

DESOBSTRUÇÃO ESOFÁGICA POR VIA ENDOSCÓPICA EM MUAR RELATO DE CASO

ENDOSCOPIC ESOPHAGEAL DESOBSTRUCTION IN A MULE CASE REPORT

C. A. G. OROZCO^{1*}, G. F. OLIVEIRA², L. S. D. ALVES³, B. F. SPÍNDOLA⁴,
B. G. SOUZA⁵, G. S. SEPPA⁶

RESUMO

A obstrução esofágica é uma emergência na clínica médica de equídeos e deve sempre ser tratada como tal, já que a pressão exercida sobre a mucosa pelo material obstrutivo pode causar diversas complicações, como úlceras e perfurações. Um muar, fêmea, seis anos de idade e 330 kg de peso corporal foi atendido com histórico de disfagia, salivação excessiva, refluxo de material espumoso pela via nasal e oral, tosse e extensão do pescoço e cabeça, com evolução clínica de três dias. Foi realizado o exame endoscópico visualizando-se uma massa de capim compactada obstruindo o esôfago torácico. A compactação foi desfeita com auxílio de pinça romba através do canal de trabalho do endoscópio observando-se uma grave úlcera concomitante. Foi estabelecida terapia antimicrobiana com ampicilina sódica na dose de 6 mg/kg BID por via intravenosa durante sete dias, flunixin meglumina na dose de 1,1 mg/kg SID por via intravenosa durante três dias e omeprazole na dose de 2 mg/kg SID por via oral durante vinte e quatro dias. Uma semana após início do tratamento foi realizada uma nova avaliação endoscópica, sendo observados lúmen esofágico desobstruído e mucosa esofágica em processo de cicatrização, com redução moderada das dimensões da úlcera.

PALAVRAS-CHAVE: Equídeos. Esofagoscopia. Úlcera.

SUMMARY

The esophageal obstruction (choke) in horses is a clinical emergency and needs to be treated as soon as possible because may lead to several complications like ulcers and perforations. A six years old mule with 330 kg of body weight was received with excessive salivation, coughing, nasal and oral discharge containing food and water, and extension of neck and head after three days of clinical evolution. An esophagoscopy was performed and was visualized an ingesta impaction on the thoracic esophagus with severe concomitant ulcer. The impaction was relieved with an endoscopic forceps and was established a therapy with sodic ampicilin (6 mg/kg) BID administered intravenously for seven days, flunixin meglumine (1,1 mg/kg) SID also administered intravenously for three days and omeprazol (2 mg/kg) SID orally for twenty four days. A week later another endoscopic exam was performed and esophagus was unimpeded and the ulcer presented in a moderate repair stage.

KEY-WORDS: Equidae. Esophagoscopy. Ulcer.

¹ Professor Adjunto do Departamento de Medicina e Cirurgia Veterinária (DMCV). Instituto de Veterinária. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. UFRRJ. *Autor para correspondência: BR 465 Km 7. Seropédica-RJ. CEP:23.890.000. E-mail: cesarandrey_equinos@ufrrj.br

² Aluna de Mestrado do Curso de Pós-graduação em Medicina Veterinária - Patologia e Ciências Clínicas. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. UFRRJ.

³ Aluna do curso de Medicina Veterinária. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. UFRRJ. Bolsista de Iniciação Científica da FAPERJ.

⁴ Aluno de Mestrado do Curso de Pós-graduação em Medicina Veterinária - Patologia e Ciências Clínicas. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. UFRRJ.

⁵ Aluno de Doutorado da Universidade Federal Fluminense. UFF.

⁶ Médico Veterinário do Hospital Veterinário do Setor de Grandes Animais. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. UFRRJ.

INTRODUÇÃO

Toda obstrução esofágica deve ser tratada como uma emergência devido ao aumento de pressão exercida sobre a mucosa esofágica pelo material obstrutivo, ocasionando extensa lesão tecidual, com consequente formação de tecido cicatricial, estenose ou perfuração esofágica (MURRAY 2000). O esôfago de um equídeo adulto varia de 125 a 200 cm de comprimento e é dividido em três porções anatômicas (cervical, torácica e diafragmática), considerando que a porção cervical mede cerca de 50% do comprimento total do esôfago, sendo o local de maior apresentação de lesões e obstruções esofágicas, pouco frequentes nas porções torácica e diafragmática (PINTO, 2009). Histologicamente a parede do esôfago é composta pela túnica adventícia, túnica muscular, submucosa e mucosa (STICK, 1999).

Mastigação insuficiente, afecções dentárias, apetite voraz, sedação, exaustão, jejum prolongado e recuperação anestésica são fatores predisponentes que induzem obstruções esofágicas (FEIGE et al, 2000). Além desses fatores, lesões preexistentes como compressão esofágica externa causada por neoplasias (BOOTH et al, 2008), megaesôfago, divertículo esofágico e estenose esofágica podem induzir a obstruções no local acometido (MURRAY, 2000).

O diagnóstico baseia-se na apresentação dos sinais clínicos como ptialismo, disfagia, tosse, regurgitação de alimento, assim como dificuldade e impossibilidade de passagem da sonda nasogástrica, imagens radiográficas, preferivelmente com contraste, e avaliação endoscópica (THOMASSIAN, 2005). O método terapêutico pode ser o conservador, realizando lavagem esofágica com água morna e administração de medicamentos que resultem em relaxamento da musculatura esofágica e redução da ansiedade. Nos casos de obstrução parcial, a administração desses medicamentos pode resultar no relaxamento muscular suficiente para permitir que a obstrução seja desfeita (PINTO, 2009). Se o tratamento conservativo não for efetivo ou em casos de obstruções graves ou recidivantes, com elevado comprometimento da vida do paciente, o animal deverá ser encaminhado para tratamento cirúrgico (BRÖJER, 2005). O presente trabalho objetiva relatar obstrução esofágica total na porção torácica em muar, utilizando videoendoscopia como ferramenta diagnóstica, e no presente caso como modalidade terapêutica.

RELATO DE CASO

Neste estudo descreve-se uma obstrução esofágica de um muar, fêmea, de seis anos de idade, com 330 kg de peso corporal, trabalhando no transporte de materiais de construção.

O animal era alimentado com legumes e verduras provenientes de diversos estabelecimentos da cidade. Pelos dados obtidos na anamnese, o animal vinha apresentando disfagia, salivação excessiva, refluxo de

alimento e água pelas vias oral e nasal, tosse, extensão de cabeça e pescoço e perda de apetite.

Ao exame físico observou-se apatia, deficiente escore corporal, mucosas congestionadas com tempo de preenchimento capilar de quatro segundos, frequência cardíaca de 56 bpm, frequência respiratória de 16 rpm, temperatura corporal de 38,2°C, hipomotilidade intestinal à auscultação, fezes ressecadas e desidratação. Não foi possível a passagem da sonda nasogástrica.

A veia jugular esquerda do animal foi cateterizada, e o mesmo recebeu fluidoterapia totalizando um volume de 10 L de solução de ringer com lactato, restabelecendo o equilíbrio hidroeletrólítico. Posteriormente, foi indicado o exame videoendoscópico². Realizou-se a contenção química com xilazina a 10%, na dose de 1,0 mg/kg, por via intravenosa (IV). Ao exame videoendoscópico observou-se, na porção do esôfago torácico a uma distância aproximada de 1,30 m das narinas, presença de conteúdo líquido e de uma massa alimentar compactada obstruindo totalmente o lúmen esofágico.

Após uma hora de manipulação, com o auxílio do videoendoscópio, utilizando-se uma pinça fórceps do tipo jacaré, introduzida através do canal de trabalho do equipamento (Figura 1), foi possível desfazer a compactação total do lúmen esofágico, observando-se claramente a presença de uma extensa úlcera na mucosa esofágica no local onde se encontrava a massa compactada (Figura 2).

Posteriormente à videoendoscopia foi possível a passagem da sonda nasogástrica e o animal foi hidratado também por via enteral, recebendo água e eletrólitos para restabelecimento do balanço hidroeletrólítico. Após a retirada da sonda nasogástrica, o animal voltou a ingerir água e volumoso, com manifestação de dor após deglutição, mas sem apresentar refluxo.

Foi instituída terapia antimicrobiana com ampicilina sódica na dose de 6 mg/kg IV, a cada 12 horas, durante sete dias, terapia anti-inflamatória, com flunixinina meglumina na dose de 1,1 mg/kg IV, durante três dias, e omeprazol na dose de 2 mg/kg, por via oral, uma vez ao dia, durante 24 dias. Uma videoendoscopia de controle foi realizada após uma semana de tratamento, observando-se o lúmen esofágico totalmente desobstruído e a mucosa esofágica em processo de cicatrização, com redução moderada das dimensões da úlcera. Durante esse intervalo de tratamento, o paciente apresentou melhora significativa do quadro clínico, alimentando-se corretamente, com diminuição gradativa da dor e do desconforto, apresentando um comportamento calmo.

É importante destacar no presente caso a presença de extensa úlcera circular ao redor da massa compactada (Figura 2) que após uma semana apresentava-se em processo de cicatrização. Segundo Feige et al (2000), o prognóstico em casos de obstrução

²Sonda modelo CFVL-S, com diâmetro de 10 mm e 1,60 m de comprimento. Marca OLYMPUS®.

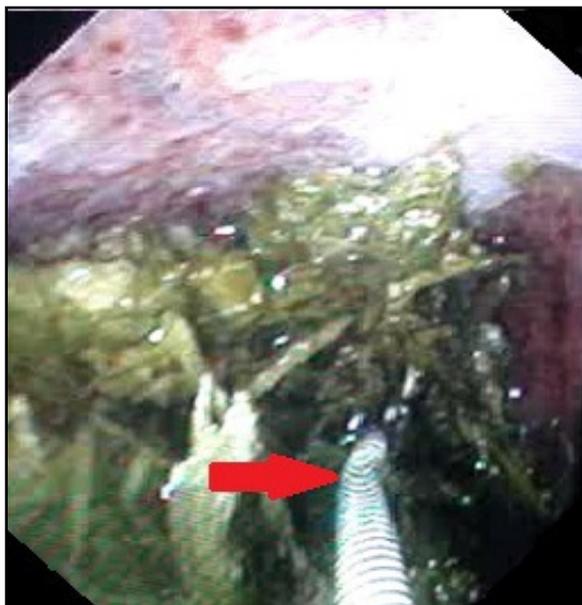


Figura 1 - Imagem videoendoscópica de massa alimentar compactada no esôfago torácico, realizando-se o procedimento de desobstrução com a pinça do tipo jacaré (seta vermelha).

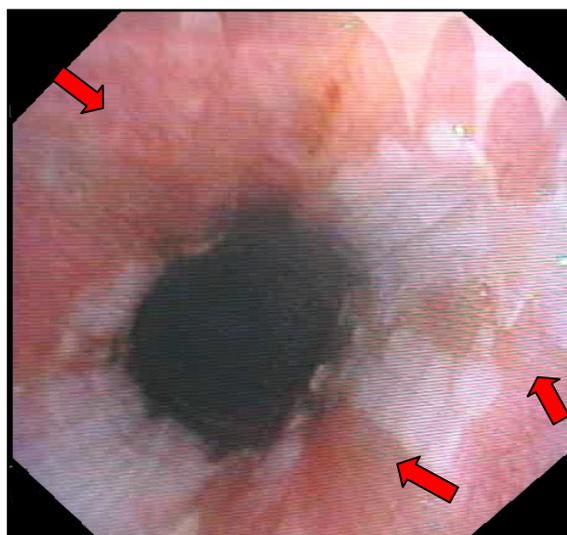


Figura 2 - Imagem videoendoscópica de extensa úlcera após desobstrução do lúmen esofágico na porção torácica (setas vermelhas).

esofágica simples é bom, principalmente quando se trata de primeira ocorrência e não há complicações associadas, fato confirmado com o presente relato.

Ressalta-se também o fato incomum de o paciente ser um muar, pois não há dados consistentes na literatura que descrevam rotineiramente casos de obstrução esofágica em muares, sendo a maioria na espécie equina, provavelmente por existirem em menor número, além de receberem manejo nutricional normalmente diferente do adotado para equinos. Num estudo retrospectivo de obstrução esofágica realizado em 34 casos, Ramos et al, (2001) relataram que não

houve ocorrência em muar, sendo 26 em cavalos adultos, sete em pôneis de diferentes raças e um em jumento. É importante ressaltar que o procedimento de videoendoscopia foi importante para identificar a lesão, realizar o diagnóstico definitivo e auxiliar na desobstrução do esôfago na porção torácica, resultando num procedimento terapêutico não invasivo, evitando-se a realização de esofagotomia por toracotomia, sendo esse um procedimento cirúrgico de elevada complexidade, com risco de morte do paciente no trans-operatório, além das complicações cirúrgicas no pós-operatório.

Finalmente, pode-se concluir que o procedimento de desobstrução com o auxílio do endoscópio foi eficaz e oportuno, já que a localização da obstrução na porção torácica estaria comprometendo a vida do paciente. Adicionalmente, a terapia instituída pela equipe médica foi eficaz, evitando complicações secundárias e viabilizando a recuperação da lesão de mucosa esofágica progressivamente, obtendo resultado satisfatório e melhoria do paciente.

REFERÊNCIAS

BOOTH, T. M.; MARMONI, A. M.; CULLIMORE, J. W.; FINNIE. Oesophageal obstruction in an aged pony associated with squamous cell carcinoma. **Equine Veterinary Education**. Lexington, v.8, n.3, p.627-631, 2008.

BRÖJER, J. T. Obstrução esofágica. In: Brown, C. M.; Bertone, J.; **Consulta Veterinária em 5 Minutos: espécie equina**. Barueri, SP: Manole, 2005. p.392-395.

FEIGE, K; SCHWARZWALD, C.; FÜRST, A.; KASER-HOTZ, B. Esophageal obstruction in horses: a retrospective study of 34 cases. **Canadian Veterinary Journal**, v.41, p.207-210, 2000.

MURRAY, M. J; O Esôfago. In: REED, S. M.; BAYLY, W. M. **Medicina Interna Equina**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Cap.12, p.524-530.

PINTO, A. G. Obstrucción esofagica en equinos ("choke"). **Revista de Extension Tecnovet, Facultad de Ciencias Veterinarias y Pecuarias de la Universidad de Chile**, v.15, n.1, p.17-22, 2009.

RAMOS, J. R.; MAY, K. A.; CRISMAN, M. V. Complicated oesophageal obstruction in a stallion. **Equine Veterinary Education**. Lexington, v.8, n.4, p.309-312, 2001.

STICK, J. A.; Diseases of the Esophagus. In: COLAHAN, P. T; MAYHEW, I. G.; MERITT, A. N.; MOORE, J. N. **Equine Medicine and Surgery**. 5.ed. Cap7. Missouri: Mosby, 1999. v.1, p.676-698.

THOMASSIAN, A. **Enfermidades dos Cavalos: Afecções do aparelho digestório**. 4.ed. São Paulo: Livraria Varela, 2005. Cap.11, p.281-282.