Um caso incomum de disfagia após exclusão endovascular de aneurisma toracoabdominal da aorta

Kahlberg A, Marrocco-Trischitta MM, Marone EM, Amato ACM, Melissano G, Chiesa R

Journal of Endovascular Therapy, 2009;16(2):238-42

Tradução para o português do artigo publicado em inglês, feita com auxílio de inteligência artificial. Não é a versão oficial: em caso de divergência, vale o texto publicado pela revista.

Para citar, use a referência da versão publicada:

Kahlberg A, Marrocco-Trischitta MM, Marone EM, Amato ACM, Melissano G, Chiesa R. An Unusual Case of Dysphagia After Endovascular Exclusion of Thoracoabdominal Aortic Aneurysm. Journal of Endovascular Therapy. 2009;16(2):238-42. doi:10.1583/08-2604.1

Versão publicada: https://doi.org/10.1583/08-2604.1

Esta tradução on-line: https://vascular.cc/artigos/an-unusual-case-of-dysphagia-after-endovascular-exclusion-of-thoracoabdominal-aortic-aneurysm/pt/

© International Society of Endovascular Specialists. Tradução disponibilizada pelo autor para fins de divulgação científica.

Resumo

Objetivo: Relatar um caso incomum de disfagia que se desenvolveu imediatamente após o implante de endoprótese em um aneurisma toracoabdominal da aorta.

Relato de caso: Uma mulher de 79 anos foi submetida a reparo híbrido estadiado de um aneurisma toracoabdominal da aorta e desenvolveu disfagia e regurgitação de início recente logo após o implante de endoprótese na aorta torácica. A imagem do esôfago mostrou estenose endoluminal acentuada, sugerindo o desenvolvimento de acalasia secundária. A paciente foi submetida a injeções endoscópicas de toxina botulínica no esfíncter esofágico inferior, que resolveram completamente os sintomas.

Conclusão: A síndrome disfágica aguda após o implante de endoprótese na aorta torácica foi relatada de forma anedótica, e sua etiologia permanece indefinida. Neste relato, ilustramos as características clínicas dessa condição rara, discutimos hipóteses etiológicas e sugerimos uma abordagem terapêutica não invasiva.

Palavras-chave: aneurisma da aorta torácica, reparo endovascular da aorta torácica, complicação, disfagia, acalasia esofágica

Introdução

Aneurismas grandes da aorta torácica ou toracoabdominal (TAAA) podem ocasionalmente causar compressão extrínseca do esôfago que, com o tempo, pode produzir disfagia mecânica ("dysphagia aortica"). Essa condição é rara e geralmente associada a idade avançada, sexo feminino, baixa estatura, hipertensão e cifose.[1] O diagnóstico da dysphagia aortica baseia-se em achados radiológicos e manométricos específicos.[2] O reparo cirúrgico convencional do aneurisma da aorta torácica (TAA) alivia a compressão esofágica, enquanto os efeitos da exclusão endovascular da aorta torácica (TEVAR) ainda não foram completamente compreendidos.

Relatamos um caso de disfagia que se desenvolveu imediatamente após o TEVAR, com imagem sugestiva de acalasia esofágica. Até onde sabemos, apenas um outro caso dessa complicação foi publicado na literatura em língua inglesa. Chuter et al.[3] relataram um caso de disfagia ocorrido após reparo endovascular ramificado de TAAA, mas não forneceram detalhes do caso.

Relato de caso

Uma mulher de 79 anos foi internada em nosso hospital com um TAAA tipo III de 6,8 cm. Tinha antecedentes de hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica, cardiomiopatia hipertrófica com acentuado aumento do átrio esquerdo e tabagismo. Além disso, havia sido submetida anteriormente a reparo cirúrgico de aneurisma infrarrenal roto da aorta. Era de baixa estatura (154 cm) e tinha cifose torácica evidente.

Na admissão, a paciente estava assintomática, sem queixas relativas à ingestão de alimentos. Na tomografia computadorizada (TC) pré-operatória, o terço distal do esôfago estava deslocado anteriormente pelo aneurisma da aorta (Fig. 1), sem qualquer evidência de dilatação do esôfago superior ou de retenção alimentar. Em razão das comorbidades graves, a paciente foi submetida a uma abordagem híbrida. O primeiro tempo cirúrgico consistiu em revascularização visceral retrógrada de 3 vasos por relaparotomia mediana, com um enxerto trifurcado personalizado suturado ao ramo esquerdo do enxerto aortobifemoral e direcionado ao tronco celíaco, à artéria mesentérica superior e à artéria renal direita, como descrito em detalhe anteriormente.[4,5] A revascularização da artéria renal esquerda foi abortada por razões técnicas.

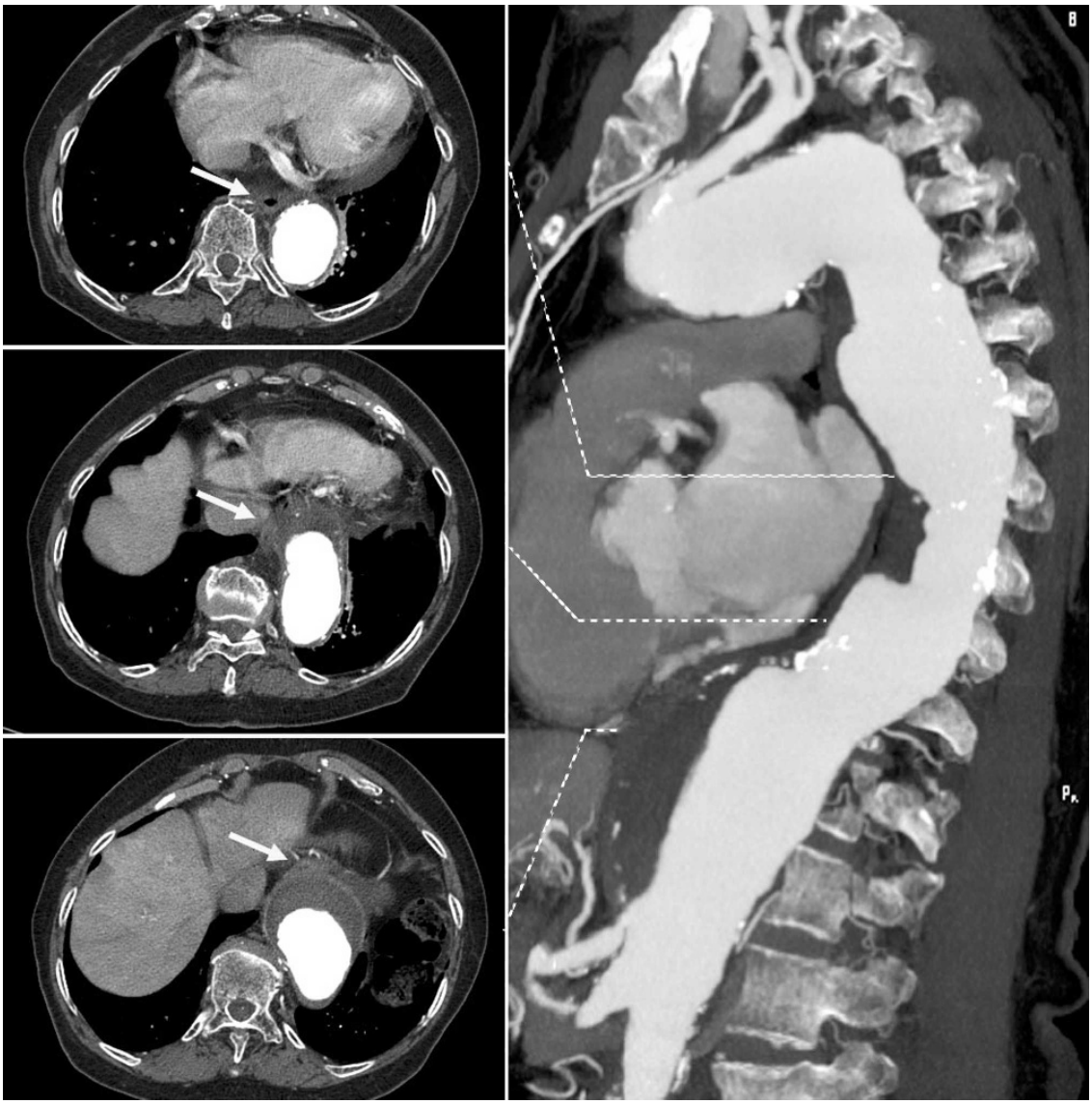


Figura 1. TC pré-operatória mostrando um aneurisma toracoabdominal da aorta tipo III que desloca anteriormente o esôfago em seu terço distal (setas). Nota-se também a cifose torácica acentuada.

O pós-operatório transcorreu sem intercorrências, e a paciente recebeu alta para casa, onde permaneceu assintomática. Três semanas depois, foi submetida com sucesso ao procedimento endovascular sob anestesia geral. O acesso remoto foi obtido pelo ramo direito do enxerto aortobifemoral existente, e 2 endopróteses Zenith TX2 de 36 mm (de 202 e 127 mm de comprimento; William Cook Europe, Bjaeverskov, Dinamarca) foram avançadas e liberadas na aorta toracoabdominal, obtendo a exclusão completa do aneurisma. Não foram observadas complicações neurológicas perioperatórias.

Na retomada da alimentação oral (primeiro dia pós-operatório), a paciente queixou-se imediatamente de disfagia tanto para líquidos quanto para sólidos, com regurgitação constante, evoluindo para afagia completa em 24 horas. A TC pós-operatória revelou trombose completa do aneurisma, ausência de endoleak, perviedade das pontes viscerais e acentuado estreitamento do esôfago distal, com dilatação a montante e retenção alimentar (Fig. 2). O diâmetro e o formato do aneurisma permaneceram inalterados. A endoscopia mostrou estenose do esôfago distal com mucosa normal. As biópsias mostraram inflamação inespecífica da mucosa. A manometria esofágica não foi realizada por falta de colaboração da paciente. O esofagograma baritado demonstrou o aspecto típico em "bico de pássaro", com dilatação do esôfago superior e médio e ausência de peristalse primária observada durante a fluoroscopia, mimetizando acalasia secundária (Fig. 3). A paciente foi tratada com injeções endoscópicas de 100 UI de toxina

botulínica A no esfíncter esofágico inferior, obtendo alívio completo dos sintomas. O restante do pós-operatório transcorreu sem intercorrências. No seguimento de 6 meses, ela está bem e assintomática.

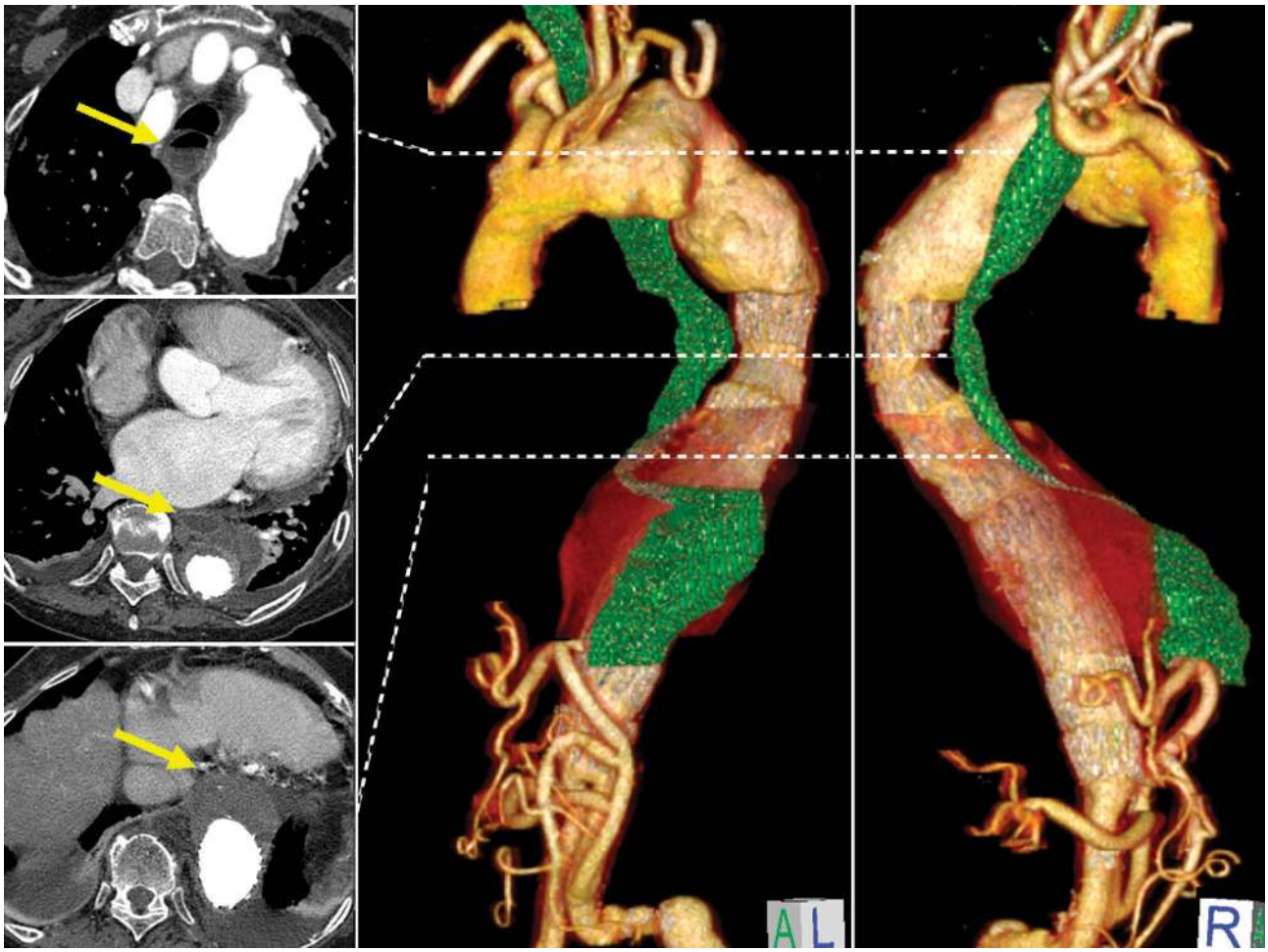


Figura 2. TC pós-operatória após o debranching visceral e a exclusão endovascular do aneurisma toracoabdominal. A compressão esofágica e a dilatação do esôfago a montante são mostradas nas imagens axiais (setas) e nas reconstruções tridimensionais (em amarelo, a luz da aorta; em vermelho, o trombo; em verde, o esôfago).

Discussão

A remodelação aórtica tardia após o TEVAR inclui trombose do aneurisma e retração do saco. Esses fatores prognósticos positivos, no entanto, junto com diversas alterações do contorno aórtico, podem ocasionalmente acrescentar estresse mecânico à parede esofágica, levando a eventos adversos graves e possivelmente letais, como erosão da parede esofágica e fistulização.[6]

Complicações esofágicas precoces após o implante de endoprótese são raras, e a etiologia permanece incerta. Chuter et al.[3] descreveram um paciente que desenvolveu características clínicas semelhantes, com endoscopia positiva para acalasia. Em nossa experiência anterior, encontramos outra complicação esofágica precoce após TEVAR, mas, naquele caso, os sintomas disfágicos se deviam claramente à compressão por uma coleção periaórtica relacionada a uma haste longitudinal fraturada de uma endoprótese TAG. Esse paciente foi tratado com sucesso por reparo cirúrgico aberto.

No pré-operatório, a paciente do presente relato tinha deslocamento assintomático do esôfago causado pelo saco aneurismático e desenvolveu um distúrbio funcional esofágico imediatamente após o procedimento endovascular. Os mecanismos subjacentes a essa disfagia aguda não são claros. Podemos especular, no entanto, que a liberação da endoprótese e a trombose do aneurisma possam ter aumentado

a rigidez aórtica e prejudicado a peristalse esofágica. Além disso, a oclusão dos ramos arteriais que irrigam o esôfago pode ter ocorrido em consequência da trombose do aneurisma, levando a hipoperfusão aguda do esôfago inferior e disfunção do plexo de Auerbach. Por fim, uma resposta inflamatória local à endoprótese também pode ter contribuído para o desenvolvimento da síndrome.

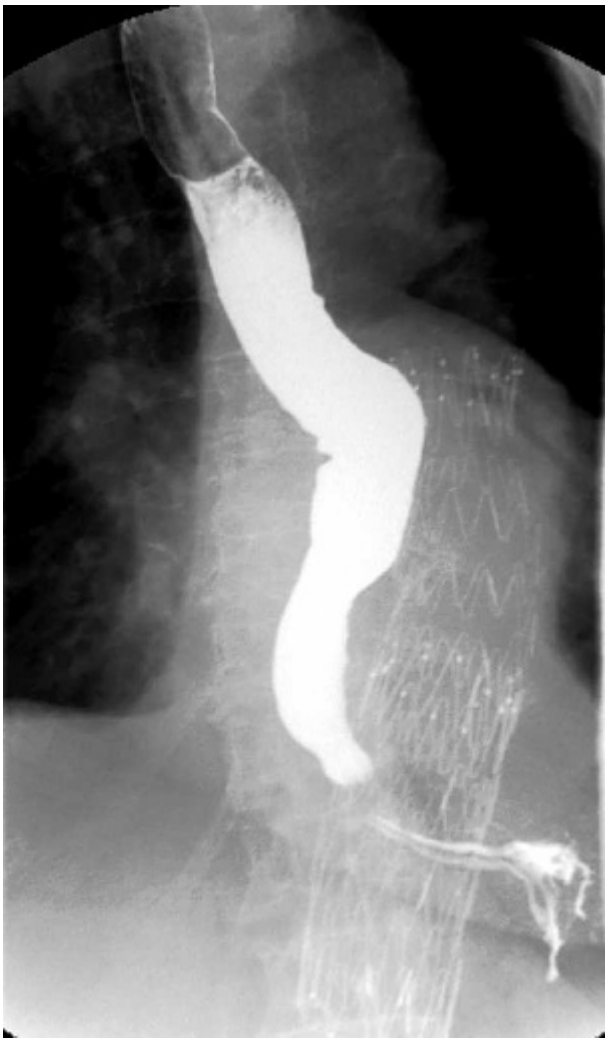


Figura 3. Esofagograma baritado pós-operatório demonstrando o aspecto típico em "bico de pássaro".

A acalasia é um distúrbio esofágico que se apresenta com sintomas de disfagia tanto para alimentos líquidos quanto sólidos, com regurgitação. Os achados típicos exigidos para o diagnóstico incluem aperistalse esofágica e esfíncter esofágico inferior com relaxamento deficiente à manometria esofágica; esôfago distal com afilamento suave ("bico de pássaro"), com dilatação do esôfago superior, ao esofagograma baritado; e esôfago distendido, com alimento retido e ausência de peristalse, à endoscopia.[7]

Neste caso, as características clínicas, assim como os achados endoscópicos e esofagográficos, assemelhavam-se aos da acalasia, de acordo com os achados de Chuter et al.[3] O início dos sintomas imediatamente após o implante da endoprótese sugeriu uma relação causal entre o procedimento e o distúrbio esofágico. Infelizmente, a ausência de estudo manométrico limitou o diagnóstico definitivo.

A injeção intraesfincteriana de toxina botulínica no esfíncter esofágico inferior foi relatada como método útil e seguro para tratar definitivamente manifestações atípicas de acalasia e situações clínicas complexas em que diferentes fatores podem contribuir para os sintomas do paciente.[8] Em nosso caso, esse procedimento resultou em alívio dos sintomas, demonstrando assim a presença de um distúrbio da motilidade esofágica, com relaxamento deficiente do esfíncter esofágico inferior.

Conclusão

Este caso mostra que o TEVAR pode alterar agudamente a fisiologia esofágica, resultando em distúrbios funcionais esofágicos de início precoce.

Informações

Apresentado na XXII Reunião Anual da European Society for Vascular Surgery, em Nice, França, de 4 a 7 de setembro de 2008.

Os autores não têm interesse comercial, proprietário ou financeiro em nenhum produto ou empresa descritos neste artigo.

Referências

1. Wilkinson JM, Euinton HA, Smith LF, et al. Diagnostic dilemmas in dysphagia aortica. Eur J Cardiothorac Surg. 1997;11:222–227.
2. Sundaram U, Traube M. Radiologic and manometric study of the gastroesophageal junction in dysphagia aortica. J Clin Gastroenterol. 1995;21:275–278.
3. Chuter TA, Rapp JH, Hiramoto JS, et al. Endovascular treatment of thoracoabdominal aortic aneurysms. J Vasc Surg. 2008;47:6–16.
4. Chiesa R, Tshomba Y, Melissano G, et al. Hybrid approach to thoracoabdominal aortic aneurysms in patients with prior aortic surgery. J Vasc Surg. 2007;45:1128–1135.
5. Chiesa R, Melissano G, Civilini E, et al. Two-stage combined endovascular and surgical approach for recurrent thoracoabdominal aortic aneurysm. J Endovasc Ther. 2004;11:330–333.
6. Chocron S, Stoica L, Koch S, et al. Is endovascular stent grafting for descending thoracic aortic disease recommendable in patients with dysphagia? J Thorac Cardiovasc Surg. 2002;124:1239–1241.
7. Pohl D, Tutuian R. Achalasia: an overview of diagnosis and treatment. J Gastrointestin Liver Dis. 2007;16:297–303.
8. Katzka DA, Castell DO. Use of botulinum toxin as a diagnostic/therapeutic trial to help clarify an indication for definitive therapy in patients with achalasia. Am J Gastroenterol. 1999;94:637–642.

Tradução não oficial — Kahlberg A, Marrocco-Trischitta MM, Marone EM, Amato ACM, Melissano G, Chiesa R. An Unusual Case of Dysphagia After Endovascular Exclusion of Thoracoabdominal Aortic Aneurysm. Journal of Endovascular Therapy. 2009;16(2):238-42. doi:10.1583/08-2604.1 — https://vascular.cc/artigos/an-unusual-case-of-dysphagia-after-endovascular-exclusion-of-thoracoabdominal-aortic-aneurysm/pt/