

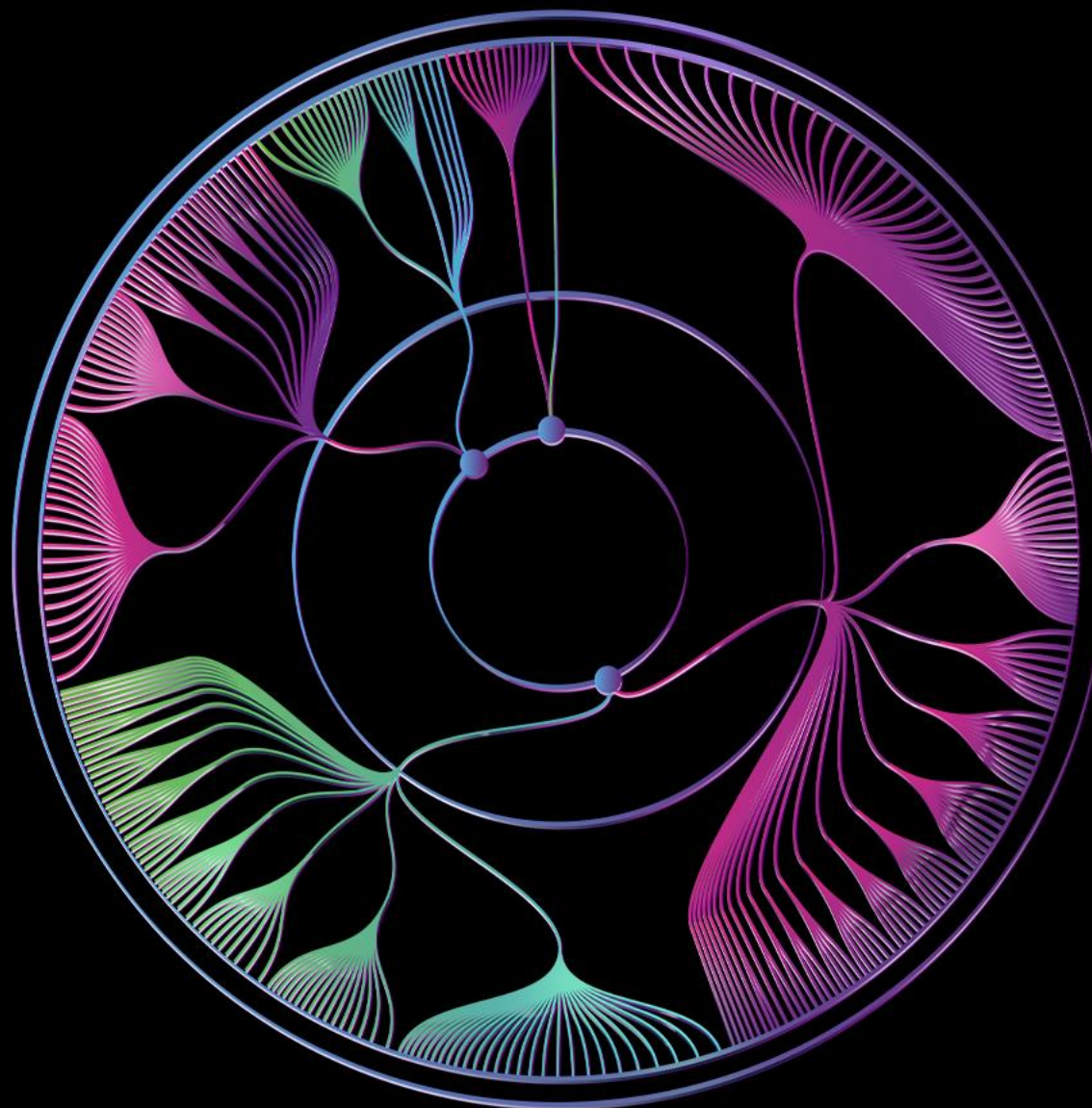
CBR22 51º CONGRESSO BRASILEIRO
DE RADIOLOGIA E
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

CASO Nº. 06

Patrocínio
educacional:



 **cbr** | Colégio Brasileiro de Radiologia
e Diagnóstico por Imagem



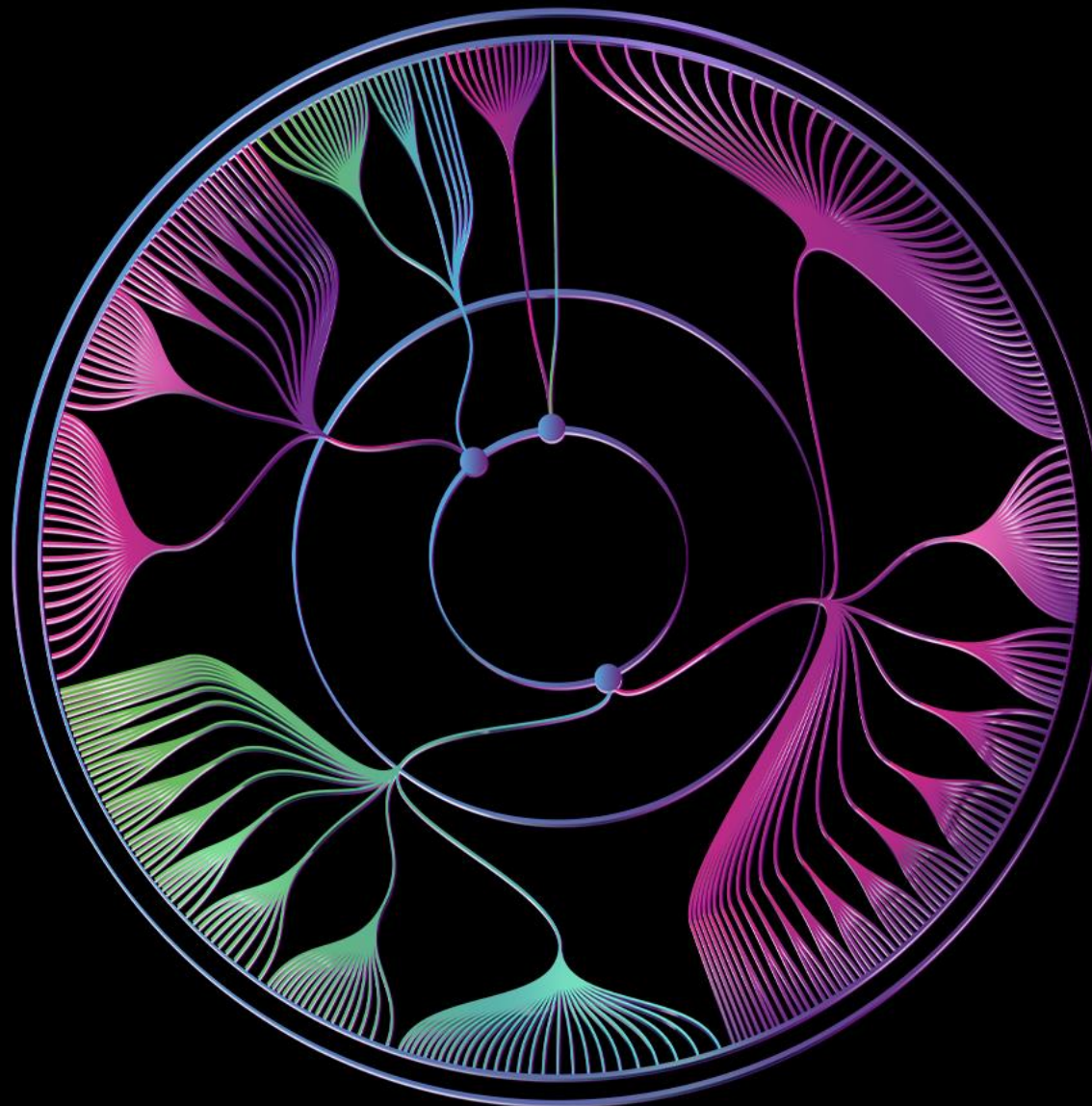
CBR22

51º CONGRESSO BRASILEIRO
DE RADIOLOGIA E
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Subespecialidade:

URO/DIGESTIVO

**Caso gentilmente cedido pelo Dr.
Hilton Leão**



cbr

Colégio Brasileiro de Radiologia
e Diagnóstico por Imagem

45 anos, feminino, dispepsia e dor torácica em abril de 2021, evoluindo com distensão abdominal pós prandial. Perda ponderal de 10Kg em 7 meses. Alimentando-se por via oral, com baixa aceitação da dieta.

Antecedente Pessoais:

HAS leve

Ramipril 5mg/dia

Rinoplastia

Antecedentes Familiares: Nega

Hábitos e vícios

nega tabagismo ou etilismo

Exame Físico:

Peso 48,5Kg Altura 1,64 m IMC 18,0 Kg/m²

Abdome plano, flácido, RHA+, sem massas palpáveis

KPS 80 ECOG 1

Exames Laboratoriais:

Hb 13,4 g/dL

Albumina 4,28 g/dL

Ferritina 96 ng/mL

Ferro 100 ug/dL

NLR 1,37

PCR 0,06

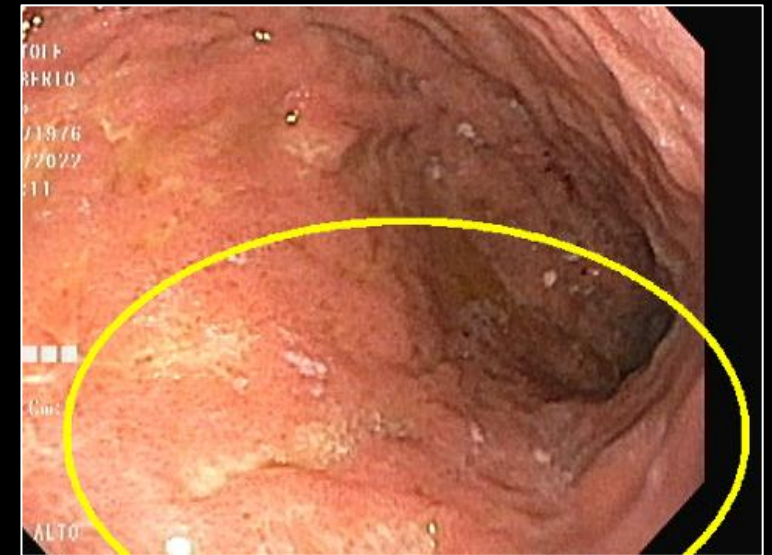
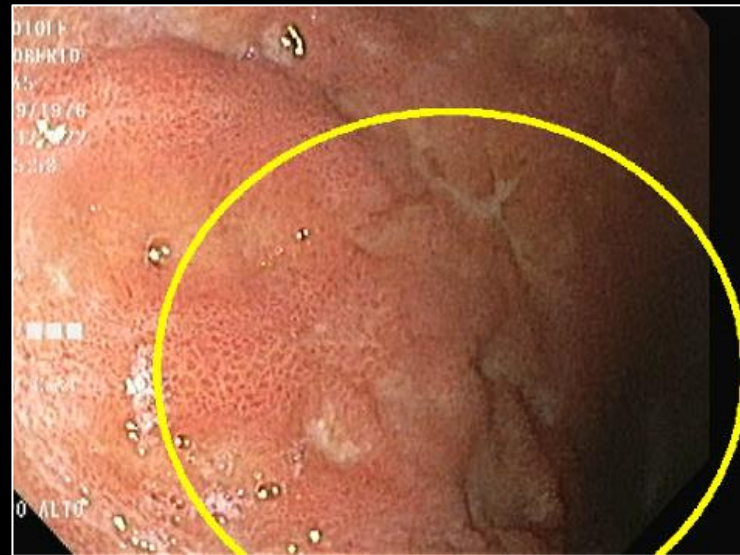
CEA 0,4

Enzimas hepáticas normais

Vitamina B12 350 (N > 300)



Reformações oblíquas de TC com contraste nas fases pré, arterial e portal, da esquerda para a direita, respectivamente.



Endoscopia realizada antes da tomografia

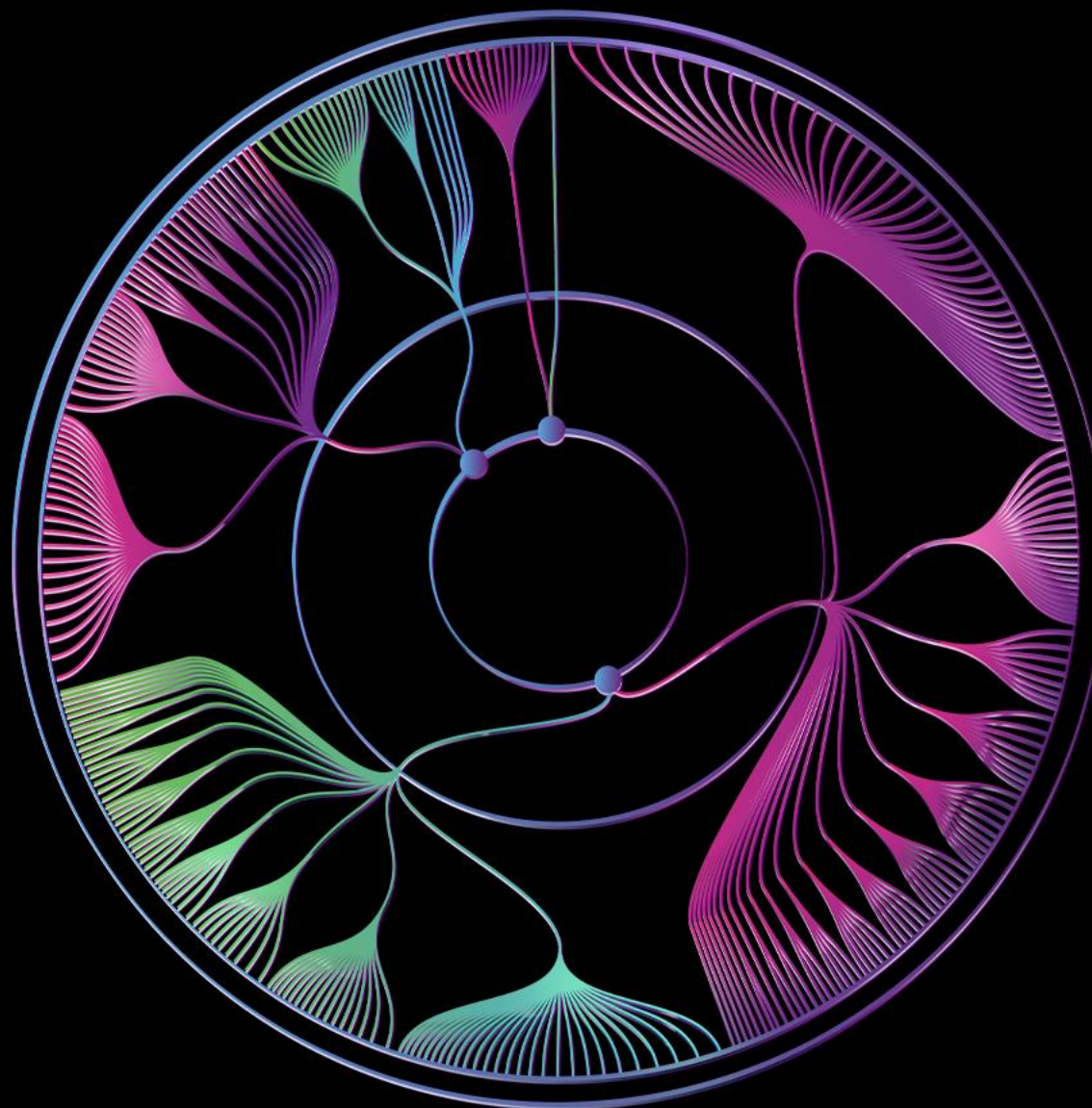
Qual o seu diagnóstico?

- a) Linfoma gástrico**
- b) GIST**
- c) Linite plástica**
- d) Metástase gástrica**
- e) Tumor neuroendócrino**

CBR22

51º CONGRESSO BRASILEIRO
DE RADIOLOGIA E
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

**A partir deste slide só será
publicado após o fim da
Maratona**



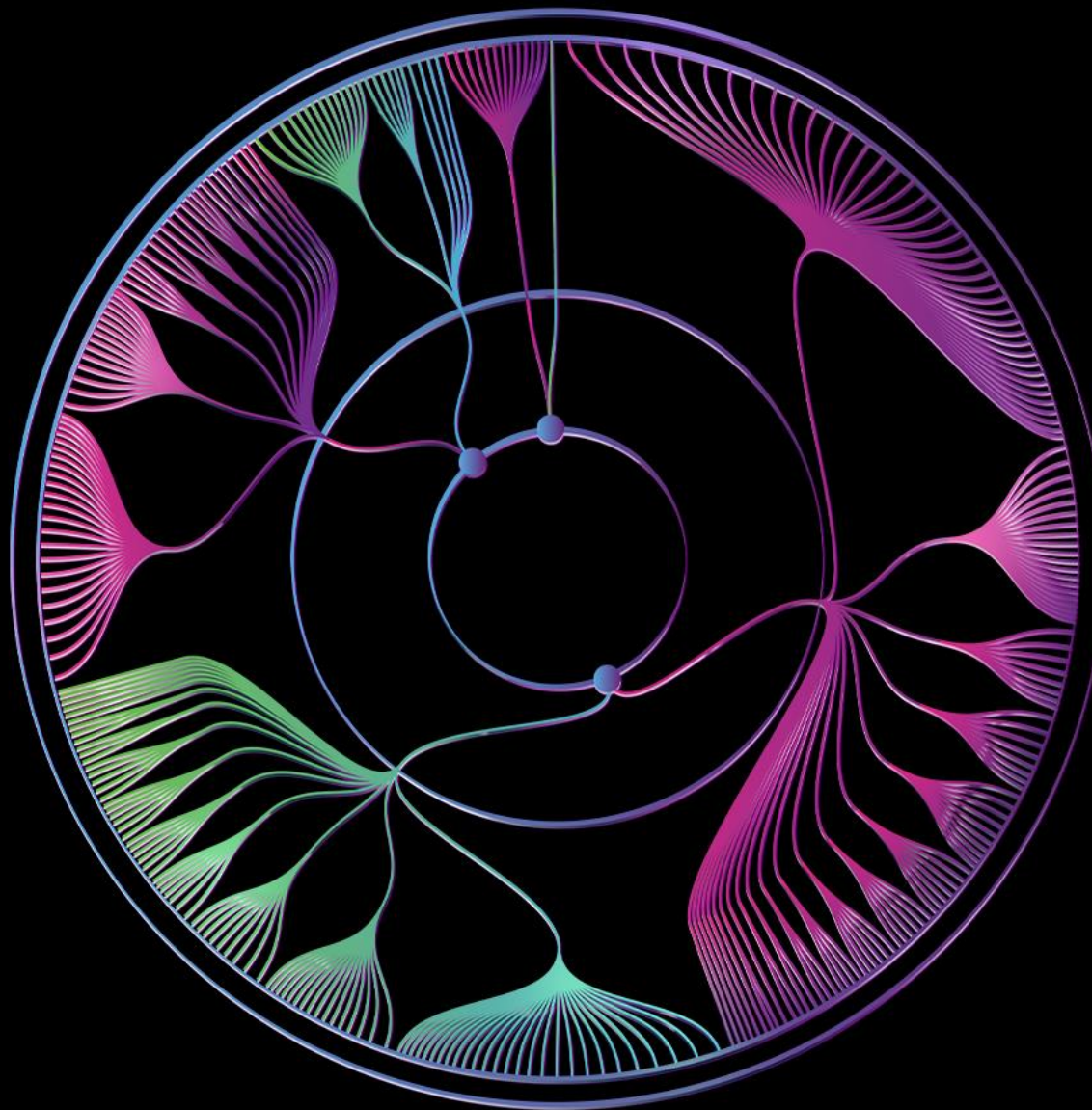
Colégio Brasileiro de Radiologia
e Diagnóstico por Imagem

CBR22

51º CONGRESSO BRASILEIRO
DE RADIOLOGIA E
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Gabarito

**Subespecialidade:
- Linite plástica**



cbr

Colégio Brasileiro de Radiologia
e Diagnóstico por Imagem

Qual o seu diagnóstico? – resposta correta (favor assinalar em vermelho)

- a) Linfoma gástrico
- b) GIST
- c) Linite plástica**
- d) Metástase gástrica
- e) Tumor neuroendócrino

Anátomo-patológico - Endoscopia

- **Carcinoma pouco diferenciado infiltrativo.**
- **Neoplasia epitelial infiltrativa. - Padrão difuso com células atípicas discoesas, algumas com padrão sinetóide. - Pouco Diferenciado - H. pylori negativo**

EXAME IMUNO-HISTOQUÍMICO

DADOS CLÍNICOS

Lesão infiltrativa de corpo e fundo (linite). Avaliação pós quimioterapia neoadjuvante. Tem exame anterior: CP21-002927.

PEÇA(S):

1 - ESTÔMAGO - BIÓPSIA DE LESÃO INFILTRATIVA

EXAME MACROSCÓPICO

1- Novos cortes do preparado 1A (AP22-002989 - referência CICAP) são submetidos a pesquisa imuno-histoquímica dos seguintes antígenos:

- Citoqueratinas de alto e baixo peso molecular (anticorpos monoclonais AE1/AE3)
- E-Caderina (anticorpo monoclonal NCH-38), proteína de membrana relacionada a adesão celular
- fator de transcrição de epitélio intestinal (anticorpo monoclonal CDX2)

As ampliações são obtidas mediante uso de polímeros curtos marcados com peroxidase, com prévia recuperação antigênica através do método do calor úmido.

EXAME MICROSCÓPICO

1- Controles positivos e negativos atestam a fidelidade da reação.

Antígeno	
CITOQUERATINAS DE ALTO E BAIXO PESO MOLECULAR-AE1/AE3	Positivo em células esparsas isoladas em meio a estroma de padrão desmoplásico
E-CADERINA	Negativo
CDX2	Negativo

CONCLUSÃO

1- A POSITIVIDADE PARA CITOQUERATINA EM RARAS CÉLULAS ISOLADAS ESPARSAS EM MEIO A ESTROMA DE ASPECTO DESMOPLÁSICO FAVORECE ADENOCARCINOMA RESIDUAL EM ESTÔMAGO (< 5% DA AMOSTRA).

Anátomo-patológico - Cirurgia

EXAME MICROSCÓPICO

O exame histológico revela:

- 1- Nos cortes da área de espessamento descrita à macroscopia há fibrose densamente hialinizada que está situada predominantemente na submucosa e se estende para a camada muscular e subserosa. Imersas na fibrose são encontradas células isoladas semelhantes a histiócitos com atípias nucleares e nucléolo eosinofílico proeminente. Não se caracteriza invasão neoplásica angiolinfática ou perineural.
- 2- A orla esofágica não está infiltrada por células atípicas.
- 3- A margem duodenal está livre de neoplasia.
- 4- Das estruturas dissecadas, onze correspondem a linfonodos e junto ao espécime há outro linfonodo, totalizando 12 estruturas. Em um deles há células neoplásicas isoladas e em 3 deles há fibrose sugestiva de efeito de terapia neoadjuvante.
- 5- Das estruturas dissecadas, 8 correspondem a linfonodos, sem evidências de neoplasia.
- 6- Tecido adiposo sem evidências de neoplasia.

CONCLUSÃO

- 1- CARCINOMA GÁSTRICO POUCO COESIVO COM CÉLULAS HISTIÓCITO-SÍMILE, RESIDUAL, INFILTRATIVO ATÉ SUBSEROSA DE CORPO E FUNDO.
PRESENÇA DE EFEITO DE TRATAMENTO NEOADJUVANTE COM CÉLULAS ISOLADAS (RESPOSTA QUASE COMPLETA, ESCORE 1).
INVASÃO NEOPLÁSICA ANGIOLINFÁTICA OU PERINEURAL NÃO IDENTIFICADA.
ALTERAÇÕES INFLAMATÓRIAS DISCRETAS NA MUCOSA GÁSTRICA.
ESTADIAMENTO ANATOMOPATOLÓGICO: ypT3 ypN1
- 2- MARGEM ESOFÁGICA LIVRE DE NEOPLASIA.
- 3- MARGEM DUODENAL LIVRE DE NEOPLASIA.
- 4- PRESENÇA DE CÉLULAS NEOPLÁSICAS ISOLADAS EM 1 DE 12 LINFONODOS DE PEQUENA CURVATURA GÁSTRICA (1+/12).
- 5- LINFONODOS DE GRANDE CURVATURA GÁSTRICA LIVRES DE NEOPLASIA (0/8).
- 6- AUSÊNCIA DE NEOPLASIA EM EPIPLON.

O padrão de “Linite plástica” do estômago ou mesmo do intestino deve ser lembrando em casos como o descrito, com espessamento difuso do estômago e uma mucosa relativamente poupada, determinando pouca distensão do mesmo na endoscopia. É importante destacar essa hipótese para que as biópsias sejam profundas e obtenham material suficiente. É uma neoplasia agressiva, com estadiamento local discretamente mais difícil que tumores expansivos gástricos. O uso de QT neoadjuvante ou adjuvante é usado de forma distinta em vários grupos.

As possibilidades de GIST e metástases geralmente não se apresentam de forma difusa, sendo mais expansivas.

Linfoma poderia ser uma possibilidade, mas normalmente viria como uma forma mais irregular e com linfonodomegalias.

- **Ba-Ssalamah A, Prokop M, Uffmann M, Pokieser P, Teleky B, Lechner G. Dedicated Multidetector CT of the Stomach: Spectrum of Diseases. Radiographics. 2003;23:625–644.**
- **Matsui H, Anno H, Uyama I, Sugioka A, Ochiai M, Katada K, et al. Relatively small size linitis plastica of the stomach: multislice CT detection of tissue fibrosis. Abdom Imaging. 2007;32:694–697.**
- **Morgant S, Artru P, Oudjit A, Lourenco N, Pasquer A, Walter T, et al. Computed tomography scan efficacy in staging gastric linitis plastica lesion: a retrospective multicentric French study. Cancer Management Res. 2018;10:3825–3831.**