Metaplasia intestinal gástrica: qual o risco e o que fazer?

"Doutor, o que é essa metaplasia que apareceu na minha endoscopia? Eu li no Google que ela vira câncer de estômago! O que eu faço agora?" – essa é uma preocupação que provavelmente você já ouviu no consultório médico. Mas e, então, você sabe o que responder e o que fazer?

O que é?

A **inflamação crônica** no estômago gera um processo regenerativo que **pode estimular a transformação da mucosa gástrica** em células mais parecidas com aquelas que revestem os intestinos, o que chamamos de **metaplasia intestinal (MI).**

A **prevalência** de MI é **variável conforme a população estudada** (relaciona-se, por exemplo, à prevalência de *H. pylori*), sendo estimada em 4,8% nos Estados Unidos, mas em até 25% em algumas populações asiáticas. Além disso, estudos demonstram uma **maior prevalência em faixas de idade mais avançadas**. Não há sintomas específicos associados com a metaplasia em si.

Mas se essa transformação que leva à MI é consequência de uma inflamação gástrica, **quais seriam os fatores que podem predispor ou acelerar essa evolução**?

1. ***Helicobacter pylori***: Sem dúvidas, é o principal fator de risco para lesões pré-cancerígenas gástricas. O *H. pylori* aumenta a chance de câncer gástrico em 2 a 3 vezes.
2. **Gastrite autoimune**: Aumento do risco de tumores neuroendócrinos gástricos tipo I e de adenocarcinoma.
3. **Tabagismo**

4. **Refluxo biliar**
5. **Dieta**: vegetais e frutas são geralmente fatores protetores, ao passo que dietas ricas em sal, processados, defumados e alimentos ricos em nitrosaminas aumentam o risco.

Como identificar?

Na endoscopia com luz branca, a **metaplasia intestinal apresenta-se superficialmente elevada ou com áreas planas esbranquiçadas**. Também pode aparecer como **placas da mesma cor da mucosa adjacente ou até áreas ligeiramente deprimidas e avermelhadas**. Se disponíveis, equipamentos de alta definição e cromoscopia são superiores a endoscópios de alta definição com luz convencional, pois podem direcionar as biópsias para áreas mais representativas e com maior risco de malignidade (Figura 1).

Figura 1:
Metaplasia intestinal (MI) em antro gástrico. À esquerda, exame sob luz branca e, à direita, exame com cromoscopia óptica (LCI), onde é mais fácil reconhecer a extensão da MI.

De forma análoga ao que temos para gastrite atrófica, também temos um **sistema de classificação para estadiamento da metaplasia**, o *Operative Link on Gastritis Assessment based on Intestinal Metaplasia* (OLGIM). Para tal, são necessárias biópsias do antro (+ incisura) e do corpo gástrico (na pequena e na grande curvatura de cada região), que devem ser identificadas em frascos separados (Figura 2). **A endoscopia precisa ser de alta qualidade para excluir estágios avançados de atrofia e metaplasia**. No caso de lesões suspeitas visíveis, deve-se realizar biópsias adicionais.

Figura 2:
Sistema OLGIM para avaliação de metaplasia intestinal

gástrica.

Qual o risco?

O adenocarcinoma gástrico tipo intestinal é o final da famosa cascata de Pelayo Correa: **inflamação –> atrofia –> metaplasia –> displasia –> carcinoma**. Logo, tanto a **gastrite atrófica como a metaplasia intestinal são consideradas condições pré-cancerígenas**. Outra inferência desta cascata é que, se existe metaplasia intestinal gástrica, significa que também há gastrite atrófica.

Um dos maiores estudos de seguimento populacional identificou que a **incidência anual de câncer gástrico em pacientes com MI era de 0,25%**, com uma incidência cumulativa **em 10 anos de 2,4%**. No Japão, onde a incidência de câncer gástrico é maior, um estudo demonstrou uma incidência cumulativa muito maior: 5,3 a 9,8% em 5 anos para MI.

Ter a metaplasia intestinal gástrica não deve ser encarada, portanto, como uma evolução obrigatória para o câncer, mas como uma oportunidade de vigilância para, em caso de evolução para displasia ou adenocarcinoma, ser possível o diagnóstico e tratamento precoces.

Quem são os pacientes com metaplasia intestinal que apresentam maior risco de evolução para neoplasia?

- Extensão da metaplasia intestinal: OLGIM III e IV. É considerada limitada se restrita a uma região do estômago e extensa se acometer duas (antro e corpo).
- Histórico familiar de câncer gástrico: Embora a maioria dos cânceres gástricos sejam esporádicos, algum tipo de

histórico familiar ocorre em até 10% dos casos. Ter um familiar de primeiro grau com câncer gástrico aumenta o risco em 2 a 10 vezes. Acredita-se que esse risco familiar não se deve apenas a uma suscetibilidade genética herdada, mas também a fatores ambientais ou de estilo de vida compartilhados, bem como ao compartilhamento da mesma cepa citotóxica de *H. pylori*.

- Presença de metaplasia intestinal incompleta: o risco de progressão para câncer é até 11x maior quando comparado com metaplasia intestinal completa. Histologicamente, a metaplasia intestinal completa é definida por mucosa do tipo intestino delgado com células absortivas maduras, células caliciformes e borda em escova. Já a metaplasia intestinal incompleta é semelhante ao epitélio do cólon com células colunares "intermediárias" em vários estágios de diferenciação.
- Gastrite atrófica autoimune.
- Infecção persistente pelo *H. pylori*, pois não foi possível a erradicação apesar das tentativas terapêuticas.

Como acompanhar?

Não existe um tratamento específico para metaplasia intestinal até o momento. Uma vez diagnosticada, o foco é controlar os fatores agressores (principalmente **tratamento do *H. pylori***, mas também cessar tabagismo e melhorar dieta) e realizar **vigilância endoscópica em casos selecionados** que apresentem maior risco de evolução para câncer.

Um dos principais fluxogramas para guiar esse seguimento é o **Consenso MAPS II** (*Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach*), que foi publicado em 2019 pela ESGE (Sociedade Europeia de Endoscopia Gastrointestinal) e está resumido na Figura 3.

Figura 3: Vigilância de pacientes com metaplasia intestinal gástrica. Adaptado do Consenso MAPS II (Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach), 2019.[1] Atentar que é recomendado que tenha sido realizada endoscopia de alta qualidade para excluir estágios avançados de atrofia e metaplasia.

> *Conheça nosso curso **Gastroenterologia do Consultório** e saiba como lidar com as queixas mais comuns que encontramos no dia a dia*

Referências

1. Pimentel-Nunes P, Libânio D, Marcos-Pinto R, Areia M, Leja M, Esposito G, et al. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Port. Endoscopy 2019;51:365–88. doi:10.1055/a-0859-1883.
2. Jencks DS, Adam JD, Borum ML, Koh JM, Stephen S, Doman DB. Overview of Current Concepts in Gastric Intestinal Metaplasia and Gastric Cancer. Gastroenterol Hepatol (N Y) 2018;14:92–101. doi:10.1111/j.1365-2559.1987.tb01893.x.
3. Sugano K, Moss SF, Kuipers EJ. Gastric Intestinal Metaplasia: Real Culprit or Innocent Bystander as a Precancerous Condition for Gastric Cancer? Gastroenterology 2023;165:1352-1366.e1. doi:10.1053/j.gastro.2023.08.028.
4. Gupta S, Li D, El Serag HB, Davitkov P, Altayar O, Sultan S, et al. AGA Clinical Practice Guidelines on Management of Gastric Intestinal Metaplasia. Gastroenterology 2020;158:693–702. doi:10.1053/j.gastro.2019.12.003.

5. White JR, Banks M. Identifying the pre-malignant stomach: From guidelines to practice. Transl Gastroenterol Hepatol 2022;7:1–13. doi:10.21037/tgh.2020.03.03.

Como citar este artigo

Lages RB. Metaplasia intestinal gástrica: qual o risco e o que fazer? Gastropedia 2024, vol. 1. Disponível em: gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/metaplasia-intestinal-gastrica-qual-o-risco-e-o-que-fazer/