

41. Disfagia, Odinofagia e Outros Sintomas Esofágicos

Felício Lopes Roque

Ary Nasi

Paulo Leonardo Barreira

Disfagia é um sintoma comum e freqüentemente bastante debilitante. Pode originar ansiedade relacionada à alimentação, diminuição de auto-estima e segurança pessoal, e até mesmo emagrecimento, desnutrição e conseqüente aumento de morbimortalidade.

Na maioria das vezes, o sintoma de disfagia remete para uma causa orgânica localizada no trato alimentar. Entretanto, até 20% dos pacientes com disfagia podem não apresentar nenhuma anormalidade anatômica ou em testes de motilidade esofágica. Outras vezes, disfagia é a primeira manifestação ou um sintoma proeminente de doenças sistêmicas como a esclerodermia e outras doenças do tecido conjuntivo. Pode também ser ocasionada por afecções cutâneas, como na síndrome de Stevens-Johnson, e até mesmo como manifestação de miocardiopatia dilatada secundária à valvopatia mitral. Nesse caso, ocorre disfagia pelo deslocamento do esôfago para a esquerda, limitando seu movimento e comprimindo-o contra a coluna vertebral.

Em nosso meio, apesar da crescente urbanização, a esofagopatia chagásica persiste como importante causa de disfagia. Ao mesmo tempo, aumenta a incidência de infecções oportunistas do esôfago nos pacientes imunodeprimidos, especialmente na síndrome da imunodeficiência adquirida. Disfagia e odinofagia são os sintomas mais freqüentes nesses quadros infecciosos do esôfago.

O termo *disfagia*, que significa dificuldade à deglutição, indica a sensação de dificuldade de progressão do alimento, ou mesmo da saliva, no seu trajeto natural entre a boca e o estômago. É como se o alimento "hesitasse" ou "não descesse direito".

Alguns outros termos referentes a anormalidades da deglutição merecem ser destacados como *odinofagia*, *pseudodisfagia*, *regurgitação* e *sensação de "globus"*.

Odinofagia significa dor à deglutição e é quase sempre devida a uma lesão de mucosa esofágica. Pode também resultar de um distúrbio motor do esôfago (Quadro 41.1) e apresentar-se como dor em queimação, aperto ou cólica na região cervical ou retroesternal. O que a diferencia das outras dores torácicas é a relação temporal nítida com a deglutição. Alguns pacientes referem que têm a percepção exata da passagem do alimento sem, entretanto, haver dor (odinofagia) nem dificuldade

Quadro 41.1 – Causas de odinofagia.

Lesão da mucosa

- Esofagite péptica ou actínica
- Ulcerações mucosas infecciosas
 - Candidíase esofágica
 - Esofagite herpética
 - Citomegalovirose
 - Tuberculose esofágica
 - Ulcerações idiopáticas associadas ao HIV
- Dano químico à mucosa
 - Ingestão de cáustico
 - Ulcerações produzidas por alguns medicamentos quando permanecem por longo tempo em contato com a mucosa (antiinflamatórios não-hormonais, tetraciclina)
- Neoplasias
 - Carcinoma epidermóide do esôfago

Distúrbios motores

- Acalásia
- Espasmo esofágico difuso

de ingestão (disfagia). Tal sensação é usualmente designada *pseudodisfagia*. Ela ocorre mais amiúde quando se come apressadamente ou quando se ingerem alimentos pouco mastigados.

Sensação de "globus" significa a percepção da presença de corpo estranho ou de alguma forma de obstrução no nível da faringe, mas que não obstrui a passagem do alimento. Não impede a deglutição, podendo até desaparecer com ela e reaparecer em seguida. Dá-se o nome de regurgitação à volta do alimento não-digerido ou parcialmente digerido à boca e orofaringe.

Por vezes, os pacientes, ao se referirem à sensação de "globus", indicam com a mão a região cervical fazendo movimentos de sobe e desce ou de aperto. Existe importante associação desse sintoma com distúrbios psicossomáticos, o que determina que tal sensação seja freqüente e inadequadamente denominada de "globus hystericus".

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

São escassas as publicações sobre a prevalência de disfagia na população. Inquérito populacional realizado em Minnesota, Estados Unidos da América, constatou

ocorrência de disfagia em cerca de 6,5% da população adulta. Sua prevalência aumenta com a idade e chega a 10% em indivíduos com idade superior a 50 anos. Na faixa etária geriátrica, descreve-se prevalência variável entre 16 e 60%, com maiores valores encontrados em idosos institucionalizados em casas de repouso. No Brasil não há estudos epidemiológicos adequados sobre o sintoma disfagia. Entretanto, a prevalência de cânceres de boca e trato digestivo alto, incluindo o esôfago, é bastante alta, principalmente nos Estados do sul do país associados a consumo de álcool, tabagismo, uso de chimarrão (provavelmente associado à temperatura quente da água e não ao mate em si). Alguns estudos discutem como fatores de risco a ingestão de proteínas transformadas pelo processo de cozimento (resíduos do churrasco). Outra endemia responsável por muitos casos de disfagia e outros sintomas esofágicos é a doença de Chagas (megaesôfago chagásico). A prevalência da doença de Chagas no Brasil vem caindo em consequência da urbanização.

Explica-se a elevada prevalência de disfagia entre as pessoas idosas por vários fatores, dentre eles: problemas de mastigação por deficiência da arcada dentária ou por próteses inadequadas; diminuição do volume de saliva; denervação senil do esôfago; presença de afecções associadas que comprometem a atividade motora visceral como neuropatias, miopatias, diabetes, dentre outras; uso de medicamentos que potencialmente podem comprometer a atividade muscular dos órgãos envolvidos na deglutição (bloqueadores de canais de cálcio, nitratos).

FISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO

Convém uma breve recordação do processo normal de deglutição para melhor entendimento dos possíveis desencadeantes fisiopatológicos da disfagia. Em um indivíduo normal, a deglutição depende da atividade bem coordenada de diversos músculos e nervos e dura aproximadamente 5 a 10 segundos. Compreende uma fase orofaríngea e uma fase esofágica. A fase orofaríngea pode ser subdividida em fase oral preparatória, fase oral propulsiva e fase faríngea. Apenas as duas primeiras estão sob controle voluntário.

A fase oral preparatória compreende a mistura do alimento com saliva, mastigação e manipulação pela língua para formar o bolo alimentar.

Na fase oral propulsiva, a língua, ajudada pela gravidade, empurra o bolo para a orofaringe à medida que o chamado esfíncter palatoglossos se abre pelo deslocamento da úvula para cima e da base da língua para baixo.

A fase faríngea é mais complexa. Começa quando o bolo alimentar passa pelos pilares amigdalianos e termina quando ele atinge o esôfago. A laringe contrai-se e o palato eleva-se para desconectar as vias aéreas, que ficam totalmente protegidas. A língua empurra o bolo

para a faringe e a própria elevação da laringe cria uma pressão negativa pós-cricóide, que o suga para o esôfago. A gravidade também tende a facilitar a descida do bolo alimentar. A própria pressão exercida pelo bolo alimentar contra o esfíncter superior do esôfago leva este último à distensão, facilitando sua abertura.

Na fase esofagiana, o esfíncter superior do esôfago abre-se pelo relaxamento dos músculos cricofaríngeos e pela contração dos supra-hióideos. Uma vez que o bolo alimentar tenha passado, o esfíncter fecha-se e os músculos esofágicos circulares contraem-se sequencialmente. O esfíncter inferior do esôfago relaxa-se desde as fases iniciais da deglutição e assim permanece até a chegada do bolo no estômago, quando se fecha para impedir o refluxo. A atividade motora esofágica é fundamentalmente controlada pelo sistema nervoso intrínseco, também chamado de sistema nervoso entérico (basicamente pela atividade dos plexos nervosos mioentéricos). Quando ocorre disfunção em tal sistema, como na esofagopatia chagásica, perde-se a atividade coordenada e peristáltica do corpo esofágico (aperistalse esofágica) e ocorrem distúrbios de relaxamento do esfíncter inferior do esôfago (acalásia esfincteriana).

FISIOPATOLOGIA

A deglutição normal depende, como vimos, da integridade dos complexos mecanismos sensitivomotores envolvidos nas diversas fases da deglutição, além do próprio tamanho do bolo alimentar e do diâmetro da luz esofágica.

Do ponto de vista fisiopatológico, a disfagia divide-se em *mecânica* e *motora*. A disfagia é mecânica quando causada por uma lesão estrutural que estreite o lúmen do trato alimentar ou por um bolo muito grande. A parede esofágica tem grande distensibilidade, atingindo até 4cm de diâmetro. Quando o esôfago não pode distender-se mais de 1,3 a 2,5cm, aparece a disfagia. Lesões que acometem toda a circunferência do órgão são mais freqüentemente implicadas no surgimento desse sintoma. Quando as lesões envolvem apenas pequena porção da circunferência do esôfago, as áreas não acometidas mantêm sua distensibilidade.

A disfagia motora (neuromuscular) ocorre em diversas situações patológicas. Como exemplo, têm-se alterações neuromusculares da faringe que resultam em paralisia muscular, ou em contração não-peristáltica, ou na falta de abertura do esfíncter superior do esôfago. Esta última pode ocorrer por paralisia dos músculos gênio-hióideo e supra-hióideo ou por perda do relaxamento reflexo do esfíncter superior do esôfago. Os músculos aqui envolvidos são estriados e inervados pelo componente somático do nervo vago e núcleo ambíguo. Esses neurônios são colinérgicos e excitatórios.

O segmento torácico e o esfíncter inferior do esôfago são formados por musculatura lisa e inervados pelo componente parassimpático das fibras pré-ganglionar-

res do vago e neurônios pós-ganglionares do gânglio mioentérico. A peristalse, nesse segmento, depende mais de mecanismos motores da própria parede do esôfago. Os nervos exercem predominantemente influência inibitória no esfíncter inferior do esôfago. Disfagia pode ocorrer quando as contrações são fracas ou não-peristálticas, ou quando o esfíncter não se abre. Na esclerodermia ocorre fraqueza muscular e perda de força contrátil. Na acalásia, há perda dos neurônios mioentéricos. No espasmo esofágiano, a causa da disfagia não é bem compreendida.

CLASSIFICAÇÃO

Habitualmente, classifica-se a disfagia em *orofaríngea* (alta ou de transferência) e *esofágiana* (baixa ou de transporte). A primeira acontece quando ocorre dificuldade na passagem do bolo alimentar ou mesmo da saliva da orofaringe para o esôfago, e a segunda, quando o problema ocorre no corpo do esôfago (Quadros 41.2 e 41.3). Em ambos os casos pode-se subclassificar a disfagia em estrutural (mecânica) ou motora (neuromuscular), conforme vimos anteriormente.

Quadro 41.2 – Causas de disfagia orofaríngea.

Mecânica

- Processos inflamatórios da boca e da faringe
 - Estomatite
 - Faringite
 - Epiglotite
 - Amigdalite
- Lesões mucocutâneas
 - Síndrome de Stevens-Johnson
 - Líquen plano
 - Penfigóide bolhoso
- Corpo estranho
- Compressão extrínseca
 - Osteofitose vertebral
 - Abscesso ou massa retrofaríngea
 - Adenomegalia cervical, submandibular
 - Divertículo de Zenker
 - Bócio: neoplasias da região posterior da língua e faringe; síndrome de Plummer-Vinson; anel esofágico superior; macroglossia (amiloidose)

Motora

- Acidente vascular cerebral
- Parkinsonismo
- Esclerose lateral amiotrófica
- Esclerose múltipla
- Tumores do sistema nervoso central
- Doença do neurônio motor
- Poliomielite bulbar e síndrome pós-poliomielite
- Miastenia gravis*
- Miopatia metabólica (hipo ou hipertireoidismo)
- Polimiosite/dermatomiosite
- Amiloidose
- Síndrome de Sjögren
- Efeito de anestésico local sobre a orofaringe
- Distúrbios funcionais: incoordenação faringoesofágiana ou relaxamento incompleto do esfíncter superior do esôfago
- Drogas anticolinérgicas ou anti-histamínicas

Quadro 41.3 – Causas de disfagia esofágiana.

Mecânica

- Esofagite
 - Viral: *Herpes simplex*, citomegalovírus
 - Fúngica: candidíase
 - Bacteriana: tuberculose
 - Doença crônica do enxerto x hospedeiro
- Estenose
 - Péptica
 - Inflamatória: lesões muco-cutâneas (epidermólise bolhosa distrófica, síndrome de Stevens-Johnson), doença de Crohn, candidíase
 - Actínica
 - Pós-operatória
 - Congênita
- Anel esofágico inferior (anel de Schatzki)
- Tumores malignos
 - Carcinoma epidermóide do esôfago
 - Adenocarcinoma
 - Outros (sarcomas, linfomas)
- Tumores benignos
 - Lipoma
 - Leiomioma
- Compressão extrínseca
 - Fibrose mediastinal
 - Adenomegalias por sarcoidose mediastinal
 - Pancreatite
 - Tumor pancreático
 - Compressão vascular (aumento de átrio esquerdo, aneurisma de aorta, destroposição da aorta, artéria subclávia direita aberrante)
- Corpo estranho

Motora

- Esofagopatia chagásica
- Acalásia idiopática
- Espasmo esofágico difuso
- Doenças do tecido conjuntivo: esclerose sistêmica progressiva; lúpus eritematoso sistêmico; doença mista do tecido conjuntivo
- Distúrbio de motilidade associado a refluxo gastroesofágico
- Distrofia muscular
- Neuromiopaties metabólicas (amiloidose, alcoolismo, *diabetes mellitus*)
- Síndrome da pseudo-oclusão intestinal
- Paralisia pseudobulbar
- Esclerose lateral amiotrófica
- Parkinsonismo
- Outras doenças neurológicas

Além disso, há casos em que a disfagia não é explicada nem por distúrbios estruturais nem motores do trato digestivo alto, correspondendo a distúrbios funcionais comuns no campo da gastroenterologia, como no caso da chamada dispepsia funcional. Nesses casos, pode haver associação com distúrbios psiquiátricos, incluindo distúrbios psicossomáticos.

COMO INVESTIGAR

ASPECTOS CLÍNICOS

A sensação de disfagia determina grande desconforto ao paciente. Ele passa a executar diversas manobras

para aliviar-se, que vão desde deglutições sucessivas de saliva ou líquidos até mudanças na posição da cabeça e do corpo.

A anamnese adequada permite um diagnóstico presuntivo correto em mais de 80% dos casos. Os sinais e os sintomas associados à disfagia, quando tomados em conjunto, adquirem a sensibilidade e a especificidade que não têm quando isolados. Quando se quer diferenciar a disfagia mecânica das demais, consegue-se sensibilidade de 77% e especificidade de 80%.

Disfagia apenas para sólidos, história de dilatações prévias do esôfago, pirose e sensação de pressão retroesternal são mais freqüentes na disfagia mecânica. O início pode ser tanto gradual quanto súbito; há um caráter freqüentemente progressivo e o bolo impactado muitas vezes precisa ser regurgitado, pois é impossível degluti-lo. Nos casos de obstrução muito avançada, pode haver dificuldade à deglutição tanto para líquidos quanto para sólidos na disfagia mecânica.

Por outro lado, disfagia para líquidos, ou tanto para líquidos quanto para sólidos, de início gradual, piora com líquidos frios e melhora com líquidos mornos são sintomas que sugerem disfagia motora. Nesse caso, com deglutições repetidas ou pela ingestão de pequena quantidade de líquido, ou com a manobra de Valsalva, o alimento pode progredir até o estômago.

Na disfagia orofaríngea, freqüentemente há regurgitação nasal ou tosse devido à aspiração traqueal. A observação clínica auxilia muito no diagnóstico correto da causa da disfagia. Quanto ao sexo, observa-se, por exemplo, que o carcinoma epidermóide do esôfago é mais freqüente em homens. Quanto à idade, quando surge antes da quinta década de vida, os diagnósticos mais importantes em nosso meio são esofagopatia chagásica, esofagite péptica, acalasia idiopática, compressões extrínsecas e esclerodermia. Quando se inicia a partir da quinta década de vida, os diagnósticos mais importantes são acidente vascular cerebral, carcinoma do esôfago, esofagite péptica, anel de Schatzki, espasmo esofágico difuso e acalásia.

Deve-se inquirir cuidadosamente uma série de aspectos sobre a intensidade e o tempo de existência da queixa, ritmo (contínua ou intermitente), localização predominante (cervical, região torácica superior ou inferior), alívio ou agravamento com ingestão de líquidos, consistência e temperatura dos alimentos que geram maior dificuldade para a deglutição, utilização de manobras auxiliares como mudança de posição da cabeça e do corpo e compressão manual da região cervical.

Nem sempre o local indicado pelo paciente tem relação direta com o segmento anatômico responsável pela disfagia. Em estudo com pacientes com distúrbio do esvaziamento distal do esôfago, observou-se que 33% deles apontavam a região cervical como local preponderante da sensação de disfagia. Entretanto, quando a disfagia é referida como de localização baixa (região do apêndice xifóide), o valor preditivo de tal dado cor-

responder realmente ao segmento anatômico envolvido é maior do que quando a queixa é referida na região cervical.

Quando a disfagia é episódica apenas para sólidos, de evolução crônica ao longo de anos com intervalos assintomáticos, um diagnóstico provável é anel esofágico inferior. Disfagia progressiva ao longo de semanas ou poucos meses, com odinofagia associada, sugere carcinoma do esôfago. Disfagia de curta evolução, transitória, ocorre em processos inflamatórios da boca e faringe. Regurgitação de alimentos deteriorados e ruído do tipo gargarejo, audível no pescoço, são comuns no divertículo de Zenker.

Alguns achados de exame clínico sugerem o diagnóstico. Quando se observa hipertrofia de parótidas e o paciente refere hipersalivação, deve-se pensar em esofagopatia obstrutiva e, especialmente, megaesôfago chagásico. Quando se nota a presença de candidíase orofaríngea, possivelmente a causa de disfagia será candidíase esofágica, embora pacientes com neoplasia de esôfago, megaesôfago ou até *diabetes mellitus* também possam apresentá-la. Presença de glossite, anemia e fatores de risco para anemia ferropriva sugerem que a síndrome de Plummer-Vinson (presença de divertículos na porção superior do esôfago associados à anemia ferropriva) seja a causa da disfagia. A presença de fenômeno de Raynaud remete ao diagnóstico de doenças próprias do tecido conjuntivo (Quadro 41.4).

Deve também ser investigada a presença de doenças sistêmicas (Quadros 41.2, 41.3 e 41.4) e o uso de certas drogas que podem levar à disfagia (Quadro 41.5).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Do ponto de vista clínico, após anamnese e exame clínico, podem-se elaborar as hipóteses diagnósticas mais prováveis e caracterizar o tipo de disfagia como orofaríngea ou esofágica. Os exames a serem realizados e a seqüência de execução serão embasados nessa caracterização, conforme apresentado a seguir.

Disfagia orofaríngea

Na maioria das vezes, não é possível caracterizar a disfagia como orofaríngea pela simples queixa de disfagia alta, pois, como vimos, pacientes com disfagia decorrente de alterações no esôfago distal podem apresentar esse tipo de sintoma. Para caracterizar do ponto de vista clínico a disfagia como orofaríngea, devem ocorrer distúrbios evidentes da fase oral da deglutição, facilmente identificáveis ao exame clínico.

Deve-se iniciar a investigação com a realização de endoscopia digestiva alta para a identificação de eventuais afecções associadas e para excluir a presença de alguma obstrução ao trânsito digestivo alto (estenoses, tumorações ou divertículos).

Na ausência de obstrução identificável pelo estudo endoscópico, deve-se indicar a realização de cinedeglutografia ou videodeglutografia que nada mais são que

Quadro 41.4 – Sinais e sintomas sistêmicos associados à disfagia.

Sinais e sintomas	Doença associada
Emagrecimento	Megaesôfago chagásico, estenose cáustica ou péptica do esôfago
Emagrecimento acentuado e rápido (desproporcional aos sintomas esofagianos)	Carcinoma de esôfago
Sialorréia (hipersalivação), hipertrofia de parótidas e outras glândulas salivares	Esofagopatias obstrutivas, especialmente megaesôfago chagásico
Aspiração traqueal durante a deglutição	Disfagia orofaríngea
Aspiração traqueobrônquica não relacionada à deglutição; sinais de pneumonia aspirativa	Megaesôfago chagásico; acalásia idiopática, divertículo de Zenker; refluxo gastroesofágico
Rouquidão precedendo a disfagia	Carcinoma de laringe invadindo o esôfago
Rouquidão iniciando-se depois da disfagia ou concomitantemente	Carcinoma do esôfago acometendo nervo laríngeo recorrente; laringite por refluxo gastroesofágico; doença neuromuscular
Dor torácica	Espasmo esofagiano difuso; disfagia aguda
Pirose retroesternal e regurgitação de longa evolução	Estenose péptica
Intubação nasogástrica prolongada	Estenose péptica
Ingestão de substâncias cáusticas ou pílulas sem água	Estenose cáustica e associada a pílulas
Radioterapia prévia	Estenose actínica
Doenças mucocutâneas (epidermólise bolhosa, penfigóide bolhoso etc.)	Acometimento esofágico com inflamação ou estenose
AIDS e outros estados de imunossupressão	Infecções oportunistas (<i>Candida</i> , herpes, CMV); tumores: linfoma e sarcoma de Kaposi
Candidíase orofaríngea	Candidíase esofágica
Xerostomia e xerofalmlia	Síndrome de Sjögren, amiloidose de glândulas salivares
Sinais de paralisia bulbar ou pseudobulbar (disartria, disfonia, ptose, atrofia de língua)	Acidente vascular cerebral
Fraqueza muscular proximal	Polimiosite
Escleroderma, fenômeno de Raynaud	Esclerose sistêmica progressiva
Roncos pulmonares unilaterais e disfagia	Massa mediastinal envolvendo o esôfago e um grande brônquio
Fígado com nódulos endurecidos	Neoplasia maligna metastática
Gânglio palpável da fossa supraclavicular esquerda (gânglio de Troisier)	Carcinoma gástrico invadindo o esôfago ou esofágico
Anemia e glossite	Síndrome de Plummer-Vinson (anemia ferropriva)
Macroglossia, <i>diabetes mellitus</i>	Amiloidose, neuropatia periférica com motilidade faríngea e esofágica comprometida

Quadro 41.5 – Disfagia induzida por drogas.

Drogas	Mecanismo envolvido
Anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos, bloqueadores de canal de cálcio, álcool	Inibição do tônus muscular → diminuição da pressão do esfíncter inferior do esôfago → refluxo gastroesofágico
Progesterona, glucagon, atropina, teofilina, dopamina, álcool	Diminuição da pressão do esfíncter esofágico inferior
Anestésicos locais na orofaringe	Perda do estímulo sensorial aferente → prejuízo da deglutição
Anticolinérgicos, anti-histamínicos, opiáceos, antipsicóticos, alguns hipotensores e antiarrítmicos	Xerostomia
Cloreto de potássio, sais de ferro, antiinflamatórios não-hormonais, esteróide, ácido ascórbico, corticóides, tetraciclina	Lesão cáustica induzida pelo comprimido (frequentemente ingerido com pouco líquido ou em indivíduos que já tenham alterações de motilidade)
Toxina botulínica tipo A	Paralisia muscular induzida pela droga
Citotóxicos, agentes alquilantes	Predisposição a infecções oportunistas
Analgésicos, antidiabéticos, fenitoína, outras drogas	Reação de hipersensibilidade → lesão mucocutânea

a filmagem da deglutição de contraste radiológico. Deve-se solicitar que sejam utilizados contrastes que, caso haja aspiração para a via respiratória, não gerem maiores complicações.

Por meio desses métodos radiológicos dinâmicos, pode-se avaliar a fase oral e faríngea da deglutição, assim como o trânsito esofágico propriamente dito. A necessidade da utilização de tais métodos mais dinâmicos de avaliação deve-se ao fato de os fenômenos envolvidos na fase orofaríngea serem bastante rápidos, o que determina que a análise radiológica convencional seja pouco sensível.

Devem-se analisar os movimentos de mastigação, a mobilização da língua direcionando o contraste para a faringe, a contração faríngea e a passagem do contraste, pelo esfíncter faringoesofágico, para o esôfago. É possível analisar se os mecanismos que evitam a aspiração do material deglutido para as vias respiratórias (basicamente a elevação da laringe e a movimentação da epiglote) estão funcionando e se efetivamente existe ou não aspiração.

Nesses casos, é conveniente complementar a investigação diagnóstica indicando-se a realização de manometria faringoesofágica, com o objetivo de analisar a força de contração da faringe, as características funcionais do esfíncter faringoesofágico e a atividade motora do corpo esofágico.

Após a realização dos referidos exames, o médico já tem condições de confirmar sua hipótese diagnóstica, tendo noção mais exata da funcionalidade da deglutição orofaríngea, podendo atuar mais adequadamente no tratamento.

Disfagia esofágica

Deve-se iniciar a investigação com a realização de endoscopia digestiva alta para a identificação de causas obstrutivas para a disfagia (estenoses, neoplasias, membranas, compressões extrínsecas) e de eventuais afecções associadas (divertículos, esofagite, hérnia hiatal, monilíase).

Quando o estudo endoscópico não for suficiente para elucidar a causa da disfagia, deve-se indicar a realização de estudo radiológico contrastado que, no caso de disfagia esofágica, pode ser o convencional. Convém solicitar especificamente a execução de deglutografia (para analisar, embora grosseiramente, a parte alta) e de esofagograma (para avaliar o trânsito esofágico). Quando se solicita simplesmente a realização de estudo radiológico do esôfago, estômago e duodeno (EED), em geral, não se avalia a parte alta (trânsito faringoesofágico) e faz-se uma análise mais sucinta do corpo esofágico.

Na suspeita da existência de um problema funcional (não-obstrutivo) como causa da disfagia, deve-se indicar a execução de estudo manométrico faringoesofágico. Em geral, o estudo radiológico sugere a presença de tais distúrbios ao evidenciar dificuldade de

trânsito esofágico na ausência de causa obstrutiva, dilatações do órgão, contrações espásticas ou de ondas terciárias.

ALGUNS DIAGNÓSTICOS IMPORTANTES

Esofagopatia chagásica

Ainda bastante prevalente em nosso meio, com inquérito dos anos 80 mostrando a existência de 6 a 8 milhões de chagásicos no Brasil, a doença de Chagas frequentemente acomete o esôfago. É causada pelo *Trypanosoma cruzi* e tem como vetores insetos da subfamília dos triatomíneos. Os Estados de maior prevalência são Minas Gerais, Goiás, Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul. Leva a um quadro muitas vezes indistinguível da acalásia idiopática. A disfagia é um sintoma precoce, aparecendo primeiro para alimentos sólidos, quando ingeridos rapidamente. Com a evolução, surge a disfagia para líquidos. É um exemplo de disfagia esofagiana motora. Para facilitar a descida do bolo alimentar, o doente recorre à ingestão de água durante cada deglutição ou a manobras especiais, como a deglutição repetida de ar, manobra de Valsalva, permanecer em posição ortostática e outras. Nas grandes dilatações (dolicomegasesôfago), quando o órgão passa a funcionar apenas como um reservatório, a disfagia deixa de ser referida. A regurgitação pode ser precoce, por hipercinesia do esôfago, ou tardia, dependendo do decúbito, nas grandes dilatações. Esta última ocorre geralmente à noite e pode levar a aspiração para a árvore respiratória, com tosse e episódios de broncopneumonia. Dor torácica e odinofagia são referidas com relativa frequência, com a peculiaridade de desaparecerem com a ingestão de pequena quantidade de líquidos.

Câncer esofágico

Cerca de 85% das neoplasias malignas do esôfago são carcinomas epidermóides. Os restantes são adenocarcinomas e têm comportamento de câncer gástrico (associam-se a refluxo e formação de epitélio colunar, o chamado esôfago de Barrett).

Os sintomas são de uma disfagia esofágica mecânica de evolução rápida. Em geral, aparecem quando mais de 60% da luz está ocluída, situação em que o tumor já é incurável.

São fatores de risco: sexo masculino, idade superior a 50 anos, etilismo, tabagismo, ingestão de líquidos muito quentes, estenose cáustica, acalásia e inclusive megasesôfago chagásico.

CASOS CLÍNICOS

CASO 1. Paciente de 72 anos de idade, sexo masculino, queixa-se de disfagia alta há oito meses, com regurgitações frequentes e emagrecimento de 6kg no período. Não se queixa de pirose, sialorréia, nem de odinofagia. Sua procedência atual e remota é a cidade de São

Paulo. É tabagista de 20 cigarros por dia há 40 anos e etilista de 50mL de álcool por dia há 15 anos. Ao exame clínico constatou-se peso de 71kg, altura de 1,72m. Não foram encontradas no exame nenhuma anomalia da fase oral da deglutição e/ou alterações sugestivas de qualquer afecção patológica.

Discussão: do ponto de vista clínico, pelos antecedentes de etilismo e tabagismo, suspeitou-se da existência de neoplasia de esôfago e iniciou-se a investigação com métodos diagnósticos complementares. Foi indicada, inicialmente, a realização de estudo endoscópico digestivo alto que constatou a presença de cavidade sacular de aproximadamente 3cm de profundidade, com restos alimentares, compatível com divertículo de Zenker; presença de hérnia hiatal de deslizamento de 2,5cm e de gastrite erosiva de antro. Foi realizado na seqüência estudo radiológico contrastado convencional da deglutição alta, confirmando a presença do divertículo faringoesofágico.

No exemplo apresentado não foi possível, do ponto de vista clínico, acertar a causa da disfagia e o diagnóstico final foi elucidado pelo estudo endoscópico. Entretanto, alguns portadores de divertículo de Zenker apresentam sintomas mais característicos, tais como percepção de ruído proveniente da região cervical durante a deglutição e/ou informam que têm a sensação da presença de compressão cervical. Alguns referem ainda que massageiam a região para aliviar-se de tal sensação.

CASO 2. Paciente de 71 anos de idade, sexo masculino, queixava-se de disfagia alta e de engasgos a toda tentativa de deglutição, assim como de dificuldade de mastigação e paralisia dos membros superior e inferior direitos após acidente vascular cerebral há 18 meses, com emagrecimento de 4kg no período. Ao exame clínico constata-se a presença de sonda nasoesofágica que foi deixada para alimentação do paciente após alta hospitalar motivada pelo acidente vascular cerebral, dificuldade no movimento de mastigação e de movimentação da língua, além da deficiência motora dos referidos membros.

Discussão: com a hipótese clínica de disfagia orofaríngea de causa neurológica, iniciou-se a investigação digestiva realizando estudo endoscópico digestivo alto que caracterizou a presença de pequena hérnia hiatal de deslizamento e não evidenciou nenhuma causa obstrutiva que justificasse o quadro disfágico. Na seqüência, realizou-se videodeglutografia que evidenciou dificuldade de mastigação e hipocontratibilidade de faringe, com dificuldade de trânsito do contraste ingerido da faringe para o esôfago, além de mostrar aspiração de contraste para as vias respiratórias.

Com o objetivo de melhor caracterização da incoordenação faringoesofágica, foi realizado estudo manométrico da faringe e do esôfago que mostrou redução do poder de contração da faringe (atonía) e distúrbio

de relaxamento do esfíncter superior do esôfago, confirmando seqüela de acidente vascular cerebral como causa da disfagia.

CASO 3. Paciente de 78 anos de idade, sexo feminino, apresenta queixa de disfagia baixa há cinco anos, com piora importante e aparecimento de odinofagia há um mês. No período inicial da queixa, a paciente conseguia ter alimentação praticamente normal, desde que comesse lentamente e ingerisse líquidos durante a refeição. Não apresentava etilismo nem tabagismo como hábitos, era procedente da cidade de São Paulo e negava transfusões de hemoderivados. Ao exame clínico não se evidenciou nenhum distúrbio da fase oral da mastigação e nenhuma alteração relacionada à queixa clínica.

Discussão: com a hipótese diagnóstica de presbiesôfago (megaesôfago senil), iniciou-se a investigação digestiva realizando estudo endoscópico digestivo alto que identificou esôfago de calibre levemente aumentado com lesões esbranquiçadas sugestivas de monilíase esofágica. O estudo histológico do material de biópsia do esôfago confirmou a presença de monilíase.

Considerou-se que a monilíase poderia ser responsável pelo agravamento da queixa da disfagia e pelo aparecimento de odinofagia, mas que deveria haver a presença de alguma afecção esofágica ou sistêmica que explicasse a disfagia de longa data e a presença da monilíase. Indicou-se investigação clínica de eventual afecção associada (diabetes, deficiências imunológicas e/ou metabólicas), além do aprofundamento da investigação digestiva, realizando-se estudo radiológico contrastado convencional do esôfago, que identificou a presença de leve dilatação do órgão, com dificuldade de passagem da substância de contraste para o estômago, além da presença de contrações anormais do corpo esofágico.

Com diagnóstico radiológico sugestivo de desnervação esofágica, realizou-se estudo manométrico que caracterizou a presença de hipertonia e acalásia do esfíncter inferior do esôfago, além da presença de aperistalse esofágica, confirmando o achado radiológico e a hipótese diagnóstica de presbiesôfago.

A paciente foi submetida à dilatação forçada da cárdia por endoscopia e tratada da monilíase, havendo grande melhora clínica e endoscópica.

CASO 4. Paciente de 52 anos de idade, sexo feminino, apresenta queixa de disfagia baixa há oito anos, com piora importante há um ano. No período inicial da queixa, a paciente conseguia ter alimentação praticamente normal, desde que comesse lentamente e ingerisse líquidos durante a refeição. A paciente era procedente de Três Corações, Minas Gerais, e afirmava contato com triatomídeo ("barbeiro"). Ao exame clínico não se evidenciou nenhum distúrbio da fase oral da mastigação, constando-se importante desnutrição. Os exames laboratoriais indicavam hipoalbuminemia (2,8g/dl) e reação de Machado-Guerreiro positiva.

Discussão: com a hipótese diagnóstica de megaesôfago, iniciou-se a investigação digestiva realizando-se estudo endoscópico digestivo alto que identificou esôfago de calibre aumentado com edema e hiperemia de esôfago distal.

Excluindo pelo estudo endoscópico a presença de lesões obstrutivas esofágicas, indicou-se a realização de estudo radiológico contrastado convencional do esôfago, pelo qual se confirmou a hipótese diagnóstica de megaesôfago. Como do ponto de vista radiológico observou-se que poderia tratar-se da forma avançada da doença, indicou-se investigação manométrica do esôfago. Esse estudo mostrou hipertonia e acalásia do esfíncter inferior do esôfago, aperistalse e hipocontratibilidade de corpo esofágico, entretanto, com contrações esofágicas ainda bem identificáveis e com amplitude média superior a 10mm Hg, caracterizando a forma não-avançada da doença.

Aproveitando o exemplo clínico para discussão das indicações dos exames subsidiários, cabe ressaltar que a manometria esofágica é o método que realmente identifica as condições fisiopatológicas básicas do megaesôfago (acalásia do esfíncter inferior e aperistalse de corpo) e deve ser realizada nos casos em que exista dúvida diagnóstica quanto à existência de megaesôfago (casos sem dilatação esofágica e casos sem definição

etiológica do megaesôfago). Está também indicada nos casos em que, apesar de não haver dúvida quanto à presença da afecção, exista, como no exemplo mostrado, incerteza quanto à presença ou não de atonia esofágica que caracteriza a fase avançada da doença (complexos de deglutição com amplitude bastante reduzida, dificultando inclusive sua identificação durante o estudo manométrico).

A diferenciação da doença como avançada ou não tem implicações terapêuticas, pois os casos não-avançados podem ser tratados cirurgicamente de maneira conservadora (cardiomiectomia associada à fundoplicatura); já os casos avançados necessitam de tratamento radical com ressecção esofágica.

No exemplo apresentado, pode-se fazer hipótese diagnóstica acertada baseada nos dados clínicos. Evidentemente, a confirmação e a melhor caracterização do grau de acometimento esofágico auxiliam no planejamento terapêutico adequado.

BIBLIOGRAFIA

CASTRO LP – Estudo do paciente. In: Dani R, Castro LP. *Gastroenterologia Clínica*. 2ª ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1988.

FÉLIX, VN – Propedêutica das afecções do esôfago. In: Pinotti, HW. (ed.). *Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo*. Atheneu, São Paulo, 1994, p. 171.