

Patologias esofágicas

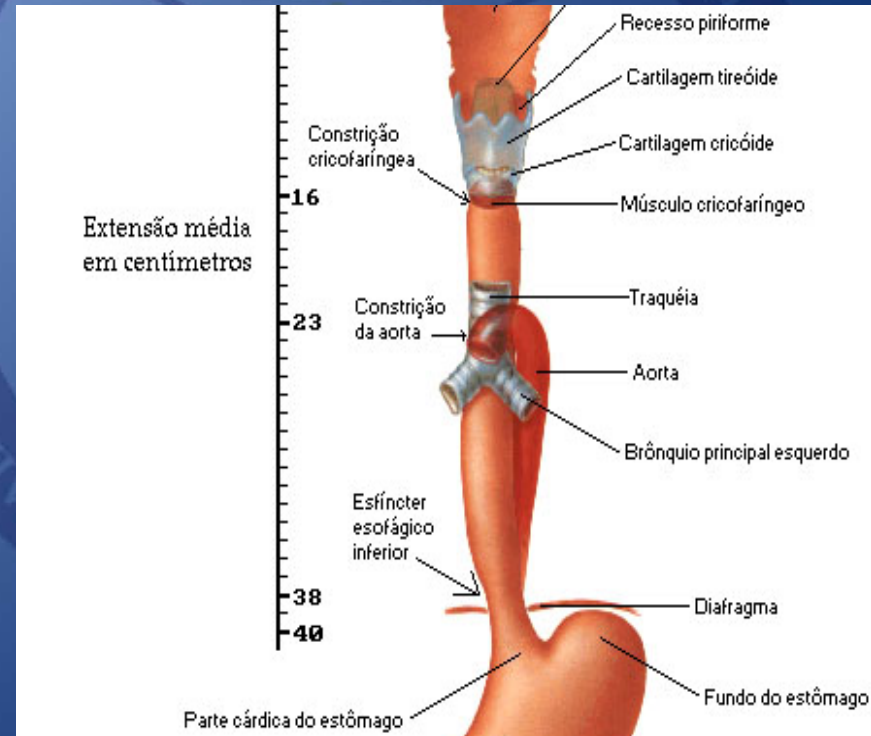
Raissa Marques Cavalcante

SVII



Introdução

- Anatomia do esôfago:
- Órgão tissular
- Desprovido de serosa
- Musculatura circular(int)
- Musculatura longitudinal(estr. e lisa)

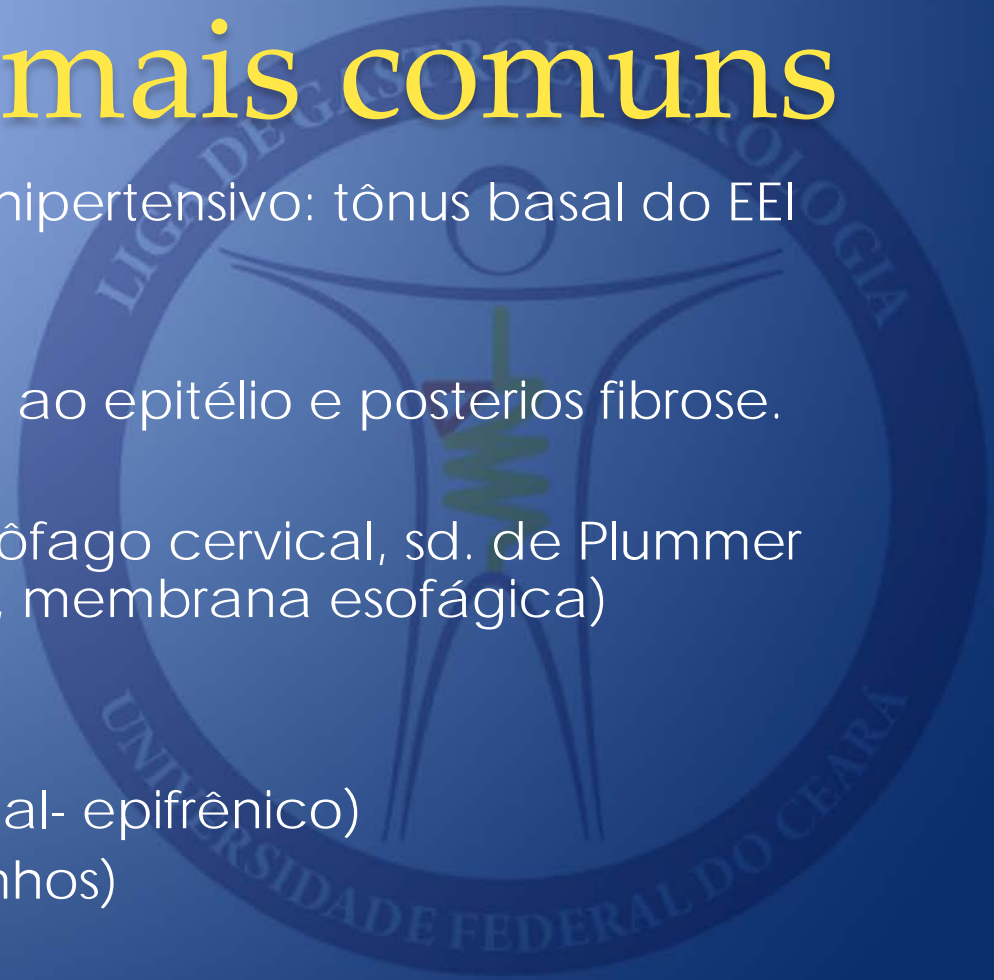


Patologias mais comuns

- DRGE: mais frequente
- Acalásia Idiopática e megaesofago: relaxamento do EEI, lesão do plexo mioentérico/auto-imunidade
- Espasmos difusos do esôfago: hipertensão do músculo liso e fragmentação do nervo vago.
- Esofago em quebra nozes: semelhante a DTNC, diagnóstico por manometria esofágica distal, relaciona-se com a sequência: EQN-EED-acalásia

Patologias mais comuns

- Esfincter esofágico inferior hipertensivo: tônus basal do EEI aumentado
- Anéis esofágicos: Agressão ao epitélio e posterior fibrose.
- Membranas esofágicas: esôfago cervical, sd. de Plummer Vinson (disfagia, ferropenia, membrana esofágica)
- Divertículos esofágicos:
pulsão (proximal – Zenker e distal – epifrênico)
Tração (fibrose de tecidos vizinhos)



Metodos diagnósticos

- Lesão direta da mucosa

Endoscopia digestiva alta (EDA): escolha para disfagia, lugol, azul de metileno,

Histopatológico: diferenciação de úlceras neoplásicas, infecciosas (CMV, HSV, HIV, candida) e pépticas, suspeita de Barrett.



Metodos diagnósticos

- Função alterada

Manometria: avalia o EEI e EES, avalia alterações motoras como esôfago em quebra nozes e espasmos esofágicos difusos, pré operatório de DRGE (exclui doenças motoras).

Phmetria prolongada: padrão ouro pra DRGE associado a EDA, indicada pra DRGE que nao responde com IBP, no pré operatório da DRGE e no controle do paciente com refluxo intenso.

Espectofotometria da bilirrubina BILITEC: refluxos duodenogastroesofágicos

Impedanciometria intraluminal: conteúdos líquidos ou gasosos

Cintilografia : indicação pediátrica na DRGE substituindo a phmetria, clacular o tempo de esvaziamento no diagnóstico de acalásia.

Metodos diagnósticos

- Morfologia alterada

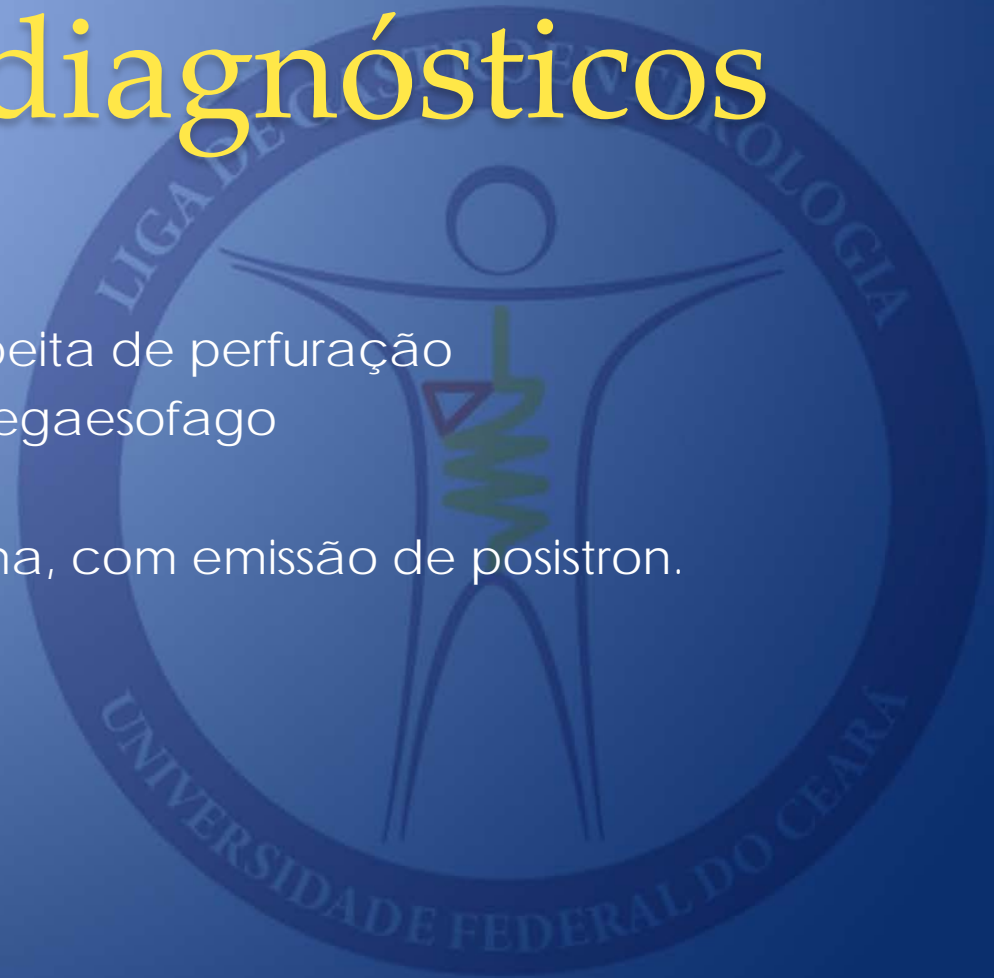
Esofagograma:

Exame baritado, não usar em suspeita de perfuração

Investigar a disfagia: estenose, megaesofago

TC:

Estadiamento do adenocarcinoma, com emissão de positron.

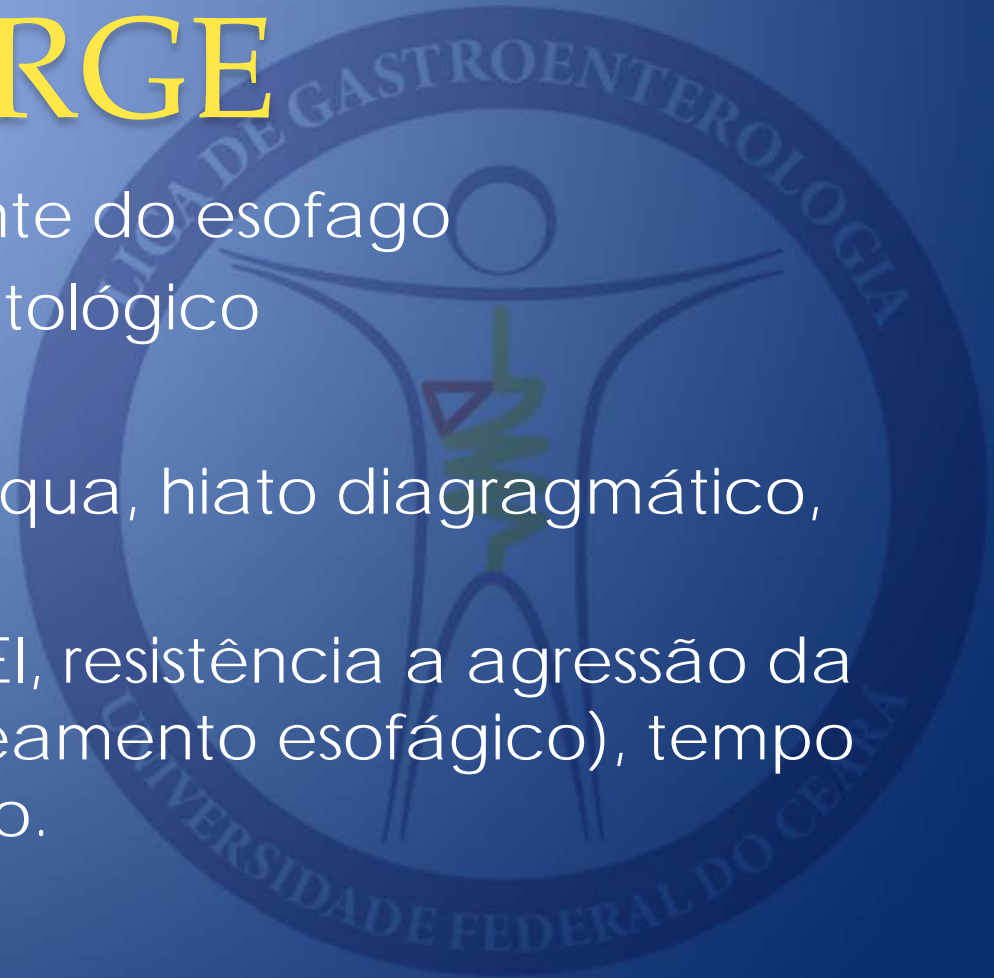


DRGE

- Doença mais prevalente do esofago
- Refluxo fisiológico x patológico
- Proteção ao refluxo:

Anatomica: entrada oblíqua, hiato diaphragmático, prega de Gubaroff

Fisiológica: pressão do EEI, resistência a agressão da mucosa esofagica (clareamento esofágico), tempo de esvaziamento gástrico.



DRGE

- Condições predisponentes

Hérnia de hiato

Aumento da pressão intra-abdominal

Ascite

Obesidade

Gravidez

Exercícios extenuantes

Doenças respiratórias (asma, DPOC..) – diminuem a pressão intra-torácica.



DRGE

- H. Pylori

Diminui o PH do conteúdo gástrico refluído

Aumenta a produção de gastrina

“ Não existe evidência científica de que o H. pylori interfira significativamente na patogénese e história natural da DRGE. Também, por outro lado, não se reconhece que a infecção possa representar um factor de protecção contra o desenvolvimento da doença ou influencie a eficácia da terapêutica com IBPs. Assim, não se recomenda a pesquisa e erradicação do H. pylori na generalidade dos enfermos com DRGE.”

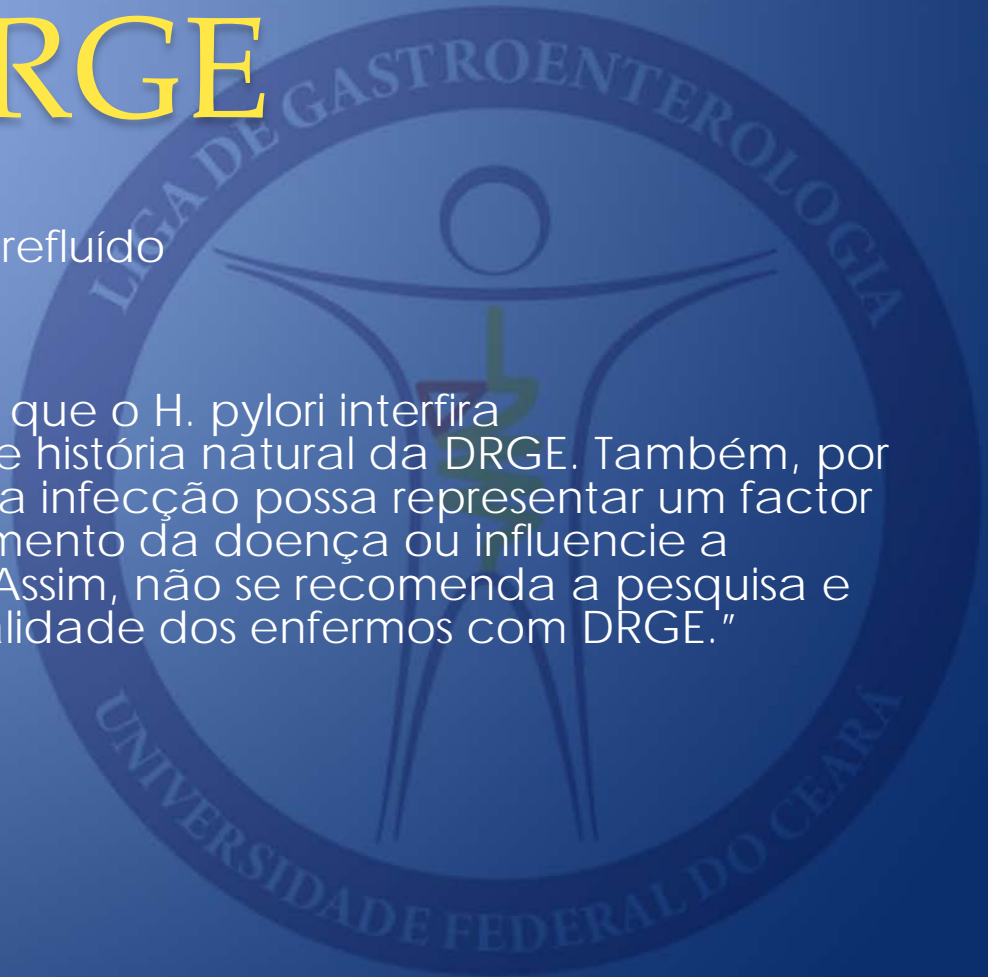
Jornal Português de Gastrenterologia

versão impressa ISSN 0872-8178

J Port Gastrenterol. v.15 n.5 Lisboa nov. 2008

Helicobacter pylori

Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia



DRGE

- Diagnóstico:
- Quadro clínico + exames subsidiários

Manifestações típicas: pirose e regurgitação

Manifestações atípicas: esofágicas e extra esofágicas

Frequência mínima de 2 x na semana com duração de 8 semanas. A duração dos sintomas está relacionada a uma incidência maior de Barrett e adenocarcinoma.

Sinais de alarme: disfagia, odinofagia, hemorragia, anemia, emagrecimento, história familiar, ocorrência noturna.



DRGE

- Diagnóstico
- Exames complementares

EDA (escolha)

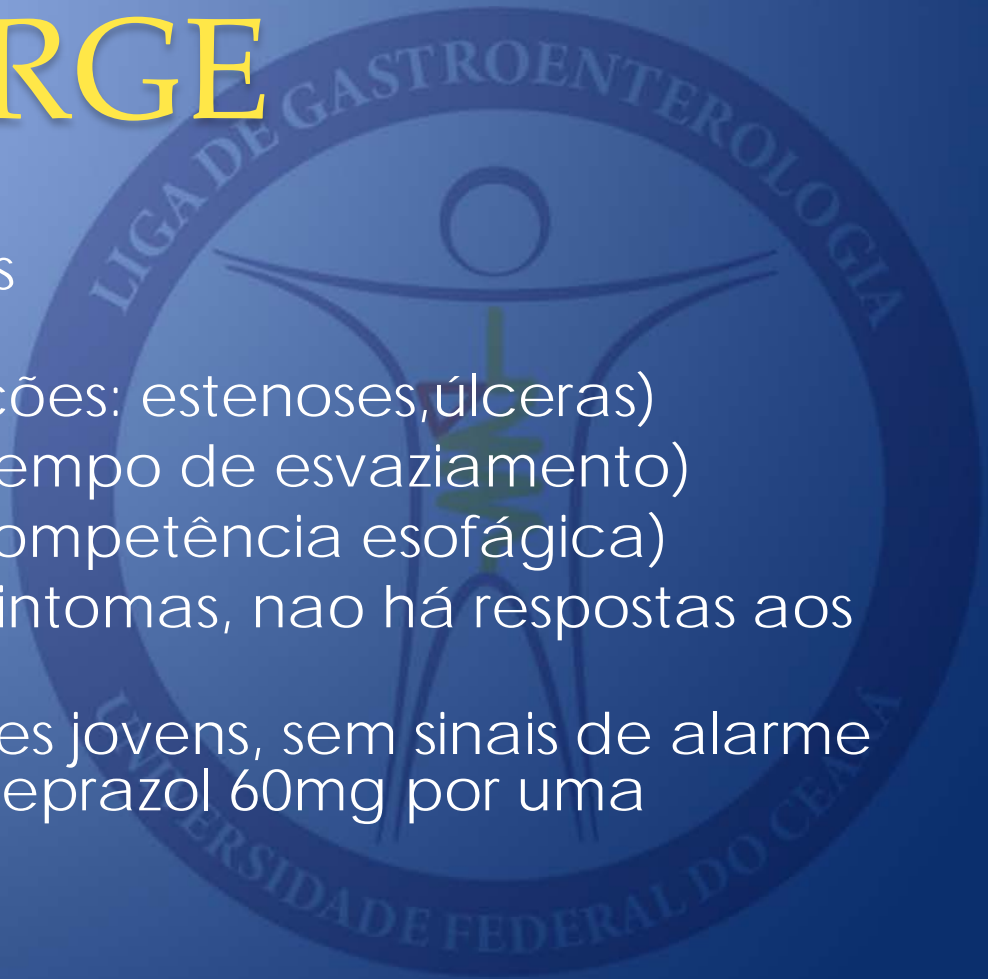
Estudo baritado (complicações: estenoses, úlceras)

Cintilografia (pediátrico e tempo de esvaziamento)

Manometria (pré cirurgia, competência esofágica)

Phmetria (correlaciona os sintomas, não há respostas aos IBP)

Teste terapêutico : pacientes jovens, sem sinais de alarme e com sintomas típicos. (omeprazol 60mg por uma semana)



DRGE

- Tratamento
- Remissão dos sintomas
- Cicatrização das lesões
- Prevenção de recidivas
- Evitar complicações



DRGE

- Tratamento

Medidas comportamentais:

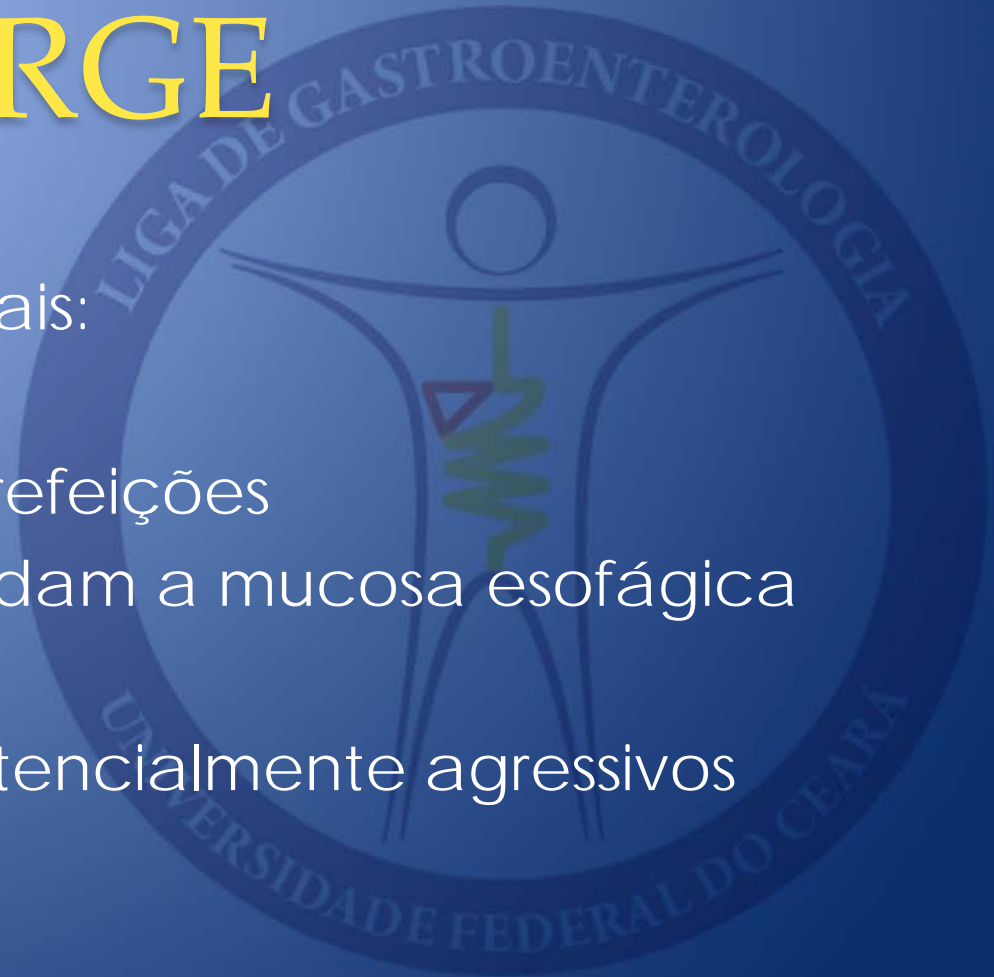
Elevar a cabeceira

Evitar deitar-se 2 hrs pós refeições

Evitar alimentos que agriçam a mucosa esofágica

Evitar tabaco

Evitar medicamentos potencialmente agressivos



DRGE

- Alimentos evitados

Frituras

Gordurosos

Tomates

Alho ,cebola

Doces, chocolates

Refrigerantes

Bebidas alcoolicas

Chá preto, chá

mate, café



DRGE

- Medicamentos potencialmente agressivos

Quinidina

Doxiciclina

AAS/AINES



DRGE

- Tratamento

Farmacológico:

antiácidos

bloqueadores do receptor H2 da histamina

IBP

procinéticos



Medicamentos

<i>Classe</i>	<i>Substância</i>	<i>Dose plena diária</i>
Antiácidos ou alcalinos	Hidróxido de alumínio	Variável, a depender da concentração do componente
	Hidróxido de magnésio	
Bloqueadores dos receptores H ₂ da histamina	Cimetidina	800 mg
	Ranitidina	300 mg
	Famotidina	40 mg
	Nizatidina	300 mg
Inibidores da bomba protônica	Omeprazol	20-40 mg
	Lansoprazol	30 mg
	Pantoprazol	40 mg
	Rabeprazol	20 mg
	Esomeprazol	40 mg
Procinéticos	Cisaprida	15-30 mg
	Domperidona	30 mg
	Metoclopramida	30 mg
	Bromoprida	30 mg

DRGE

- Tratamento:

Primeira linha: IBP

Omeprazol 20 mg 06- 12 semanas, caso seja remissivo, dose dobrada por mais 12 semanas.

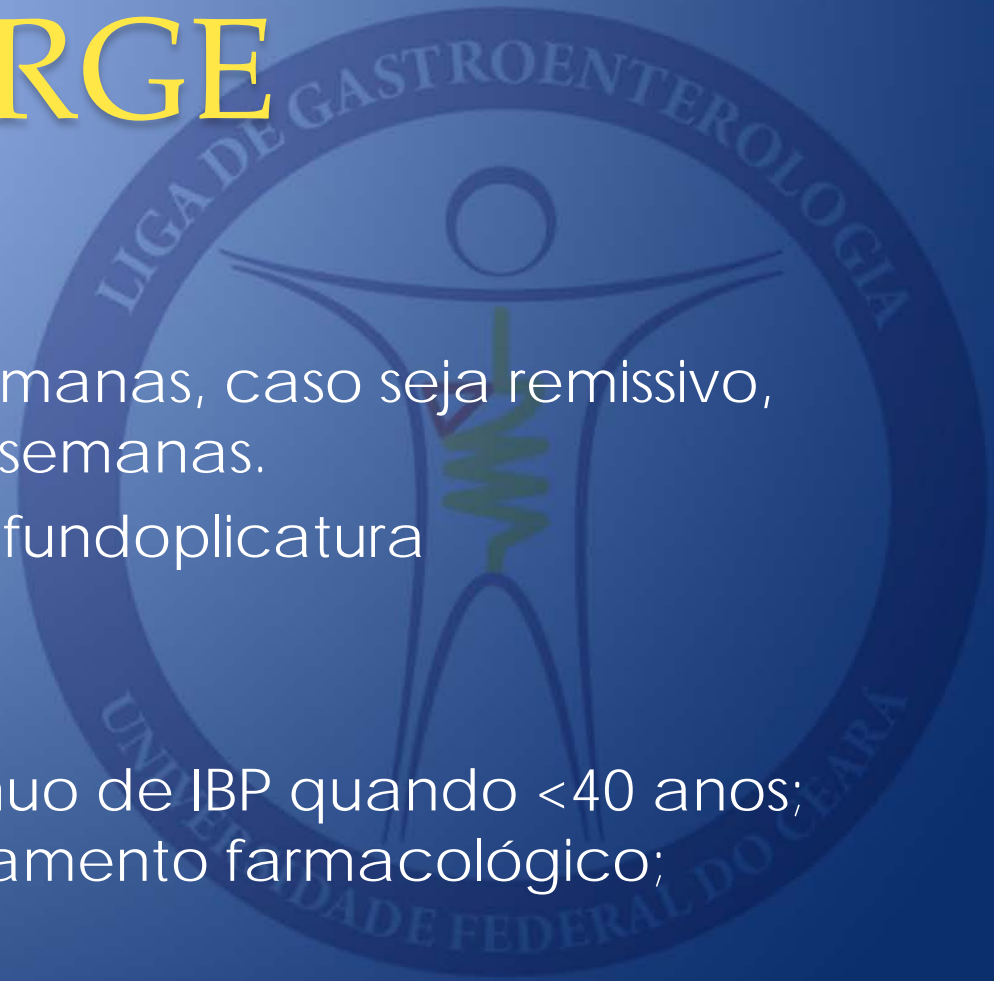
Tratamento cirúrgico: funduplicatura

Indicações:

Manifestações atípicas;

Necessidade de uso contínuo de IBP quando <40 anos;

Impossibilidade de um tratamento farmacológico;



DRGE manifestações atípicas

- Manifestações atípicas (25% dos doentes)

DTNC: avaliação cardíaca, coronarioangiografia é o padrão-ouro. Origem esofágica ocorre sem irradiação e normalmente por mais de 2 hrs de sintomatologia, melhorando com anti-ácidos.

Tosse crônica: mais de 8 semanas, sem uso de iECA e com o Rx normal.

Exacerbação da asma /Pigarro /rouquidão: refluxo do esôfago distal refletindo no nervo vago.



DRGE manifestações atípicas

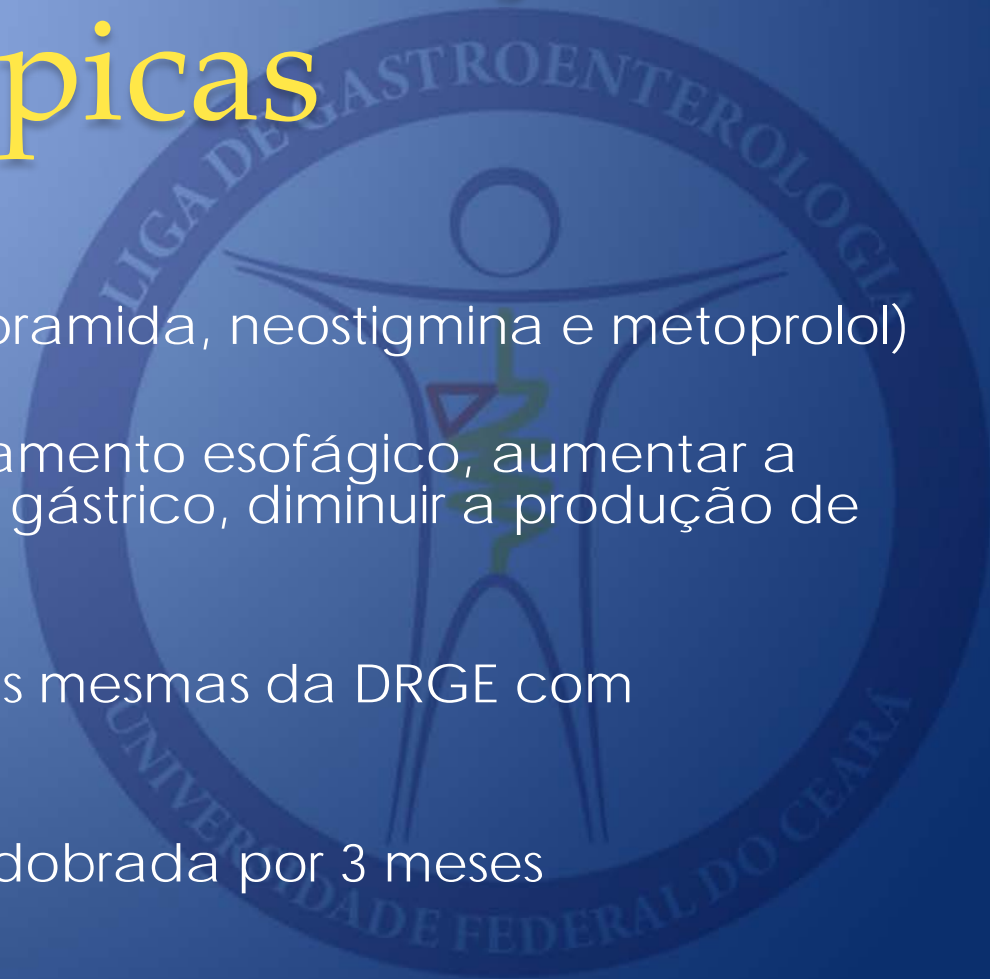
- Tratamento clínico

Motor: tônus do EEI (metoclopramida, neostigmina e metoprolol)

Fisiológico: aumentar o clareamento esofágico, aumentar a velocidade do esvaziamento gástrico, diminuir a produção de HCl.

Medidas comportamentais: as mesmas da DRGE com manifestações típicas

Farmacológico: IBP em dose dobrada por 3 meses



DRGE manifestações atípicas

- Tratamento cirúrgico
Fundoplicatura



Complicações da DRGE

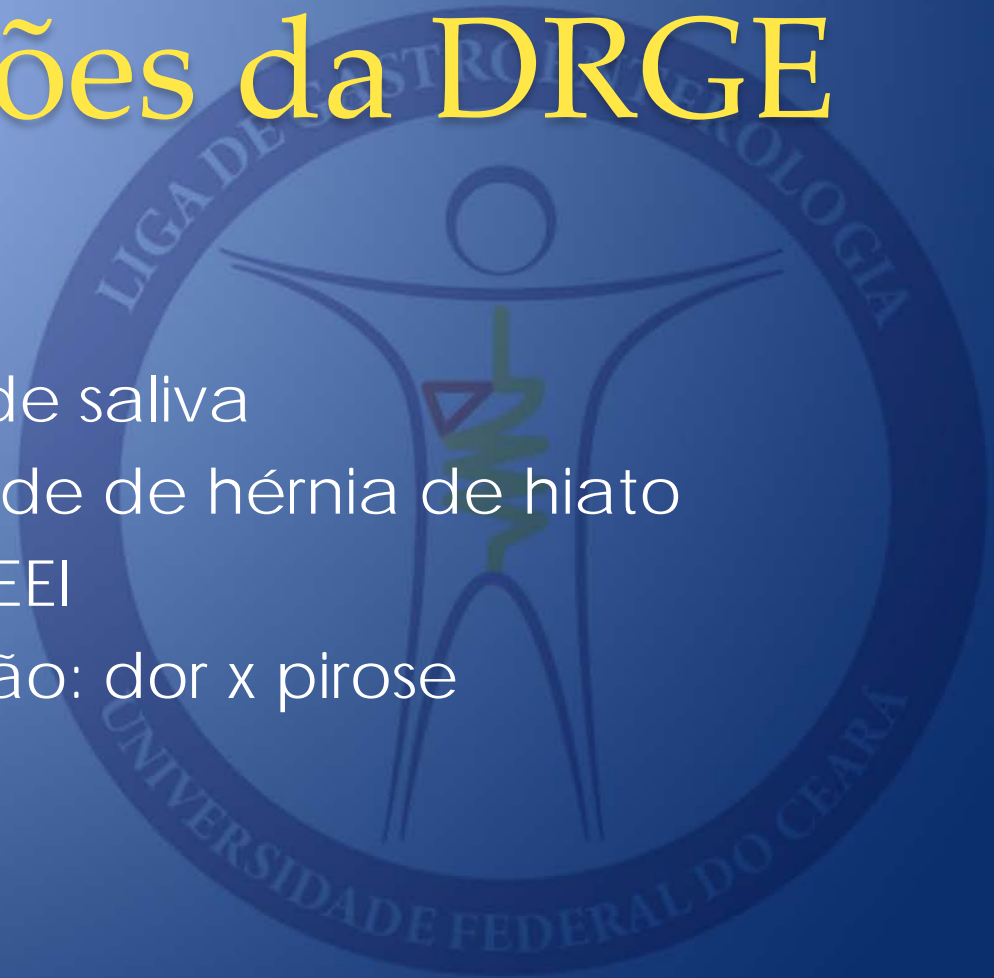
- < 20%
- Incidência > 60 anos:

Redução da produção de saliva

Aumento na probabilidade de hérnia de hiato

Diminuição do tonus do EEI

Dificuldade de percepção: dor x pirose



Complicações da DRGE

- Úlcera (5%)

Odinofagia, anemia (sangramento incidioso), risco de perfuração, IBP, se refratário: gastrinoma ou uso crônico de AAS/ AINES

- Estenose (7% – 23%)

Disfagia, estreitamento por inflamação, associado a Barrett em 44% dos casos

- Adenocarcinoma de esôfago

Destruição e reepitelização do esôfago distal

- Esôfago de Barrett

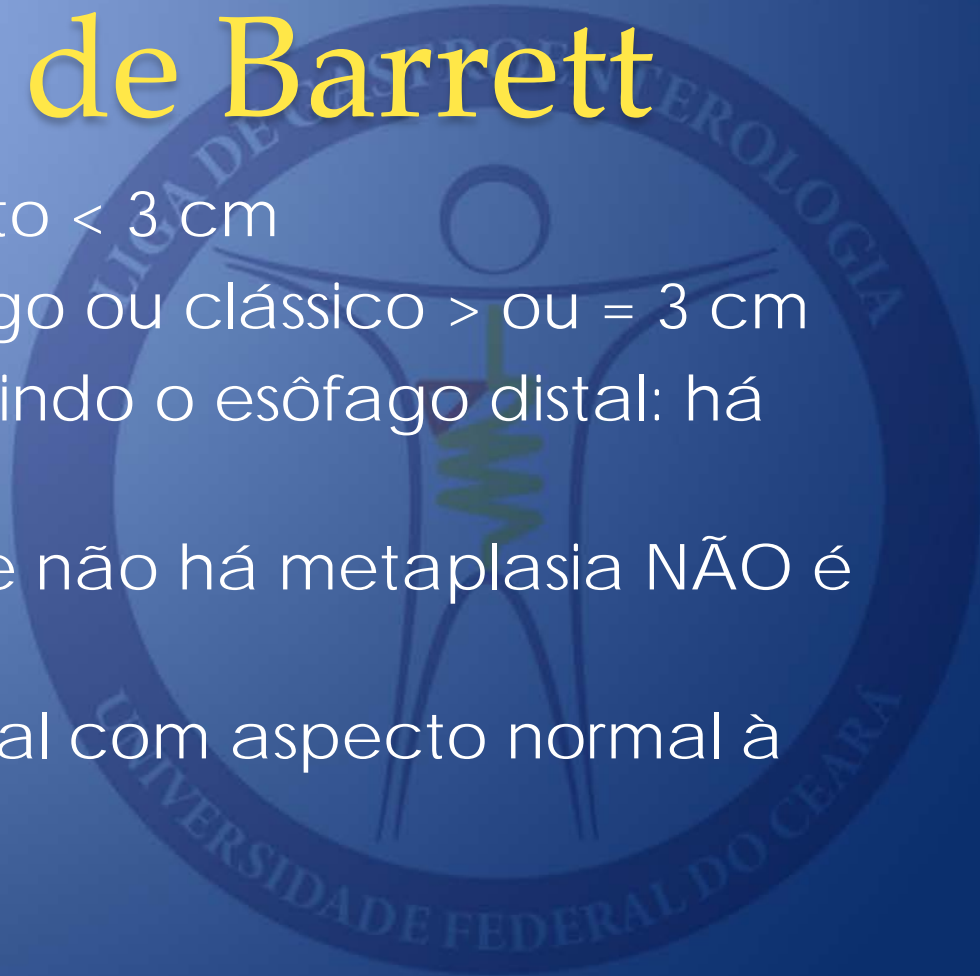


Esôfago de Barrett

- Esôfago de Barrett curto < 3 cm
- Esôfago de Barrett longo ou clássico > ou = 3 cm
- Epitélio colunar revestindo o esôfago distal: há metaplasia intestinal

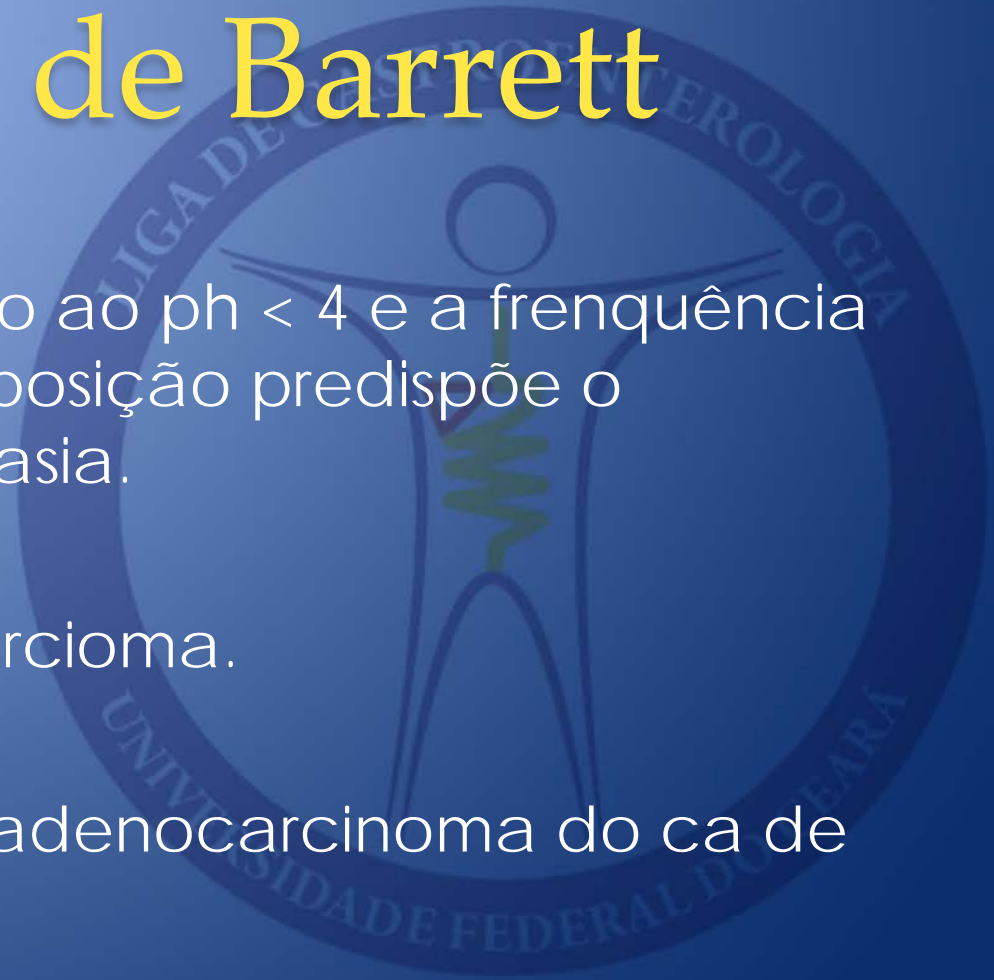
Se há o epitélio colunar e não há metaplasia NÃO é Barrett.

Se há metaplasia intestinal com aspecto normal à EDA, NÃO é Barrett.



Esôfago de Barrett

- Aumento da exposição ao $\text{pH} < 4$ e a frequência aumentada a essa exposição predispõe o surgimento da metaplasia.
- Precursor do adenocarcinoma.
- Sequencia adenoma adenocarcinoma do ca de colon



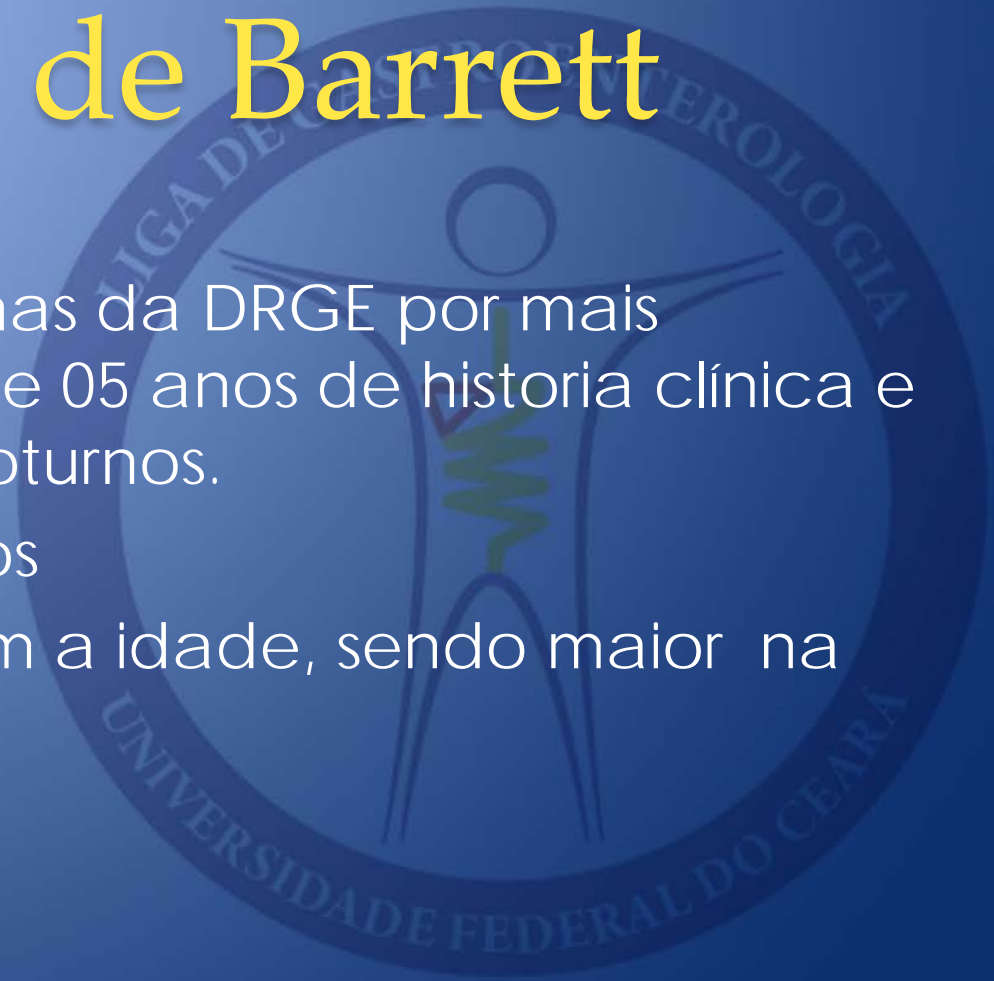
Esôfago de Barrett

- Quadro clínico:

São os mesmos sintomas da DRGE por mais tempo, aproximadamente 05 anos de história clínica e associados a sintomas noturnos.

20% são assintomáticos

Incidencia cresce com a idade, sendo maior na sétima década.



Esôfago de Barrett

- Classificação:
 - Negativo para displasia
 - Indefinido pra displasia
 - Displasia de baixo grau
 - Displasia de alto grau
 - Carcinoma invasivo intramucoso
 - Carcinoma invasivo submucoso
 - Carcinoma invasivo avançado



Esôfago de Barrett

- Diagnóstico :

EDA + biópsia para confirmação da metaplasia

Azul de metileno

Lugol



Esôfago de Barrett

- Tratamento

Clínico: IBP escape de ácido noturno(doses altas)

Diminuir o peso, reduzir a ingestão de álcool, reduzir tabagismo.

Inibidores da COX-2(cox-2 aumenta a progressão)



Esôfago de Barrett

- Tratamento

Endoscópico:

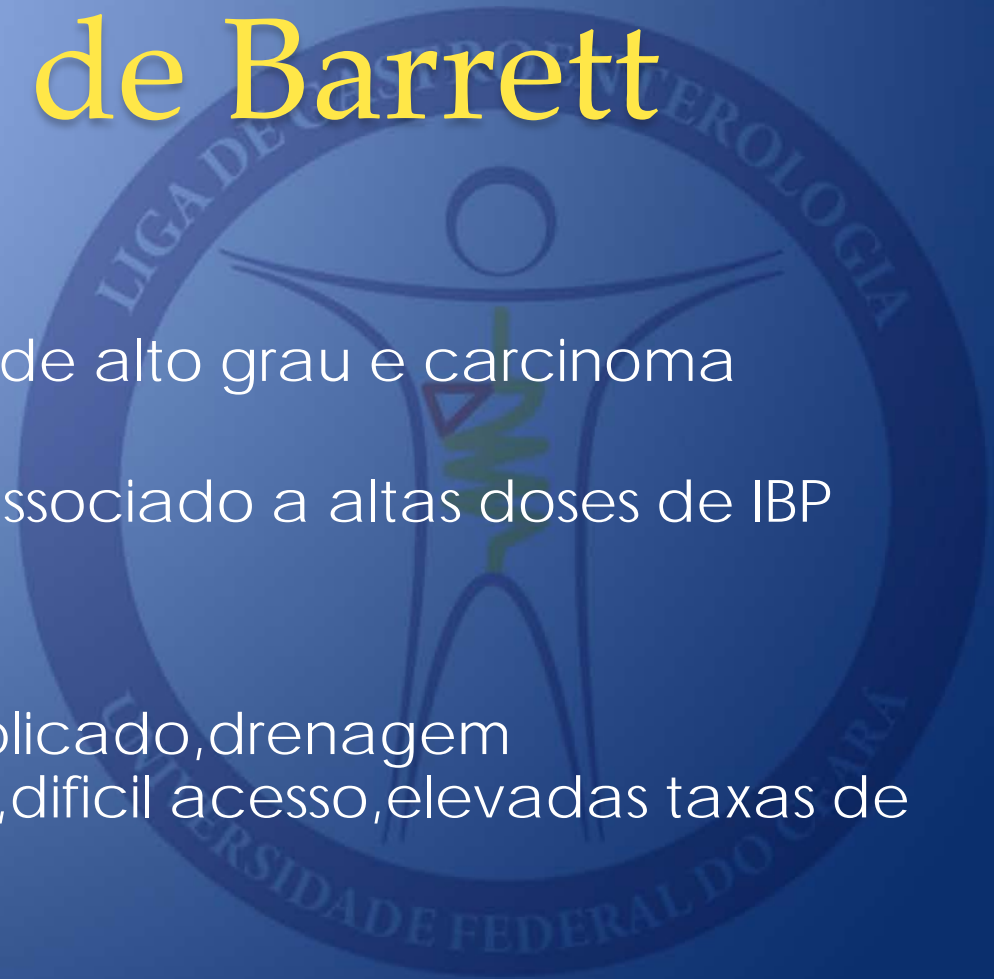
mucosectomia: displasia de alto grau e carcinoma intramucoso

ablação: fotodinâmica, associado a altas doses de IBP

Cirúrgico:

Funduplicatura

Tratamento cirúrgico complicado, drenagem linfática, ausência de serosa, difícil acesso, elevadas taxas de meta pra MO



Obrigada pela atenção!



Referencias bibliográficas

- Conduas em gastroenterologia- Federação Brasileira de Gastroenterologia
- Jornal Português de Gastreenterologia
versão impressa ISSN 0872-8178
J Port Gastreenterol. v.15 n.5 Lisboa nov. 2008
Helicobacter pylori
Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia

