

**Realização de cardiomiectomia a heller-pinotti em paciente com
megaesôfago grau ii: Relato de acalásia idiopática**

**Heller-pinotti cardiomyotomy in a patient with grade ii
megaesophagus: Report of idiopathic achalasia**

DOI:10.34117/bjdv7n11-076

Recebimento dos originais: 12/10/2021

Aceitação para publicação: 08/11/2021

Beatriz Maria Graça Ivankovics

Acadêmica de Medicina

Centro Universitário São Lucas

Rua Pastor Eurico Alfredo Nelson; nº2080; bairro Agenor de Carvalho; Porto Velho-RO

E-mail: beatrizivankovics1703@gmail.com

Levissilvio Toldo Marques de Souza

Acadêmico de Medicina

Centro Universitário São Lucas

Rua Joaquim Nabuco; nº1235; bairro Areal; Porto Velho-RO

E-mail: levitoldosouza@outlook.com

Josiel Neves da Silva

Acadêmico de Medicina

Centro Universitário São Lucas

Rua México; nº2895; bairro Embratel; Porto Velho-RO

E-mail: josiel.nsilva@gmail.com

Rafael Garcia Arnaldo

Acadêmico de Medicina

Centro Universitário São Lucas

Avenida Imigrantes; nº 5913. Bairro: Aponiã. Porto Velho-RO.

E-mail: rafaelgarnaldo@gmail.com

Rafael Ferreira Lopes

Acadêmico de Medicina

Universidade de Cuiabá

Rua São Mateus, nº 226. Bairro: São Mateus. Cuiabá-MT.

E-mail: rafael_ferreira_lopes@hotmail.com

Milena Rafaela Pinto Moraes de Souza

Acadêmica de Medicina

Centro Universitário São Lucas

Rua Cipriano Gurgel; nº 3512; bairro Industrial. Porto Velho - RO.

E-mail: milenarmoraes@gmail.com

Raissa Santos Reimann

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário São Lucas
Rua Alexandre Guimarães, 1927. Bairro: Areal. Porto Velho - RO.
E-mail: raissareimann@hotmail.com

Ivan Gregório Ivankovics

Médico Gastroenterologista com Mestrado em Medicina Gastroenterologia Cirúrgica
Centro Universitário São Lucas
Rua Pastor Eurico Alfredo Nelson; nº2080; bairro Agenor de Carvalho; Porto Velho-RO.
E-mail: ivangregorio10@gmail.com

RESUMO

Objetivo: relatar um caso de um paciente com acalásia idiopática grau II, de acordo com a Classificação de Chicago, que foi submetido a uma cardiomiectomia a heller-pinotti. **Relato de caso:** paciente de 17 anos, masculino, com história de disfagia, com dificuldade na deglutição de alimentos sólidos e pastosos em progressão. Realizados exames subsidiários como esofagograma baritado e manometria esofágica de alta resolução para confirmação do diagnóstico. **Considerações finais:** casos de acalásias são pouco frequentes, porém o diagnóstico precoce e condutas adequadas ajudam na boa evolução do paciente. Um dos métodos aplicados na correção com excelentes resultados é a técnica de Heller-Pinotti por videolaparoscopia.

Palavras-chave: Esôfago, Acalásia esofágica, Transtornos da motilidade esofágica.

ABSTRACT

Objective: to report a case of a patient with idiopathic achalasia grade II, according to the Chicago Classification, who underwent a heller-pinotti cardiomyotomy. **Case report:** a 17-year-old male patient with a history of dysphagia, with difficulty swallowing solid and pasty foods in progression. Subsidiary tests such as barium esophagogram and high-resolution esophageal manometry were performed to confirm the diagnosis. **Final considerations:** cases of achalasia are infrequent, but early diagnosis and appropriate management help the patient to progress. One of the methods applied in the correction with excellent results is the Heller-Pinotti technique by laparoscopy.

Keywords: Esophagus, Esophageal achalasia, Esophageal motility disorders.

1 INTRODUÇÃO

A acalásia idiopática do esôfago (AIE) é um distúrbio pouco frequente que afeta a motilidade esofágica, atingindo em média 0,01% da população (LOPES et al., 2020), não existindo diferença em relação ao sexo ou a cor dos pacientes. Tendo a sua etiologia ainda desconhecida, é definida pela perda dos movimentos peristálticos juntamente com ausência de relaxamento do esfíncter esofágico inferior, ocorrendo de maneira posterior

ao desaparecimento seletivo da função dos neurônios inibitórios dos plexos mioentéricos devido a fatores inespecíficos (LAURINO-NETO *et al.*, 2018). Dessa forma, possuem diversos estudos que norteiam os mais prováveis fatores e causas para tal fisiopatologia, são elas: obstrução na junção esofagogástrica, deterioração do plexo nervoso intramural, infecção por vírus, doença de origem congênita, afecção autoimune e lesão por agente tóxico (OLIVEIRA; LOPES; COELHO-NETO, 2010).

Sabe-se que devido às dimensões esofágicas se apresentarem alteradas na doença, as principais manifestações clínicas se dão pela dilatação esofagiana, se caracterizando principalmente pela disfagia a sólidos e líquidos, associado com refluxo gástrico e dor torácica, que pode aparecer no momento da deglutição ou sem estímulo. Nesse sentido, o quadro clínico é associado ao exame diagnóstico onde a manometria de alta resolução (MAR) é considerada o padrão ouro para acalasia (LAURINO-NETO *et al.*, 2018), sendo deste paciente em questão, a acalasia clássica. O tratamento de tal adversidade busca aliviar os sintomas gerados pela doença, uma vez que não existe uma forma de restaurar os movimentos peristálticos do esôfago. Diante desse cenário, existem duas principais opções de tratamento, sendo elas, dilatação com balão, no entanto, devido ao maior potencial de resolubilidade, a técnica escolhida para este caso foi a miotomia, mesmo sendo um procedimento um pouco mais invasivo, os resultados a longo prazo são melhores do que a dilatação com balão, além do fato de ser um paciente jovem.

2 OBJETIVO

Relatar o caso de um paciente com acalásia idiopática grau II, de acordo com a Classificação de Chicago, que foi submetido a uma cardiomiectomia a heller-pinotti.

3 MÉTODO

Através da plataforma Scielo foi realizado uma revisão bibliográfica acerca do tema, para isso utilizou como critério artigos dos 10 últimos anos e que tenha sido publicado em uma revistas com Qualis A ou B. Os dados do caso foram coletados através do prontuário médico do paciente, pertencente ao Hospital de Base Ary Pinheiro de Porto Velho-RO, como também através de registro fotográfico dos métodos diagnósticos e cirúrgico.

4 RELATO DO CASO

4.1 ANAMNESE

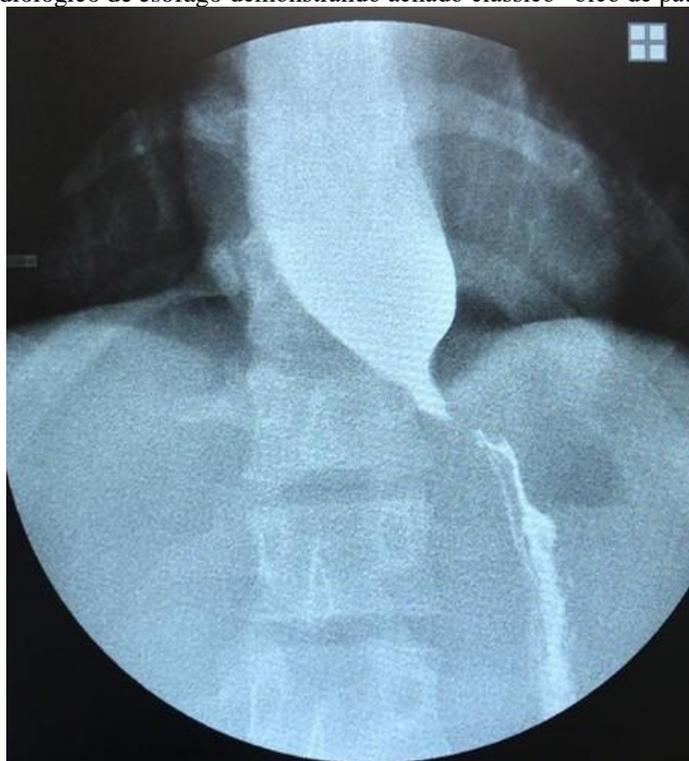
J.V.G.S., paciente de 19 anos de idade, sexo masculino, solteiro, estudante, atleta, natural e procedente do município de Porto Velho-RO.

Relatava história de disfagia, com dificuldade de deglutir alimentos sólidos e pastosos, que progredia significativamente. Referia também episódios de êmese e perda ponderal, nos últimos dias.

4.2 EXAMES SUBSIDIÁRIOS

É admitido em atendimento ambulatorial do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, apresentando-se durante a primeira consulta com um exame radiológico de esôfago. O achado clássico de acalásia ao exame foi evidente, é o que convencionou-se chamar de “bico de pássaro” pela similaridade, o que representa o afunilamento do esôfago distal (**Figura 1**). Em seguida, para dar continuação ao caso, foi solicitado a manometria esofágica de alta resolução (MAR). O resultado revelou acalásia grau II (clássica) segundo a classificação de Chicago: Esôfago com pequeno a moderado aumento do calibre; Apreciável retenção de contraste; Presença frequente de ondas terciárias, associadas ou não a hipertonia do esôfago.

Figura 1: Exame radiológico de esôfago demonstrando achado clássico “bico de pato” em região distal



Fonte: arquivos pessoais

4.3 CONDUTA TERAPÊUTICA

O paciente foi submetido à conduta cirúrgica para o tratamento da acalásia. A técnica de escolha foi a cardiomiectomia à Heller-Pinotti realizada por meio de videolaparoscopia.

5 DISCUSSÃO

A característica marcante da Acalasia idiopática do Esôfago (AIE), está relacionada a seu distúrbio na motilidade, sendo bem evidenciado a aperistalse, ou seja, ausência de peristaltismo e do relaxamento do esfíncter esofágico inferior. A base para essa alteração, é referente a um defeito neuromuscular, apesar de não ter estudos definidos sobre a origem ou o mecanismo de falência. Existem comprovações de anormalidades no sistema nervoso intrínseco e extrínseco do esôfago, as quais vão se tornando cada vez mais graves a medida em que a doença avança, assim tornando-se mais visíveis as alterações no corpo do esôfago, em decorrência a um infiltrado inflamatório no plexo de Auerbach, levando a transformação de células saudáveis como as intramurais por tecido fibroso.(AQUINO *et al.*, 2015).

Acalasia primária (Idiopática), é um distúrbio esofágico, mais comum em todo o mundo. A sua predominância de acontecimentos é cerca de 63 pessoas a cada 100.000 habitantes, ocorrendo principalmente entre as idades de 30 a 60 anos. Já em crianças e adolescentes esse número seria bem menor, em torno 0,18% de 100.000 habitantes com idades de 16 anos.(BOECKXSTAENS *et al.*, 2014). No Brasil, a principal causa de acalasia secundária é a doença de Chagas, pois o mesmo é considerado um país endêmico para tal enfermidade, sendo listados em dias atuais entre 70.000 a 170.000 pacientes que apresenta alguma disfunção digestiva relacionados a algum distúrbio chagásico.

A partir da manometria, exame padrão ouro para o diagnóstico da acalasia, o paciente pode ser classificado em grau I (corpo esofágico quiescente), II (pressurização pan-esofágica isobárica) ou III (contrações simultâneas). Os pacientes grau II, como no caso do paciente supracitado, são os que melhor respondem ao tratamento, seguidos pelos grau I e grau III, nesta ordem (PATEL *et al.*, 2015; PATEL; LAPPAS; VAEZI, 2017).

A acalasia é uma doença sem cura, assim, seu tratamento é totalmente paliativo, sem ele os pacientes evoluem com estase e dilatação progressivas do esôfago, que intensificam a perda de peso, a desnutrição e o risco de aspiração. As opções de tratamento incluem o uso de fármacos por via oral, denervação química, dilatação

pneumática e miotomia cirúrgica. A forma de escolha é feita de maneira individualizada de acordo com o risco cirúrgico de cada paciente. Para pacientes com risco cirúrgico muito alto, pode-se considerar a denervação química pela injeção de toxina botulínica endoscópica ou a farmacoterapia por via oral. Já em pacientes com baixo risco cirúrgico as opções incluem miotomia endoscópica oral, dilatação pneumática e miotomia laparoscópica de Heller. No caso apresentado, por se tratar de uma doença progressiva sem cura em um paciente jovem com baixo risco cirúrgico, optou-se pela miotomia de Heller juntamente a uma fundoplicatura. Esse procedimento tem como resultado o alívio dos sintomas com nível de eficácia variando entre 88% a 99%, podendo durar entre 6 e 10 anos. A realização concomitante da fundoplicatura visa reduzir a ocorrência do refluxo gastroesofágico, a complicação mais comum desse procedimento (PATEL *et al.*, 2015; PATEL; LAPPAS; VAEZI, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a acalásia idiopática apresente uma etiologia desconhecida, porém com uma fisiopatologia bastante elucidada, não é difícil o estabelecimento de uma conduta resolutive. Um raciocínio clínico que auxilie em um diagnóstico precoce evita angústias e morbidade para os pacientes, bem como uma terapêutica com objetivo de tratar já possíveis complicações. A técnica da cardiomiectomia à Heller-Pinotti é uma ferramenta bastante utilizada, sobretudo em pacientes jovens, por apresentar resultados satisfatórios a longo prazo e baixa morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

AQUINO, J.L.B.; SAID, M.M.; PEREIRA, D.R.; AMARAL, P.C.; LIMA, J.C.A.; LEANDRO-MERHI.V. A. Surgical treatment analysis of idiopathic esophageal achalasia. **ANÁLISE DA TERAPÊUTICA CIRÚRGICA DA ACALÁSIA IDIOPÁTICA DO ESÔFAGO**,[s.l.], 2015.

BOECKXSTAENS, E.G; ZANINOTTO, G.; RICHTER, E.J. *et al.* Achalasia. **Department of Gastroenterology, Translational Research Center for Gastrointestinal Disorders (TARGID)**, [s. l.], 2014.

ENESTVEDT, B.K.; WILLIAMS, J.L.; SONNENBERG, A. Epidemiology and practice patterns of achalasia in a large multi-centre database. **Aliment Pharmacol Ther**, [s. l.], 2011.

GENNARO, N.; PORTALE, G.; GALLO, C. *et al.* Esophageal achalasia in the Veneto region: epidemiology and treatment. **Epidemiology and treatment of achalasia. J Gastrointest Surg**,[s. l.], 2011.

LAURINO-NETO, R.M.; HERBELLA, F.; SCHLOTTMANN, F.; PATTI, M. Evaluation of esophageal achalasia: from symptoms to the chicago classification. **ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, [S.L.], v. 31, n. 2, 2 jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO).

LOPES, G.A. *et al.* Acalasia de esôfago idiopática: Relato de caso e revisão da literatura. **Acalasia de Esôfago Idiopática: Relato de Caso e Revisão da Literatura: Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 12267-12275, 01 set. 2020.

OLIVEIRA, G.C.; LOPES, L.R.; COELHO-NETO, J.S.. Acalásia idiopática do esôfago: análise da história clínica e antecedentes na etiologia e perfil dos pacientes. **ABCD: Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva**, Bela Vista - Sp, v. 23, n. 686, p. 11-15, 22 jan. 2010.

PATEL, D.A. *et al.* Idiopathic (primary) achalasia: a review. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, [s. l.], v. 10, 2015.

PATEL, D.A.; LAPPAS, B.M.; VAEZI, M.F. An Overview of Achalasia and Its Subtypes. **Gastroenterology & Hepatology**, [s. l.], v. 13, n. 7, p. 411–421, 2017.