outra qualquer parte do estômago. Quando isto acontece, o paciente deverá submeter-se novamente ao teste terapêutico. Em nossa experiência, a recidiva da ulceração gástrica não implica na maior probabilidade de degeneração da mesma.

CANCERIZAÇÃO DA ÚLCERA PÉPTICA

Em nossa opinião, somente o estudo histológico pode afirmar ou negar esta degeneração, especialmente quando o critério exposto por Newcomb¹⁰ é seguido. Segundo este autor, o único elemento histológico que distingue as ulcerações benignas das malignas é a fusão da camada muscularis mucosae com a muscular própria, nas primeiras. Todos os outros elementos histológicos de uma ulceração, inclusive o encontro de endarterite obliterante, podem ser verificados em ambos os tipos de lesão.

A cancerização da úlcera gástrica tem sido motivo de grandes discussões na literatura, variando as opiniões, desde as que negavam a degeneração até as que a encontravam em 15% dos casos. Esta alta incidência de degeneração deve-se a um erro de interpretação, pois, segundo afirmam esses autores, em 15% dos pacientes com diagnóstico de úlcera gástrica, radiológica ou gastroscópicamente estabelecida, quando operados, a lesão mostrou-se maligna.

Este fato não implica em que tais úlceras tenham sofrido degeneração, mas, simplesmente, que houve erro diagnóstico. É impossível, pelos métodos propedêuticos de que dispomos (radiologia, gastroscopia e citologia), firmar o diagnóstico de úlcera degenerada. Esse diagnóstico somente pode ser estabelecido com base histológica, alicerçando-nos no critério estabelecido por Newcomb¹⁰. Demonstrou este autor que as clássicas camadas de Arskanasi, endarterites dos vasos do fundo da lesão, encontradas nas úlceras pépticas, podem ser observadas em outras lesões do tubo digestivo, inclusive nas neoplasias, não se prestando, por isso, para o critério de degeneração. Mostrou Newcomb que o elemento histológico encontrado somente na ulceração péptica é a fusão da muscularis mucosae com a muscular própria, na borda da lesão. Assim, somente quando numa ulceração gástrica com essa característica for encontrado um ninho de células neoplásicas nas margens é que se estará autorizado a firmar o diagnóstico de degeneração.

Baseados neste critério, em nossa experiência, até julho 1959, com 145 úlceras de estômago, só encontramos um caso em que, seguramente, pudemos estabelecer o diagnóstico de úlcera péptica degenerada⁷.

Para efeito de diagnóstico diferencial, no entanto, estes casos se comportam, quando submetidos ao teste terapêutico, de modo semelhante ao das lesões ulceradas malignas. O envio destes casos à cirurgia permite o exame histológico da peça, quando então o diagnóstico de degeneração será feito.

BIBLIOGRAFIA

1. BETTARELLO, A.; MEIRELLES filho, J. S. — Diagnóstico diferencial das lesões ulceradas do estômago. *Rev. paul. Med.* 57:287-292, 1960.
2. COMFORT, M. W. — Gastric acidity before and after development of gastric cancer: its etiologic, diagnostic and prognostic significance. *Ann. intern. Med.* 34:1331-1348, 1951.
3. GRIMES, O. F.; BELL, H. G. — Clinical and pathological studies of benign and malignant gastric ulcers. *Surg. Gynec. Obst.* 90:359-371, 1950.
4. GUTMAN, R. A. — Le diagnostic du cancer d'estomac à la période utile. Paris, Doin, 1956.
5. MEIRELLES filho, J. S.; BETTARELLO, A.; MARTINEZ, J. O.; CUPELO, N.; ZATERKA, S.; PONTES, J. F. — Differential diagnosis of benign and malignant gastric ulcer: the value of the therapeutic test. *Gastroenterologia (Basel)* 92:1-15, 1959.
6. MEIRELLES filho, J. S.; BETTARELLO, A.; ZATERKA, S.; MONTENEGRO, M. R.; PONTES, J. F. — Cicatrization of the gastric ulcer: comparative study with histology and radiological examination. *Amer. J. dig. Dis.* [no prelo].
7. MEIRELLES filho, J. S.; MONTENEGRO, M. R.; BETTARELLO, A.; PONTES, J. F. — O problema da cancerização da úlcera gástrica. *Rev. Ass. med. bras.* 6:113-117, 1960.
8. MEIRELLES filho, J. S.; PONTES, J. F. — A gastroscopia como meio auxiliar na propedêutica gastrenterológica: observações sobre 400 casos. *Rev. paul. Med.* 54:15-24, 1959.
9. MENDES, F. T.; MARTINEZ, J. O.; PONTES, J. F. — Contribuição ao estudo da citologia gástrica: comparação de métodos de colheita e de coloração. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo* 14:25-36, 1959.
10. NEWCOMB, W. D. — The relationship between peptic ulceration and gastric carcinoma. *Brit. J. Surg.* 20:279-308, 1932-33.
11. PALMER, W. L. — Certain aspects of benign and malignant gastric ulcer. *Bull. N.Y. Acad. Med.* 26:527-537, 1950.
12. SMITH, F. H.; BOLES jr., R. S.; JORDAN, S. M. — Problem of the gastric ulcer reviewed; study of one thousand cases. *J. Amer. med. Ass.* 153:1505-1508, 1953.
13. ZATERKA, S.; BETTARELLO, A.; MEIRELLES filho, J. S.; MONTENEGRO, M. R.; PONTES, J. F. — Giant gastric ulcer. Report of 27 cases. *Amer. J. dig. Dis.* 7:236-249, 1962.