

---

**Caso Clínico / Clinical Case**

---

**HETEROTOPIA GÁSTRICA SOB A FORMA DE PÓLIPO ESOFÁGICO**

M. AREIA, P. FIGUEIREDO, H. GOUVEIA, D. FREITAS

**Resumo**

A Heterotopia Gástrica no esófago é uma entidade frequente, normalmente assintomática. Na maioria das situações representa a presença de pequenas áreas de mucosa plana com glândulas fúndicas situadas no esófago superior. Os autores apresentam um caso de heterotopia gástrica revelando-se sob a forma de um pólipo esofágico composto por epitélio do tipo antral. A remoção endoscópica da lesão permitiu a resolução clínica e sintomática no caso descrito.

**Summary**

Heterotopic Gastric Mucosa in the esophagus is a frequent, though usually asymptomatic condition. Most of the cases present as a flat area of the fundic-type gastric mucosa in the upper esophagus. We present a case of a polypoid heterotopic gastric mucosa with an antral pattern. Endoscopic removal of the lesion provided clinical relief and cure.

*GE - J Port Gastreterol 2006, 13: 89-91*

**INTRODUÇÃO**

A Heterotopia Gástrica localizada ao esófago é uma situação frequente na prática clínica, sendo a maioria dos casos assintomática, traduzindo-se apenas em pequenas áreas planas de mucosa gástrica do tipo fúndico localizadas ao esófago superior. No entanto, quando essa mucosa gástrica produz ácido, a sua acção local poderá causar sintomas e alterações morfológicas do lúmen esofágico. O seu diagnóstico implica um estudo histológico que evidencie a presença de glândulas gástricas, sendo a terapêutica condicionada pela clínica, alterações morfológicas e estudo anatomopatológico.

**CASO CLÍNICO**

Doente do sexo masculino de 59 anos de idade que referia uma sensação de corpo estranho ao nível cervical superior, de instalação recente, surgindo de forma esporádica e não relacionada com a alimentação. Negava odinofagia, disfagia, dispneia ou hemorragia associadas. Não havia ainda qualquer referência a perda ponderal, astenia, anorexia, febre ou dor local.

Os antecedentes clínicos do doente eram irrelevantes e ao exame objectivo não apresentava qualquer alteração. Após uma observação otorrinolaringológica que não mostrou alterações, foi solicitada a realização de uma endoscopia digestiva alta, na sequência da qual se detectou, logo abaixo do esfíncter esofágico superior, uma formação polipóide, pediculada, com cerca de 10 mm de diâmetro, mais congestiva do que a mucosa circundante

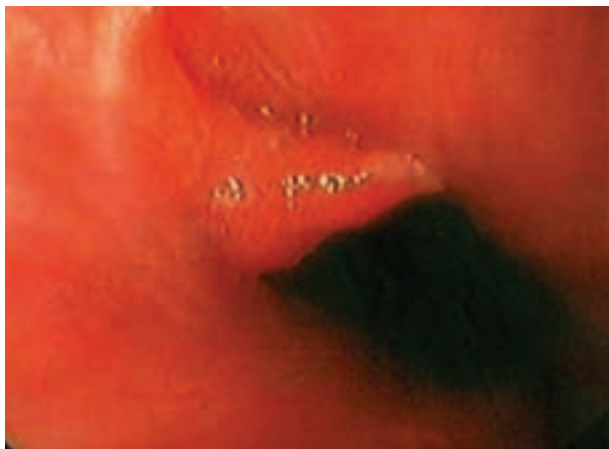
(Figura 1), tendo-se efectuado biópsias da lesão. O resultado histológico demonstrou a presença de dois tipos de epitélio (Figura 2): segmentos de epitélio epidermóide do esófago, associados a epitélio gástrico do tipo antral, com marcada hiperplasia foveolar. Deste modo foi efectuado o diagnóstico de Heterotopia Gástrica, no caso concreto sob a forma de um pólipo esofágico.

Dada a clínica, foi proposta a ressecção endoscópica do pólipo, procedimento efectuado com ansa de polipectomia e corrente de coagulação convencionais, tendo sido removida a totalidade da lesão e sem ocorrência de complicações. O estudo histológico do pólipo esofágico confirmou a natureza gástrica do mesmo, com presença de glândulas gástricas do tipo antral, com fovéolas alongadas revestidas por epitélio cilíndrico, sem presença de displasia e com marcada congestão vascular (Figura 3). O doente foi observado posteriormente em consulta, tendo declinado a realização de endoscopia de controlo dada a resolução total dos sintomas.

**DISCUSSÃO**

A Heterotopia Gástrica representa a presença de mucosa gástrica localizada de forma anómala a outro órgão, tendo sido descrita no esófago inicialmente por Schmidt em 1805 (1). A existência de mucosa gástrica heterotópica, ainda que mais frequente nessa localização, não é, no entanto, exclusiva do esófago, havendo referências a casos localizados na língua, duodeno, jejuno, vesícula biliar e recto.

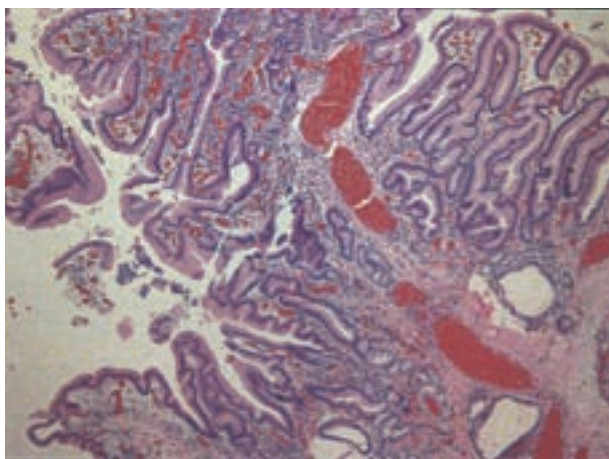
A sua localização no esófago superior é frequente (2)



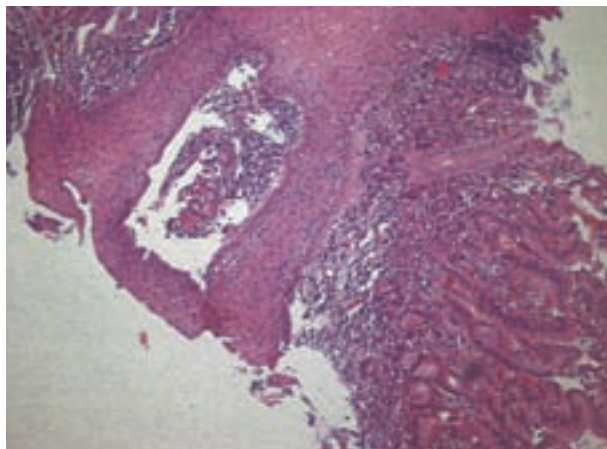
**Figura 1 - Heterotopia gástrica sob a forma polipóide com 10mm de diâmetro, logo abaixo do esfíncter esofágico superior.**

mas variável consoante o tipo de estudo efectuado, com várias séries endoscópicas a revelarem prevalências entre 0,1 e 10% (3, 4).

A sua extensão pode variar desde focos microscópicos (detectados incidentalmente em biópsias do esófago) a áreas com vários centímetros de extensão (5), endoscopicamente detectáveis pela sua coloração tipo salmão, bem demarcada da mucosa esofágica circundante (normalmente mais pálida), sob a forma de uma mucosa plana ou apenas ligeiramente elevada ou deprimida (6). No caso presente, a heterotopia gástrica apresentou-se na forma de um pólo pediculado com cerca de 10 mm de diâmetro o que constitui uma raridade dentro desta entidade já que, da revisão da literatura que efectuámos, encontramos apenas duas referências sob a forma polipóide no esófago (6, 7). Histologicamente, a maioria apresenta mucosa gástrica colunar do tipo fúndico, podendo raramente (em percentagem não discriminada) apresentar glândulas do tipo antral (8), constituindo esta



**Figura 3 - Heterotopia gástrica no esófago com glândulas do tipo antral, marcada hipertrofia foveolar e congestão vascular.**



**Figura 1 - Heterotopia gástrica no esófago com presença conjunta de epitélio epidermóide do esófago e epitélio gástrico do tipo antral.**

do esta outra particularidade deste caso.

A localização predominante ao esófago superior, logo abaixo do esfíncter esofágico superior, está intimamente relacionada com o desenvolvimento embrionário deste órgão, representando provavelmente um defeito congénito da diferenciação esofágica. No esófago embrionário, o epitélio colunar inicial diferencia-se progressivamente em epitélio epidermóide, processo esse que se inicia no esófago médio e que, bidireccionalmente, atinge as duas extremidades (9). Neste contexto, a heterotopia gástrica no esófago superior representa assim um resto embrionário esofágico.

Nalguns casos raros a presença de glândulas gástricas pode condicionar a produção de ácido (8, 10) parecendo esta ser proporcional à área de heterotopia gástrica presente. A acção local do ácido pode condicionar alterações morfológicas do lúmen esofágico como estenoses ou úlceras que serão responsáveis pelo aparecimento de sintomas e que se podem complicar com formação de fistulas, perfurações ou hemorragia. Como tal, os indivíduos sintomáticos, que podem representar até 25% das situações nalgumas séries (11), apresentam normalmente queixas de disfagia, odinofagia, tosse ou sensação de desconforto/corpo estranho faríngeo (como era o nosso caso), sendo estes os que representam relevância clínica.

Uma outra complicação descrita é a progressão maligna da heterotopia gástrica para adenocarcinoma, com 24 casos publicados na literatura (2) mas, dada a elevada prevalência da heterotopia gástrica no esófago, esta evolução é considerada extraordinariamente rara.

Dado que na maioria das situações a presença de heterotopia gástrica é assintomática, sendo excepcional a sua progressão para displasia e adenocarcinoma, von Rahden et al (2) sugeriram uma classificação em 5 grupos distintos, baseando-se na sintomatologia, alterações

morfológicas e histopatológicas, no sentido de fornecer uma orientação terapêutica (Quadro 1).

Assim sendo, os autores propõem a seguinte orientação clínica:

- Nos casos do tipo I, não haveria necessidade de intervenção terapêutica dada a benignidade da lesão e a ausência de sintomas a ela associados;

- Os casos do tipo II ou III, dada a sintomatologia presente, deveriam ser sujeitos a tratamento sintomático, inicialmente com terapêutica médica, nomeadamente por inibidores da bomba de prótons (12) no sentido do alívio clínico;

- Os casos do tipo III, se ainda sintomáticos com tratamento médico, e após exclusão de malignidade, poderiam ser alvo de terapêutica endoscópica como por exemplo a dilatação com balão (13);

- Nos casos do tipo IV a controvérsia persiste dada a raridade dos casos descritos e as várias terapêuticas efectuadas individualmente, tendo sido descritos casos orientados apenas com vigilância endoscópica (6) e casos tratados endoscopicamente com ablação por Árgon-plasma (14, 15) ou ainda ressecção cirúrgica (15), sendo difícil definir estratégias neste tipo de lesão;

- Nos casos do tipo V parece ser consensual o seu tratamento segundo os critérios oncológicos tal como se se tratasse de um carcinoma epidermóide do esófago cervical.

No caso em análise, a presença de sintomas, a detecção de uma anomalia endoscópica e a exclusão histológica de neoplasia permitiu classificar esta heterotopia gástrica segundo a classificação proposta no *tipo III, subtipo a* (dada a forma de pólipo esofágico macroscopicamente visível) e, como tal, proceder, com sucesso, ao tratamento endoscópico.

**Quadro 1 - Classificação clinicopatológica da heterotopia gástrica localizada ao esófago (HGE) (2)**

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>HGE tipo I</b>   | Assintomática   |
| <b>HGE tipo II</b>  | Sintomática <i>sem</i> alterações morfológicas                              |
| <b>HGE tipo III</b> | Sintomática <i>com</i> alterações morfológicas (úlceras, estenose, fístula) |
| <b>HGE tipo IV</b>  | Presença de neoplasia intra-epitelial                                       |
| <b>HGE tipo V</b>   | Presença de adenocarcinoma invasivo   |
| <b>Sufixos:</b>     |   |
| a                   | Macroscopicamente visível   |
| b                   | Foco microscópico   |

*Correspondência:*

Miguel Areia  
Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra  
Praceta Prof. Mota Pinto  
3000-075 Coimbra  
Telefone: 239 400 634  
Fax: 239 701 517  
e-mail: miguel.areia@netcabo.pt

**BIBLIOGRAFIA**

- Schmidt F A. De mammalian oesophage atque ventriculo. Inaugural dissertation; Halle, Bethenea, 1805.
- von Rahden BH, Stein ID, Becker K, Liebermann-Meffert D, Siewert JR. Heterotopic gastric mucosa of the esophagus: literature-review and proposal of a clinicopathologic classification. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 543-51.
- Maconi G, Pace F, Vago L, Carsana L, Bargiggia S, Porro GB. Prevalence and clinical features of heterotopic gastric mucosa in the upper oesophagus (inlet patch). *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2000; 12: 745-9.
- Borhan-Manesh F, Famum JB. Incidence of heterotopic gastric mucosa in the upper oesophagus. *Gut* 1991; 32: 968-72.
- Ueno J, Davis SW, Tanakami A, Seo K, Yoshida S, Nishitani H, et al. Ectopic gastric mucosa in the upper esophagus: detection and radiographic findings. *Radiology* 1994; 191: 751-3.
- Jacobs E, Dehou MF. Heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus: a prospective study of 33 cases and review of literature. *Endoscopy* 1997; 29: 710-5.
- Raine CH. Ectopic gastric mucosa in the upper esophagus as a cause of dysphagia. *Ann Oto Rhinol Laryngoi* 1983; 92: 65-6.
- Jabbari M, Goresky CA, Lough J, Yaffe C, Daly D, Cote C. The inlet patch: heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus. *Gastroenterology* 1985; 89: 352-6.
- Liebermann-Meffert D, Duranceau A, Stein HJ. Anatomy and embryology. In: Orringer MB, Heitmiller R, eds. *The Esophagus*, Vol. I. Zuidema GD, Yeo ChJ.
- Shackelford' s surgery of the alimentary tract. 5th Ed., Philadelphia: WB Saunders, 2002: 3-39.
- Hamilton JW, Thune RG, Morrissey JF. Symptomatic ectopic gastric epithelium of the cervical esophagus. Demonstration of acid production with Congo red. *Dig Dis Sci.* 1986; 31: 337-42.
- Shah KK, DeRidder PH, Shah KK. Ectopic gastric mucosa in proximal esophagus. Its clinical significance and hormonal profile. *J Clin Gastroenterol* 1986; 8: 509-13.
- Ishoo E, Busaba NY. Ectopic gastric mucosa in the cervical esophagus. *Am J Otolaryngol* 2002; 23: 181-4.
- Ward EM, Achem SR. Gastric heterotopia in the proximal esophagus complicated by stricture. *Gastrointest Endosc* 2003; 57: 131-3.
- Sauve G, Croue A., Denez B, Boyer J. High-grade dysplasia in heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus after radiotherapy: successful eradication 2 years after endoscopic treatment by argon plasma coagulation. *Endoscopy* 2001; 33: 732.
- Klaase JM, Lemaire LC, Rauws EA., Offerhaus GJ, van Lanschoot JJ. Heterotopic gastric mucosa of the cervical esophagus: a case of high-grade dysplasia treated with argon plasma coagulation and a case of adenocarcinoma. *Gastrointest Endosc* 2001; 53: 101-4.