

Estenose do esofago de causa pouco vulgar (mal de engasgo) e seu tratamento

por

Jacy Carneiro Monteiro
Docente Livre de Clinica Cirurgica

Catarina K., de 43 anos de idade, branca, domestica, natural deste Estado, baixa á 10.^a enfermaria por perturbações da deglutição; está enferma a quatro anos, e seu mal começou lentamente; sentia a principio dificuldade para engulir os solidos como a carne, os alimentos liquidos porem passavam com mais facilidade. Estas perturbações disfagicas foram aumentando gradativamente, a ponto dos alimentos ficarem "trancados", produzindo sensações dolorosas que eram mais acentuadas na região dorsal e no peito; nesta ocasião notou que a sua salivação estava aumentada, e que os vasos do pescoco pulsavam agitadamente. Nestes momentos costumava tomar grande quantidade d'água, que as vezes lhe trazia melhoras, compelindo os alimentos para o estomago; outras vezes só obtinha alivio para os seus males, quando vomitava os alimentos ingeridos; os vomitos não tinham odor nauseabundo, nem lhe modificavam o apetite. De quando em quando seu estado melhorava, e os alimentos, mesmo os solidos, passavam perfeitamente bem para o estomago, estas melhoras porem não eram duradouras e no fim de dez a doze dias, retornava a sentir seus fenomenos disfagicos. Estas alternativas de melhora e peora faziam parte integrante do seu quadro morbido nestes ultimos quatro anos. Ultimamente, pela dificuldade em alimentar-se, tem emagrecido sensivelmente; em Ijuí, onde reside, um medico lhe introduziu uma sonda no esofago sem contudo lhe trazer melhoras com esta pratica. Sofre muito de constipação passando até cinco e mais dias sem defecar.

Anamnèse remota. Com 14 anos teve variola; aos 38 começou a sofrer do figado, sendo mais tarde operada, foi-lhe retirada a vesicula biliar que continha 25 calculos.

Anamnèse familiar e hereditaria. Seu pae sofria muito de constipação e por este motivo lhe fizeram um anus iliaco; sobreviveu pouco tempo, falecendo aos 52 anos de idade (provavelmente um cancer do reto). Sofria tambem de perturbações disfagicas e era muito fraco e emagrecido; sua mãe tem 56 anos e é sadia. Tem oito irmãos, todos for-

tes. Seu marido não é doente; teve cinco filhos, um morreu de hidropisia (sic) e os restantes gosam boa saúde.

Anamnèse fisiologica. Naceu a termo. Menarca aos 15 anos. Nada de anormal informa quanto a dentição, puberdade, marcha, funções sexuaes etc. Appetite e sono sempre foram normaes antes de adoecer.

Resumo da anamnèse. Doente de 43 anos de idade, tempo de molestia quatro anos, sofrimentos mais acentuados: disfagia, vomitos, salivação abundante, dores toraxicas, emagrecimento moderado, e alternativas de melhoras e piores em seu estado morbido.

Exame objetivo. A doente encontra-se em atilude serena no leito e seu facies não denota sofrimento. Musculatura e paniculo adiposo deficientes. Estado psiquico normal, respondendo com acerto as perguntas que lhes são dirigidas, e orientando bem sua anamnèse. Estado de nutrição precario. Mucosas visiveis ligeiramente descoradas. Pele seca e quebradiga; extremidades e articulações normaes; ganglios linfaticos não perceptíveis. Faneros dentro da normalidade. Pulso 70. Temperatura axilar 36,5. Marcha sem perturbações. Orgãos do sentido normaes. Tipo constitucional brevilíneo.

Aparelhos. Respiratorio, circulatorio, urinario e nervoso dentro dos quadros da normalidade. Digestivo com perturbações disfagicas, e constipação, como foi acima descrito. Cabeça, osseos e articulações sem reparo digno de nota. Genital normal. Catamenios regulares.

Região doente. Os sofrimentos da paciente sendo acentuados para o lado do esofago, devemos dizer, que o exame clinico deste orgão pelos meios clinicos habituaes, é de todo insufficiente pela situação endo-toraxica de grande extensão deste orgão. Dirigimos, contudo, a nossa atenção para a região cervical esquerda, por onde desce o segmento superior desse conduto; pela inspeção, palpação, percussão e ausculta desta região, nada logramos perceber de anormal.

O cateterismo e a esofagoscopia não foram praticados, por não termos no nosso serviço, departamento especial para estas pesquisas semiologicas.

Ventre. Abdomen não distendido, emagrecido, mostrando no quadrante superior direito, paralelo ao rebordo costal, a cicatrís da colecistectomia, que se apresentava em boas condições de solidez; não havia alterações de coloração nem solução de continuidade. A' pressão, era mole, depressível, indolor e não mostrava evidencia de tumor. Fígado e baço em seus limites normaes. Timpanismo acentuado e regular em todo o ventre. Região epigastica negativa.

Diagnostico diferencial. Diante do exposto, pela riqueza da symptomatologia verificada, através da anamnèse e exame clinico da paciente ora em estudo, não resta a menor duvida que estamos em presença de uma perturbação grave para o lado do esofago, caracterizada por disturbios na luz deste conduto, e de aspecto estenosante; resta-nos saber agora qual a modalidade clinica que está em jogo no presente caso, para enunciarmos o nosso diagnostico definitivo.

As *esofagites agudas* que seguem as doenças infecciosas, como variola, febre tifoide, escarlatina etc., não entram em linha de conta, pela ausencia destas entidades patologicas no passado da nossa doente; além disso as esofagites agudas têm uma sintomatologia mais ruidosa com disfagias intensas, mau estado geral e evolução mais curta etc.

Ficam também afastadas as estenoses por *ingestão de corpos estranhos*, por não existir este informe na anamnese do caso em questão.

As estenoses chamadas *cicatriciaes*, tão comum nas mulheres jovens, como temos observado no nosso serviço da 10. enfermaria, por ingestão de líquidos corrosivos, tipo soda caustica, não fazem parte do quadro presente pela negativa da paciente.

A possibilidade de uma *cicatris de ulcera* esofagiana, também não nos parece possível pela falta de historia sugestiva.

As estenoses de causa especifica como a sífilítica, tuberculosa e parasitaria (actinomicosica), não encontram aceitação no nosso caso, pois a variedade *sifilitica* que prefere, via de regra, a porção alta do esofago, não encontra aqui justificativa, pela falta de estigmas lueticos na paciente (ausencia de adenopatias, de dores ósseas, de aborto etc.). A *tuberculosa*, que é excessivamente rara, provem de focos pulmonares ou adenopaticos da visinhança do conduto esofagiano que o perfuram; o caso aqui relatado porem está indene de tuberculose. A estenose de causa *parasitaria* é também muito rara, e o diagnostico se faz pelo exame laboratorial das secreções expelidas pelo vomito, onde são encontrados os corpusculos caracteristicos desta afecção e pela prova terapeutica com os ioduretos. Embora não tenham sido examinados os detritos espelidos pelo vomito da nossa doente, acreditamos que sua enfermidade não seja de causa parasitaria, pela raridade desta forma e pela ausencia de elementos convincentes.

O *cancer* do esofago, produzindo a atrezia deste orgão, é a causa de estenose mais comumente encontrada na pratica corrente, mas a sua evolução é rapida, levando o doente a cachexia e á morte em poucos mezes; ora, no caso em estudo, os fenomenos disfagicos datam de quatro anos, e o estado geral da paciente é mais ou menos satisfatorio, não trata-se, pois, de cancer.

A estenose do esofago de *causa extrinseca*, por compressão desse canal por massas ganglionares do mediastino, abcessos frios, aneurismas da aorta (a causa mais comum), tumor da tiroide etc., não encontram justificativa aqui, pela ausencia destas modalidades patologicas na nossa paciente.

Resta-nos ainda fixar a nossa atenção sobre as estenoses esofagianas, conhecidas sob a denominação de: *idiopaticas, nervosas, espasticas*, etc. Esta entidade morbida é caracterisada por sua evolução muito lenta, por perturbações disfagicas mais ou menos sensiveis, com emagrecimento lento dos doentes, e pelo estado geral pouco agravado, pelas alternativas de peoras e melhoras, levando o doente á morte no praso de 10 a 20 anos de cachechia, ou de uma outra doença intercurrente, como a tuberculose pulmonar, como é frequente, pelo estado extremo de inanição a que chegam estes enfermos.

A doente cuja historia serve de base a esta comunicação, apresenta o quadro clinico muito semelhante ao acima relatado, pois sua enfermidade data de quatro anos, os fenomenos disfagicos estão presentes e são mais ou menos sensiveis, e o estado geral é relativamente satisfatorio; tendo eliminado clinicamente as outras variedades morbidas causadoras de angustia esofagiana, estamos inclinado a orientar o nosso diagnostico para o capitulo desta ultima afecção recem descrita, e declararmos que estamos em presenca de um caso de estenose esofagiana de causa espastica, denominada cardio-espasmo, mal de engasgo ou mal de entalo como é conhecido no interior do nosso país.

Tendo excluido clinicamente as diversas afecções estenosantes do esofago, e ficado com o diagnostico clinico de cardioespasmo, devemos lançar mão dos diversos meios de investigação, ao nosso dispor na semiologia esofagiana, para consolidar o nosso diagnostico. Tres são os meios que estão ao nosso alcance para esta realização, o cateterismo do esofago com sondas especiaes, a esofagoscopia e o exame radiologico.

Num serviço de cirurgia geral como é o nosso na 10.^a enfermaria, em que não dispomos de material para um exame especializado, lançamos mão da investigação radiologica, que indiscutivelmente é um dos melhores meios de diagnostico nas lesões do conduto esofagiano, pelas informações preciosas e seguras que nos fornece.

O resultado deste exame nos revelou, que a nossa doente era portadora de uma acentuada dilatação do esofago, um verdadeiro megaesofago e que a estenose estava situada ao nivel do cardia; a dilatação era uniforme em quasi todo o canal, e a imagem apresentava-se grandemente aumentada no sentido transverso, com contornos lisos e regulares, não havendo indicios de formações lacunares ou diverticulares, e terminando na sua porção inferior por um infundibulum levemente desviado para a esquerda.

Com os dados, pois, fornecidos pelos Raios X, podemos afirmar ao lado da historia clinica que a nossa enferma é de fato portadora de um espasmo persistente ao nivel do cardia, ou de um cardioespasmo.

Esta afecção, muito comum nos estados nordestinos, em São Paulo, Minas e estado do Rio de Janeiro, foi posta em evidencia de uma maneira brilhante pela escola paulista, com os estudos profundos de Vampré, seguido de Camargo, Parisi e, ultimamente, por Alipio Corrêa Neto, atraves de seu belo livro: Patogenia, Diagnostico e Tratamento do Megaesofago. Foi tambem tema oficial no Congresso de Medicina Paulista em 1933. Aqui entre nós foi divulgado por meio de uma erudita conferencia do Professor Almeida Prado, em 1934.

Sua etiologia não é clara e são incriminadas como causadoras desta molestia, as intoxicações, as infeções, como a sifilis, impaludismo, tuberculose, febre tifoide e doença de Chagas; os traumatismos, a ulcera gastrica, perturbações psiquicas, deformidades congenitas, avitaminoses etc., etc.

Quanto á patogenia, continúa no terreno das hipoteses para explicar as perturbações funcionaes do esfinter cardiaco; entre grande numero destas destacam-se a de Krauss, que aponta como fator mais impor-

tante uma falta de coordenação entre os nervos constritores e dilatadores do esôfago: pneumogastrico e simpatico; outros, como Chevalier Jackson acredita na ação preponderante da gravata muscular que circunda o esôfago no momento em que este atravessa o diafragma. A teoria congenita e a fibrose do cardia são ainda defendidas por Bard e Moscher respetivamente. A escola paulista com A. Correa Netto aceita a patogenia descrita por Hurst e Rake, que constitue a tese da *Acalasia do cardia*, ou não abertura deste esfinter, produzida por lesões nervosas dos plexos autonomos de Meissner e Auerbach situados nas paredes esofagianas.

Os paulistas apresentam comprovações anatomo-patologicas, das lesões dos plexos nervosos atingidos, e acreditam que o cardioespasmo seja causado, pelas infeções, intoxicações e muito especialmente pela avitaminose; comparam ainda as lesões do esôfago com as do grasso intestino, pois é muito comum a coexistencia de um megacolon nos doentes portadores de megaesôfago.

Guisez mestre incontestavel na patologia do esôfago, em um artigo sobre "estenoses graves da parte inferior do esôfago", publicado na *Presse Medicale* de Julho deste ano, baseado na sua grande observação esofagoscopica, insiste em sustentar suas idéias sobre a influencia da esofagite cronica ao nivel do cardia, como causa preponderante na patogenia do mal de engasgo; aponta tambem como causa adjuvante a má mastigação nestes pacientes, pois, com o esofagoscopia, tem observado as massas de materias alimentares, como fragmentos duros de pão e carne, incluídos na retrodilatação que precede a estenose, produzindo uma irritação continuada e favorecendo a aparição da esofagite. Colaboram nestas asserções Mae Ready, de Chicago, e Mosher, da Mayo Clinic.

O diagnostico é relativamente facil, uma vez eliminadas as outras afecções causadoras das estenoses esofagianas, principalmente o cancer, por ser a mais comumente encontrada nestes casos; os fenomenos disfagicos, as dores toraxicas, a evolução lenta, o emagrecimento moderado, a hipertrofia das parotidas (que no nosso caso não existia), a sialorréa, e a imagem radiologica caracteristica, são suficientes para a confirmação deste diagnostico.

Tratamento. Varias são as medidas terapeuticas mobilizadas, para debelar esta grave enfermidade, como o cateterismo dilatador com sondas esofagianas, simples ou diatermicas, ou ainda com o auxilio da electrolise; as dilatações sob o controle da vista por intermedio do esofagoscopia como preconisa Guisez, as dilatações forçadas do cardia por meio dos balões hidrostatico, como os de Russel e Götstein que, aliados ás diversas medicações anti-espasmodicas constituem os recursos de ordem medica na luta contra essa entidade morbida. Os de ordem cirurgica ou sangrentos, tem por escopo atacar a estenose do cardia por via retrograda após laparotomia previa. Assim, nos casos muito graves, em que a paciente está grandemente depauperada, com espasmo persistente, alguns autores indicam a gastrostomia para alimentar melhor o individuo; e depois, quando o estado geral se refaz, tenta-se o cateterismo retrogrado, fazendo as sondas penetrarem no cardia atravez do orificio da

gastrostomia; outros cientistas preferem, uma vez constituída a fistula gastrica, empregar o processo do cateterismo sem fim, que consiste em fazer a doente engulir durante uns dias tres a quatro metros de um fio resistente, seda n.º 3, que lentamente atravessa o cardia estenosado e aparece no estomago; recolhe-se esta ponta do fio na cavidade gastrica, adapta-se uma sonda especial nesta extremidade inferior do fio, e forçasse a passagem do cardia fazendo-se tracção pela extremidade superior do fio que está fixado na face do paciente com esparadrapo; desta maneira as vezes se consegue dilatar o esfinter espasmodico em varias secções de dilatação, no intervalo destas amarra-se as duas extremidades do fio, a superior que sae pela boca com a inferior que aflora do orificio da gastrostomia, para não se perder o condutor. Mickulicz propoz um outro processo que leva seu nome, e que consiste em atravez da gastrostomia introduzir a viva força dois dedos no cardia, e praticar a dilatação forçada deste orificio. Heller, por fim, idealizou a sua operação, que consta de, após celiotomia mediana superior, descobrir o cardia e incisar a bisturi o esfinter respectivo, respeitando apenas a mucosa; desta maneira este orificio permanece aberto e cessa o espasmo persistente e causador do mal de engasgo ou megaesofago.

Apreciações sobre os diferentes metodos de tratamento:

O cateterismo do esofago por sondas dilatadoras, no cardio espasmo, com ou sem o auxilio do esofagoscopia, nem sempre são coroados de sucesso e alem disso necessitam uma aparelhagem e um tecnico especiaes.

Os processos cruentos, requerendo gastrostomia, não estão ao alcance de qualquer profissional, exigindo a cooparticipação do cirurgião e um meio aparelhado, alem dos riscos que corre o paciente. A operação de Heller, assim como a transtoraxica de Sauerbruch, e as de Wendel e Heyrowsky, são operações melindrosas, com mortalidade elevada a de Sauerbruch, e necessitando para sua pratica verdadeiros cirurgiões de carreira.

A operação de Heller, a mais divulgada de todas, só em São Paulo foi executada 200 vezes pelo Professor Camargo e com bons resultados. Tivemos ocasião de ve-la praticar seis vezes pelos cirurgiões de Belo-Horizonte em 1930, e duas vezes por Brandão Filho no Rio de Janeiro em 1933, todas coroadas de bom exito.

O processo da *dilatação forçada* do cardia pelo balão hidrostático de Russel ou Gottstein, constitue um metodo de tratamento do mega esofago, acessivel a qualquer, pratico, de tecnica bastante simples, e os resultados satisfatorios de seu emprego, são os motivos preponderantes da nossa comunicação desta noite.

Este processo divulgado no nosso meio atravez duma conferencia pelo Professor Almeida Prado como frizamos acima, foi introduzido no Rio Grande do Sul pelo nosso eminente Mestre Dr. Alfeu Bica de Medeiros, cirurgião sempre joven na modernização incessante de suas tecnicas, e proecto diretor da 10.^a enfermaria da Santa Casa, verdadeira escola de Cirurgia, e onde a 14 anos prestamos nossa modesta colaboração, como assistente do serviço.

Conta já este cirurgião com oito casos de cardioespaço, tratados por este método, e todos com resultados bastante animadores, para não dizer satisfatórios, nestes últimos dois anos. A estatística é pequena, como vedes, pela relativa raridade desta afecção entre nós.

O *balão* que serve para as nossas dilatações, foi trazido de São Paulo pelo Dr. Bica de Medeiros, e foi construído sob as indicações de A. Corrêa Netto; este balão é constituído por dois involucros, o externo de tafetá forte, e o interno de borracha, duas olivas de metal limitam o aparelho nas extremidades e são perfuradas; um tubo de borracha resistente sai do interior do balão e continúa para o exterior num extensão de 60 cms., sobre este tubo são fixadas as duas extremidades do balão, um fio metálico passa por dentro do tubo de borracha para firmá-lo; o balão tem 15 cms. de comprimento, as gravuras anexas, emprestadas do livro de A. Corrêa Netto, elucidarão mais esta descrição.

Técnica da introdução do balão hidroestático: uma vez o diagnóstico firmado de mal de engasgo devemos preparar o paciente para a intervenção, e para isto lava-se na véspera o esôfago do doente e repete-se esta prática no dia da operação; meia hora antes administra-se uma ampola de morfina. Três dias antes o paciente vai engulindo lentamente três metros de seda n.º 3; este fio atravessa a estenose, fixa-se no intestino do paciente e serve de condutor para a introdução do balão, passa-se a ponta do fio pelo orifício da oliva inferior do aparelho e ele conduzirá o aparelho diretamente ao cardia. O balão é assim introduzido no esôfago do paciente com relativa facilidade, e pelo controle radiológico procuramos localizar a sua extremidade inferior pontuada pela oliva metálica, para ver se ela está no estômago; caso estiver, começamos a encher o balão pelo tubo de borracha com uma solução de iodreto de sódio a 20% por intermédio de uma seringa; a capacidade do balão regula entre 200 a 350 cc, mas a sua repleção, uma vez ele introduzido no esôfago, vai sendo feita lentamente, controlada pela imagem radiológica que mostra o balão crescendo de volume e principalmente pelas sensações dolorosas manifestadas pelo paciente, que são segundo Vinson, denunciadoras da dilatação do esfíncter do cardia.

Desta maneira a quantidade de líquido usado varia muito; alguns doentes queixam-se de dores com 150 a 200 cc, outros suportam facilmente maior volume; o balão, uma vez dilatado com a solução de iodreto, é deixado em contato com o cardia durante o espaço de tempo de dois a três minutos. Todos os casos de 10.ª enfermaria foram dilatados sob o controle dos raios X, embora alguns autores achem esta prática dispensável. Na doente que serviu para esta comunicação, foram feitas duas aplicações com o intervalo de uma semana, algumas vezes basta uma só aplicação para curar o paciente, outras vezes porém são necessárias várias secções de dilatação.

Nos casos felizes a melhora aparece logo nos dias que seguem a dilatação, como aconteceu no que relatamos; a disfagia desapareceu e a enferma começou a alimentar-se satisfatoriamente; como seu domicílio era no interior do estado, resolvemos fazer uma segunda dilatação para consolidar a cura. A alimentação nos primeiros dias deverá ser líquida, e o doente guardará repouso ao leito por dois dias.

Este processo é de grande benignidade e de tecnica muito facil e acessivel a qualquer profissional; no nosso serviço da 10.^a enfermaria, os internos mais graduados encarregam-se desta applicação, e o fazem com perfeição. Devemos declarar que têm sido publicados casos de peritonite por rompimento do cardia, por uma dilatação excessiva do balão, mas estes accidentes são muito raros, e tendem a desaparecer uma vez atendidos todos os detalhes de tecnica. Raras vezes o balão não consegue passar o cardia, e então temos que abandonar este processo e lançar mãos de outros meios.

Deixamos de publicar as oito observações por extenso, assim como as radiografias respectivas, por isto que o quadro clinico do caso por nós apresentado, quasi nada difere dos outros em questão, o mesmo acontecendo co mos clichés radiograficos, desta maneira julgamos desnecessaria esta repetição. Chamamos ainda a atenção para a coexistencia do megacolon nos casos de mega esofago, nos oito casos estudados esta coincidencia esteve presente tres vezes.

Terminando aqui a nossa comunicação, só tivemos como escopo secundar o nosso illustre mestre Dr. Alfeu Bica de Medeiros na divulgação deste ótimo processo terapeutico, no combate á terrivel afecção conhecida como megaesofago ou cardioespasmo.



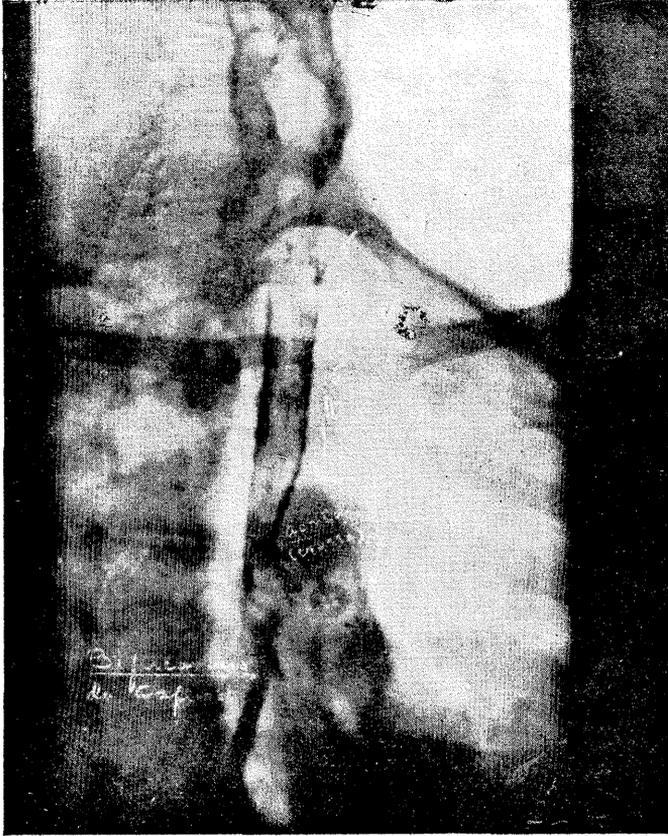
Cancer do esofago.

I



Estenose do esofago por liquido caustico.

II



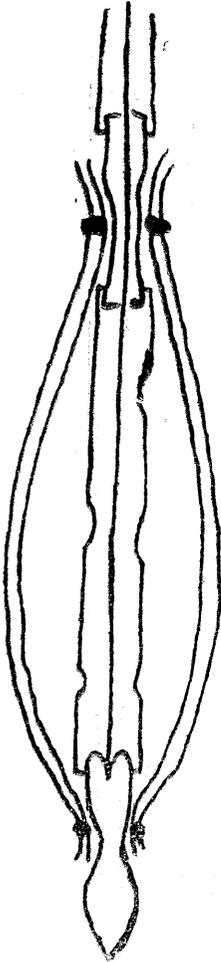
Estenose do esofago de causa extrinseca (ectasia da aorta).

III



Mega esofago ou cardioespasmó.

IV



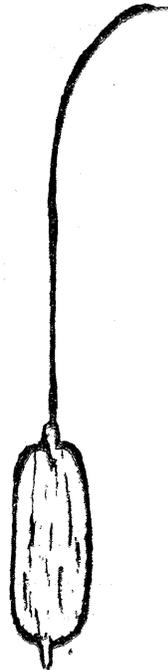
Esquema do balão de Russell.

V



O balão vazio antes de seu emprego.

VI



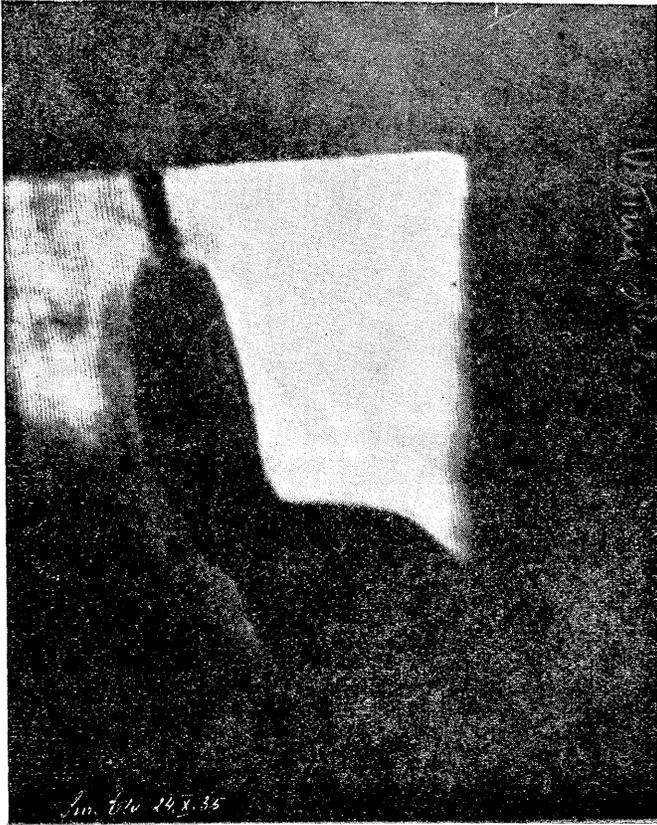
O balão distendido por líquido.

VII



O balão de Russell introduzido no esôfago e contendo 40 cc de líquido opaco.

VIII



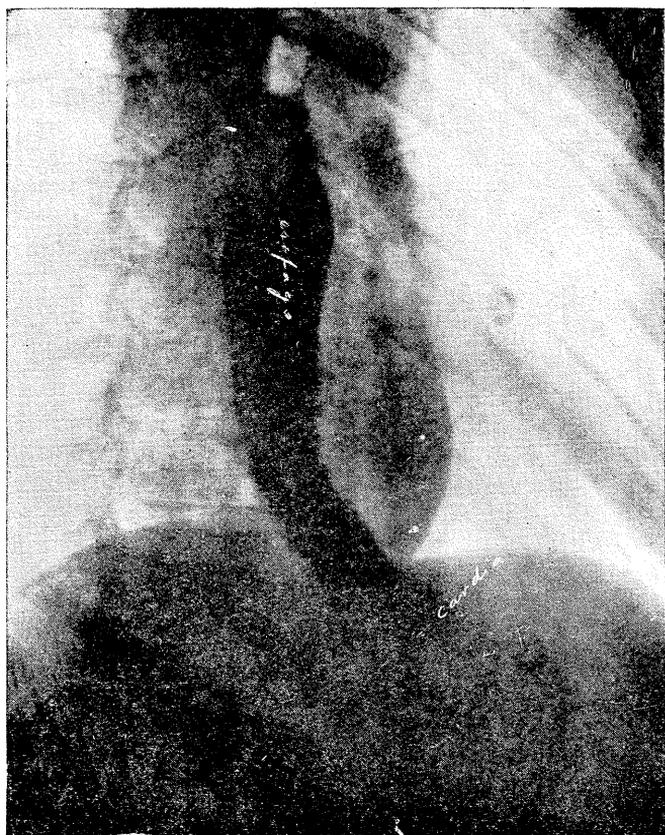
O balão no esofago com 150 cc de liquido opaco.

IX



O balão introduzido no esofago distendido ao maximo.

X



Radiografia depois da dilatação com o balão de Russel.