

Úlcera de cameron como causa incomum de anemia por deficiência de ferro

Cameron ulcer as uncommon cause of iron-deficiency anemia.

RAFAEL DENADAI PIGOZZI DA SILVA¹; RAFAEL ALICEDA FERRAZ¹; VIVIANE ALESSANDRA CAPELLUPPI-TÓFANO²; ROGÉRIO SAAD-HOSSNE³; FÁBIO VIEIRA TEIXEIRA⁴

TRABALHO REALIZADO NO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA, CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO E COLOPROCTOLOGIA – UNIGASTRO / ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (ABHU), MARÍLIA-SP, BRASIL.

RESUMO

Úlceras de Cameron são lesões lineares crônicas dispostas sobre as pregas da mucosa, ao nível da impressão diafragmática, em pacientes portadores de hérnia hiatal. Sua relevância clínica deve-se ao potencial risco de complicação gastrointestinal, como sangramento agudo ou crônico e anemia ferropriva. Geralmente, o diagnóstico é incidental por endoscopia digestiva alta. Inibidores da bomba de prótons são essenciais para a condução dos casos e a administração de ferro quando a anemia estiver associada. Entretanto, situações refratárias se beneficiam do tratamento cirúrgico. Apresentamos um caso desta entidade em uma paciente de 50 anos na pós-menopausa que evoluiu com anemia por deficiência de ferro e exames endoscópicos iniciais normais.

Unitermos: Úlcera de Cameron, Hérnia Hiatal, Anemia ferropriva, Sangramento gastrointestinal

SUMMARY

Cameron ulcers are chronic linear lesions lying on the mucosal folds, the level of diaphragmatic impression, in patients with hiatal hernia. Its clinical relevance is due to the potential risk of gastrointestinal complications, such as acute or chronic bleeding and anemia. Usually, the diagnosis is incidental by upper gastrointestinal endoscopy. Proton pump inhibitors are essential for

the conduct of cases and the administration of iron when the anemia is associated. Already, the benefit of surgery is in refractory cases. We present a case of this entity of a 50-year-old patient in postmenopausal who developed anemia due to iron deficiency and normal initial endoscopy.

Keywords: Cameron Ulcer, Hiatal Hernia, Iron-deficiency Anemia, Gastrointestinal Bleeding

INTRODUÇÃO

Úlceras de Cameron (UC) são lesões que ocorrem no saco de uma hérnia hiatal (HH)^{1,3,4}. Foi inicialmente descrita por Cameron & Higgins, em 1986, como lesões lineares crônicas dispostas sobre as pregas da mucosa, ao nível da impressão diafragmática, em 36 (33,02%) dos 109 pacientes com HH volumosas². Aparecem em até 5,2% dos pacientes com HH submetidos à endoscopia digestiva alta (EDA)³.

Sua patogênese não é ainda completamente entendida, existindo algumas hipóteses para o seu aparecimento^{2,3,6,12}, sendo que geralmente o seu achado é incidental^{3,4}, como causa de hemorragia digestiva alta aguda ou crônica e anemia ferropriva³⁻⁶.

A EDA é considerada padrão-ouro no diagnóstico^{4,11}. Estas lesões devem sempre ser investigadas em casos

1. Acadêmicos da Faculdade de Medicina da Universidade de Marília, Marília-SP, Brasil. **2.** Professora Doutora da Disciplina de Hematologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Marília, Marília-SP, Brasil. **3.** Professor Doutor Assistente do Departamento de Cirurgia e Ortopedia e do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais da Faculdade de Medicina - UNESP Botucatu, Botucatu-SP, Brasil. **4.** Professor Doutor Voluntário do Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Faculdade de Medicina - UNESP Botucatu e Médico da UNIGASTRO, Marília-SP, Brasil. **Endereço para correspondência:** Fábio Vieira Teixeira - UNIGASTRO - Rua Dr. Próspero Cecílio Coimbra, 80 - Cidade Universitária - Marília - São Paulo - Brasil - CEP 17525-160 - Tel. / fax (14) 2105- 4562 - e-mail fabioteixeira@unimedmarilia.com.br. **Recebido:** 27/04/2010. **Aprovação:** 27/09/2010.

de HH¹² e, principalmente, em pacientes com hemorragia digestiva obscura e anemia ferropriva¹³.

O tratamento deve ser individualizado³. O inibidor de bomba de prótons (IBP) é a primeira opção terapêutica nos casos de hemorragia digestiva secundária a UC¹², e, além disto, a suplementação com ferro deve ser rotina nos pacientes ferropênicos^{4,6}. E somente nos casos refratários a cirurgia deve ser considerada¹².

Relatamos um caso de UC em que a paciente na pós-menopausa evoluiu com anemia por deficiência de ferro e exames endoscópicos iniciais normais.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 50 anos, procedente de Londrina-PR. Foi encaminhada para avaliação de anemia. Relatou dores nas pernas e astenia há 6 meses. Sem passado de perdas sanguíneas evidentes. Menopausa há 4 anos. Foi submetida à correção cirúrgica de hérnia de hiato há 3 anos.

A paciente já havia sido tratada em outro serviço, e apresentava alguns exames de 2006: colonoscopia e endoscopia digestiva alta (EDA) sem alterações.

Em 2008, em nosso serviço, a ectoscopia apresentou-se descorada (+++/4+). Os sinais vitais foram normais. Ao exame abdominal evidenciou-se dor à palpação profunda em região epigástrica. O hemograma realizado na ocasião mostrou anemia ferropriva com hemoglobina: 9,8 g/dL, hematócrito: 29,8%, volume corpuscular médio: 67,8 fl, hemoglobina corpuscular média: 28,7 g/dL, ferro sérico: 27 ug/dL e

ferritina: 4,22 ng/ml. A pesquisa de sangue oculto nas fezes foi positiva, sendo então submetida à nova colonoscopia total que novamente não demonstrou alterações.

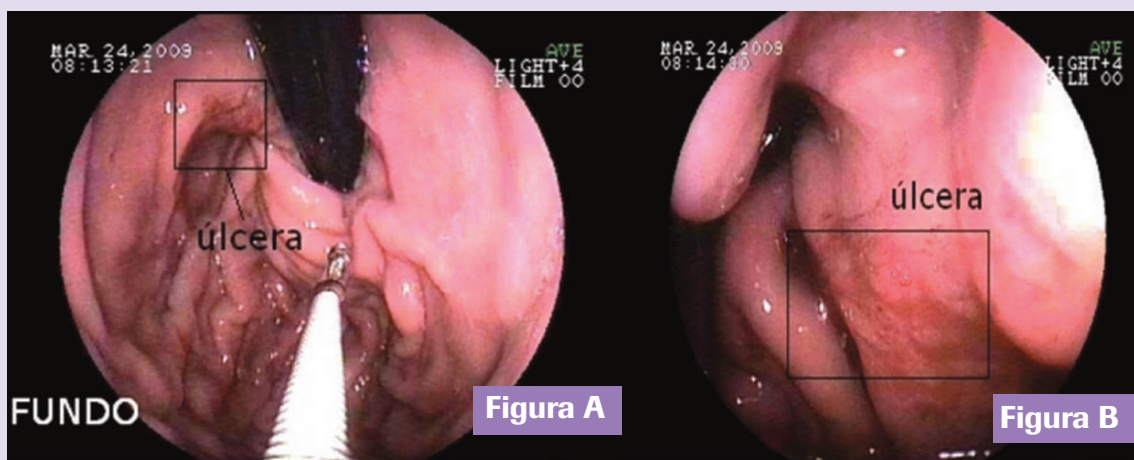
Também em 2008 foi solicitada nova EDA, constatando-se saco herniário com a presença de úlcera de aproximadamente 4 mm (Figura A e B). O diagnóstico foi de hemorragia digestiva crônica por úlcera de Cameron em hérnia de hiato recidivada.

Medicada com IBP e suplemento de ferro. Evoluiu com melhora do quadro clínico e normalização dos valores hematimétricos.

DISCUSSÃO

A principal causa de anemia carencial no mundo é a ferropriva. Existem inúmeras causas para esta ferropenia incluindo insuficiência na dieta e aumento nas necessidades, como nos distúrbios menstruais, na gravidez e hemorragia. Nesta última, entram como diagnósticos diferenciais várias afecções, sendo exemplo a UC⁷.

Cameron¹ em 1976 publicou uma série com pacientes portadores de HH e os resultados forneceram evidência de que grandes HH podem ser causa de anemia crônica secundária à perda sanguínea digestiva, não sendo, portanto, causado por esofagite de refluxo. Cenário este reafirmado, anos mais tarde, por um estudo prospectivo de base populacional⁵ que seguiu 5.069 pacientes adultos durante vinte anos, concluindo que a HH deve ser considerada como uma possível causa de anemia por deficiência de ferro. Já a relação da anemia ferropriva com a esofagite merece estudos mais aprofundados⁵.



Endoscopia digestiva alta revelando, à retrovisão, alargamento de pilares e presença de úlcera em fundo gástrico.

Em nosso relato, a primeira EDA realizada pela paciente foi normal, fato este salientado por outros autores^{4,13} ao descreverem que em casos de sangramento gastrointestinal obscuro e persistente, mesmo após endoscopia inicial negativa, devemos pesquisar UC.

Weston³, em seu artigo sobre o tema, evidencia que a prevalência de UC aumenta juntamente com o aumento da HH. E ainda relata que, em aproximadamente dois terços dos casos, as lesões são múltiplas. Isquemia, trauma mecânico e acidez podem exercer papel em sua patogênese, que não é completamente entendida^{2,3,6,12}.

Estudos mostram que, mesmo com a conscientização sobre a existência desta lesão, elas acabam por serem frequentemente visualizadas como achado incidental de EDA^{3,4}. Weston³ relatou que aproximadamente 50% das lesões foram achados acidentais na endoscopia realizada por outro motivo.

UC deve ser sempre investigada em casos de HH¹²; a EDA é considerada como padrão-ouro no diagnóstico mas é frequente que se percam essas lesões^{4,11}. Neste contexto, a repetição de exames provavelmente tem o seu maior valor em pacientes com hemorragia digestiva obscura e anemia ferropriva¹³.

Estudos atuais sobre a avaliação do trato gastrointestinal alto em casos de anemia ferropriva mostram que a associação de EDA com a enteroscopia ou colonoscopia aumentam as taxas de diagnóstico^{8,9,13}. E em especial no caso da UC, muitas vezes, é necessário mais de um exame para diagnosticá-las⁴.

Fireman *et al.*⁷ avaliaram o papel da endoscopia em 43 mulheres na pré-menopausa com anemia ferropriva. Eles encontraram que em 55,8% dos casos havia doenças do trato gastrointestinal superior, sendo 3 (7%) casos UC, concluindo que estas pacientes podem se beneficiar de investigação endoscópica.

As principais causas de anemia ferropriva em mulheres no período fértil são os distúrbios menstruais^{7,12}. Já em pacientes na pós-menopausa, Pauwelyn *et al.*¹¹, em sua publicação sobre o assunto, afirmam que a anemia por deficiência de ferro nestas mulheres deve-se principalmente à perda de sangue gastrointestinal crônica, e que uma das lesões mais comumente não diagnosticadas em exames endoscópicos é a UC. Dessa forma, justifica-se a busca insistente pela causa da anemia no sistema digestório em nossa paciente, haja vista que ela estava na menopausa há 4 anos.

A forma ideal de tratamento depende do quadro clínico e, portanto, devem ser individualizadas³.

A suplementação com ferro deve ser rotina nos pacientes ferropênicos^{4,6}. Além disto, a literatura mostra que no seguimento dos pacientes com UC, 17% desenvolvem complicações, sendo a mais comum a hemorragia gastrointestinal com anemia ferropriva, em 8,3% dos casos³. Assim, Panzuto *et al.*¹² pesquisaram o papel do IBP na prevenção da recorrência da anemia por deficiência de ferro em pacientes com HH, concluindo que a cirurgia combinada com o IBP não é mais eficaz do que o IBP isoladamente.

Assim, no tratamento dos pacientes com quadro semelhante ao da nossa paciente, os IBPs devem ser considerados como primeira opção¹². Entretanto, nos casos de UC com anemia ferropriva em que esta conduta falhar, a cirurgia deve ser considerada.

REFERÊNCIAS

1. Cameron, AJ. Incidence of iron deficiency anemia in patients with large diaphragmatic hernia. A controlled study. *Mayo Clin Proc.* 1976; 51:767.
2. Cameron, AJ, Higgins, JA. Linear gastric erosion. A lesion associated with large diaphragmatic hernia and chronic blood loss anemia. *Gastroenterology.* 1986; 91:338.
3. Weston, AP. Hiatal hernia with cameron ulcers and erosions. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 1996; 6:671.
4. Maganty K, Smith RL. Cameron Lesions: Unusual Cause of Gastrointestinal Bleeding and Anemia. *Digestion.* 2008; 77(3-4):214-7.
5. Ruhl, CE, Everhart, JE. Relationship of iron-deficiency anemia with esophagitis and hiatal hernia: hospital findings from a prospective, population-based study. *Am J Gastroenterol.* 2001; 96:322.
6. Moskovitz, M, Fadden, R, Min, T, *et al.* Large hiatal hernias, anemia, and linear gastric erosion: studies of etiology and medical therapy. *Am J Gastroenterol.* 1992; 87:622.
7. Fireman Z, Zachlka R, Abu Mouch S, Kopelman Y. The role of endoscopy in the evaluation of iron deficiency anemia in premenopausal women. *Isr Med Assoc J.* 2006; 8(2):88-90.
8. Descamps C, Schmit A, Van Gossum A. "Missed" upper gastrointestinal tract lesions may explain "occult" bleeding. *Endoscopy.* 1999; 31(6):452-5.
9. Chak, A, Cooper, GS, Canto, MI, *et al.* Enteroscopy for the initial evaluation of iron deficiency. *Gastrointest Endosc.* 1998; 47:144.
10. Lin, S, Branch, MS, Shetzline, M. The importance of indication in the diagnostic value of push enteroscopy. *Endoscopy* 2003; 35:315.
11. Pauwelyn KA, Verhamme M. Large hiatal hernia and iron deficiency anaemia: clinico-endoscopic findings. *Acta Clin Belg.* 2005; 60(4):166-72.
12. Panzuto, F, Di Giulio, E, Capurso, G, *et al.* Large hiatal hernia in patients with iron deficiency anaemia: a prospective study on prevalence and treatment. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004; 19:663.
13. Zuckerman G, Benitez J. A prospective study of bidirectional endoscopy (colonoscopy and upper endoscopy) in the evaluation of patients with occult gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol.* 1992; 87(1):62-6.
14. Trastek VF, Allen MS, Deschamps C, Pairolero PC, Thompson A. Diaphragmatic hernia and associated anemia: response to surgical treatment. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1996; 112(5):1340-4; discussion 1344-5.