
MEGAESÔFAGO SECUNDÁRIO A ESTENOSE ESOFÁGICA EM GATO: RELATO DE CASO

ALVES, Endrigo Gabellini Leonel¹
OLIVEIRA, Ana Luiza Carvalho²
STACCIARINI, Marcelo Sousa³
ARAÚJO, Lorena Andrade Rangel⁴
RODRIGUES, Ana Carolina Nunes⁵
ROSADO, Isabel Rodrigues⁶

Recebido em: 2015.07.30

Aprovado em: 2016.11.21

ISSUE DOI: 10.3738/1982.2278.1545

RESUMO: Megaesôfago é caracterizado por uma dilatação esofágica com comprometimento do seu peristaltismo. O presente estudo relata um caso clínico de megaesôfago secundário a estenose esofágica em uma gata, siamesa, com 1 ano de idade, com histórico de regurgitação crônica refratária ao tratamento. O animal apresentava histórico de vômito recorrente após ser submetida à castração e receber medicação pós-operatória na forma de comprimidos. O paciente apresentava emagrecimento progressivo, regurgitação crônica e grave desidratação. O exame radiográfico mostrou acúmulo de conteúdo no esôfago torácico sugerindo obstrução que foi confirmado no exame contrastado. A paciente foi estabilizada e submetida à esofagectomia para restabelecimento do fluxo da ingesta no esôfago. No pós-operatório recebeu tratamento suporte com fluido intravenoso, antibiótico e anti-inflamatório e foi instituído manejo alimentar com dieta líquida ministrada com o animal em posição bipedal. A recuperação do paciente foi satisfatória. Concluindo-se que a estenose esofágica é uma alteração grave que pode levar ao megaesôfago e que seu tratamento pela esofagectomia parcial e manejo alimentar é eficiente permitindo a completa recuperação do animal.

Palavras-chave: Esôfago. Gato. Regurgitação. Dilatação. Megaesôfago.

ESOPHAGEAL STENOSIS WITH MEGAESOPHAGUS IN CAT: CASE REPORT

SUMMARY: Megaesophagus is characterized by an esophageal dilation with commitment of its peristalsis. This study reports a case of megaesophagus secondary to esophageal stricture in a cat, Siamese, 1 year old, with a history of refractory chronic regurgitation treatment. The animal had repeated vomiting history after undergoing castration and receive postoperative medication in tablet form. The patient had progressive weight loss, chronic regurgitation and severe dehydration. The radiographic examination showed content accumulation in the thoracic esophagus suggesting obstruction was confirmed on contrast examination. The patient was stabilized and underwent esophagectomy for restoring the intake flow in the esophagus. The animal received postoperative treatment with intravenous fluid support, antibiotic and anti-inflammatory and feed management was instituted with liquid diet given to the animal in bipedal position. The patient's recovery was satisfactory. It concluded that esophageal stenosis is a serious condition that can lead to megaesophagus and that his treatment by partial esophagectomy and feeding management is efficient allowing full recovery of the animal.

Keywords: Esophagus. Cat. Regurgitation. Dilatation. Megaesophagus.

¹ Professor da Universidade de Uberaba

² Graduanda da Universidade de Uberaba

³ Clínica Veterinária Animais e Companhia

⁴ Médica Veterinária Automoma

⁵ Anestesiista veterinária

⁶ Professora de Clínica de Pequenos Animais

INTRODUÇÃO

Megaesôfago é caracterizado por uma dilatação total ou parcial do esôfago, com comprometimento do seu peristaltismo. Sua etiologia pode ser congênita ou adquirida secundária a esofagite, doença obstrutiva, doença neuromuscular ou ainda idiopática, sendo esta última considerada mais comum (SPARKES, 2011). O megaesôfago é considerado de rara ocorrência em gatos, acometendo cerca de 0,05% dos felinos atendidos (USHIKOSHI et al., 2003). Gatos siameses e seus mestiços apresentam maior incidência (STURION et al., 2008). Os principais sintomas são regurgitação, disfagia, caquexia e aumento de volume da região esofágica acometida (SPARKES, 2011). O exame radiográfico simples da região acometida é útil no diagnóstico permitindo a visualização de ar, líquido ou alimento no esôfago dilatado (KYLES, 2012). O exame contrastado do esôfago fornece mais detalhes sobre o contorno esofágico possibilitando avaliar com precisão a localização e extensão do esôfago dilatado bem como, a identificar de pontos de estenose esofágica que podem ser a causa no megaesôfago (LEVINE; POLLARD; MARKS, 2014. FRAUNE; GASCHEN, RYAN, 2009).

A estenose esofágica é a diminuição do diâmetro esofágico e pode ser maligna quando secundária a neoplasia ou benigna quando secundária a formação de uma cicatriz de tecido fibroso. Invariavelmente a redução do lume esofágico dificulta ou impede a passagem da ingesta, fazendo com que ela se acumule no segmento cranial a obstrução (CORGOZINHO et al., 2006). As causas da estenose benigna estão relacionadas à esofagite secundária a trauma, a presença de corpos estranhos, a ingestão de agentes corrosivos (tetraciclina, doxiciclina, ácidos ou agentes alcalinizantes), ao refluxo gastroesofágico e a cirurgias (KYLES, 2012). A regurgitação é o principal sinal clínico podendo ocorrer imediatamente após a ingestão do alimento ou após horas. Apetite voraz e emagrecimento tornam-se comuns, por causa da incapacidade de progressão do alimento no trato digestório (SPARKES, 2011).

Tanto o megaesôfago quanto a estenose esofágica são desafios do ponto de vista terapêutico (RADLINSKY, 2014) e o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de sucesso no tratamento do megaesôfago secundário a estenose esofágica em gato.

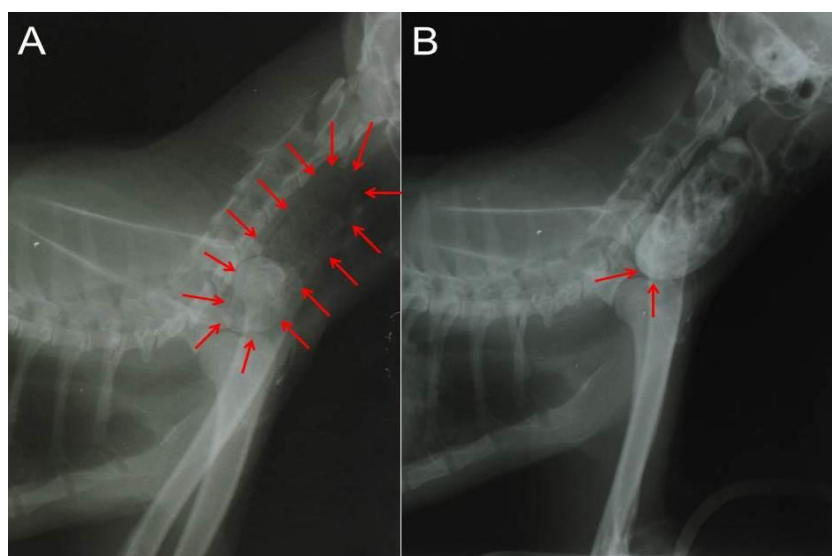
RELATO DE CASO

Foi atendida uma gata, siamesa, com 1 ano de idade, massa corporal 1,6 Kg, com histórico de regurgitação crônica refratária ao tratamento. Na anamnese, o proprietário informou que o animal teve piometra e foi submetido à castração, recebendo como medicação pós-

operatória enrofloxacina e meloxicam ambos na forma de comprimido. Após a cirurgia o animal apresentou vários episódios de vômito, permanecendo internado por mais dez dias. Alguns dias após sua alta, o animal voltou a apresentar vômito e foi tratado sem sucesso com prednisolona e metoclopramida. O proprietário ressaltou que o quadro estava piorando e que nas últimas duas semanas tudo o que o animal ingeria era regurgitado, até o ato de se limpar lambendo o pelo, causava a regurgitação. Ele também relatou perda de progressiva de peso. Ao exame clínico geral, pôde-se observar emaciação, mucosas ressecadas hipocoradas, retração do bulbo ocular, sugerindo grave desidratação (7%), linfonodos normais. O tempo de perfusão capilar aumentado (3 segundos), temperatura corporal baixa (36,9°C), frequência respiratória (28mpm) e cardíaca (180bpm) normais.

Os achados da anamnese e o exame clínico sugeriram doença obstrutiva do esôfago sendo então solicitado um exame radiográfico (Fig.1-A), onde se verificou-se um acúmulo de conteúdo esofágico na região cervical, sobrepondo a imagem da traqueia e sugerindo obstrução esofágica na entrada do tórax. Um esofagograma foi então solicitado para fechar o diagnóstico e com não se sabia ao certo se havia ruptura esofágica optou-se por utilizar o contraste iodado (Omnipaque 300). O resultado do exame radiográfico contrastado mostrou obstrução total do esôfago na entrada do tórax, com acúmulo de ingesta e dilatação esofágica cranial ao ponto de obstrução (Fig.1-B).

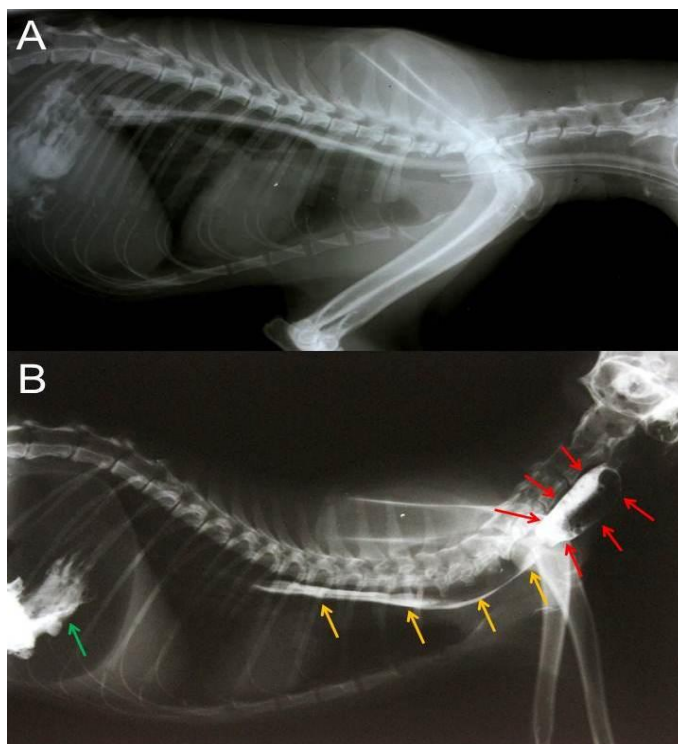
Figura 1: Imagens radiográficas simples (A) e contrastada (B) obtidas da região cérvico-torácica de uma gata acometida por megaesôfago secundário a obstrução esofágica. Observar na imagem A o esôfago dilatado repleto de conteúdo e na imagem B a obstrução total do esôfago na transição cérvico-torácica, com dilatação da sua porção cranial por ingesta.



Uma vez fechado o diagnóstico de megaesôfago secundário a obstrução, tentou-se a passagem de uma sonda de fino calibre (nº4) mas como a estenose era muito grave a tentativa foi fracassada. A partir desse resultado a única alternativa seria a cirurgia, mas o animal estava muito

debilitado e a chance de morte era muito alta. Optou-se então pela estabilização do animal antes da intervenção cirúrgica, para isso foi instituída fluidoterapia com ringer com lactato, antibioticoterapia com ceftriaxona 25mg/kg BID e metronidazol 25mg/kg BID e terapia anti-inflamatória com prednisona 0,5mg/kg SID. Após três dias de tratamento o animal já estava melhor e foi submetido a cirurgia. Foi utilizado como medicação pré-anestésica acepromazina 0,1mg/kg IM, a indução anestésica foi realizada com a associação de propofol 2mg/kg e midazolam 0,2mg/kg IV e a manutenção foi realizada com isoflurano. O acesso ao esôfago cervical foi realizado por meio de uma incisão cutânea na linha média ventral, divulsão do tecido subcutâneo, afastamento dos ventres dos músculos esterno-hióideos e afastamento lateral da traqueia, como o indicado por Radlinsky (2014). O esôfago foi isolado com compressas, o segmento estenosado foi excisado retirando-se cerca de 1cm esôfago abrangendo toda área estenosada, a anastomose esofágica foi realizada em dois planos sendo, o primeiro, de mucosa e submucosa em padrão swift e, o segundo, de muscular e adventícia em padrão simples separado, em ambos os planos de sutura foi utilizado monocryl 4-0. A aproximação da musculatura e redução do espaço morto foi realizada em padrão simples contínuo com vicril 4-0 e a dermorrafia foi realizada com náilon 3-0 em padrão simples separado. No pós-operatório o animal recebeu a mesma terapia medicamentosa do pré-operatório durante 10 dias, acrescido de tramadol 2mg/kg TID durante os 3 primeiros dias. Nos três primeiros dias de pós-operatório a alimentação foi realizada via sonda esofágica posicionada até a porção caudal do esôfago torácico. O animal foi então submetido a um novo esofagograma onde não foi observada estenose e nem dilatação esofágica (Fig2-A). A sonda foi removida e iniciou-se administração de dieta líquida. Como o animal não apresentou regurgitação, no decorrer de seis dias, a dieta foi gradativamente sendo deixada mais pastosa. Ao final de 10 dias quando a dieta já estava sólida, o paciente teve um episódio de regurgitação e foi realizado outro exame radiográfico contrastado. Nesse exame foi possível observar dilatação esofágica cranial ao ponto de ressecção, com acúmulo de alimento e gás, mas não pareceu haver estenose importante na região esofágica operada (Fig2-B). Instituiu-se então o tratamento conservativo com dieta pastosa administrada com o paciente e posição bipedal, o animal foi acompanhado por 11 dias, sem nenhum episódio de regurgitação. O paciente recebeu alta com a recomendação de sempre alimentá-lo com ração pastosa, mantendo o animal em postura bipedal. Seis meses após a alta médica o animal não está sendo medicado e não apresenta regurgitação.

Figura 2: Imagens radiográficas contrastada do esôfago obtidas três e 13 dias após cirurgia de esofagectomia em uma gata com megaesôfago secundário a obstrução esofágica. Observar na imagem A contorno esofágico normal sem sinais estenose ou dilatação e na imagem B, dilatação esofágica cranial ao ponto de ressecção, com acúmulo de alimento e gás (setas vermelhas) e passagem do contraste pelo esôfago torácico (setas amarelas) e chegada ao estômago (seta verde).



DISCUSSÃO

Assim como o observado no animal do presente relato os sinais clínicos mais frequentes em pacientes com megaesôfago são regurgitação, disfagia, caquexia (USHIKOSHI et al., 2003; SPARKES, 2011). Alterações relacionadas ao sistema respiratório podem também estar presentes uma vez que pode ocorrer falsa via e pneumonia por aspiração (STURION et al., 2008; KYLES, 2012). O megaesôfago observado no animal do presente relato foi secundário a estenose esofágica que ocorreu pela retração cicatricial de uma lesão esofágica circunferencial grave (ADAMAMA-MORAITOU et al., 2002). Varias são as causas de lesão esofágica associada à estenose, como vômito crônico, ingestão de fármacos erosivos, corpo estranho esofágico, queimaduras térmicas, mas o refluxo gastroesofágico secundário a anestesia é considerado a causa mais frequente em cães e gatos (POORKHALKALI et al., 2001; RADLINSKY et al., 2014). No presente relato acredita-se que uma serie de fatores como vômito recorrente, refluxo gastroesofágico secundário a anestesia e ingestão de comprimidos tenham contribuído para lesão esofágica e subsequente obstrução por retração cicatricial.

O diagnóstico definitivo de megaesôfago secundário a estenose pode ser obtido por endoscopia ou pelo exame contrastado do esôfago (ADAMAMA-MORAITOU et al., 2002). O bário é o contraste mais utilizado para esse fim, mas esta contra indicado quando há suspeita de perfuração esofágica. Nesses casos recomenda-se o uso de contraste a base de iodo (KYLES, 2012) como o realizado no presente relato. Dentre as varias técnicas de diagnóstico por imagem disponíveis, a fluoroscopia contrastada (exame radiográfico em tempo real) destaca-se por permitir a avaliação da função motora do esôfago, além do grau e número de constrições (LEVINE et al., 2014). A opção pelo exame radiográfico contrastado, no presente relato, se deu pela indisponibilidade do equipamento de fluoroscopia.

A ressecção do segmento esofágico estenosado por fibrose foi o tratamento de escolha no presente relato, pois a estenose era grave e não permitia a realização das técnicas conservativas como *bougienage* (dilatação por velas) (BISSETT et al., 2009), dilatação por balão (LEIB et al., 2001) ou uso de dispositivos auto expansores (*stents*) (BATTERSBY e DOYLE, 2010). As técnicas de *bougienage*, de dilatação por balão e o uso de *stents* são eficientes no tratamento de estenoses esofágicas menos graves (LEIB et al., 2001; BISSETT et al., 2009; BATTERSBY e DOYLE, 2010), especialmente quando associadas a aplicação local de corticoides para evitar a recidiva da retração cicatricial (CORGOZINHO et al., 2006; FRAUNE et al., 2009). A ressecção do esôfago é considerada um desafio uma vez que o risco de deiscência da sutura nesse órgão é maior que nos demais segmentos do sistema digestório. Esse fato está intimamente relacionado com a ausência da camada serosa e com limitações vasculares (SPARKES, 2011). Outro fator que deve ser levado em consideração nas esofagectomias é a extensão do esôfago que será ressecionada. Recomenda-se a retirada da menor quantidade de esôfago possível, não ultrapassando 3 a 5 cm, isso para evitar o excesso de tensão na sutura e reduzir o risco de deiscência (RADLINSKY, 2014). Estudos já mostraram sucesso na ressecção de até 20% do esôfago cervical e 50% do esôfago torácico. Entretanto em alguns casos a lesão esofágica é muito extensa impossibilitando a anastomose direta dos segmentos viáveis. Nesses casos pode ser tentada a utilização de outros tecidos como a pele, retalhos musculares, parede estomacal, intestino grosso (KYLES, 2012) e pericárdio (CUNHA et al., 2003) para reconstrução esofágica e formação de uma ponte de ligação entre os segmentos esofágicos. No presente relato não foi necessária retirada de uma grande extensão de esôfago, evitando o excesso de tensão na sutura e permitindo a reparação tecidual sem complicações. No entanto a estenose pós-operatória por retração cicatricial é uma complicação relatada e está diretamente relacionada com o grau de lesão dos tecidos, por isso é imprescindível uma técnica cirúrgica meticulosa e atraumática (RADLINSKY, 2014).

A injeção local de corticoides após a dilatação mecânica de estenoses esofágicas é uma prática que reduz significativamente a chance de retração cicatricial e recidiva da estenose (FRAUNE et al., 2009), daí a opção de se utilizar um anti-inflamatório esteroidal no pós-operatório do paciente do presente relato.

Apesar da observação do esôfago dilatado no esofagograma do 13º dia de pós-operatório do animal do presente relato permaneceu assintomático, provavelmente pela instituição de um manejo alimentar adequando. O maior desafio no tratamento do megaesôfago secundário a estenose esofágica é o reestabelecimento do diâmetro, tonos e peristaltismo do esôfago (RADLINSKY, 2014). O acúmulo gradual de alimento e secreções no segmento cranial a estenose leva a distensão e dilatação esofágica e consequente lesão dos plexos nervosos submucoso e muscular. A lesão neuromuscular é proporcional ao grau e tempo de distensão do órgão, podendo ser irreversível, por isso é importante o diagnóstico e tratamento precoce da obstrução (KYLES, 2012). No presente estudo a obstrução foi completa causando uma grande dilatação esofágica e provável lesão neuromuscular irreversível, no entanto essa suspeita não pode ser confirmada pela indisponibilidade de avaliação fluoroscópica. O uso de fármacos pró-cinéticos como a metoclopramida e cisaprida pouco ajudam no restabelecimento da motilidade esofágica nos casos de megaesôfago. Sendo o tratamento mais efetivo o manejo alimentar obtido pela utilização de dietas líquidas ou pastosas administradas com o paciente em posição bipedal. Uma alternativa igualmente eficiente é elevação da cabeça e membros torácicos do animal logo após sua alimentação mantendo-o nessa posição pelo menos 5 a 15 minutos (SPARKES, 2011).

CONCLUSÃO

A obstrução esofágica é uma alteração grave que se não tratada precocemente pode causar graves problemas como megaesôfago

Apesar dos riscos associados à realização de uma esofagectomia parcial, essa técnica é eficiente no tratamento de estenoses esofágicas graves e no restabelecimento do fluxo de ingestão no esôfago

O manejo alimentar do paciente com megaesôfago permite a manutenção do paciente assintomático mesmo com certo grau de dilatação esofágica

REFERÊNCIAS

ADAMAMA-MORAITOU, K.K.; RALLIS, T.S.; PRASSINOS, N.N.; GALATOS, A.D. Benign esophageal stricture in the dog and cat: a retrospective study of 20 cases. **The Canadian Journal of Veterinary Research**. v.66. p.55-59, 2002.

BATTERSBY, I.; DOYLE, R. Use of a biodegradable self-expanding stent in the management of a benign oesophageal stricture in a cat. **British Small Animal Veterinary Association**. v.51, p.49-52, 2010.

BISSETT, S.A. et al. Risk factors and outcome of bougienage for treatment of benign esophageal strictures in dogs and cats: 28 cases (1995-2004). **Journal of the American Veterinary Medical Association**. v.235, p.844-850, 2009.

CORGOZINHO, K.B. et al. Uso de triancinolona local em uma gata com estenose esofágica. **Acta Scientiae Veterinariae**. v.34, p.175-178, 2006.

CUNHA, O. et al. Esofagoplastia torácica com retalho de pericárdio em gatos. **Ciência Rural**. v.33. p.325-330, 2003.

FRAUNE, C.; GASCHEN, F.; RYAN, K. Intralesional corticosteroid injection in addition to endoscopic balloon dilation in dogs with benign oesophageal strictures. **Journal of Small Animal Practice**. v.50, p.550-553, 2009.

KYLES, A. **Esophagus**. In: TOBIAS, K.M.; JOHNSTON, S.A. *Veterinary Surgery Small Animal*. St. Louis: Elsevier Saunders, 2012, p.1461-1483.

LEVINE, J.S.; POLLARD, R.E.; MARKS, S.L. Contrast videofluoroscopic assessment of dysphagic cats. **Veterinary Radiology and Ultrasound**. v.55, p.465-471, 2014.

LEIB, M.S. et al. Endoscopic balloon dilation of benign esophageal strictures in dogs and cats. **Journal of Veterinary Internal Medicine**. v.15, p.547-552, 2001.

SPARKES, A. **Esophageal Disease**. In: NORSWORTHY, G.D. *The Feline Patient*. 4^oed, Ames: Blackwell, 2011, p. 163-168.

POORKHALKALI, N. et al. Chronic Oesophagitis in the Cat. **Scandinavian Journal Gastroenterology**. v.35, p.904-909, 2001.

RADLINSKY, M.A.G. Cirurgias do sistema digestório. In: FOSSUM, T.W. **Cirurgia de pequenos animais**. 4^oed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2014. p. 386-583.

STURION, D. J. et al. Correção cirúrgica de persistência de arco aórtico direito em felino de dois anos: relato de caso. **Jornal Brasileiro de Ciência Animal**. v.1, p.86-93, 2008.

USHIKOSHI, W.S.; LORIGADOS, C.A.B.; PENHA, M.G.B.J. Megaesôfago em gato. Relato de caso. **Brazilian Journal of Veterinary Research and Animal Science**. v.40, p.196-197, 2003.