

Caso Clínico

Clinical Case

Patrícia Bacellar¹
Marta Silva¹
Nélia Tinoco²
Francisco Costa²

Acalasia do esófago: Diagnóstico diferencial de asma brônquica

Oesophagus achalasia: Differential diagnosis of asthma

Recebido para publicação/received for publication: 06.12.22

Aceite para publicação/accepted for publication: 07.10.23

Resumo

O megaesófago secundário à acalasia é uma causa rara, porém potencialmente fatal de obstrução da via aérea. A etiologia permanece pouco esclarecida. O quadro clínico habitual consiste em disfagia, regurgitação, emagrecimento progressivo, sendo que em alguns casos a distensão esofágica pode ser assintomática e em raros casos os doentes apresentam como queixa principal estridor e dificuldade respiratória.

Os autores apresentam um caso clínico de uma jovem de 19 anos, com tosse, dispneia e dificuldade respiratória, em tratamento para asma brônquica. Devido a persistência da sintomatologia, foi efectuada novo estudo da função respiratória, compatível com obstrução intratorácica. A esofagomanometria confirmou o diagnóstico de volumosa acalasia do esófago.

Abstract

Megaesophagus resulting from achalasia is a rare but serious cause of airway obstruction. The exact aetiology remains unclear.

Achalasia normally presents as weight loss, dysphasia and regurgitation but frequently considerable oesophageal distension can occur without complain and very rarely cause of achalasia presents with stridor or respiratory distress.

The authors presents a 19-year old young lady who had respiratory symptoms and had been treated as a cause of chronic asthma, was found by us to have oesophagus achalasia. She had complained of cough, dispneia and had a pulmonary function studies that showed a severe airway obstruction.

After surgery the symptoms disappeared and she had a marked improvement in the flow-volume curve.

¹ Interna Complementar Medicina Interna

² Assistente Hospitalar de Pneumologia

Serviço de Pneumologia/Medicina Interna
Directora – Dr.^a Helena Rodrigues
Hospital São João de Deus, S. A.
Vila Nova de Famalicão, Portugal

Após a correção cirúrgica, a sintomatologia desapareceu e houve uma melhoria significativa das provas funcionais respiratórias posteriormente realizadas.

A acalasia do esófago deveria ser considerada como um dos diagnósticos diferenciais de obstrução da via aérea.

Rev Port Pneumol 2007; XIV (2): 309-313

Palavras-chave: Obstrução da via aérea, acalasia do esófago, asma brônquica, espirometria.

Oesophagus achalasia should be considered as one of the differential diagnoses of airway obstruction.

Rev Port Pneumol 2007; XIV (2): 309-313

Key-words: Airway obstruction, achalasia, asthma.

A acalasia foi descrita inicialmente em 1679 por Thomas Willis

Introdução

A acalasia foi descrita inicialmente em 1679 por Thomas Willis. O nome é derivado do termo grego "falência do relaxamento"¹. Caracteriza-se por contrações aperistálticas do corpo esofágico e diminuição do relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI). Embora a etiologia permaneça pouco esclarecida, factores hereditários, auto-ímmunes, degenerativos e infecciosos parecem estar envolvidos na sua patogénese. A prevalência é de 0,5 a 1,0 por 100 000 habitantes, mais comum no sexo feminino.

O quadro clínico habitual manifesta-se como disfagia, regurgitação, emagrecimento e dor torácica. A dor torácica retroesternal do tipo anginosa ocorre em mais de 50% dos casos, sendo muitas vezes pouco valorizada. Muito raramente, o quadro clínico inicial é de estridor ou insuficiência respiratória.

Estão descritos na literatura 29 casos de obstrução da via aérea secundária ao megaesófago, sendo que alguns em situações de urgência médica².

Becker and Castell³ realizaram um estudo retrospectivo com uma série de doze casos de insuficiência respiratória secundária ao

megaesófago no período de 1960 a 1990, sendo a maioria dos doentes idosos e do sexo feminino, seguidos pelo médico assistente por ansiedade e medicadas com ansiolíticos. Cerca de metade dos doentes necessitaram de entubação orotraqueal de emergência por insuficiência respiratória aguda. Este estudo salienta uma provável associação entre a falência do relaxamento do EEI e a distensão do esfíncter superior.

Apesar de ser uma etiologia rara de obstrução das vias aéreas, a disfunção da motilidade esofágica, nomeadamente a acalasia do esófago, deveria ser incluída como diagnóstico diferencial de insuficiência respiratória^{4,5}. Em situações de emergência, a entubação nasogástrica pode ser tanto diagnóstica quanto terapêutica.

O diagnóstico é realizado através do exame radiológico contrastado do esófago, onde há dilatação, perda do peristaltismo e deficiente esvaziamento esofágico.

Caso clínico

Doente do sexo feminino, raça caucasiana, 19 anos, solteira, estudante, natural e resi-

dente em Vila Nova de Famalicão. Enviada a consulta de pneumologia pelo médico assistente devido a asma brônquica de difícil controlo. A doente tinha tosse seca, pieira, associados a dispneia em repouso, que aliviava após vômitos alimentares. Sintomas estes associados a emagrecimento de 10 kg e sensação de "aperto no peito" desde há 3 anos. Ao exame objectivo encontrava-se ansiosa com aspecto emagrecido. Sinais vitais: TA= 100/50 mmHg FC=100 bpm FR: 20cpm Tax: 36,2°C. Sem adenomegalias palpáveis, sem cianose ou tiragem. Auscultação pulmonar apresentava uma expiração prolongada e roncocal difusos bilaterais. Auscultação cardíaca não apresentava alterações, assim como o exame do abdómen e o exame neurológico sumário. Era portadora dos seguintes exames complementares de diagnóstico realizados previamente no ambulatório: testes de sensibilidade cutânea positivos para pólenes de gramíneas e ácaros. Espirometria: "síndrome ventilatória obstrutiva moderada, com prova de broncodilatação negativa". Estava medicada com broncodilatadores e corticóides inalados. Seguida em consulta de psiquiatria pelo diagnóstico de *bolus histericus*, medicada desde há um ano com ansiolíticos.



Fig. 1 – Telerradiografia de tórax: Estreitamento do mediastino causado pelo megaesófago

Por persistência da sintomatologia, foi solicitado então novo estudo da função respiratória e IgE e *phadiotop*. A IgE apresentava valores normais, o *phadiotop* era negativo, assim como a prova de Mantoux. A espirometria (FVC:4,56 (126%), FEV1: 2,73 (86%), IT:60%, FEV25-75:2,23, PEF:4,88 (69%) revelou tratar-se de uma síndrome ventilatória obstrutiva ligeira a moderada, com curva de débito volume com padrão de obstrução intratorácica.

Foi realizada broncofibroscopia que mostrou uma redução do calibre da traqueia no terço proximal devido a compressão extrínseca, sem outras alterações (Fig. 2).

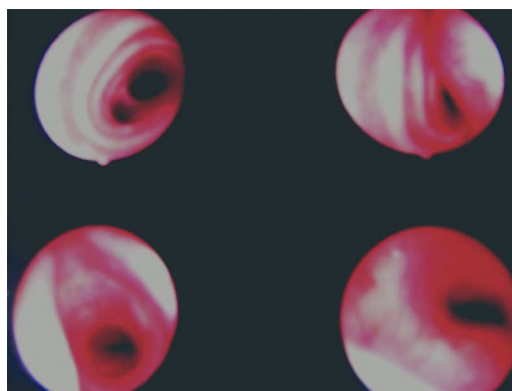


Fig. 2 – Broncofibroscopia: estenose da traqueia por compressão extrínseca

A TAC torácica revelou uma distensão difusa de todo o esófago, contendo no lúmen resíduo alimentar, sugestivo de acalasia do esófago, com efeito compressivo do esófago sobre a traqueia, sem alterações parenquimatosas pulmonares (Fig. 3).

Perante o resultado da TAC, a doente realizou um Rx contrastado de esófago que mostrou uma dilatação marcada do esófago em "bico de pato" (Fig. 4)

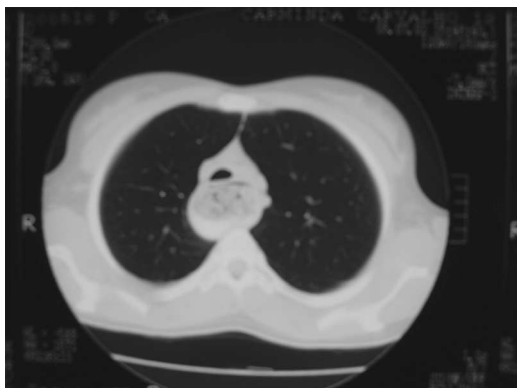


Fig. 3 – TAC torácico: distensão difusa do esôfago, contendo no lúmen resíduo alimentar, com efeito compressivo do esôfago sobre a traqueia

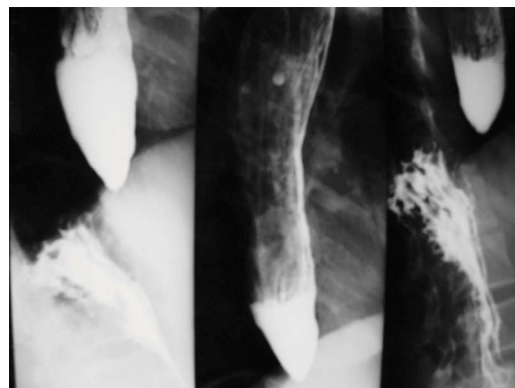


Fig. 4 – Rx contrastado do esôfago: mostra o sinal clássico da acalasia: dilatação do esôfago com falência do relaxamento do EEI (sinal de bico de pato)

A esofagomanometria confirmou o diagnóstico de acalasia: ausência de peristalse esofágica e redução severa do relaxamento do EEI.

A endoscopia digestiva alta excluiu tumor na junção gastroesofágica.

Estabelecido o diagnóstico, a doente foi proposta para correção cirúrgica e foi submetida a miotomia de Heller, com boa evolução (Fig. 5).

A tosse, a dispneia e os vômitos desapareceram, houve um rápido ganho ponderal e a doente teve alta da consulta de psiquiatria e

de pneumologia com provas funcionais respiratórias normais.

Discussão

A fisiopatologia da obstrução das vias aéreas causada pelo megaesôfago ainda não está esclarecida. A falência do relaxamento do esfíncter esofágico inferior contribui para a sua distensão, assim como a estase de alimentos, ar e saliva, que levam, nestes doentes, a frequentes aspirações e infecções. Estão descritas associações entre alterações da motilidade esofágica, nomeadamente gastroparesia, refluxo gastroesofágico, acalasia com patologias respiratórias agudas, como aspiração, obstrução das vias aéreas, asma, broncoespasmo, tosse crónica e laringite. Estudos prospectivos demonstraram que apenas 35% dos doentes com sibilos tiveram o diagnóstico final de asma⁶.

Diferentes patologias podem produzir obstrução e sibilos. O diagnóstico diferencial, para além da asma, deve ser considerado quando há persistência da sintomatologia

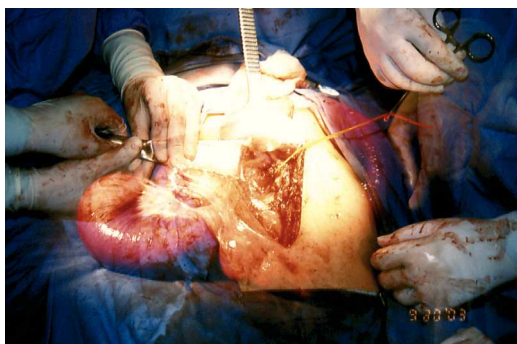


Fig. 5 – Acto cirúrgico: miotomia de Heller

apesar da terapêutica instituída. As provas funcionais respiratórias podem ser úteis no diagnóstico, dando a provável localização do sítio da obstrução através das variações da curva débito/volume.

O tratamento na maioria das vezes só é eficaz após o correcto diagnóstico e tratamento da patologia de base. O longo tempo de distensão esofágica desta doente foi a causa de compressão traqueal, causando a sintomatologia respiratória. A hipótese diagnóstica da obstrução intratorácica foi suspeitada a partir da realização de espirometria, cujo resultado mostrou uma alteração da curva débi-

to/volume. O diagnóstico foi confirmado pela esofagografia, pela esofagomanometria e pelo estudo endoscópico.

O Rx contrastado do esófago revelou os achados característicos da doença incluindo dilatação do esófago, perda do peristaltismo, pobre esvaziamento do esófago e o sinal de bico de pato no esófago distal.

O objectivo da descrição deste caso é a de salientar que a hipótese desta patologia deve ser considerada no diagnóstico diferencial das patologias respiratórias, com especial ênfase na asma de difícil controlo e tratamento.

Bibliografia

1. Dunlop SP, Travis SP. Achalasia presentig as acute stridor. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997; 9: 1125-8.
2. Hay H. Rapidly development airway obstruction resulting from achalasia of the oesophagus. *Eur J Anaesthesiology* 2000; 17:398-400.
3. Westbrook JL. Oesophageal achalasia causing respiratory obstruction. *Anaesthesia* 1992;47:38-40.
4. Dominguez F, Hernandez Ranz F, Boixeda D, Valda-zo P. Acute airway obstruction in achalasia of the oesophagus. *Am J Gastroenterology* 1987; 82:362-4.
5. Turkot S, Golzman B, Koganm J, Oren S. Acute upper airway obstruction in a patient with achalasia. *Ann Emerg Med* 1997; 29:687-9.
6. Kendall AP, Lin E. Respiratory failure as presentation of achalasia of the oesophagus. *Anaesthesia* 1991; 46: 1039-40.
7. Pratter MR, Hingston DM, Irwin, RS. Diagnosis of bronchial asthma by clinical evaluation: An unreliable method. *Chest* 1983; 84:42.
8. Irwin RS, Curley FJ, French CL. Chronic cough: The spectrum and the frequency of causes, key and components of the diagnostic evaluation, and outcome of specific therapy. *Am Rev Respir Dis* 1990; 141:640.