

Caso 18

Case 18

Isabela Alves Campos Lacerda¹, Isis Miranda Diniz¹, Giane Moreira Praça¹, Thais Salles Araujo¹, Marco Antônio Gonçalves Rodrigues²

DOI: 10.5935/2238-3182.20150052

CASO



Figura 1 - Esofagograma com sulfato de bário, região toracoabdominal, paciente em posição oblíqua.

Paciente do gênero feminino, 47 anos de idade, natural e residente de Belo Horizonte. Há dois anos manifestou odinofagia retroesternal intensa, acrescida, um ano após, de disfagia, pirose, regurgitação e perda ponderal involuntária de cerca de 50 kg. Possui hábito sedentário. Possui obesidade grau III, sem outras comorbidades. Realizado esofagograma com sulfato de bário.

De acordo com a história clínica e exame realizado, qual é o diagnóstico mais provável?

- acalasia de esôfago;
- carcinoma esofágico;
- divertículo de Zenker;
- estenose péptica.

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Médico-Cirurgião. Doutor. Professor do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Recebido em: 20/03/2015

Aprovado em: 31/05/2015

Instituição:

Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:

Marco Antônio Gonçalves Rodrigues
E-mail: magro.mg@terra.com.br

ANÁLISE DA IMAGEM

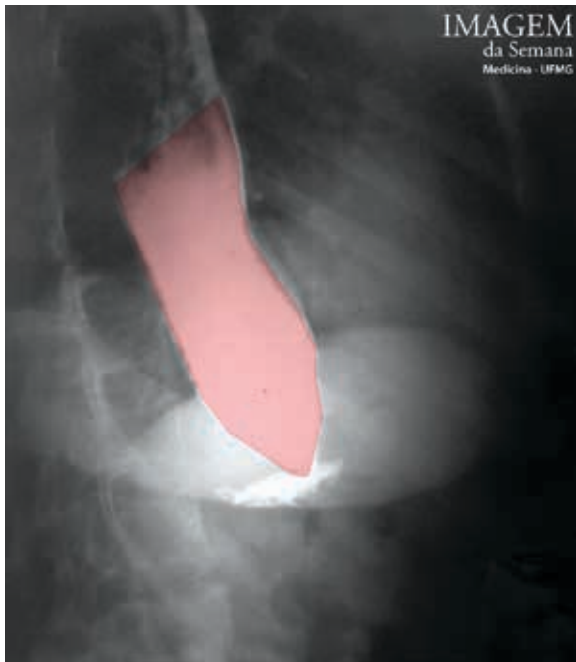


Figura 2 - Esofagograma com sulfato de bário, região toracoabdominal, paciente em posição oblíqua – dilatação do esôfago torácico devido a estreitamento da junção esofagogástrica – delimitação em vermelho.

DIAGNÓSTICO

- **acalasia:** é doença de etiologia desconhecida, em que há perda do peristaltismo do esôfago distal e falha no relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI) na deglutição. De evolução insidiosa, apresenta-se por disfagia e regurgitação alimentar. Ao esofagograma com sulfato de bário pode ser demonstrado estreitamento da junção esofagogástrica, que condiciona dilatação à montante;
- **carcinoma esofágico:** é o principal diagnóstico diferencial de acalasia e tem a disfagia como sintoma principal, porém com aparecimento tardio. Considerando o tempo de evolução dos sintomas, este seria um diagnóstico menos provável. Ao esofagograma geralmente é observado estreitamento assimétrico e irregular da luz do esôfago, podendo estar associado a nodularidades e irregularidades na mucosa local;
- **divertículo de Zenker:** também denominado divertículo faringoesofágico, ocorre a partir de área de fraqueza do músculo cricofaríngeo em situação posterolateral ao esôfago cervical. Sua sintoma-

tologia é caracterizada por disfagia orofaríngea (dificuldade em iniciar a deglutição), estase de alimentos, halitose e sensação de corpo estranho em esôfago cervical. O diagnóstico é confirmado por esofagograma, que pode evidenciar a formação sacular na transição cervicotorácica, podendo apresentar nível hidroaéreo;

- **estenose péptica:** é complicação da doença do refluxo gastroesofágico, resultado da cicatrização de úlceras esofágicas. Há estreitamento segmentar da junção esofagogástrica, que pode acompanhar-se de saculações, pseudodivertículos regionais e dilatação à montante. Essa estenose pode alcançar até 4,0 cm de extensão longitudinal e reduzir a luz do esôfago para poucos milímetros.

DISCUSSÃO DO CASO

Acalasia é um distúrbio da motilidade do esôfago no qual há perda do peristaltismo do esôfago distal e falha no relaxamento do EEI. A repercussão clínica é a apresentação clássica de disfagia para sólidos e líquidos associada à regurgitação de alimentos não digeridos ou saliva. Dor torácica subesternal durante as refeições e perda de peso também estão geralmente presentes. A pirose pode ocorrer, o que muitas vezes leva ao diagnóstico errôneo de doença do refluxo gastroesofágico. A acalasia, ainda que rara, é o distúrbio da motilidade esofágica mais comum, incidindo igualmente em ambos os sexos, usualmente na faixa etária entre 25 e 60 anos. É caracterizada pela perda de células ganglionares do plexo de Auerbach (de etiologia predominantemente idiopática no mundo) e/ou do plexo de Meissner (na América Latina é majoritariamente secundária à doença de Chagas).^{1,2}

O diagnóstico pode ser confirmado pela manometria esofágica ou por esofagograma contrastado com sulfato de bário ou ainda pela pesquisa do trânsito esofágico pelo método cintilográfico. O primeiro evidencia aperistaltismo esofágico, hipertonia do esfíncter esofágico inferior ($p > 35$ mmHg) e seu relaxamento insuficiente. O segundo demonstra esôfago de diâmetro aumentado e abertura mínima do EEI. O diagnóstico pode ser sugerido durante a endoscopia digestiva alta pela retenção de saliva e comida não digerida no esôfago distal e resistência à passagem do endoscópio para o estômago na ausência de tumores. O terceiro evidencia a alteração do trânsito esofágico e do seu peristaltismo.³

O tratamento de acalasia visa a diminuir a pressão de repouso do EEI para nível no qual o esfíncter não impeça a passagem do material ingerido. Isso pode ser conseguido por disrupção mecânica das fibras musculares do EEI (por exemplo, por dilatação endoscópica pneumática, miotomia cirúrgica de Heller ou ainda pela miotomia endoscópica) ou por redução bioquímica (por exemplo, injeção de toxina botulínica, nitratos orais, bloqueadores do canal de cálcio). O tratamento definitivo da acalasia é a miotomia, estando as outras opções reservadas aos pacientes que não desejam ou não têm condições de submeter-se a tal procedimento.⁴

A estase alimentar, conseqüente ao esvaziamento esofágico prejudicado, promove inflamação crônica na mucosa, levando à displasia e a elevado risco de desenvolvimento de carcinoma. Apesar desses riscos, não há dados suficientes para apoiar a triagem de rotina para câncer.

ASPECTOS RELEVANTES

- a acalasia é o distúrbio mais comum da motilidade esofágica;
- sua fisiopatologia deve-se ao não relaxamento do EEI e à aperistalse;
- sua sintomatologia decorre de disfagia para sólidos e líquidos e regurgitação;
- os exames diagnósticos são esofagograma baritado e manometria esofágica;
- o tratamento definitivo é cirúrgico por miotomia do EEI.

REFERÊNCIAS

1. Sabiston DC, Townsend CM. Sabiston Tratado de Cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 18ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
2. Fass R. Overview of dysphagia in adults. UpToDate, 2014. [Citado em 2014 set. 14]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-dysphagia-in-adults>.
3. Spechler SJ. Clinical manifestations and diagnosis of achalasia. UpToDate, 2014. [Citado em 2014 set. 19]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-achalasia>.
4. D'Ippolito G, Caldana RP. Gastrointestinal. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.