

7

Tratamento Endoscópico das Estenoses Benignas do Esófago

RECOMENDAÇÕES



INTRODUÇÃO

Nas doenças benignas do esófago que causam disfagia há que distinguir as estenoses de causa orgânica (pépticas, cáusticas, rábricas, pós-escleroterapia, pós-cirúrgicas, anéis) e a de natureza funcional (acalásia).

As estenoses pépticas são de longe as mais frequentes, seguindo-se a akalásia e depois, por ordem decrescente de frequência, as estenoses cáusticas, cirúrgicas, os anéis, as pós-escleroterapia e rábricas.

Os dois tipos de dilatadores mais usados são os dilatadores de Savary-Guillard (de polivinil, em forma de vela, e dirigidos por fio-guia) e os balões Rigiflex (de polietileno, guiados também por fio-guia). Os últimos são usados, quase exclusivamente, em situações de akalásia e os primeiros nas restantes situações. Com menos frequência, utilizam-se também, as olivas de Eder-Puestow (mais difíceis de manusear) ou os balões tipo TTS. Parece contudo consensual que estes últimos permitem uma rentabilidade terapêutica semelhante aos dilatadores Savary: a escolha de um ou de outro dilatador, prende-se com a experiência do executante e/ou serviço.

Ultimamente, têm vindo a ser desenvolvidas técnicas de dilatação não mecânica (ex. injeção de toxina botulínica na akalásia) e procedimentos cuja finalidade é aumentar a eficácia das dilatações, alargando o intervalo entre as sessões (ex. injeção tópica de corticoides nas estenoses benignas).

As recomendações que a seguir se fazem, pretendem traduzir o ponto da situação à luz dos conhecimentos actuais. Mais do que as regras fixas, procuram-se transmitir conselhos sobre procedimentos técnicos, cuja eficácia e segurança só se adquirem com a prática quotidiana.

RECOMENDAÇÕES

A) Recomendações gerais

1. É fundamental a existência de uma equipa treinada, constituída no mínimo, por dois médicos, um enfermeiro e um auxiliar. O perfeito conhecimento do material existente é primordial, na medida em que, apesar das recomendações de ordem geral, é necessário ajustar o tipo de técnica ao doente.
2. Os procedimentos técnicos, pressupõem sempre, a introdução dum fio-guia que, mantido tenso, vai permitir a passagem dos dilatadores ou dos balões (exceptuam-se os balões TTS, que dispensam o fio-guia).
3. A necessidade de controlo fluoroscópico é um assunto controverso. É possível efectuar o procedimento sem recurso à radioscopia, mas sempre que estejam presentes estenoses longas (ex. cáusticas), sempre que haja dificuldade em passar o fio-guia, ou em que existam dúvidas quanto à posição do balão (ex. akalásia), as dilatações deverão ser efectuadas sob controlo radioscópico. Recomenda-se a existência dum aparelho de radioscopia, sempre disponível.
4. A maior parte das dilatações, efectua-se em regime ambulatorio, tendo o doente alta, após um período de vigilância mínimo de 2 horas. Nos doentes com akalásia e nas primeiras sessões de dilatação nas estenoses cáusticas e rábricas, onde é maior o risco de perfuração, o procedimento obriga em regra à permanência na enfermaria até ao dia seguinte.
5. A sedação é sempre necessária, podendo ser da responsabilidade do anestesista (ver Publicação da SPED n.º 5 "Analgesia e Sedação em Endoscopia Digestiva").

B) Estenoses orgânicas benignas

(pépticas, cáusticas, pós-cirúrgicas, anéis, pós-escleroterapia e rábricas)

1. O procedimento é efectuado através da passagem de dilatadores Savary guiados por fio-guia. Avalia-se o

- diâmetro da estenose: o primeiro dilatador a passar deverá ter um diâmetro ligeiramente superior; de seguida usar-se-ão os calibres imediatamente superiores. Em regra não se deverão passar mais de três dilatadores em que se tenha notado resistência.
2. Caso o doente se queixe de dor intensa ou venha muito sangue num dilatador, será preferível dar o procedimento por concluído e impor um período de vigilância mais prolongado.
 3. Nas estenoses pépticas cáusticas e pós-cirúrgicas a recidiva de estenose é frequente. Nas pépticas, as alterações anatómicas que propiciam as lesões podem manter-se; nas restantes, é sabido que a agressão da mucosa se prolonga muito para além do evento inicial (ex. ingestão de cáustico).
 4. Com vista a diminuir o número de dilatações ou a espaçar o intervalo entre elas, tem sido proposta a injeção tópica de corticoides.
A triancinolona (sal simples ou hexacetonido) é o corticoide mais utilizado e é administrado logo após a dilatação nos quatro quadrantes da zona de maior estenose, sobre as lacerações, na dose de 80 ou 20 mg., consoante se trate do sal simples ou do hexacetonido. Em alternativa, pode-se usar o dipropionato de betametasona na dose de 2,5 a 3,75 mg (1/2 a 3/4 de ampola). Qualquer dos corticoides deve ser previamente diluído em 4 cc de NaCl a 0,9% ou água destilada. Devido à maior lipofilia, existe contudo a possibilidade da betametasona se acumular no tecido adiposo.
 5. O risco de perfuração é elevado (10 – 30%) nas primeiras sessões de dilatação das estenoses cáusticas, o que implica cuidados acrescidos e menor agressividade. A primeira dilatação far-se-á em média, duas a três semanas após a ingestão do cáustico; as dilatações subsequentes, terão uma periodicidade semanal, depois quinzenal e por último mensal. Obviamente o grau de disfagia ditará a maior ou menor frequência dos procedimentos.
 6. No tocante às estenoses pós-escleroterapia, não existe em regra risco hemorrágico apreciável em virtude da fibrose existente. Por uma questão de precaução, sugere-se um internamento de 24 h para estes doentes.

7. A dilatação de anéis é dos procedimentos tecnicamente mais fáceis e em que frequentemente basta só uma sessão.
8. Quando se avalia a necessidade de proceder a uma dilatação devemos entrar em conta, não só com os aspectos endoscópicos mas também com a sintomatologia do doente (ex. doente com estenose franquiável e larga, mas com disfagia, deve ser dilatado). Este aspecto, inquestionável na acalásia, é também importante nas estenoses orgânicas. O facto do endoscópio passar facilmente na estenose não significa que não seja necessária a dilatação. Por vezes, pequenos alargamentos de alguns milímetros reflectem-se em ganhos significativos na qualidade da deglutição. Isto é sobretudo, evidente nos anéis e nas estenoses cirúrgicas.
9. Em regra, admite-se que uma dilatação até 15 mm é suficiente para uma boa deglutição.

C) Acalásia

1. A dilatação pneumática é um dos procedimentos mais utilizados e é habitualmente feita com balão Rigiflex de 35 mm de diâmetro, com uma pressão de insuflação de 7 Psi durante 60 a 120 segundos.
2. O procedimento deve ser efectuado sob controlo radioscópico. O centro do balão está marcado com anel radiopaco que deve ser posicionado na zona do cárdia. Durante a dilatação deve-se prender firmemente o balão com as mãos, pois existe a tendência do mesmo ser “puxado” para o estômago na altura da dilatação, com prejuízo da eficácia.
A dilatação também pode ser feita sob controlo endoscópico após marcação exacta da distância ao cárdia no fio do balão.
3. Para que a dilatação seja o mais eficaz possível, é fundamental explicar previamente ao doente que não faça movimentos respiratórios amplos, não tussa, nem tente vomitar.
4. No final far-se-á um controlo endoscópico. A saída do balão “manchado” de sangue e/ou a existência de lacerações com hemorragia autolimitada é sinal de

eficácia e não de preocupação. A perfuração manifesta-se em regra por dor muito violenta e lacerações bastante profundas.

5. Nos doentes em que, após melhoria, se assista a um reaparecimento da disfagia, é possível nova dilatação, eventualmente com maior pressão ou mais longa insuflação. Em princípio, não se devem efectuar mais de três dilatações em cada doente.
6. Em doentes idosos de maior risco ou em jovens, como passo intermédio para uma miotomia, pode-se proceder à injeção de toxina botulínica, que tem uma eficácia de 6 a 12 meses. Utiliza-se uma dose de 80 a 100 U, distribuídas nos quatro quadrantes, com agulha de esclerose de pelo menos 5 mm.
7. As perfurações são mais frequentes em doentes com acalásia de longa evolução (megaesófago com estase). E a eficácia do procedimento é menor. A injeção de toxina botulínica é uma alternativa, se bem que os resultados sejam também piores. Pelo que muitos destes doentes acabam por ter que ser operados.