

hea

fbpn

fmc

---

**Serviço e Disciplina de Clínica Médica**

**Sessão Clínica- 10/04/2023**

**Auditório Honor de Lemos Sobral- Hospital Escola Álvaro Alvim**

*Prof. Lara Vianna de Barros Lemos*

*Relator ( R2 ): Dr. Gabriel Maciel de Sales Sardinha*

*Debatedor ( R1 ): Dr. Otávio Defanti Ramos*

---

# Caso clínico

---

- ✓ **Identificação:** 36 anos, branco, masculino, natural MG, advogado.
- ✓ **Queixa principal:** “entalos” frequentes
- ✓ **HDA:** refere que há cerca de 2 anos apresenta episódios de entalos principalmente com alimentos sólidos e que esses aliviam ao tomar água. Os episódios tornaram-se mais frequentes no último ano. O último episódio (há 2 dias) foi muito intenso, foi em uma churrascaria e inclusive necessitou de ajuda de um profissional de saúde presente no local, que fez uma “manobra” no momento do episódio e o paciente teve alívio com a eliminação do alimento.
  - Encontrava-se muito preocupado com a possibilidade de novo evento.
  - Negava febre, tosse, engasgos com alimentos, emagrecimento ou outros sintomas constitucionais nesses últimos 2 anos e era previamente saudável.

# Caso clínico

- ✓ **Doenças associadas:** HAS; constipação; rinite alérgica
- ✓ **HPP:** asma na infância, mononucleose infecciosa há 4 anos
- ✓ **Medicamentos:** Olmesartana 20 mg/dia; pantoprazol 20 mg/dia (uso esporádico, finais de semana); PegLax<sup>®</sup> (macrogol) 8,5g (esporádico); Fiber Mais<sup>®</sup> 1 envelope/dia
- ✓ **Suplementos:** Whey protein<sup>®</sup> hidrolisado, creatina 5g/dia (nega uso de anabolizantes)
- ✓ **Cirurgias prévias:** amigdalectomia na infância
- ✓ **Fitoteráticos, chás, ervas:** ∅
- ✓ **Hemotransfusão prévia:** ∅      **Tabagismo:** ∅      **Etilismo:** ∅
- ✓ **História familiar:** tios (3) neoplasia de tireoide, primo linfoma, tia neoplasia de pâncreas, tio cirrose hepática(hepatite C)

## Exame físico

---

Acordado, lúcido, bom estado geral. Normocorado, anictérico, hidratado, acianótico  
IMC: 25 Temperatura axilar: 36,7°C

Tireoide: sem alterações

ACV: RCR 2t BNF sem sopros FC: 70 bpm PA: 120x80 mmHg

AR: MV universalmente audível sem RA FR: 16 ipm Sat.O2: 99%

Abd: flácido, depressível, indolor a palpação, peristalse presente, Traube timpânico, sem visceromegalias

MMII: sem edema, panturrilhas livres, pulsos palpáveis.

## Exames prévios (check up empresa)

	Há 4 meses	V. referência
<b>Ht/Hb</b>	<b>42/14,6</b>	39-43% / 12-16g/dL
<b>VCM</b>	<b>89</b>	80 a 100 fL
<b>Leucócitos</b>	<b>7400</b>	4000-9000/mm <sup>3</sup>
<b>Plaquetas</b>	<b>179.000</b>	150.000-450.000/mm <sup>3</sup>
<b>Glicose</b>	<b>93</b>	Até 99 mg/dL
<b>U</b>	<b>37</b>	Até 40 mg/dL
<b>Cr</b>	<b>1,1</b>	Até 1,2 mg/dL
<b>Colesterol total/LDL</b>	<b>198/89</b>	

# Caso clínico

---

**Condução do caso**

**Impressão diagnóstica**

**Discutir...**



# CASO CLÍNICO

- ✓ **Identificação:** 36 anos, branco, masculino, natural MG, advogado.
- ✓ **Queixa principal:** “**entalos**” frequentes
- ✓ **HDA:** refere que a **cerca de 2 anos** apresenta episódios de entalos principalmente **com alimentos sólidos e que esses aliviam ao tomar água**. Os episódios tornaram-se **mais frequentes no último ano**. O último episódio (há 2 dias) foi muito intenso, foi em uma churrascaria e inclusive necessitou de ajuda de um profissional de saúde presente no local, que fez uma “manobra” no momento do episódio e o paciente teve alívio com a eliminação do alimento.
- ✓ Encontrava-se muito preocupado com a possibilidade de novo evento.
- ✓ **Negava febre, tosse, engasgos com alimentos, emagrecimento ou outros sintomas constitucionais nesses últimos 2 anos e era previamente saudável.**

# CASO CLÍNICO

- ✓ **Doenças associadas:** HAS; **constipação; rinite alérgica;**
- ✓ **HPP:** **asma na infância**, mononucleose infecciosa há 4 anos
- ✓ **Medicamentos:** Olmesartana 20 mg/dia; Pantoprazol 20 mg/dia (uso esporádico, finais de semana); **PegLax<sup>®</sup> (macrogol) 8,5g (esporádico); Fiber Mais<sup>®</sup> 1 envelope/dia**
- ✓ **Suplementos:** Whey protein<sup>®</sup> hidrolisado, creatina 5g/dia (nega enfaticamente uso de anabolizantes)
- ✓ **Cirurgias prévias:** amigdalectomia na infância
- ✓ **Fitoteráticos, chás, ervas:** ∅
- ✓ **Hemotransfusão prévia:** ∅      **Tabagismo:** ∅      **Etilismo:** ∅
- ✓ **História familiar:** tios (3) neoplasia de tireoide, primo linfoma, tia neoplasia de pâncreas, tio cirrose hepática (Hepatite C)

# EXAME FÍSICO

- ✓ Acordado, lúcido, bom estado geral. Normocorado, hidratado, acianótico e anictérico.
- ✓ **IMC: 25** Temperatura axilar: 36,7°C
- ✓ Tireoide: sem alterações
- ✓ ACV: RCR 2T BNF, sem sopros. FC: 70 bpm PA: 120x80 mmHg
- ✓ AR: MV universalmente audível sem RA. FR: 16 ipm Sat.O2: 99%
- ✓ ABD: flácido, depressível, indolor a palpação, peristalse presente, Traube timpânico, sem visceromegalias
- ✓ MMII: sem edemas, panturrilhas livres, pulsos palpáveis.

# EXAME COMPLEMENTAR

	<b>Há 4 meses</b>	<b>V. referência</b>
<b>Ht/Hb</b>	<b>42/14,6</b>	39-43% / 12-16g/dL
<b>VCM</b>	<b>89</b>	80 a 100 fL
<b>Leucócitos</b>	<b>7400</b>	4000-9000/mm <sup>3</sup>
<b>Plaquetas</b>	<b>179.000</b>	150.000-450.000/mm <sup>3</sup>
<b>Glicose</b>	<b>93</b>	Até 99 mg/dL
<b>U</b>	<b>37</b>	Até 40 mg/dL
<b>Cr</b>	<b>1,1</b>	Até 1,2 mg/dL
<b>Colesterol total/LDL</b>	<b>198/89</b>	

# SÍNDROME DISFÁGICA

DISFAGIA  
OROFARÍNGEA  
(TRANSFERÊNCIA)

ENGASGO

IDOSOS

NEUROMUSCULARES

DISFAGIA  
ESOFAGEANA  
(TRANSPORTE)

ENTALO

ORGÂNICO

INTRINSECO

EXTRINSECO

FUNCIONAL

PRIMÁRIA

SECUNDÁRIA

- ✓ **DISFAGIA ORGÂNICA:** PROGRESSIVA EM RELAÇÃO À CONSISTÊNCIA ALIMENTAR, INICIALMENTE PARA SÓLIDOS, EVOLUINDO PARA ALIMENTOS PASTOSOS E, FINALMENTE, PARA LÍQUIDOS.
- ✓ **DISFAGIA FUNCIONAL:** OCORRE TANTO PARA ALIMENTOS SÓLIDOS COMO PARA ALIMENTOS LÍQUIDOS, E NA DEPENDÊNCIA DA DOENÇA EM QUESTÃO ELA É INTERMITENTE OU LENTAMENTE PROGRESSIVA.

### Quadro 38.2 – Causas mais frequentes de disfagia esofagiana

Doenças orgânicas	Doenças funcionais
<b>Intrinsecas</b>	<b>Primárias</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Estenose péptica</li><li>▪ Anel de Schatzki</li><li>▪ Tumores benignos e malignos</li><li>▪ Membranas</li><li>▪ Divertículos</li><li>▪ Impactação de corpo estranho</li><li>▪ Esofagite por pílula</li><li>▪ Esofagite eosinofílica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Acalasia</li><li>▪ Espasmo esofágico (EED)</li><li>▪ Esôfago em quebra-nozes (EQN)</li><li>▪ Esfíncter inferior hipertenso</li><li>▪ Distúrbio motor inespecífico (DMI)</li></ul>
<b>Extrinsecas</b>	<b>Secundárias</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Compressão vascular (aorta, disfagia lusória)</li><li>▪ Doenças do mediastino</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Esclerose sistêmica progressiva (ESP)</li><li>▪ Outras doenças do colágeno</li><li>▪ Doença de chagas</li><li>▪ Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)</li></ul>

# ESTENOSE PÉPTICA

- ✓ COMPLICAÇÃO DRGE.
- ✓ DISFAGIA ESOFÁGICA PARA SÓLIDOS.
- ✓ ASSOCIADA À ODINOFAGIA E IMPACTAÇÃO ALIMENTAR. OUTRAS MANIFESTAÇÕES INCLUEM DOR TORÁCICA E ASPIRAÇÃO.
- ✓ PERDA DE PESO POUCO SIGNIFICATIVA.
- ✓ EXAMES RECOMENDADOS: RADIOLÓGICO CONTRASTADO DO ESÔFAGO E ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.

## PONTOS A FAVOR

- DISFAGIA DE CONDUÇÃO
- PROGRESSIVA
- SÓLIDOS

## PONTOS CONTRA

- AUSÊNCIA DE DRGE

# ANEL DE SCHATZKI

- ✓ SUBESTENOSE LOCALIZADA NA TRANSIÇÃO ESOFAGOGÁSTRICA.
- ✓ A MAIORIA SÃO ASSINTOMÁTICOS POREM PODEM EVOLUIR COM QUADRO DE DISFAGIA ESOFÁGICA INTERMITENTE PARA SÓLIDOS E/OU IMPACTAÇÃO ALIMENTAR
- ✓ IDADE SUPERIOR 40 ANOS
- ✓ ENGASGO SUBITO COM PEDAÇO DE CARNE
- ✓ EXAMES RECOMENDADOS: ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA E ESTUDO RADIOLÓGICO CONTRASTADO DO ESÔFAGO.

# ESOFAGITE EOSINOFILICA

- ✓ MAIS PREVALENTE NO SEXO MASCULINO, PROPORÇÃO DE 3:1.
- ✓ PICO DE PREVALÊNCIA ENTRE 35 E 39 ANOS.
- ✓ HISTÓRIA FAMILIAR ESPECIALMENTE EM INDIVÍDUOS DO SEXO MASCULINO, AUMENTA EM 80 VEZES O RISCO DE OS IRMÃOS SEREM ACOMETIDOS.
- ✓ DISFAGIA DE CONDUÇÃO E IMPACTAÇÃO ALIMENTAR.
- ✓ PIROSE E REGURGITAÇÃO
- ✓ ASSOCIAÇÃO COM DERMATITE ATÓPICA, ASMA, RINITE, ALERGIAS ALIMENTARES.
- ✓ EXAMES RECOMENDADOS: ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIOPSIA QUE POSSIBILITA AVALIAR INFILTRADO DE EOSINÓFILOS NA MUCOSA.

## PONTOS A FAVOR

- SEXO MASCULINO
- FAIXA ETARIA
- DISFAGIA DE CONDUÇÃO
- HISTORIA DE ATOPIA

# ACALASIA

- ✓ DISFAGIA DE CONDUÇÃO TANTO PARA SOLIDOS QUANTO PARA LIQUIDOS, PROGRESSIVA.
  - ✓ REGURGITAÇÃO, PERDA DE PESO - LENTA E INSIDIOSA, HALITOSE, SOLUÇO, ENGASGO, TOSSE NOTURNA.
  - ✓ IDADE: 25-60 ANOS, INCIDENCIA IGUAL ENTRE OS SEXOS (SABISTON AFIRMA MAIS E MULHERE JOVENS)
  - ✓ SEM DISTINÇÃO DE RAÇA OU HISTORIA FAMILIAR
  - ✓ EXAMES RECOMENDADOS: ESFOGOMANOMETRIA
- OUTROS: ESOFAGOGRAFIA BARITADA, ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.

## PONTOS A FAVOR

- DISFAGIA DE CONDUÇÃO
- PROGRESSIVA
- SÓLIDOS
- IDADE

## PONTOS CONTRA

- AUSENCIA DE EMAGRECIMENTO
- NÃO EXPLICA CONSTIPAÇÃO

# MEGAESOFAGO CHAGASICO

- ✓ FASE CRÔNICA: CARACTERIZADA PELA OCORRÊNCIA DE MANIFESTAÇÕES DIGESTIVAS E/OU CARDÍACAS
- ✓ SINTOMAS COMO A DISFAGIA OU A CONSTIPAÇÃO, TRADUZINDO, RESPECTIVAMENTE, DIFICULDADE DE TRÂNSITO ATRAVÉS DO ESÔFAGO E DO INTESTINO GROSSO.
- ✓ ZONA RURAL OU DE PEQUENOS POVOADOS DE ÁREAS ONDE A DOENÇA DE CHAGAS É OU FOI ENDÊMICA
- ✓ INDIVÍDUOS ACIMA DE 30 OU 40 ANOS
- ✓ A DURAÇÃO DA DISFAGIA É, EM GERAL, CONTADA EM ANOS OU MUITOS MESES - PROGRESSIVA

# MEGAESOFAGO CHAGASICO

- ✓ SINTOMA É GRADUAL OU INTERMITENTE E PRECEDE A DILATAÇÃO DO ÓRGÃO. EM GERAL, SÃO OS ALIMENTOS SECOS E FRIOS QUE PRIMEIRO PROVOCAM A DIFICULDADE PARA ENGOLIR, EXIGINDO A INGESTÃO DE GOLES DE ÁGUA PARA QUE A DEGLUTIÇÃO SE COMPLETE.
- ✓ CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA. VAI SE TORNANDO PROGRESSIVAMENTE MAIS PERSISTENTE E MAIS REBELDE ÀS MEDIDAS EVACUATÓRIAS
- ✓ EXAMES RECOMENDADOS: ESOFAGOGRAFIA BARITADA, ESOFAGOMANOMETRIA, ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA E SOROLOGIAS

## PONTOS A FAVOR

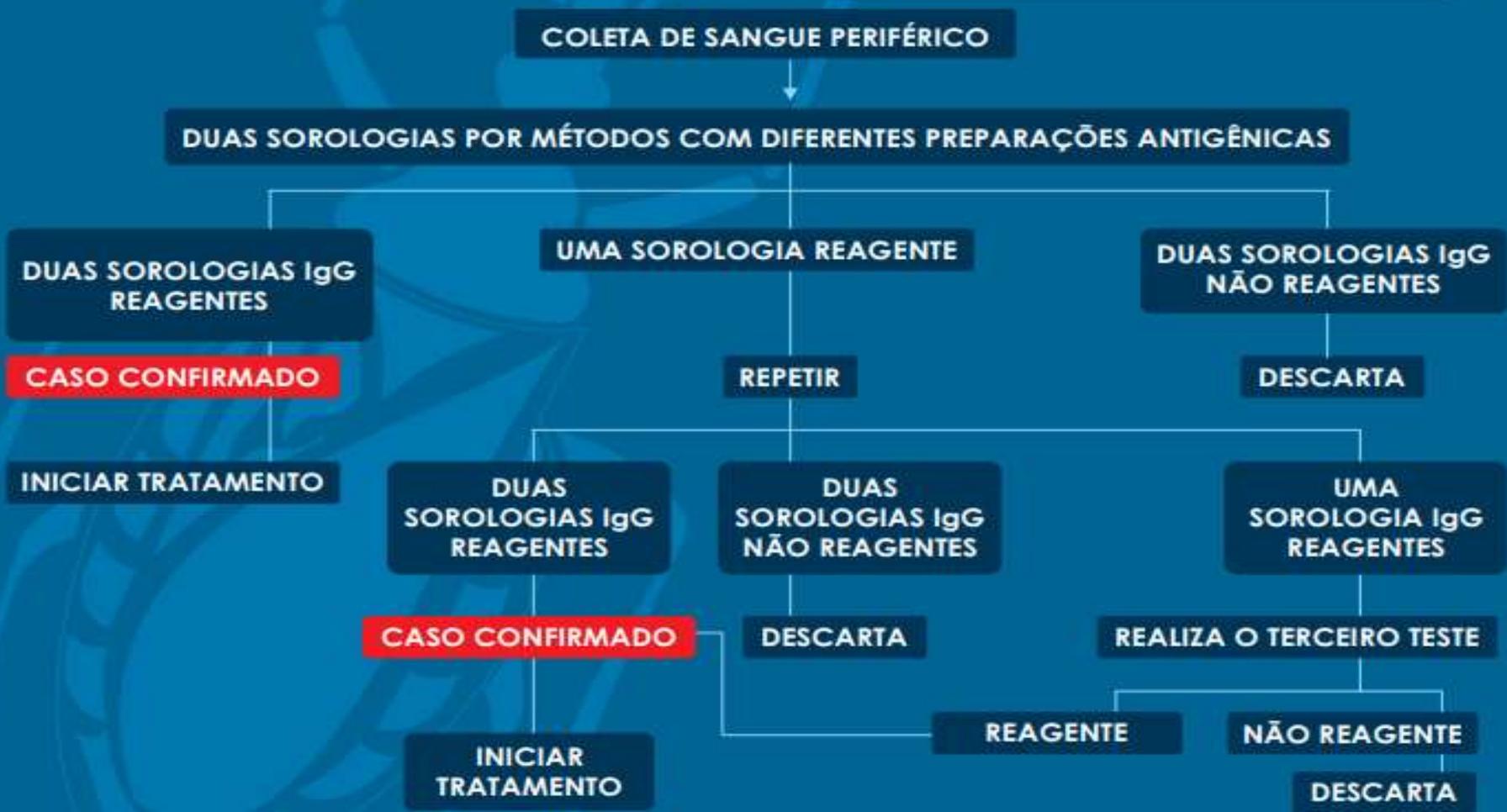
- DISFAGIA DE CONDUÇÃO
- PROGRESSIVA
- AREA ENDEMICA
- FAIXA ETARIA
- PRESENÇA DE CONSTIPAÇÃO



# Como confirmar?

Exames disponíveis para diagnóstico da doença de Chagas crônica (DCC):

- Ensaio de Imunoabsorção Enzimática (ELISA)
- Quimioluminescência (CLIA)
- Imunofluorescência indireta (IFI IgG)
- Hemoaglutinação indireta (HAI)



# REFERÊNCIAS

- ✓ Gastroenterologia Tratado de Gastroenterologia - Da Graduação à Pós-graduação, Schilioma Zaterka, Jayme Natan Eisig, eds. 2ª ed, São Paulo: Editora Atheneu, 2016.
- ✓ SABISTON JR. D. C., TOWNSEND, M. C. Tratado de Cirurgia. 16.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Paciente jovem (sem consumpção, sem anemia) com **disfagia** baixa (sólidos)

**Não é indicado fazer prova terapêutica sem investigar**

Queixas dispélicas

+

Idade > 40 anos  
OU  
Sinais de alarme

- ✓ perda sangue TGI
- ✓ emagrecimento
- ✓ **disfagia**

Requer investigação adicional

EDA ( esofagografia?)

**Disfagia baixa**

**Distúrbio motor do esôfago?**

**Compressão extrínseca esôfago?**

**Lesões esofagianas intraluminais/intramurais?**

**Endoscopia digestiva alta (EDA)**

**Sem lesões detectadas**

**Distúrbio motor?**

**Manometria esofágica...**

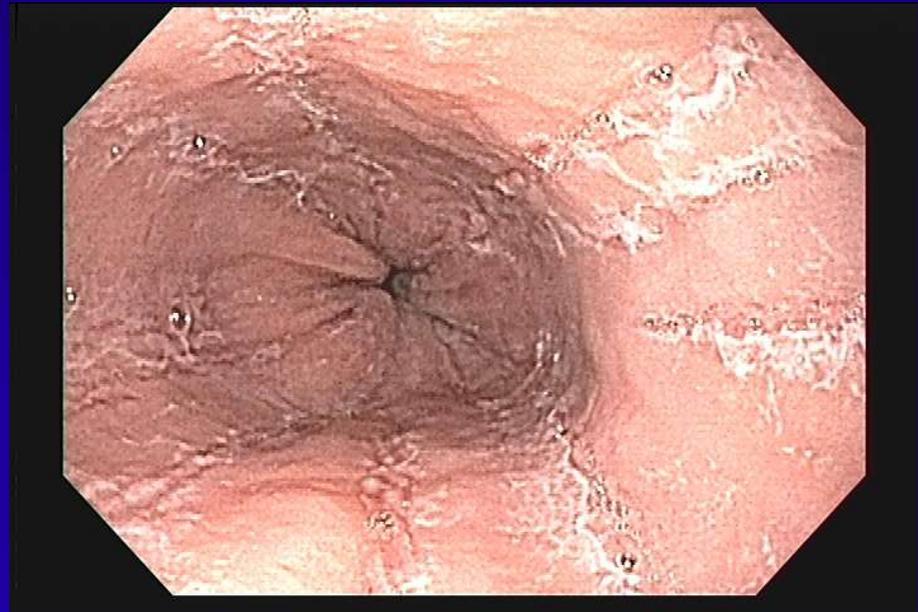
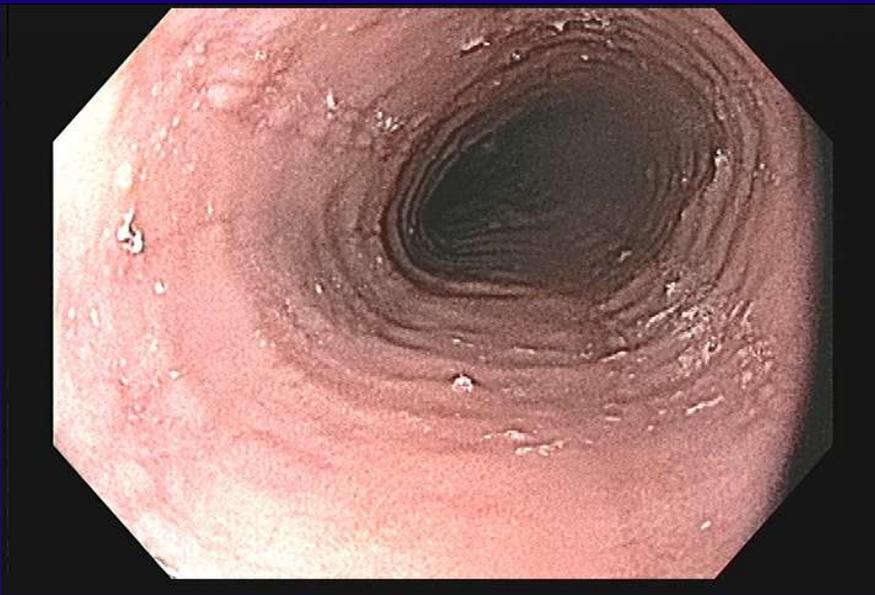
**Lesões detectadas**

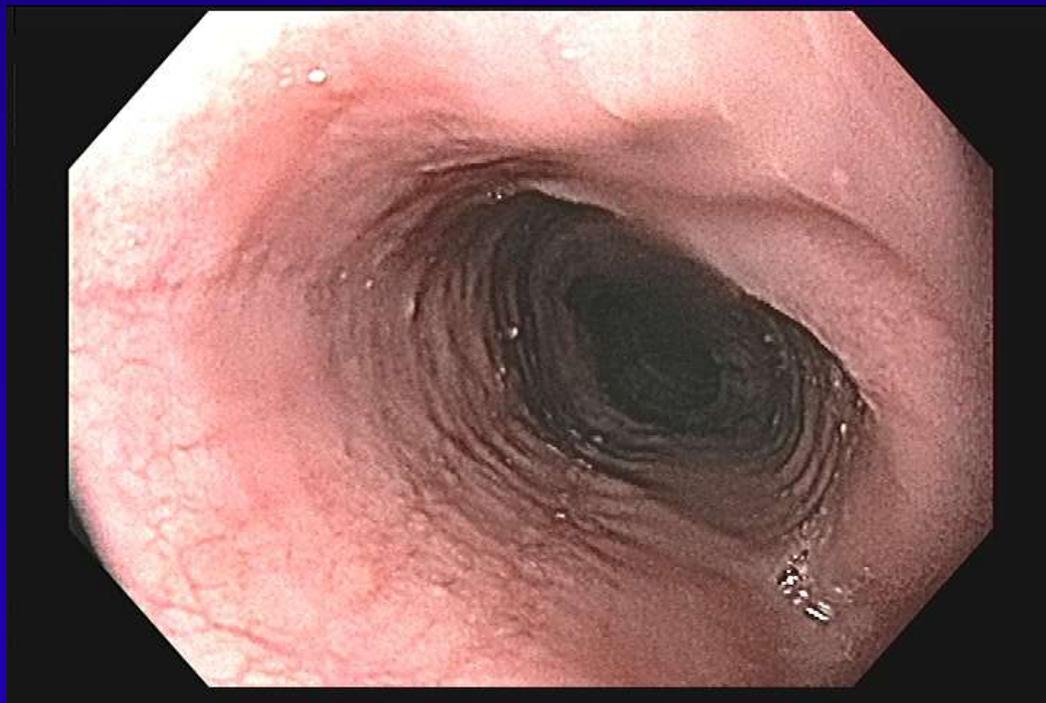
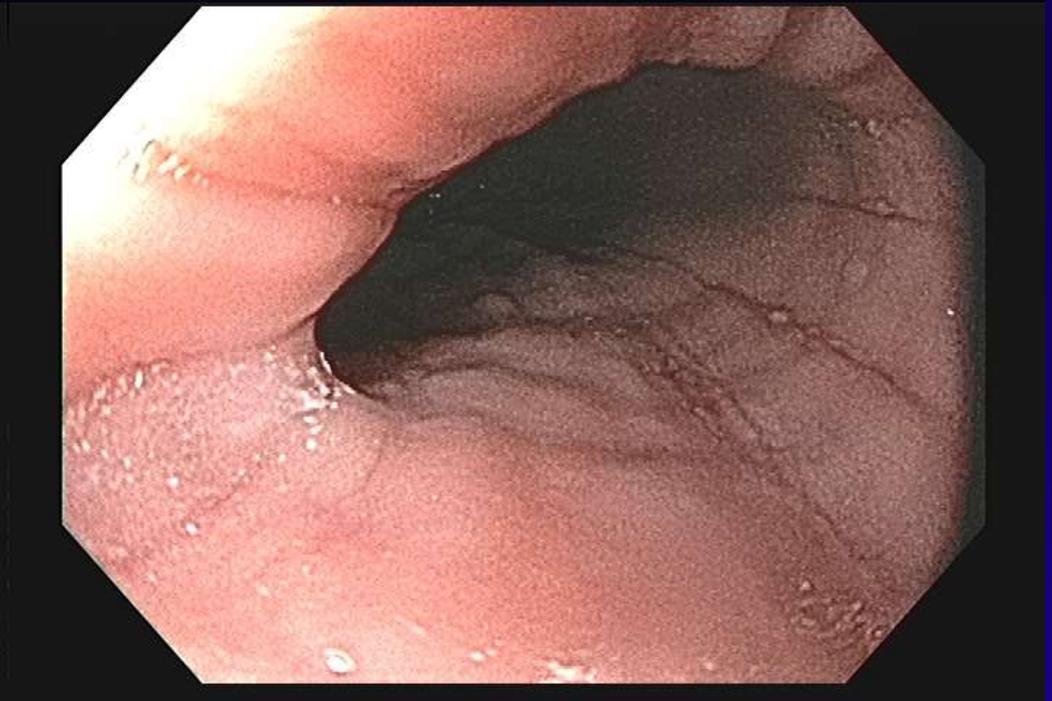
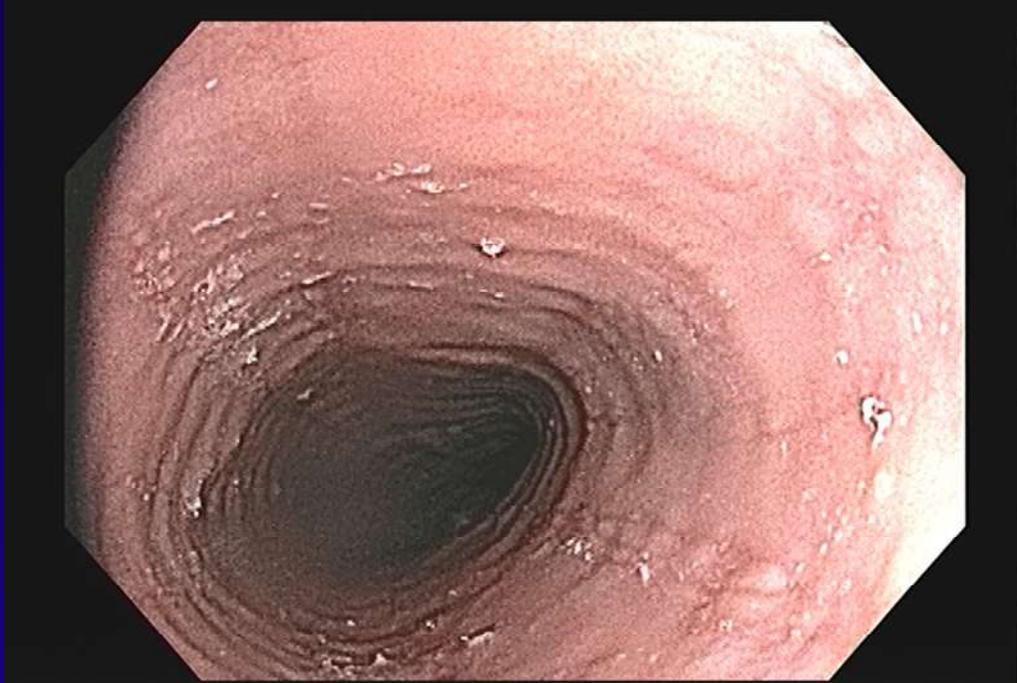
**Seguir investigação específica**

# Nosso paciente...

Endoscopia digestiva alta (EDA):

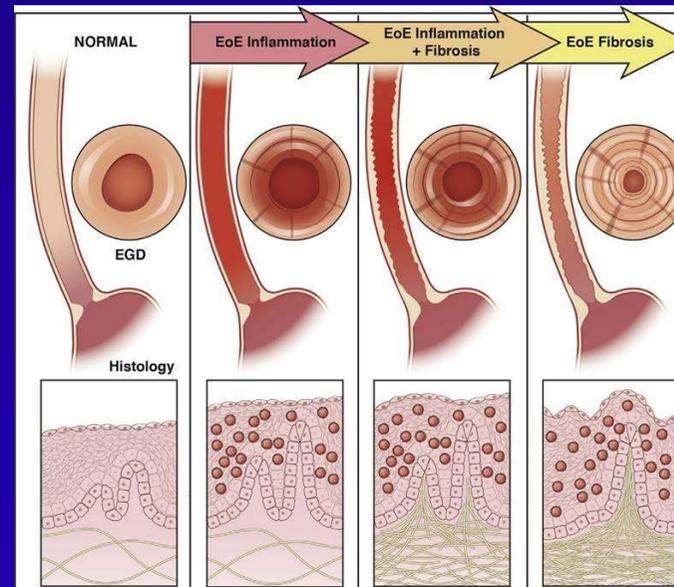
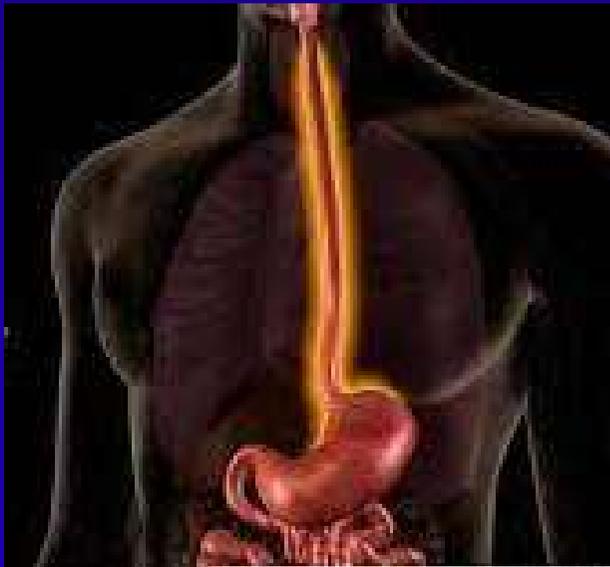
Esôfago de calibre e trajeto normais com **mucosa espessada e nacarada em toda sua extensão**. Observam-se **estrias longitudinais e aspecto anelar em todo trajeto do órgão**. Biópsias do terço médio e proximal. Estômago e duodeno sem alterações apreciáveis. Aspecto fortemente sugestivo da hipótese clínica aventada de **esofagite eosinofílica**.  
Correlacionar com histopatológico.





**Biópsias: cerca de 100 eosinófilos p/c gde aumento em todas as amostras.  
O achado corrobora o diagnóstico presumido de esofagite eosinofílica em franca atividade.**

## Esofagite eosinofílica



# ESOFAGITE EOSINOFÍLICA

---

A esofagite eosinofílica é uma doença esofágica crônica, recidivante e imunomediada caracterizada por hiperplasia de células basais, microabscessos, degranulação, espaços intercelulares dilatados e infiltração eosinofílica predominante no esôfago.

Os sintomas variam com a idade; bebês e crianças pequenas geralmente apresentam náuseas, vômitos, dor abdominal, recusa alimentar e falha no crescimento. Crianças em idade escolar geralmente apresentam dor abdominal recorrente ou vômito, e adolescentes e adultos têm dificuldade para engolir, azia e regurgitação com mais frequência.

# ESOFAGITE EOSINOFÍLICA

---

## DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico requer uma endoscopia com biópsia mostrando infiltração eosinofílica ( $\geq 15$  eosinófilos/campo de alta potência).

Embora anomalias visíveis (p. ex., sulcos lineares, estenoses, anéis circulares empilhados, perda das marcações vasculares, exsudados brancos) possam ser visíveis na endoscopia, a aparência pode ser normal, de modo que as biópsias são fundamentais.

A esofagografia com bário pode mostrar anéis circulares empilhados, sulcos longitudinais, esôfago estreitado ou estenoses.

Às vezes, utiliza-se impedância planimétrica em pacientes com sintomas, apesar da remissão histológica, para garantir que não haja estenoses sutis.

Frequentemente, realizam-se testes para alergias a alimentos a fim de identificar possíveis gatilhos.

Esofagite eosinofílica  
Evolução do nosso paciente...

Orientação nutricional  
Fluticasona 8 semanas

Recidiva após 1 ano (novo curso terapêutico e readequação alimentar)  
Assintomático há 3 anos

# referencias

**An Update on Eosinophilic Esophagitis: Etiological Factors, Coexisting Diseases, and Complications**