

hea

fbpn

fmc

Serviço e Disciplina de Clínica Médica

Sessão Clínica- 21/10/2024

Auditório Honor de Lemos Sobral - Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientador: Prof. Dr. Aldo Sardinha

Relatora: R2 Dr^a Marina Siqueira Teixeira

Debatedora: R1 Dr^a Luiza Branco Lopes Côrtes Real

CASO CLÍNICO

- ✓ **Identificação:** Masculino, 48 anos, branco, casado, trabalha em cartório, natural de Belém e residente em Campos.
 - ✓ **Queixa Principal:** “Dor no peito”
 - ✓ **HDA:** Há cerca de 6 meses, iniciou disfagia para alimentos sólidos, evoluindo, nas últimas semanas, para alimentos líquidos. Neste período, houve perda ponderal involuntária de 8kg. Relata também episódios frequentes de regurgitação de alimentos não digeridos, além de dor torácica após refeições. Nega febre, rouquidão, tosse, dispneia ou sialorreia.
-

CASO CLÍNICO

✓ HPP:

- HAS, em uso de losartana 50mg 2x/dia
- DM, em uso de Glifage XR 500 mg 2x/dia
- Nega cirurgias prévias

✓ História Social:

- Nega tabagismo e etilismo.

✓ História Familiar:

- Nega histórico de câncer esofágico ou gástrico na família;
 - Pai com HAS;
 - Mãe com DM tipo 2.
-

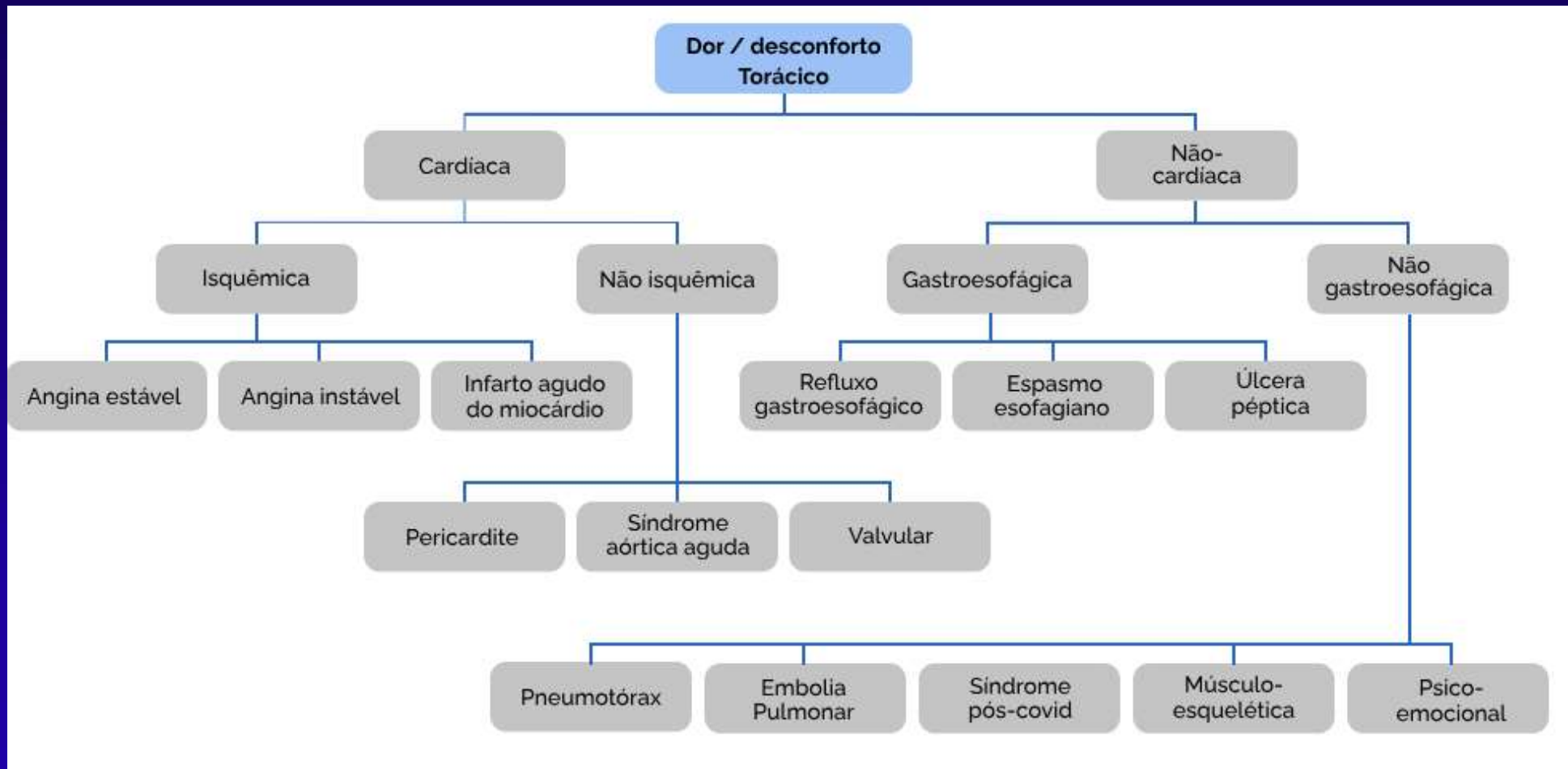
CASO CLÍNICO

✓ Exame físico:

- Bom estado geral, lúcida, orientada, normocorada, hidratada, acianótica e anictérica.
 - Apresenta linfonodomegalia cervical à direita de aproximadamente 8 cm, indolor, aderida a planos e de consistência pétrea.
 - Exame neurológico: sem alterações
 - ACV: RCR 2T BNF sem sopros FC:101bpm PA:120/80mmHg
 - AR: MV+ sem RA FR:12irpm
 - ABD: atípico, peristalse presente, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias palpáveis, espaço de Traube timpânico.panturrilhas
 - MMII: sem edema, panturrilhas livres e pulsos pediosos palpáveis
-

Discutir hipótesis diagnósticas e condutas





SÍNDROME DISFÁGICA

```
graph TD; A[SÍNDROME DISFÁGICA] --> B[MOTILIDADE]; A --> C[OBSTRUÇÃO]
```

MOTILIDADE

OBSTRUÇÃO

DISTÚRBIOS DE MOTILIDADE

- ✓ **Acalasia**
- ✓ Doença de Chagas
- ✓ Espasmo do esôfago distal (“saca-rolhas”)
- ✓ Esclerodermia
- ✓ Esofagite eosinofílica

DISTÚRBIOS OBSTRUTIVOS

- ✓ Neoplasia de esôfago
- ✓ Divertículo de Zenker
- ✓ Estenose péptica benigna
- ✓ Anéis esofágicos inferiores
- ✓ Compressão extrínseca

Seguimento do quadro

- **ECG, RX tórax / TC de tórax, exames laboratoriais**
- **Endoscopia digestiva alta com biópsia**
- **Manometria esofágica**
- **Vídeofluoroscopia da deglutição**

REFERÊNCIAS

- ✓ UpToDate
- ✓ <https://www.scielo.br/j/ag/a/QWw5t5cd7hVCcVFvGBd9fDr/#>
- ✓ <https://www.scielo.br/j/abcd/a/HcDB6x7dHCTXYwcZMzR4ckC/#>



SEGUIMENTO DO CASO



SEGUIMENTO

**DISFAGIA PROGRESSIVA + PERDA
PONDERAL + REGURGITAÇÃO DE
ALIMENTOS**



**EDA;
Esofagografia Baritada;
Manometria esofágica.**

SEGUIMENTO

✓ Exames complementares:

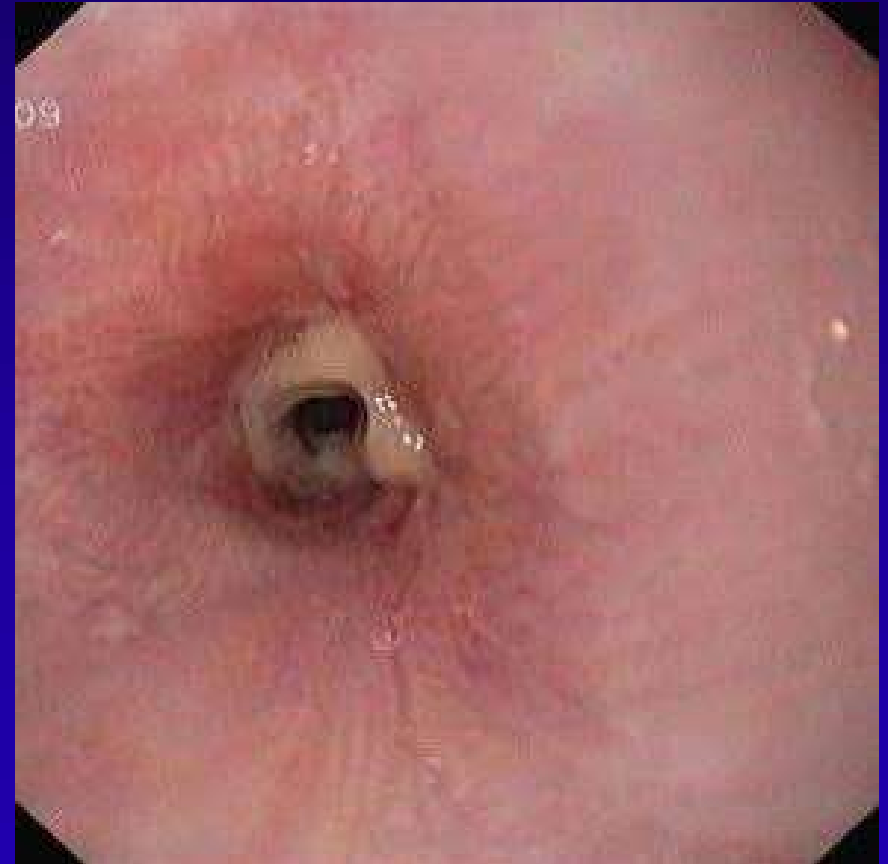
- EDA:

✓ **ESÔFAGO:** Forma e distensibilidade normais. Estenose de esôfago distal. Mucosa apresenta-se normal em toda extensão. Linha Z de transição esôfago gástrica coincidindo com o pinçamento diafragmático.

✓ **ESTÔMAGO:** Forma, volume e distensibilidade normais. Presença de líquido de estase hialino. Fundo e corpo: Mucosa normal Antro: Mucosa normal. Píloro: Centrado e pérvio.

✓ **DUODENO:** Bulbo duodenal anatômico, apresentando mucosa normal. Segunda e terceira porções de aspecto normal.

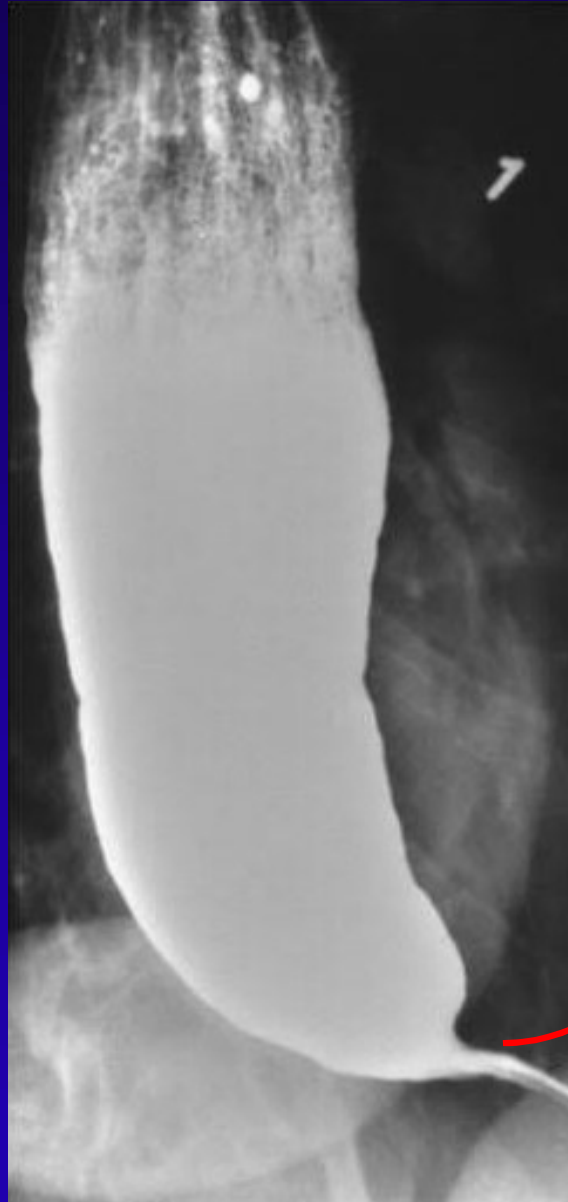
✓ **CONCLUSÃO:** Estenose de esôfago distal.



SEGUIMENTO

✓ Exames complementares:

- Esofagografia Baritada:



Sinal do "bico de pássaro"

SEGUIMENTO

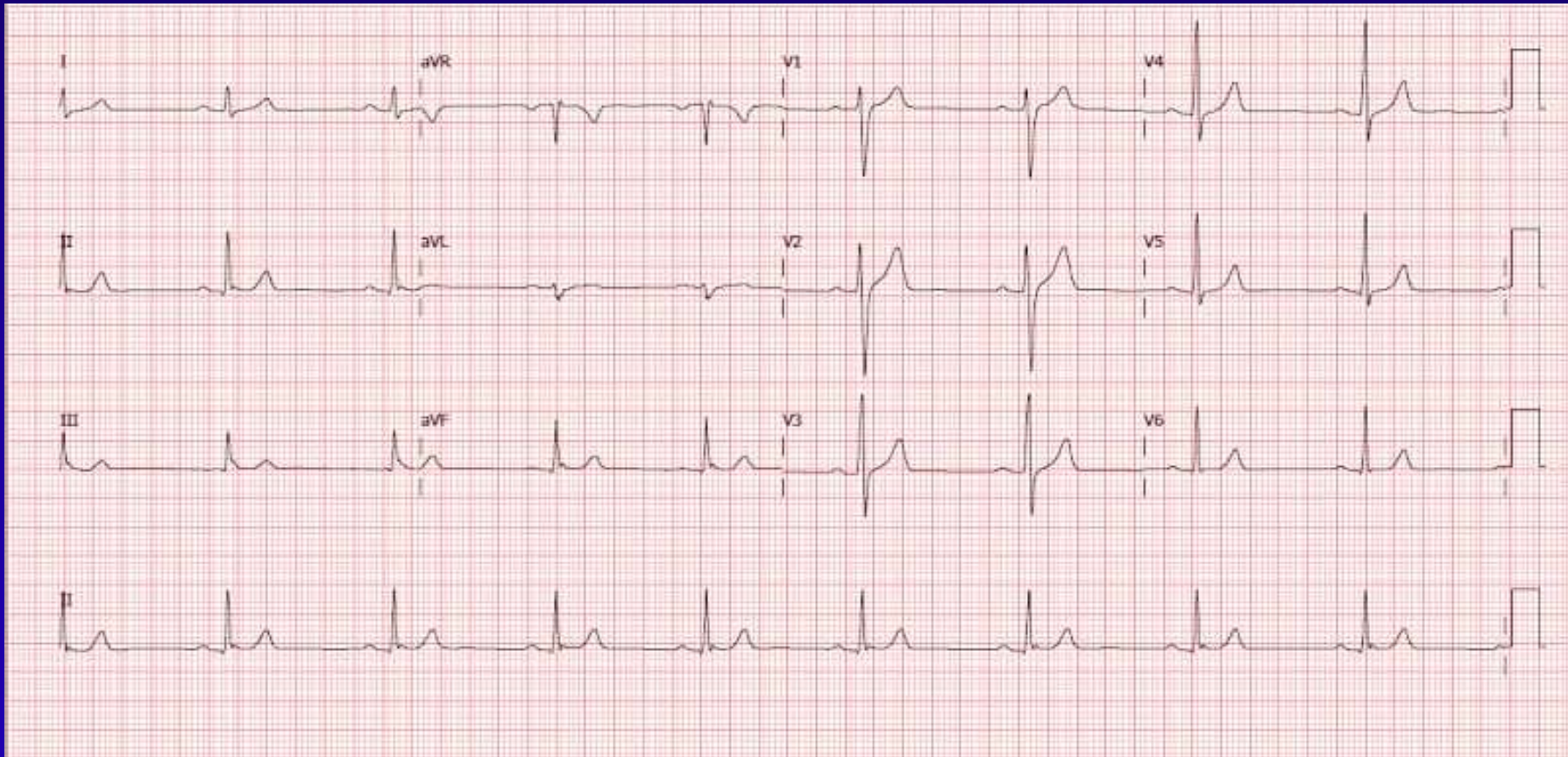
✓ Exames complementares:

- Manometria esofágica: Aperistalse em corpo esofágico com contrações panesofágica / Relaxamento incompleto da junção esofagogástrica.
-

SEGUIMIENTO

✓ Exames complementares:

- ECG:

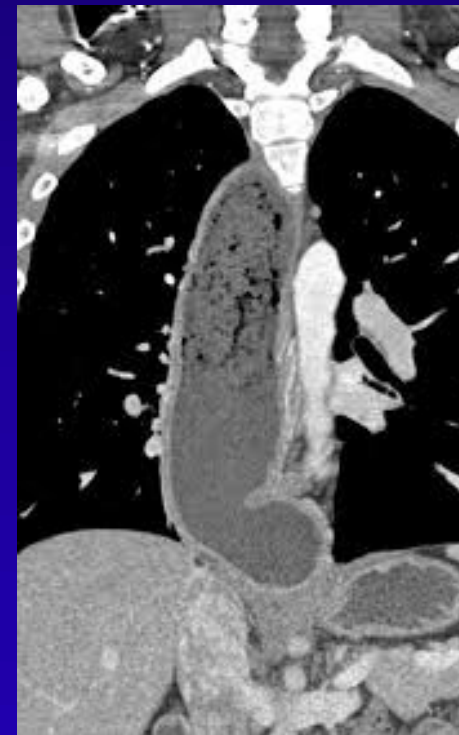


SEGUIMENTO

✓ Exames complementares:

- ECOTT → s/ alterações
- TC de abdome e tórax → ausência de malignidades.

Parâmetro	Valor	Referência (M)
Aorta	30 mm	31 - 37 (15 - 19)
AE	32 mm (15,94 mm/m ²)	30 - 40 (15 - 23)
Rel. AE/AO	1,07	
Vol. AE	38 ml (18,93 ml/m ²)	(16 - 34)
Septo	10 mm	6 - 10
Parede	10 mm	6 - 10
Rel. Septo/Parede	1	
DdVE	50 mm (24,91 mm/m ²)	42 - 58 (22 - 30)
DsVE	30 mm	25 - 40 (13 - 21)
VDF	118,24 ml (58,91 ml/m ²)	62 - 150 (34 - 74)
VSF	35 cm ³	21 - 61 (11 - 31)
VS	83,24 ml (41,47 ml/m ²)	22 - 58 (12 - 30)
FE (Teichholz)	70,40%	>= 55
Fração Encurtamento	40	25 - 43



SEGUIMENTO

✓ Exames complementares:

- Laboratório

Hto	34,4%
Hb	11,6 g/dL
Cr	0,9 mg/dL
U	35 mg/dL
Na	137 mEq/L
K	3,7 mEq/L
Glicose	81 mg/dL
HbA1c	5,1%
Albumina	4,1 mg/dL

TGO	24 U/L
TGP	30 U/L
INR	1,1
PTT	30 s
GGT	40 U/L
FA	50 U/L
IgM Chagas	NR
IgG Chagas	NR

DIAGNÓSTICO

ACALASIA IDIOPÁTICA



REVISÃO SOBRE O ASSUNTO



ACALASIA

- **DEFINIÇÃO:**

- É o resultado da degeneração progressiva de células ganglionares do plexo mioentérico na parede esofágica, levando à falha de relaxamento do EEI, acompanhada de perda da peristalse no esôfago distal. Pode ter associação c/ fatores genéticos e autoimunes.

- **EPIDEMIOLOGIA:**

- H = M;
- Prevalência → 10:100.000;
- 25-60 anos.

ACALASIA

ETIOLOGIA:

- Primária / Idiopática;
- Secundária:

Malignancy, especially gastric carcinoma

Chagas disease

Amyloidosis

Sarcoidosis

Neurofibromatosis

Eosinophilic esophagitis

Multiple endocrine neoplasia, type 2B

Juvenile Sjögren's syndrome with achalasia and gastric hypersecretion

Chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction

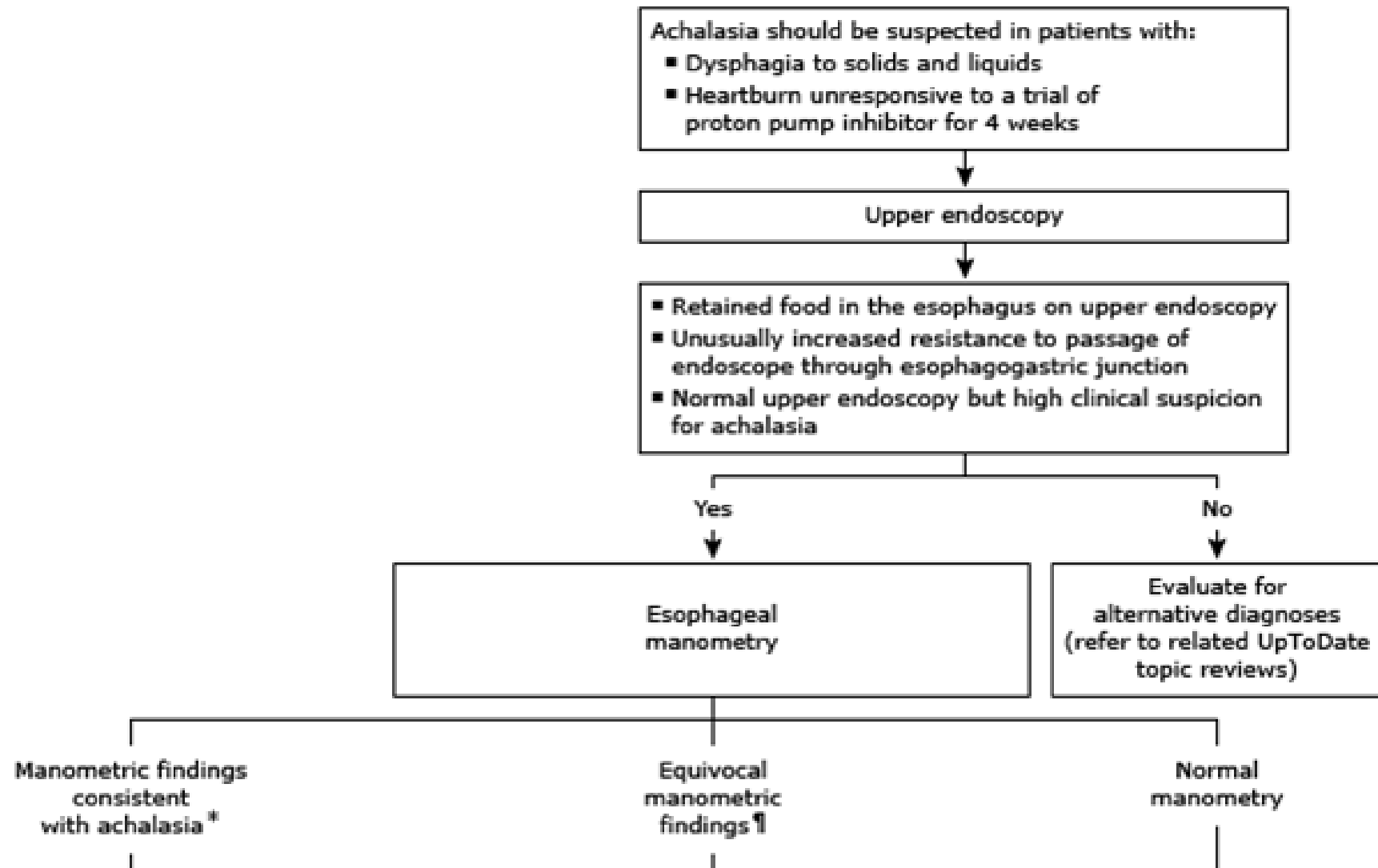
Anderson-Fabry disease

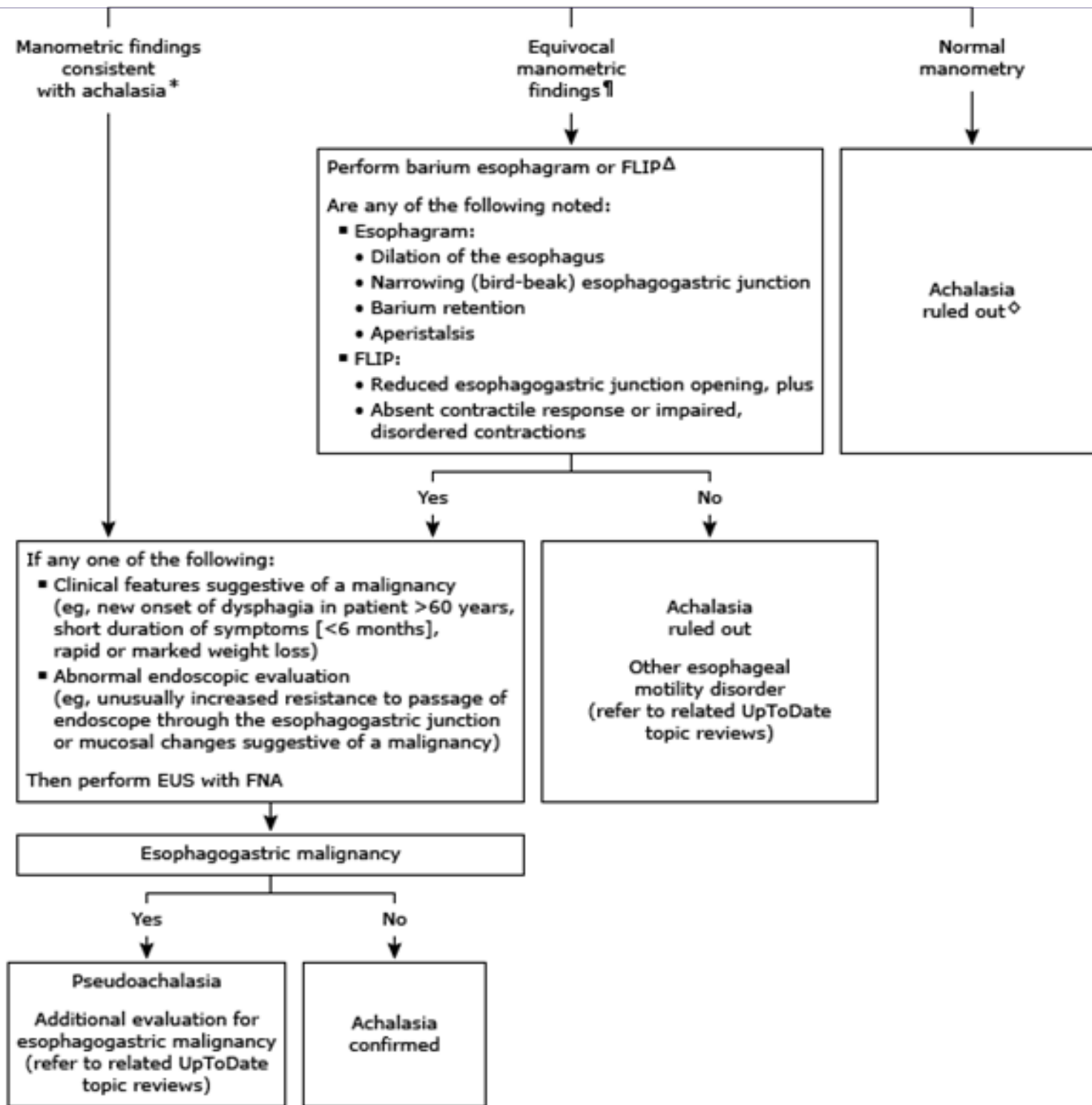
ACALASIA

- CLÍNICA:

- Disfagia para sólidos (91%) e para líquidos (85%);
- Regurgitação de alimentos não digeridos (76-91%);
- Dor retroesternal (40-60%);
- Broncoaspiração de conteúdo retido no esôfago (8%);
- Perda ponderal;
- Sensação de “entalo”.

Diagnostic evaluation in patients with suspected achalasia





ACALASIA

- CLASSIFICAÇÕES:

- Mascarenhas:

- Grau 1: < 4 cm
- Grau 2: 4-7 cm
- Grau 3: 7-10 cm
- Grau 4: > 10 cm

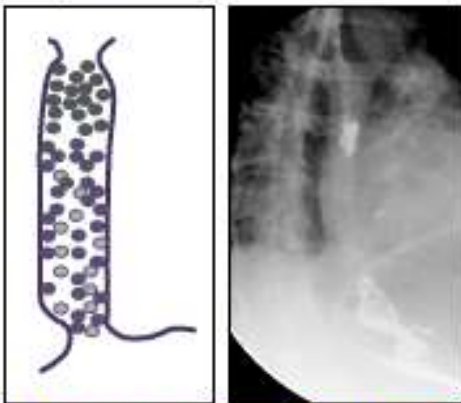
ACALASIA

- CLASSIFICAÇÕES:

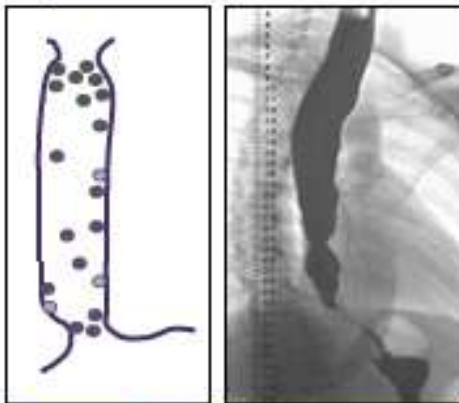
- Chicago (manometria de alta resolução):
 - Tipo 1: s/ pressurização esofágica
 - Tipo 2: pressurização esofágica em pelo menos 20% das deglutições provocadas
 - Tipo 3: contrações prematuras espásticas em pelo menos > 20% das deglutições provocadas

ACALASIA

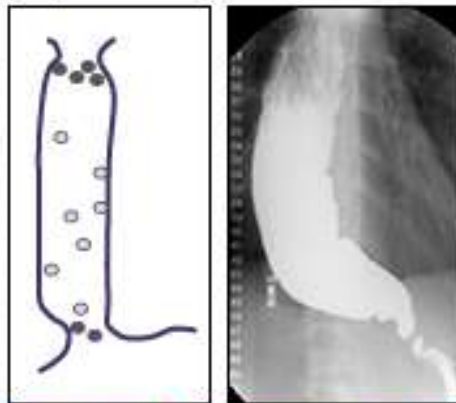
A EGJ outflow obstruction



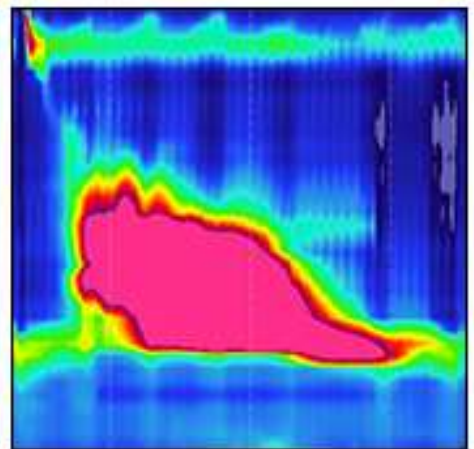
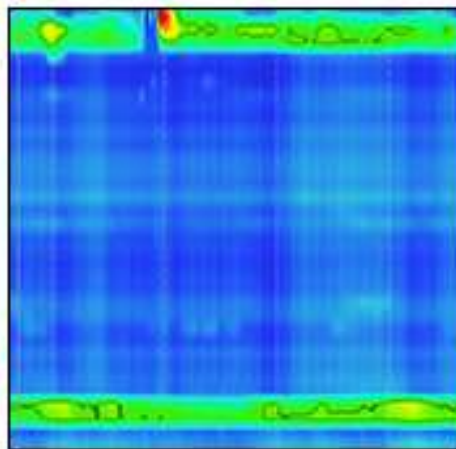
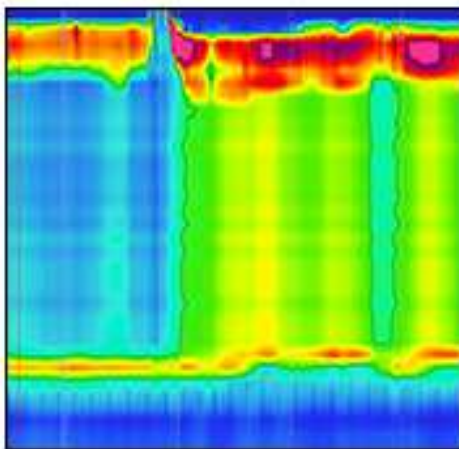
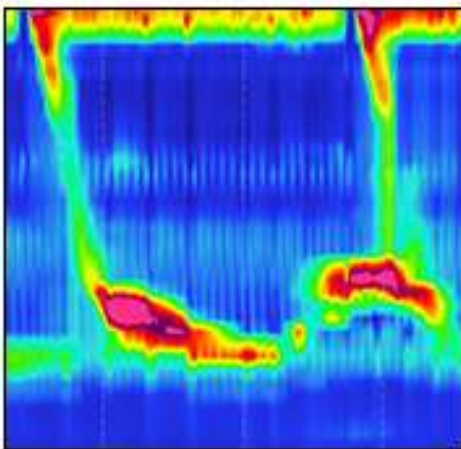
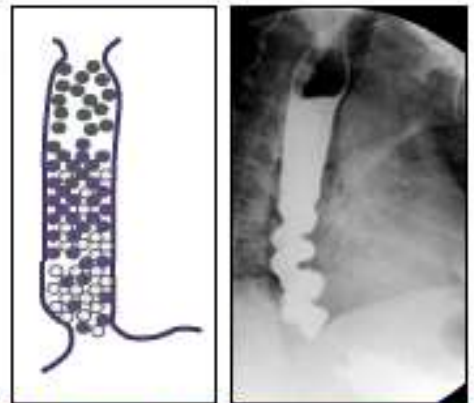
B Type II achalasia



C Type I achalasia



D Type III achalasia



Color Pressure scale (mmHg)

0 30 60 90 120 150 180



ACALASIA

- TRATAMENTO:

- Dilatação pneumática → expansão forçada do EEI c/ balão;
- Miotomia a Heller → corte de fibras de EEI;
- POEM (Miotomia Endoscópica Perioral) → minimamente invasiva;
- Tto farmacológico → nitratos e BCC.

REFERÊNCIAS

- ✓ GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. *Cecil Medicina Interna*. 25. ed. SaundersElsevier, 2018. 2 v.
- ✓ Spechler, Stuart J.; Pandolfino, John E.; *Achalasia: Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis*, UpToDate, last update in July 03, 2024