



ÚLCERA DE CAMERON: RELATO DE CASO

ALVES, BP¹; KASSAB, ALT¹; ZAUBE, VR¹; BATISTA IM²; GARCIA, DFA³; ROZENTAL, PC³; KETZER, BM³; ILIAS, EJ³.

¹ Acadêmicos da Faculdade de Medicina da Universidade Santo Amaro

² Residentes de Cirurgia Geral da Universidade Santo Amaro

³ Professores assistentes da Universidade Santo Amaro

⁴ Coordenador da Cirurgia Geral do Hospital Geral do Grajaú e professor da Universidade Santo Amaro

⁵ Chefe do Departamento de Cirurgia Geral da Universidade Santo Amaro



INTRODUÇÃO

As hérnias hiatais de grande volume são uma causa conhecida de anemia por deficiência de ferro devido à presença de lesões que podem cursar com perda sanguínea crônica, sendo estas as úlceras de Cameron^(1,2).

OBJETIVO

Relato de caso e revisão de literatura a partir de estudos dos últimos 24 anos.

METODOLOGIA

Descrever o caso clínico de um paciente portador de Úlcera de Cameron e correlacionar com a literatura médica existente sobre o tema.

RELATO DE CASO

Paciente L.F.M, 70 anos, admitido com queixa de fezes escurecidas em grande volume há dois dias. Histórico de hipertensão arterial sistêmica e doença obstrutiva pulmonar crônica, em uso de sulfato ferroso, AAS, Simvastatina, Hidroclorotiazida, Enalapril oral e Formoterol/Budesonida inalatório. Etilismo crônico e tabagismo cessados há dez anos.

Ao exame físico apresentava-se lúcido, orientado, hipocorado, hidratado, acianótico e anictérico. Estável do ponto de vista hemodinâmico.

Inicialmente foram realizadas medidas para controle de hemorragia digestiva alta, suporte clínico e endoscopia em caráter de urgência, a qual apresentou extensa úlcera gástrica ativa em hérnia hiatal volumosa, (úlceras de Cameron) com características isquêmicas e sinais de sangramento recente (Forrest IIB), além de esofagite erosiva grau A de Los Angeles. Realizou-se hemostasia e transfusão de um concentrado de hemácias. Após 3 dias, apresentou novo episódio de melena, evidenciando-se, à nova endoscopia, grande quantidade de coágulos no estômago com estigmas de sangramento (Forrest IIA). Foram realizadas medidas para estabilização do paciente, que evoluiu, após dois dias, com pequena exteriorização de sangue.

No 5º dia de internação hospitalar, realizou terceira endoscopia que revelou úlcera sem sinais de sangramento (Forrest III). Nos dias subsequentes evoluiu apenas com pequena exteriorização residual da hemorragia digestiva, sendo introduzida dieta de forma gradual. Paciente permaneceu estável, completando antibioticoterapia, sem novas exteriorizações.



Figura 1 - Aspecto de coágulo recobrimdo a úlcera

As imagens apresentadas são meramente ilustrativas e de outro paciente, face à impossibilidade de se obter imagens do paciente em questão. Foram cedidas pelo Prof. Dr. Paulo Kassab



Figura 2 - Aspecto após a imediata retirada do coágulo que se encontra abaixo da úlcera



Figura 3 - Aspecto após lavagem com solução salina

DISCUSSÃO

As úlceras de Cameron se localizam, mais frequentemente na curvatura menor do estômago, ao nível do hiato diafragmático⁽³⁾. A incidência é de aproximadamente 5% em pacientes com hérnia hiatal, havendo maior correlação com hérnias volumosas⁽⁴⁾, em que se observa risco de 10 a 20% em casos de hérnias com tamanho superior a 5 cm⁽⁵⁾. Em 2/3 dos casos são encontradas múltiplas lesões ulcerosas⁽⁶⁾.

A apresentação mais comum é a hemorragia digestiva crônica, frequentemente associada à anemia ferropriva por perda sanguínea. Em 1/3 dos casos, observa-se quadro agudo de hemorragia digestiva alta, potencialmente fatal dada a possível evolução do paciente com instabilidade hemodinâmica⁽⁷⁾. Em cerca de 50% dos casos são achados acidentais à endoscopia⁽⁸⁾.

O exame padrão-ouro é a endoscopia digestiva alta. Pode-se visualizar diretamente as úlceras de Cameron, embora não seja incomum a não detecção macroscópica, uma vez que há necessidade de ampla visualização de toda a região⁽⁹⁾.

O tratamento tem como base as medidas clínicas. O tratamento clínico consiste de supressão ácida e uso de procinéticos. O tratamento cirúrgico – funduplicatura laparoscópica ou aberta é reservado, de preferência eletivamente, para quadros refratários ou complicados precedidos da correção do quadro anêmico⁽¹⁰⁾. Pacientes que não respondem ao tratamento clínico são tratados com hemostasia endoscópica abordagem cirúrgica. A abordagem cirúrgica parece beneficiar mais os pacientes que têm hérnia paraesofágica, sangramento persistente ou esofagite de refluxo grave. Não há um algoritmo de tratamento hemostático da úlcera de Cameron através da endoscopia⁽¹¹⁾.

CONCLUSÃO

O diagnóstico de úlcera de Cameron deve ser considerado em pacientes que apresentem hérnia hiatal, devidamente investigada por meio da esofagogastroduodenoscopia. O objetivo é o diagnóstico precoce e tratamento adequado, evitando complicações crônicas, como a anemia ferropriva, e agudas, que podem cursar com hemorragias importantes.

REFERÊNCIAS:

1. Moskovitz M, Fadden R, Min T, Jansma D, Gavaler J: Large hiatal hernias, anemia, and linear gastric erosion: studies of etiology and medical therapy. *Am J Gastroenterol* 1992;87:622–626.
2. Weston AP. Hiatal hernia with cameron ulcers and erosions. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 1996;6(4):671-679.
3. Chun CL, Conti CA, Triadafilopoulos G. Cameron ulcers: you will find only what you seek. *Dig Dis Sci*. 2011;56:3450–52.
4. Dulai D, Jensen ME, Lam F, Jutabha R, Jensen DM: Occult gastrointestinal hemorrhage from linear gastric ulcers in giant, sliding hiatal hernias: an enteroscopic case series (abstract). *Gastrointest Endosc* 1999;49:AB166.
5. Johnson DA, Ruffin WK: Hiatal hernia. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1996;6:641–667.
6. Cameron AJ, Higgins JA: Linear gastric erosion. A lesion associated with large diaphragmatic hernia and chronic blood loss anemia. *Gastroenterology* 1986;91:338–342.
7. Nguyen N, Tam W, Kimber R, Roberts-Thomson IC: Gastrointestinal: Cameron's erosions. *J Gastroenterol Hepatol* 2002;17:343.
8. Fireman Z, Zachlka R, Abu Mouch S, Kopelman Y. The role of endoscopy in the evaluation of iron deficiency anemia in pre- menopausal women. *Isr Med Assoc J*. 2006;8(2): 88-90.
9. Tratado gastrointestinal e doenças do fígado. Feldman, M.; Friedman, L.S.; Brandt LJ. Tradução da 9 ed. Editora Elsevier, 2017.
10. Hay JA, Lyubashevsky E, Elashoff J, Maldonado L, Weingarten SR, Ellrodt AG. Upper gastrointestinal hemorrhage clinical guideline – determining the optimal hospital length of stay. *Am J Med*. 1996; 100(3):313-22.
11. Gray DM, Kushnir V, Kalra G, et al. Cameron lesions in patients with hiatal hernias: prevalence, presentation, and treatment outcome. *Dis Esophagus*. 2015;28(5):448-452.