
Instantâneo Endoscópico / Endoscopic Spot

HETEROTOPIA SEBÁCEA ESOFÁGICAS. FERREIRA¹, I. CLARO¹, A. DIAS PEREIRA¹, P. CHAVES², C. NOBRE LEITÃO¹*GE - J Port Gastrenterol 2006, 13: 202-203*

Doente do sexo masculino, de 77 anos, referenciado para Endoscopia Digestiva Alta (EDA) por apresentar disfagia para sólidos, intermitente, com agravamento nos últimos três meses. Referia também pirose ocasional, sem anorexia nem emagrecimento. Dos antecedentes pessoais, destacava-se o diagnóstico de carcinoma pavimento-celular do lábio inferior há 15 anos, tratado cirurgicamente e sem evidência de recidiva. Negava hábitos tabágicos e tinha suspenso os hábitos alcoólicos (50 g/dia) há 20 anos; não efectuava medicação regular.

Na EDA observaram-se, ao nível do esófago proximal, numa área limitada, várias placas de cor amarelada, um pouco elevadas em relação à mucosa circundante, irregulares, com 7-8 mm de maior diâmetro (Figura 1), que se biopsaram; aos 35 cm da arcada dentária, identificou-se estenose regular e concêntrica, de aspecto anelar, inultrapassável com o endoscópio, compatível com estenose péptica. Foi efectuada dilatação esofágica, tendo a estenose ficado facilmente franqueável.

As biopsias efectuadas mostraram epitélio pavimentoso estratificado sem alterações e a presença de estruturas glandulares que correspondiam a glândulas sebáceas



Figura 1 - Imagem endoscópica do esófago proximal, onde se observam placas amareladas, elevadas em relação à mucosa circundante.

(Figuras 2 e 3). Estabeleceu-se, assim, o diagnóstico de heterotopia sebácea esofágica.

Tal como o próprio nome indica, heterotopia significa a presença de tecido normal numa localização que não é a habitual. A heterotopia sebácea foi descrita pela primeira vez em 1896 (1), ao nível dos lábios e da cavidade oral. Desde então esta entidade tem sido referida noutros órgãos derivados da ectoderme (tal como as glândulas sebáceas), designadamente nas parótidas, língua e genitais externos.

A heterotopia sebácea do esófago é, no entanto, uma entidade bastante mais rara, estando descritos apenas cerca de 30 casos na literatura. É de salientar que, do ponto de vista embriológico, o esófago deriva da endoderme. A primeira descrição morfológica surgiu no início da década de 1960, em 4 casos de autópsia. Em 1978 seria publicada a primeira descrição endoscópica (2), num doente que realizou EDA por suspeita de úlcera duodenal. Constitui um achado endoscópico e/ou histológico, ao qual não se atribuem sintomas específicos. Da análise dos casos publicados, conclui-se não haver predomínio de sexo; em todos os doentes o diagnóstico foi efectuado em idade pós-pubertária, possivelmente devido à estimulação das glândulas sebáceas pelos androgénios. O número de lesões, bem como a sua localização e dimensões, variam nos diferentes casos descritos, embora pareçam ser mais frequentes no terço médio do esófago (3).

Discutem-se ainda os mecanismos fisiopatológicos subjacentes a esta entidade, apontando-se como mais prováveis as hipóteses congénita e metaplásica. Em detrimento da primeira, alguns autores referem um estudo baseado na análise de biopsias esofágicas de 1000 crianças (4), nas quais não foram identificadas glândulas sebáceas. Por outro lado, o facto de as lesões se manterem inalteradas em endoscopias seriadas pode ser um factor desfavorável à hipótese metaplásica. Mesmo assim, esta última é apontada como a mais provável (3,5). Admitindo-se a etiologia metaplásica, deverão ser investigados eventuais factores associados, como o tabagismo e o consumo de álcool. Vários doentes apresentavam ainda queixas sugestivas de doença do refluxo

(1) Serviço de Gastrenterologia

(2) Serviço de Anatomia Patológica

Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil,
EPE - Centro de Lisboa - Lisboa, Portugal.

Recebido para publicação: 13/04/2006

Aceite para publicação: 03/05/2006

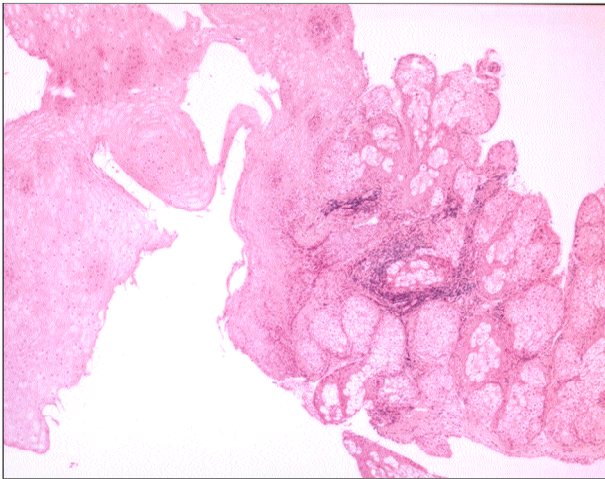


Figura 2 - Imagem histológica do esófago proximal evidenciando epitélio pavimentoso estratificado sem alterações e glândulas sebáceas (HE: 40x).

gastro-esofágico, como acontecia no presente caso. Na maior revisão publicada (3) constatou-se que foi esta, aliás, a sintomatologia que determinou a realização de um número significativo de exames endoscópicos. A dislipidemia é outro factor referido como possivelmente associado à heterotopia sebácea do esófago, tendo por base o facto de estas glândulas conterem material lipídico no seu interior. É indiscutível a semelhança macroscópica destas lesões com a dos xantelasma, nomeadamente no que se refere à cor. No entanto, não existe, presentemente, evidência científica que consubstancie qualquer uma destas associações, que constituem apenas elementos para investigação futura.

Correspondência:

Sara Ferreira
 Instituto Português de Oncologia de Lisboa, E.P.E.
 Rua Professor Lima Basto
 1099-023 Lisboa
 Fax: 217 229 855
e-mail: saragferreira@netcabo.pt

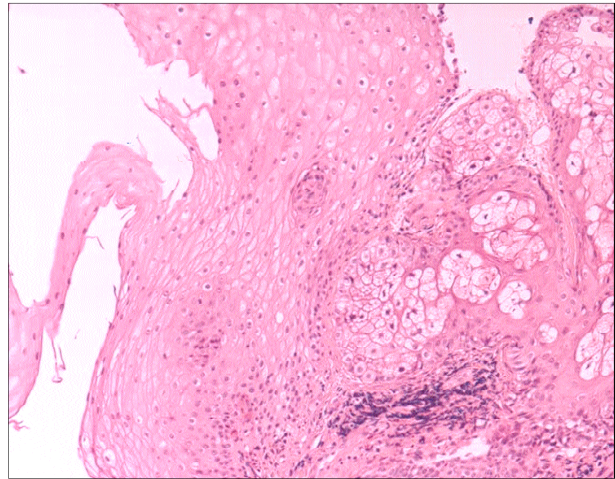


Figura 3 - Imagem histológica do esófago proximal evidenciando epitélio pavimentoso estratificado sem alterações e glândulas sebáceas (HE: 100x).

BIBLIOGRAFIA

1. Fordyce JA. A peculiar affection of the mucous membrane of the lips and oral cavity. *J Cutan Dis* 1896; 14: 413-9.
2. Ramakrishnan T, Brinker JE. Ectopic sebaceous glands in the esophagus. *Gastrointest Endosc* 1978; 24: 293-4.
3. Bertoni G, Sassatelli R, Nigrisoli E, Conigliaro R, Bedogni G. Ectopic sebaceous glands in the esophagus: report of three new cases and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 1884-1887.
4. Rector LE, Connerley ML. Aberrant mucosa in the esophagus in infants and children. *Arch Pathol* 1941; 31: 285-94.
5. Nakada T, Inoue F, Iwasaki M, Nagayama K, Tanaka T. Ectopic sebaceous glands in the esophagus. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 501-503.