Semana Digestiva Digital 20 e 21 de novembro 2020

AMILOIDOSE DO TUBO DIGESTIVO: ANÁLISE RETROSPECTIVA DA EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO AO LONGO DE 10 ANOS

Dias E [1], Santos-Antunes J [1], Marques M [1], Vilas-Boas F [1], Morais R [1], Santos AL [1], Lopes J [2], Carneiro F [2], Macedo G [1]

1 – Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de São João

2- Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

O tubo digestivo encontra-se envolvido em aproximadamente 7% dos casos de amiloidose sistémica e representa um importante desafio diagnóstico e terapêutico. Pode afectar diferentes segmentos do tubo digestivo (mais frequentemente o intestino delgado) e manifesta-se habitualmente com diarreia, perda de peso, obstipação, náuseas, saciedade precoce ou dor abdominal. O diagnóstico assenta habitualmente no exame histológico dos tecidos envolvidos, com a clássica birrefringência verde-maçã com luz polarizada [1]. Torna-se, portanto, um elevado índice de suspeição diagnóstica perante alterações endoscópicas que possam levantar suspeita desta patologia, que se pode apresentar sob a forma de erosões, úlceras, lesões polipóides, espessamento de pregas, mucosa de aspecto infiltrativo, ou mucosa de aspecto normal [2].

MATERIAL/MÉTODOS

Procedeu-se a uma avaliação retrospectiva das características clínicas e patológicas de todos os doentes com diagnóstico histológico de amiloidose em amostras do tubo digestivo, entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2019 no Centro Hospitalar de São João.

RESULTADOS

- Foram identificados 9 doentes, com predomínio de género feminino (n=6) e idade média de 57.1 anos (31-71 anos).

- O segmento do tubo digestivo mais frequentemente envolvido foi o estômago (n=6), seguido do duodeno (n=4) e cólon (n=3). Em 3 doentes verificou-se envolvimento simultâneo de mais do que um segmento.

- Em 3 doentes verificou-se envolvimento isolado do tubo digestivo; nos restantes verificou-se envolvimento de outros órgãos, mais frequentemente renal (n=5), cardíaco (n=3) e neurológico (n=2).

- O tipo de amiloidose mais frequentemente diagnosticado foi amiloidose AA (n=5), em associação a vasculite, doença de Whipple, úlceras de pressão ou bronquiectasias, seguido de amiloidose AL (n=3) em associação a discrasias plasmocitárias, sendo que num doente não foi possível uma caracterização precisa.

- As manifestações clínicas mais frequentes incluíram diarreia (n=4), perda de peso (n=3), náuseas/vómitos (n=2) e rectorragias (n=2); um doente encontrava-se assintomático.

- Foram identificadas identificaram-se alterações endoscópicas em 7 doentes, sob a forma de eritema (n=4), linfangiectasias duodenais (n=2), pólipos (n=2) ou nodularidade (n=1). Em 2 doentes a mucosa apresentava aspecto normal.

- Durante o follow-up, verificou-se a morte de 3 doentes, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 33%. A sobrevida mediana foi de 30 meses (17.99-42.00, IC 95%).

Caracteristícas	N=9
Idade	
Média (anos)	57.1
Âmbito (anos)	31-71
Género	
Masculino	3
Feminino	6
Envolvimento	
Apenas tubo digestivo	3
Outros órgãos	6
Renal	5
Cardíaco	3
Neurológico	2
Segmentos envolvidos	
Apenas um	6
Mais do que um	3
Estômago	6
Duodeno	4
Cólon	3
Tipo de amiloidose	
AA	5
AL	3
Não determinada	1
Manifestações clínicas	
Diarreia	4
Perda de peso	3
Náuseas/vómitos	2
Rectorragias	2
Assintomático	1
Alterações endoscópicas	
Eritema	4
Linfangiectasias duodenais	2
Pólipos	2
Aspecto nodular	1
Sem alterações endoscópicas	2

Tabela 1 – Características clínicas e patológicas da amostra

CONCLUSÕES

O envolvimento do tubo digestivo por amiloidose é incomum e resulta em apresentação clínica inespecífica e achados endoscópicos variáveis. Associa-se, contudo, a mau prognóstico, tornando-se fundamental um alto índice de suspeição diagnóstica.

REFERÊNCIAS

[1] Rowe K, Pankow J, Nehme F, et al. (May 08, 2017) Gastrointestinal Amyloidosis: Review of the Literature. Cureus 9(5): e1228. DOI 10.7759/cureus.1228e

[2] Syed U, Companion RAC, Alkhawam H, Walfish A. Amyloidosis of the gastrointestinal tract and the liver: clinical contexto, diagnosis and management. Eur J Gastroenterol Hepatol 2016, 28: 1109-1121.