

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

MEGAESÔFAGO IDIOPÁTICO ADQUIRIDO EM CÃO¹

Jéssica Tomio², Andressa Raquel Irgang Dos Santos³, Paulo Roberto Goi Filho⁴, Cristiane Elise Teichmann⁵.

¹ Relato de Estágio Clínico I do curso de Medicina Veterinária da UNIJUI

² Médica Veterinária Especialista em Anestesiologia e Residente em Anestesiologia Veterinária da ULBRA.

³ Graduanda do curso de Medicina Veterinária da UNIJUI

⁴ Médico Veterinário graduado na UNIJUI.

⁵ Professora Orientadora Mestre em Medicina Veterinária da UNIJUI

Introdução

O megaesôfago caracteriza-se pela dilatação do esôfago e pela peristalse esofágica ineficiente (ETTINGER, FELDMAN, 2004). As causas incluem problemas de motilidade relacionados a distúrbios de inervação ou denervação, obstruções físicas parciais e estenose secundária a doenças inflamatórias da musculatura do esôfago ou persistência do arco aórtico direito, sendo que muitos casos são idiopáticos (MCGAVIN, ZACHARY, 2009). Há descrição de várias formas de síndrome: megaesôfago idiopático congênito, megaesôfago adquirido idiopático e megaesôfago secundário adquirido (ETTINGER, FELDMAN, 2004). No megaesôfago congênito, os sinais de regurgitação aparecem ao desmame (TILLEY, JUNIOR, 2008). Dentre as diversas causas possíveis para o megaesôfago secundário adquirido está a polimiosite, o hipoadrenocorticism, a hérnia de hiato, a cinomose e a miastenia grave, sendo esta última responsável por pelo menos 25% dos casos secundários. A etiologia para a maioria dos casos de megaesôfago que se iniciam na fase adulta é desconhecida, sendo estes denominados de megaesôfago adquirido idiopático, ocorrendo espontaneamente em cães adultos, principalmente entre os 7 e 15 anos de idade, sem predileção por raça ou sexo (ETTINGER, FELDMAN, 2004).

Este trabalho tem como principal objetivo relatar o caso clínico de um canino, sem raça definida (SRD), de aproximadamente 3 anos de idade, que apresentou regurgitação e foi diagnosticado com megaesôfago adquirido idiopático.

Metodologia

Foi atendido no município de Itajaí, Santa Catarina, um canino, macho, SRD, de aproximadamente 3 anos de idade, com um histórico de vômitos a 30 dias, desidratação, fraqueza e perda de peso progressiva.

Durante a anamnese a proprietária relatou que os episódios de vômito ocorriam cerca de 10 minutos após a ingestão de alimentos e, quando questionada a respeito da aparência do vômito, a mesma descreveu que os alimentos eram vomitados inteiros. Ao exame físico o animal apresentava bulhas cardíacas rítmicas e normofonéticas, com grau de desidratação de 9% e com escore corporal 1. Após a avaliação inicial suspeitou-se de um quadro de megaesôfago. Como exame complementar, foi solicitado o hemograma e o bioquímico, no qual foram mensurados a albumina, creatinina,

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

fosfatase alcalina, alanina aminotransferase e uréia. Todos os valores apresentaram-se dentro da normalidade. O paciente foi então encaminhado para a sala de diagnóstico por imagem, onde fora realizado exame radiológico contrastado na posição látero-lateral da região do esôfago cervical e torácico que confirmou a suspeita. O contraste utilizado fora sulfato de bário no volume de 10 ml, via oral. A radiografia apresentou um acentuado megaesôfago cervical e torácico, com deslocamento ventral da traquéia.

O tratamento de escolha foi sintomático, a fim de minimizar os sinais clínicos, e mudança de manejo alimentar, para que o animal pudesse apresentar maior conforto durante a refeição e reduzir a regurgitação e aspiração por falsa via. Foi prescrito sucralfato (5ml) ranitidina (2mg/kg) e metoclopramida (0,5mg/kg) e correção eletrolítica e da desidratação com Ringer Lactado (40 ml/kg/h). Ainda, fora indicado à proprietária que o alimentasse com ração pastosa, fracionada em pequenas porções, várias vezes ao dia e que o alimento fosse oferecido ao animal em plano mais elevado, fazendo uso de uma escada, de modo que a gravidade auxiliasse a chegada do alimento ao estômago.

Uma semana após o estabelecimento do diagnóstico, a proprietária retornou a clínica e relatou que o animal não obteve melhoras e então optou pela eutanásia que foi realizada no canil municipal de Itajaí.

Resultados e discussão

Apesar de Ettinger e Feldman (2004) descreverem que o megaesôfago adquirido idiopático, ocorre espontaneamente em cães adultos, principalmente entre os 7 e 15 anos de idade, o cão do presente relato tinha aproximadamente 3 anos. Ainda, o autor afirma que são denominados de megaesôfago idiopático adquirido os casos que se iniciam na fase adulta e não tem causa conhecida. No caso em questão, a origem do megaesôfago é desconhecida, o que levou ao diagnóstico de megaesôfago idiopático adquirido.

Os pacientes com megaesôfago congênito e idiopático não possuem alterações significativas nos exames laboratoriais, sendo que tais alterações significativas podem ocorrer em casos de megaesôfago secundário, nos casos em que há afecções secundárias (TWEDT, MAGNE, 1997 apud OLIVEIRA, 2007). No caso em questão o animal não apresentou alterações nos exames laboratoriais solicitados.

Assim como no caso relatado, Nelson e Couto (2010) afirmam que é bastante comum os animais acometidos por megaesôfago, especialmente os cães, serem trazidos ao veterinário por apresentarem “vômitos”, que na realidade é regurgitação. A regurgitação se difere do vômito, pois se caracteriza por uma eliminação retrógrada passiva do alimento não digerido a partir do esôfago, enquanto o vômito caracteriza-se pelas atividades coordenadas dos sistemas gastrointestinal, musculoesquelético e nervoso, culminando na eliminação ativa do alimento digerido ou parcialmente digerido pelo trato gastrintestinal, indicando doença localizada abaixo do esfíncter esofágico inferior (ETTINGER, FELDMAN, 2004). Sendo assim, o paciente deste caso, apresentava regurgitação e não vômitos como descreveu a proprietária.

A regurgitação é o sinal mais frequente associado com megaesôfago e sua frequência pode variar de um episódio a cada poucos dias a vários episódios por dia, sendo que a regurgitação associada ao megaesôfago ocorre de vários minutos a várias horas após a alimentação, enquanto a regurgitação

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

associada com distúrbios orofaríngeos ou cricofaríngeos geralmente se manifesta imediatamente após a alimentação (ETTINGER, FELDMAN, 2004). O animal do presente relato apresentava episódios de regurgitação aproximadamente 10 minutos após a ingestão de alimentos, o que condiz com o diagnóstico de megaesôfago.

Ainda, Nelson e Couto (2010) afirmam que a regurgitação pode estar associada ou não a tosse ou febre decorrente de pneumonia. Os animais enfermos também comumente apresentam subnutrição e pneumonia por aspiração e o exame físico frequentemente revela salivação excessiva, caquexia de discreta a moderada, tosse e crepitações ou sibilos pulmonares (ETTINGER, FELDMAN, 2004). Dos possíveis sinais clínicos descritos pelos autores, o paciente do presente relato apresentava regurgitação e caquexia.

O diagnóstico de megaesôfago foi realizado através do exame clínico e confirmado através de esofagograma de contraste do esôfago cervical e torácico. Segundo Thrall (2010) o exame radiológico simples e o contrastado são de fundamental importância para a confirmação do diagnóstico em casos de megaesôfago, uma vez que apresenta sinais radiológicos específicos. Ainda, o autor afirma que em casos de megaesôfago pode ocorrer o deslocamento ventral da traqueia devido a esta patologia promover o aumento do esôfago. Tal alteração não foi verificada no caso relatado, através do esofagograma de contraste.

Ettinger e Feldman (2004) dizem que sempre deve ser realizada a radiografia contrastada para confirmar o diagnóstico, avaliar a motilidade e excluir corpos estranhos ou obstruções como causa do megaesôfago. No presente relato, a presença de corpos estranhos ou obstruções estavam ausentes. Apesar de ser indicada radiografia simples e contrastada, apenas uma radiografia contrastada na posição látero-lateral foi realizada, sendo esta suficiente para o diagnóstico. A projeção dorsoventral não foi realizada neste momento, já que a imagem na projeção lateral sugeria megaesôfago. Além disso, Watrous (2010) descreve que o esôfago dilatado e repleto por gás pode não ser visualizado devido à sobreposição pela coluna vertebral e traqueia em projeções dorsoventrais ou ventrodorsais.

O exame radiográfico é importante para uma avaliação mais detalhada, como por exemplo, a verificação de uma possível lesão pulmonar que pode ocorrer em função do megaesôfago (THRALL, 2010), o que para o caso, foi de extrema importância, pois, o exame radiográfico somado ao exame clínico descartaram a presença de pneumonia por aspiração que, segundo Ettinger e Feldman (2008) é a uma das consequências do megaesôfago. A pneumonia por aspiração é a principal causa de morte nos animais acometidos por megaesôfago (NELSON, COUTO, 2010).

A esofagograma de contraste, nos casos de suspeita de megaesôfago, deve ser realizada sem diluição aquosa da suspensão de bário e com uma quantidade que permita o enchimento completo do esôfago (CARAPETO, 2000). O animal deste caso recebeu 10 ml via oral, o que se mostrou insuficiente para o enchimento completo do esôfago, embora isso não tenha interferido no diagnóstico.

O tratamento de megaesôfago é de suporte e sintomático, a menos que se consiga identificar um distúrbio reversível (JOHNSON, SHERDING, 2003). Como no caso em questão não foi encontrada outra alteração além do megaesôfago, o tratamento escolhido foi sintomático a fim de minimizar os sinais clínicos e mudança de manejo, para que o animal pudesse apresentar maior conforto durante a refeição e reduzir as chances de regurgitação e aspiração. Segundo Nelson e Couto (2010), o manejo dietético conservador também é usado na tentativa de prevenir maior dilatação e aspiração.

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

Foi prescrito sucralfato (5ml), ranitidina (2mg/kg) e metoclopramida (0,5mg/kg) e indicada a mudança do manejo alimentar, sendo que esta deveria ser composta por alimentação pastosa, fracionada em várias vezes ao dia e fornecida ao animal em posição elevada, de forma que a gravidade ajudasse na chegada do alimento ao estômago. Tilley e Junior (2008) afirmam que deve ser escolhido uma alimentação rica em calorias, devendo esta ser realizada em estação, num ângulo entre 45 e 90º com o piso. A posição deve ser mantida por cerca de 10 minutos após a alimentação. De acordo com o mesmo autor, a consistência dietética deve ser estabelecida para o paciente de forma individual, pois, ministrar ração pastosa pode produzir menos regurgitação, porém bolas de carne apresentam menor risco de aspiração e podem estimular o peristaltismo.

Nos dias atuais, parece não haver qualquer fármaco de eficácia clínica para melhorar o peristaltismo esofágico dos cães com megaesôfago idiopático adquirido (ETTINGER, FELDMAN, 2004). Nenhum método cirúrgico melhora a motilidade esofágica e não estão atualmente recomendados (TILLEY, JUNIOR, 2008).

A morbidade e a mortalidade decorrentes de megaesôfago idiopático adquirido permanecem inaceitavelmente elevadas. Como o animal em questão, vários animais eventualmente sucumbem aos efeitos da subnutrição crônica e aos episódios repetidos de pneumonia por aspiração, devendo-se atribuir prognóstico desfavorável em tais casos (ETTINGER, FELDMAN, 2004).

Conclusões

Pode-se concluir que a mortalidade do megaesôfago idiopático adquirido permanece elevada devido a falta de tratamentos clínicos que sejam eficazes em melhorar o peristaltismo esofágico dos cães. Recomenda-se o exame radiológico contrastado do esôfago em animais que apresentam episódios de regurgitação, sendo de fundamental importância para o diagnóstico de certeza em casos de megaesôfago, uma vez que apresenta sinais radiológicos específicos. Contudo, o principal tratamento é a alteração do manejo alimentar, de forma a evitar complicações secundárias ao megaesôfago, como a pneumonia por aspiração. A cooperação do proprietário é de fundamental importância na sobrevivência do animal.

Palavras-Chave: megaesôfago, esôfago, regurgitação.

Referências Bibliográficas

- CARAPETO, L. P. Radiologia do Sistema Digestório. In: CARAPETO, L. P. Radiologia Veterinária de Pequenos Animais. Pelotas, 2000.
- ETTINGER, S. J.; FELDMAN, E. C. Tratado de Medicina Interna Veterinária: doenças do cão e do gato. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2004, v.2.
- JOHNSON, S. E.; SHERDING, R. G. Esofagopatias e Distúrbios de Engolição. In: Bichard, S. J.; Sherding, R. G. Manual Saunders de Clínica de Pequenos Animais. São Paulo: Roca, 2003.
- MCGAVIN, M. D.; ZACHARY, J. F. Bases da Patologia em Veterinária. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- NELSON, R. W.; COUTO, C. G. Medicina Interna de Pequenos Animais. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

TILLEY, L. P.; JUNIOR, F. W. K. S. Consulta Veterinária em 5 Minutos: espécies canina e felina. 3. ed. Barueri: Manole, 2008.

THRALL, D. E. Diagnóstico de Radiologia Veterinária. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

TWEDT, D. C.; MAGNE M. L. apud OLIVEIRA, J. A. Clínica de Pequenos Animais. 2007. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Medicina Veterinária) – Universidade Federal de Goiás, Jataí, 2007.

WATROUS, B. J. Esôfago. In: THRALL, D. E. Diagnóstico de Radiologia Veterinária. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.