

Pneumonia broncoaspirativa de repetição e acalasia idiopática

Repetition bronchoaspiration pneumonia and idiopathic achalasia

RENAM CATHARINA TINOCO,¹ AUGUSTO CLAUDIO DE A TINOCO,² DANIELA M. SUETH,³ STEPHANY ROMAN FARFAN,⁴ LUANA CECÍLIA ARAUJO CONTI,⁵ ROSA RAKELL MARTINS BORGES⁶

RESUMO

Acalasia é uma doença rara com incidência de 1 em cada 100.000 habitantes. O principal sintoma é disfagia. Outros sintomas incluem dor torácica, regurgitação, pneumonia broncoaspiração e emagrecimento. A maioria das pessoas é diagnosticada entre 24-60 anos. Pode ser suspeitada com base nos sintomas, mas exames complementares são necessários para o diagnóstico da acalasia. Relatamos um caso de um paciente com apresentação atípica da doença, na qual o atraso no diagnóstico interferiu na qualidade de vida do mesmo.

Unitermos: Pneumonia, Acalasia, Disfagia.

SUMMARY

Achalasia is an uncommon disorder that affects about 1 in every 100,000 people. The major symptom of achalasia is usually difficulty with swallowing. Other symptoms can include chest pain, regurgitation, bronchoaspiration pneumonia and weight loss. Most people are diagnosed between the ages of 25 and 60

years. May be suspected based upon symptoms, but tests are needed to confirm the diagnosis. Manometry is almost always used to confirm the diagnosis of achalasia. We report a case with patient with atypical presentation of disease where the lack of diagnosis affected the quality of life.

Keywords: Pneumonia, Achalasia, Dysphagia.

INTRODUÇÃO

Acalasia idiopática é um grave e raro distúrbio neuromuscular do esôfago. Foi descrito pela primeira vez por Thomas Willi em 1674.³ Sua incidência é de 1:100.000 casos por ano. Sem predileção entre os sexos e o diagnóstico geralmente é feito entre 25-60 anos.³

É caracterizada pela atonia de corpo esofágico e hipertonia do esfíncter esofágico inferior, anormalidade responsável por vários sintomas, sendo o mais comum a disfagia. O exame padrão ouro para diagnóstico é a manometria esofágica e existem várias modalidades terapêuticas, sendo a miotomia laparoscópica a de escolha.^{1,2,3}

1. Docente de Cirurgia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Chefe do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São José do Avaí - Itaperuna - RJ - Brasil. **2.** Mestre em Cirurgia pela Universidade Federal de Minas Gerais e Cirurgião do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São José do Avaí - Itaperuna - RJ - Brasil. **3.** Membro Titular da FBG, Membro aspirante da SOBED e Gastroenterologista do Hospital São José do Avaí, Itaperuna - RJ - Brasil. **4.** Residente em Cirurgia Laparoscópica do Hospital São José do Avaí - Itaperuna - RJ. **5.** Acadêmica do 6º ano de Medicina da Universidade Iguazu - Campus V - Itaperuna - RJ. **6.** Acadêmica do 6º ano de Medicina da Universidade Iguazu - Campus V - Itaperuna - RJ. **Endereço para correspondência:** Daniela Mendonça Sueth - Rua Dez de Maio, 626 - Centro Clínico - sala 202 - Bairro Centro - Itaperuna - RJ - CEP 28300-000/ **e-mail:** dmsueth@yahoo.com.br. **Recebido em:** 18/05/2014. **Aprovado em:** 13/10/2014.

O objetivo desse trabalho é relatar um caso de um paciente portador de acalasia cuja manifestação clínica foi atípica, o que levou ao retardo do diagnóstico e piora da qualidade de vida do paciente.

RELATO DE CASO

JCFS, 34 anos, masculino, branco, casado, trabalhador rural, natural e residente de Natividade, RJ, relata que, nos últimos dois anos, apresentou 6 episódios de broncopneumonia, sendo tratado com diversos esquemas antibióticos (não sabe especificar quais) em outros Serviços.

Refere que há 2 meses vem apresentando febre e tosse seca noturna. Procurou vários serviços aonde foi administrado mucolíticos e antialérgicos sem melhora. Evoluiu há um mês com disfagia para sólidos e líquidos associado à sensação de impactação alimentar seguida de regurgitação.

Apresentou emagrecimento de 8kg nestes 2 meses de evolução. Como sintomas associados referia pirose. Transferido para o Serviço de Clínica Médica do Hospital São José do Avaí, Itaperuna, RJ, como paciente portador de tuberculose pulmonar.

Foi realizado RX e tomografia computadorizada de tórax que excluíram tal condição e evidenciado dilatação esofágica. Prosseguindo a investigação foi solicitada esofagografia que evidenciou “imagem em bico de pássaro com dilatação a montante” (figura 1).

Caracterizado acalasia grau II, endoscopia digestiva alta (normal) e manometria esofágica (achados clássicos: atonia de corpo esofágico e hipertonia do esfíncter esofágico inferior). Fechado o diagnóstico de acalasia, prosseguiu investigação para diagnóstico etiológico do mesmo. Após todos resultados negativos, concluiu que se tratava de acalasia idiopática.

Decidido pela realização de esofagocardiomiectomia de Heller com funduplicatura anterior laparoscópica. Paciente posicionado em decúbito dorsal, utilizado cinco trocâteres, com a ótica em posição umbilical, cirurgião e assistente da câmera à direita do paciente. Isolado o esôfago, reparado com fita cardíaca e dissecado

aproximadamente 6 cm de esôfago distal. Suturado os pilares esofagianos com fio inabsorvível 2-0. Realizado a miotomia esofágica de 6 cm e 2 cm da cárdia, com o uso da tesoura ultrassônica. Realizado a secção dos vasos curtos e realizado a funduplicatura anterior, com sutura na borda esquerda e direita da miotomia com fio de Prolene 3-0.

O paciente obteve alta hospitalar na manhã seguinte do procedimento cirúrgico, quando foi introduzida a dieta líquido-pastosa e progressivamente para alimentação normal.

Paciente evoluiu satisfatoriamente com melhora do quadro esofágico e pneumônico após aproximadamente 30 dias após o procedimento. Permanece assintomático após 90 dias de *follow-up*.

Figura 1 - Esofagografia (imagem em bico de pássaro com dilatação montante).



DISCUSSÃO

Acalasia é um distúrbio motor primário do esôfago que afeta ambos os sexos e todas as raças igualmente. A perda seletiva dos neurônios inibitórios do plexo mioentérico que produz peptídeo intestinal vasoativo, óxido nítrico e infiltrado inflamatório são responsáveis pela anormalidade vista na manometria esofágica: atonia do corpo esofágico e hipertonia do EEI.^{2,4-6}

Disfagia para sólidos e líquidos é o sintoma mais comum que atinge cerca de 97% dos pacientes.¹ Outros sintomas, que podem estar presentes são regurgitação, emagrecimento, dor torácica, tosse noturna, entre outros. A manifestação extra-esofágica mais comum é a pneumonia por broncoaspiração.^{1,2,3,7}

É importante também que a mesma é considerada uma afecção pré-cancerígena, cuja incidência de neoplasia da parede esofágica varia de 4-6%.³

É diagnosticada com base em testes como esofagografia, endoscopia e manometria esofágica. Pseudoacalasia deve ser excluída com tomografia, especialmente compressões extrínsecas. A esofagografia com bário mostra o clássico achado “bico de pássaro” da junção esofagogástrica e dilatação a montante, mas esse achado só aparece em 44% dos pacientes.

A manometria, exame padrão ouro para o diagnóstico, demonstra a atonia de corpo e hipertonia do EEI. Na endoscopia é caracterizado o megaesôfago pela presença de restos alimentares no corpo esofágico, estenose da JEG e ainda (ou pode ser normal) quando o paciente apresenta grau I ou II, podemos excluir pseudoacalasia como tumores ou estenose péptica.¹⁻³

Existem várias modalidades terapêuticas, tais como farmacológica, endoscópica e cirúrgica. A escolha entre elas vai depender de múltiplos fatores tais como característica do paciente, apresentação clínica e preferência do mesmo.^{1,2}

A terapia farmacológica é voltada para redução da pressão do EEI pelo uso de bloqueadores do canal de cálcio que levam à redução da pressão do EEI.

A maior limitação destes agentes é a curta duração da ação e resposta insatisfatória e incompleta, além da presença de efeitos colaterais destas medicações. Seu uso é restrito a pacientes com doença precoce ou como terapia de ponte para tratamento definitivo.^{1,2,9}

A abordagem endoscópica inclui a injeção de toxina botulínica (ITB), a dilatação pneumática (DB) e a esofagomiotomia endoscópica.

Tanto a ITB quanto a DP têm resultados imediatos excelentes (taxa remissão sintomas chega a 90%), mas os efeitos são fugazes com retorno dos sintomas com 6-8 meses. Estariam indicados para aqueles pacientes com idade avançada e com alguma contraindicação do tratamento cirúrgico.³

A esofagomiotomia endoscópica para o tratamento da acalasia foi descrito pela primeira vez por Inoue e cols.⁸ É um método de excelentes resultados a curto prazo com pequeno índice de complicações. Mas ainda são necessários mais estudos que demonstrem a efetividade em longo prazo.²

A miotomia laparoscópica é o tratamento padrão ouro com resultados imediatos e em longo prazo. Para prevenção do refluxo secundário é associado funduplicatura à cirurgia de base. Suas indicações incluem pacientes com aceitáveis condições hemodinâmicas com menor falha como dos outros métodos terapêuticos.

É controverso, entre os cirurgiões, a associação da funduplicatura à cirurgia para minimizar os sintomas de refluxo. Complicações pós-operatórias são infrequentes (<4%) e incluem DRGE, necessidade de dilatações subsequentes e perfuração de mucosa no intraoperatório.^{1-3,6}

Finalmente, se os pacientes não responderem às modalidades acima descritas, está indicada a esofagectomia parcial ou cirurgia de Serra Dória, apesar do procedimento ter altas taxas de morbimortalidade.¹⁰

As complicações da acalasia ocorrem com o decorrer da história natural da doença com incidência de 10% após 20 anos da doença (megaesôfago, carcinoma epidermoide, doença do parênquima pulmonar por microaspirações) ou como complicação de alguma intervenção terapêutica (perfuração, refluxo gastroesofágico, estenoses).¹

Concluimos que, com o diagnóstico adequado a tempo, conseguimos diminuir o sofrimento do paciente assim como gastos inadequados. O procedimento cirúrgico laparoscópico é o procedimento de escolha com menores índices de complicações.

REFERÊNCIAS

1. Eckardt AJ, Eckardt VF. Current clinical approach to achalasia. *World J Gastroenterol* 2009; 15 (32): 3969-3975.
2. Chuah SK, Chiu CH, Tai WC, Lee JH, Lu H, Changchien CS, et al. Current status in the treatment options for esophageal achalasia. *World J Gastroent* 2013; 19: 5421-29.
3. Zonea P, Cambal M, Labas P, Hrbaty B, Jacobi CA. The role of laparoscopic Heller myotomy in the treatment of achalasia. *Bratis Lek Listy* 2014; 115 (3) 150-169.
4. Chuah SK, Hsu PI, Wu DC, Tai WC, Changchien CS. 2011 update on esophageal achalasia. *World J Gastroenterol* 2012; 18: 1573-1578.
5. Chuah SK, Hsu PI, Wu DC, Tai WC, Changchien CS. Endoscopic-guided dilation for treatment of esophageal achalasia. *World J Gastroenterol* 2010; 16: 411-417.
6. Champion JK, Delise N, Hunt T. Myenteric plexus in spastic motility disorders. *J Gastrointest Surg* 2001; 5: 514-16.
7. Makharia GK, Seith A, Sharma SK, Sinha A, Goswami P, Aggarwal A, et al. Structural and functional abnormalities in lungs in patients with achalasia. *Neurogastroenterol Motil* 2009.
8. Inoue H, Minami H, Kobayashi Y, Sato Y, Kaga M, Suzuki M, et al. Peroral endoscopic myotomy for esophageal achalasia. *Endoscopy* 2010; 42: 265-271.
9. Annese V, Bassotti G. Non surgical treatment of esophageal achalasia. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 5763-5766.
10. Gockel I, Kneist W, Eckardt VF, Oberholzer K, Junginger T. Subtotal esophageal resection in motility disorders of the esophagus. *Dig Dis* 2004; 22: 396-401. *Infection* 2013, 41:251-254.