

DISTÚRBIOS MOTORES DO ESÔFAGO

Luiz E. A. Troncon & Ricardo Brandt de Oliveira

Os distúrbios motores do esôfago são habitualmente divididos em dois grandes grupos (Quadro 1), que apresentam características clínicas diversas. São, de um lado, os distúrbios da orofaringe, do esfíncter superior (ESE) e do esôfago proximal e, de outro, aqueles que envolvem o corpo do esôfago e o esfíncter inferior do esôfago (EIE). Em ambos os grupos incluem-se alterações estruturais, definidas pela ocorrência de obstrução ao trânsito esofágico ligada à lesões do próprio órgão, ou de natureza extrínseca.

DISTÚRBIOS DA FARINGE E DO ESÔFAGO PROXIMAL

Manifestações clínicas

O sintoma principal deste grupo de distúrbios é a disfagia. É geralmente referida como uma dificuldade para iniciar a deglutição, sendo, por isto, denominada de *disfagia oro-faringeana*. A disfagia é mais intensa para líquidos do que para os alimentos sólidos e o "engasgo", indicativo da passagem do material ingerido para as vias aéreas, é comum, sendo muitas vezes acompanhado de tosse e de regurgitação nasal. O quadro tem, em geral, duração relativamente curta, porque os sintomas são muito aflitivos e obrigam os pacientes a procurar logo o auxílio médico. Pode haver perda de peso significativa, porque a natureza da disfagia pode levar o paciente a reduzir drasticamente a sua alimentação.

O exame físico pode revelar alterações próprias das doenças subjacentes ao distúrbio da deglutição e fornecer informações sobre o impacto do distúrbio .

Diagnóstico

O exame endoscópico é o primeiro exame a ser efetuado e pode revelar lesões obstrutivas (tumores, divertículos). Descartada essa a possibilidade, deve-se realizar o estudo radiológico da deglutição. Este exame pode ser precedido por radiografia simples do pescoço, em incidências laterais, que são úteis para revelar tumores de partes moles, ou anormalidades de natureza óssea ou cartilaginosa. Em condições ideais, deve-se empregar a cine-radiografia, com gravação em fita magnética da sequência rápida de eventos motores

próprios da deglutição. A realização e a interpretação deste tipo de exame não constituem tarefas simples e são muito dependentes da experiência do examinador.

A investigação diagnóstica da disfagia oro-faríngea pode ser complementada pela seriografia do esôfago e pelo estudo da motilidade deste órgão pela manometria, que pode evidenciar alterações da amplitude ou da duração das contrações da faringe e do esôfago proximal, bem como a dificuldade do relaxamento do ESE e a incoordenação motora entre a contração faríngea e a abertura deste esfíncter.

Tratamento

O tratamento dos distúrbios motores oro-faríngeos deve ser, sempre que possível, voltado para as doenças subjacentes (miastenia gravis ,doença de Parkinson), visando, especialmente, a restauração dos mecanismos fisiológicos afetado, . No entanto, isto nem sempre é possível, porque, muitas vezes, a doença de base é de natureza progressiva e não tem tratamento específico eficaz. O Quadro 2 apresenta as diferentes categorias de tratamento que podem ser utilizados nos distúrbios motores oro-faríngeos. Modificações da dieta, adição de espessantes a alimentos líquidos e manobras posturais podem, dependendo de cada caso, aliviar os sintomas.

As estratégias compensatórias visam o alívio da disfagia, Os tratamentos indiretos visam melhorar o desempenho funcional da musculatura envolvida na deglutição, às custas de exercícios específicos. Estes tratamentos, que podem demandar o treinamento do paciente, constituem atribuição dos profissionais da Fonoaudiologia.

Quando há comprovação radiológica ou manométrica de dificuldade de abertura do ESE, pode ser indicada a miotomia deste esfíncter, operação que tem maiores probabilidades de sucesso nos casos de disfunção crico-faríngea. Este tipo de operação está, também, indicado como complementação da ressecção do divertículo de Zenker.

Em todos os casos, deve ser dedicado cuidado especial à reparação do estado nutricional do paciente, que pode estar substancialmente comprometido. A instalação de gastrostomia pode estar indicada antes do início de qualquer tipo de tratamento, sobretudo quando existem evidências de aspiração persistente do material deglutido. Este recurso de administração de nutrientes pode se tornar permanente, caso as medidas terapêuticas antes mencionadas não sejam bem sucedidas.

DISTÚRBIOS DO CORPO DO ESÔFAGO E DO ESFÍNCTER INFERIOR

Manifestações clínicas

A principal manifestação deste grupo de distúrbios motores esofágicos é a disfagia que pode ser acompanhada de outros sintomas, como regurgitação, dor ou desconforto retro-esternal e de manifestações respiratórias. A *disfagia esofageana* pode ser descrita pelo paciente como a sensação de parada do alimento deglutido em algum ponto entre a garganta e o estômago, de localização imprecisa. Ela é mais intensa e frequente com alimentos sólidos, especialmente com porções duras, secas e frias. O relato da necessidade da ingestão de líquidos para aliviar a disfagia é muito comum.

A progressão da disfagia ao longo do tempo segue um curso muito variável. Em casos de obstrução mecânica causada por neoplasias ou pela estenose péptica, a disfagia se agrava em tempo relativamente curto (semanas), enquanto nos distúrbios motores primários a progressão é lenta, quando ocorre.

A disfagia esofageana pode estar associada a regurgitação de alimentos não digeridos precoce (durante ou imediatamente após a deglutição) ou tardia, que ocorre mais frequentemente quando o paciente se deita. Sintomas atribuíveis a envolvimento das vias aéreas, como a dor de garganta, a rouquidão ou a tosse crônica, podem ser relatados, mesmo quando não há regurgitação franca. Estas manifestações, que denotam o acesso às vias aéreas de material estagnado no corpo do esôfago, podem ser o prenúncio de quadros francos de infecção bronco-pulmonar.

Nos distúrbios motores primários outros que não a acalásia idiopática, como espasmo difuso do esôfago, a disfagia é caracteristicamente intermitente, ocorre tanto para líquidos como para sólidos, não é francamente progressiva e pode constituir, na percepção do paciente, um sintoma menos importante do que a dor torácica.

Diagnóstico

A endoscopia digestiva alta deve ser realizada em todos os casos de disfagia, com a finalidade de se certificar que não há anormalidades da mucosa esofágica (tumores, esofagite eosinofílica, etc). É importante salientar que este exame pode ser o único recurso para o diagnóstico correto em casos de invasão do cárdia por carcinoma, situação em que as manifestações clínicas e radiológicas podem ser muito semelhantes às da acalásia ("pseudo-acalásia").

O paciente com suspeita de um distúrbio da motilidade do corpo do esôfago ou do EIE deve ser submetido inicialmente ao estudo radiológico contrastado deste órgão (seriografia). Sempre que possível, o exame deve ser acompanhado pela avaliação dinâmica da motilidade esofágica, feita pela video-fluoroscopia. Estes exames permitem excluir lesões que provocam obstrução mecânica, bem como detectar anormalidades da mucosa esofágica, que causam alterações dos contornos da luz do esôfago. É possível, em especial, avaliar o calibre do esôfago e o padrão do trânsito do material contrastado pelo órgão.

A manometria é um exame essencial para confirmar ou afastar a suspeita de anormalidade da motilidade esofágica e para definir o tipo de alteração. Por meio da medida das variações de pressão no interior do esôfago, desencadeadas pela deglutição, a manometria fornece dados sobre a amplitude e a duração das contrações do corpo do órgão e o seu carácter peristáltico, bem como dados qualitativos e quantitativos sobre as condições funcionais do ESE e do EIE. Permite, ainda, a caracterização de padrões anormais, como contrações espontâneas e iterativas, ou ondas síncronas e não propagadas, entre outros.

A acalásia é caracterizada a hipertonia associada ao relaxamento incompleto ou ausente do EIE e à aperistalse (ausência de contrações ou contrações não peristálticas) do corpo do esôfago. Nos casos da esofagopatia chagásica em que o esôfago está dilatado, a manometria quase sempre revela aperistalse do corpo, com relaxamento incompleto ou ausente do EIE. Nos casos em que o calibre do esôfago está preservado, as alterações manométricas são muito variáveis e podem envolver tanto o corpo como o EIE.

A manometria é, também, o exame de escolha para a caracterização de outros distúrbios motores primários do esôfago. Assim, em um certo número de casos de dor torácica não cardíaca, o estudo manométrico revela contrações de amplitude anormalmente elevada (hipercontratilidade) do corpo do esôfago.

Tratamento

O tratamento dos distúrbios motores primários ou secundários do corpo do esôfago e do EIE é feito mediante o emprego de um conjunto variado de recursos. Estas medidas apresentam eficácia variável, uma vez que são de natureza paliativa. De fato, nenhuma delas é capaz de reverter por completo as anormalidades causadoras das manifestações clínicas.

A terapêutica farmacológica compreende os bloqueadores dos canais de cálcio, como a nifedipina, e os doadores de óxido nítrico, como o dinitrato de isossorbitol. Em casos de acalásia, ou da esofagopatia chagásica, estas drogas produzem relaxamento efetivo, embora passageiro, do eie, efeito este que se associa a redução substancial do tempo de trânsito do bolo alimentar pelo esôfago e à nítido alívio dos sintomas. Entretanto, a frequência de efeitos colaterais, como a cefaléia e a hipotensão postural é elevada, o que limita o tratamento farmacológico a situações particulares, como nos casos que aguardam outra modalidade terapêutica mais definitiva, ou quando não há condições de se empregar outro tipo de tratamento.

A injeção intra-esfínctérica da toxina botulínica por via endoscópica tem sido proposta como alternativa terapêutica em pacientes portadores da acalásia idiopática e em casos da esofagopatia chagásica. Esta toxina impede a liberação local de acetilcolina resultando em queda da pressão basal do EIE. Este tipo de tratamento é seguro e bem tolerado, mas o seu efeito é fugaz, e a pressão basal do EIE retorna aos níveis iniciais.

A dilatação mecânica do EIE pode ser feita por meio de balões pneumáticos introduzidos sob controle endoscópico, que provocam a ruptura forçada das fibras musculares do EIE.

A dilatação pneumática induz à melhora clínica em mais de dois terços dos casos tratados, mas, em cerca de 3% das ocasiões, associa-se a complicações, muitas delas graves, como a perfuração do esôfago. A taxa de recidiva após dilatação é superior à da cardiomiectomia.

Nos distúrbios motores do tipo da acalásia idiopática ou da esofagopatia chagásica, a cardiomiectomia, parece ser a modalidade mais eficaz de tratamento e aquela que produz os efeitos mais duradouros. Deve ser considerado, no entanto, que particularidades ligadas ao paciente (idade, co-morbidades), ao serviço de saúde e ao profissional (cirurgião, endoscopista), são fatores preponderantes na escolha entre a dilatação e a miotomia. Em especial, deve ser considerado que o custo global da operação é muitas vezes superior ao da dilatação.

A opção cirúrgica ganhou grande impulso com a consolidação da técnica minimamente invasiva da miotomia laparoscópica, que implica na realização de um procedimento de menor risco, com a mesma taxa de bons resultados.

Os recursos terapêuticos acima considerados estão, também, indicados nos outros distúrbios motores do esôfago, mas os resultados são menos expressivos e mais difíceis de se prever. Em particular, nos casos de dor torácica não cardíaca em que se comprova a ocorrência de espasmos do corpo do esôfago, ou nos quais se suspeita desta anormalidade, está indicado o uso de bloqueadores de canais de cálcio, como a nifedipina, em esquema de doses que cubram as 24 horas do dia. O tratamento concomitante com anti-depressivos é, também, medida terapêutica empírica muito usual nesta condição.

Quadro 1. Distúrbios motores do esôfago

1. DISTÚRBIOS DA OROFARINGE

E DO ESÔFAGO PROXIMAL

Alterações Estruturais

Lesões intrínsecas

Lesões extrínsecas

Doença do Sistema Nervoso

Sistema Nervoso Central

(acidente vascular cerebral, doença de

Parkinson,

Afecções dos pares craneanos

(diabetes mellitus)

Doenças Musculares

Musculatura estriada

(polimiosite)

Outras miopatias

(miastenia gravis)

Outros Distúrbios

Disfunção crico faringeana

Diverticulo de Zenker

2. DISTÚRBIOS DO CORPO DO ESÔFAGO

E DO ESFÍNCTER INFERIOR

Obstrução mecânica

Estenoses (péptica e cáustica)

Aneis e diverticulos

Anomalias vasculares

(disfagia lusória)

Neoplasias

Distúrbios Motores Primários

Acalásia idiopática

Esôfago em "quebra-nozes"

Espasmo difuso

Esfíncter inferior hipertensivo

Distúrbios inespecíficos

Distúrbios Motores Secundários

Inervação extrínseca

(diabetes)

Inervação intrínseca

(doença de Chagas)

Doenças do Tecido Conjuntivo

(esclerose múltipla)

Síndrome para-neoplásica

Quadro 2. Tratamento dos distúrbios motores oro-faríngeos

CATEGORIAS DE TRATAMENTO

Estratégias compensatórias (melhora dos sintomas)

Ajustes posturais (cabeça e pescoço)

Alterações da dieta

Consistência

Volume

Frequência

Tratamentos Indiretos (correção parcial dos distúrbios)

Exercícios:

Mastigação

Deglutição

Fonação – Respiração

Tratamentos Diretos (ataque às causas)

Terapêutica da condição subjacente

Miotomia crico-faríngea
