

## **AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICA DE MEGAESÔFAGO EM CANINO: RELATO DE CASO**

**CAROLINA DECKER LEMOS<sup>1</sup>; CRISTINE CIOATO<sup>2</sup>; KARINA GUTERRES<sup>3</sup>;  
ERICO RIBEIRO<sup>4</sup>; LUIZ PAIVA CARAPETO<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Veterinária – karoldecker@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Veterinária – criscioato@hotmail.com

<sup>3</sup> Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Veterinária – xuliavet@hotmail.com

<sup>4</sup> Universidade Federal Paulista – Faculdade de Veterinária – ericoribeiro@ymail.com

<sup>5</sup> Universidade Federal de Pelotas - Faculdade de Veterinária - luizcarapeto@gmail.com

### **1. INTRODUÇÃO**

O megaesôfago se caracteriza pela dilatação total do esôfago determinado por distúrbios neuromusculares (CARAPETO, 2000). O megaesôfago pode ser congênito ou adquirido, funcional ou mecânico (WATROUS, 2010). JOHNSON; SHERDING (2003) sugerem uma predisposição familiar para o megaesôfago idiopático congênito. O'BRIEN (2001) cita que as causas de megaesôfago são anomalias do anel vascular, estenose ou corpo estranho, esofagites e herniação do estômago. TANAKA (2010) alerta para a miastenia grave, polimiosite, polineurite, hipoadrenocorticism, hipotireoidismo e déficit de tiamina como causas de megaesôfago secundário. O sinal clínico indicativo é a ocorrência de regurgitação em animais jovens, e ainda o subdesenvolvimento do filhote após o desmame como fator predisponente ao megaesôfago (TANAKA, 2010).

O diagnóstico baseia-se na análise dos sinais clínicos e anamnese, sendo confirmado na realização dos exames complementares como radiografias, esofagograma, endoscopia e cintilografia (TANAKA, 2010). Considerando a importância da avaliação radiológica em casos de suspeita de megaesôfago o presente trabalho foi escrito, com o intuito de relatar alguns dos sinais radiológicos encontrados em um paciente atendido no Hospital de Clínicas Veterinária (HCV) da Universidade Federal de Pelotas (UFPe).

### **2. MATERIAL E MÉTODOS**

Foi atendido no Hospital de Clínicas Veterinárias – UFPe, um canino, fêmea, sem raça definida (SRD), de 43 dias, com um histórico de vômitos. Durante a anamnese o proprietário relatou que os episódios de vômito ocorriam 10 minutos após a ingestão, tratando-se então de regurgitação. Além disso, o animal apresentava alguns espirros esporádicos. Após a avaliação inicial se suspeitou de um quadro de megaesôfago, então o paciente foi encaminhado para o Setor de Diagnóstico por Imagem, para a realização de exame radiológico da região do esôfago cervical e torácico.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

O termo megaesôfago é usado comumente quando um distúrbio de motilidade intenso e difuso resulta em esôfago flácido e dilatado. A patogenia da forma congênita ainda não está completamente esclarecida, embora estudos apontem para um defeito na inervação aferente vagal para o estômago (TANAKA, 2010).

Os sinais predisponentes, regurgitação em animais jovens, são importantes, pois o megaesôfago idiopático é um distúrbio comum em animais jovens com regurgitação e determinadas raças são predispostas, como o Pastor Alemão, Retriever, Dogue Alemão, Greyhound, Schnauzer miniatura, Shar Pei e Fox Terrier (JOHNSON; SHERDING, 2003), embora este relato seja de um canino SRD com 43 dias de idade.

Segundo HUDSON et al. (2003) a regurgitação é o sinal clínico característico, mas os proprietários podem confundir regurgitação com vômito, como visto no caso descrito. A regurgitação pode ou não se relacionar com a ingestão, sendo que quanto mais líquido for o alimento, menos provável será a regurgitação (JOHNSON; SHERDING, 2003), neste caso a regurgitação era observada cerca de dez minutos após a alimentação. JOHNSON; SHERDING (2003) descrevem que associado ao quadro de megaesôfago podem-se verificar sinais relacionados à pneumonia aspirativa, tais como: dispnéia, tosse e febre, porém neste caso foram apenas observados alguns episódios de espirros.

As estratégias para diagnóstico de megaesôfago devem incluir: confirmação de um esôfago dilatado persistentemente, avaliação quanto à esofagopatia obstrutiva e avaliação quanto a causas subjacentes de megaesôfago (JOHNSON; SHERDING, 2003). A confirmação ocorre através da realização dos exames complementares de imagem, como o exame radiológico (TANAKA, 2010).

No exame foi realizada uma projeção lateral, onde foram observados um esôfago dilatado com conteúdo misto, ar e alimento, e um deslocamento ventral da traquéia e do coração. Conforme descrito por O'BRIEN (2001) no exame radiológico simples são visualizadas as seguintes alterações: desvio ventral da traquéia e do coração, aparecimento de linhas finas e opacas que representam as paredes do esôfago, e este pode estar repleto de ar, líquido ou conteúdo. A projeção dorsoventral não foi realizada neste momento, já que a imagem na projeção lateral sugeria megaesôfago, optando-se pela realização do exame contrastado. Além disso, WATROUS (2010) descreve que em projeções dorsoventrais ou ventrodorsais, o esôfago dilatado e repleto por gás pode não ser visualizado devido à sobreposição pela coluna vertebral e traquéia.

Como se tratava de um animal de pequeno porte a radiografia pode abranger toda a região esofágica, e ainda permitiu a avaliação do campo pulmonar, que apresentou um padrão pulmonar intersticial e alveolar, mais evidente no lobo intermediário, sugerindo uma pneumonia aspirativa secundária ao megaesôfago.

Dependendo do grau de distensão e do volume do conteúdo, a dilatação esofágica pode ou não deslocar a traquéia e o coração ventralmente (FARROW, 2005), o que também pode ser visto no exame. Se estiver dilatado com ar, a parede esofágica ventral poderá lançar uma sombra, semelhante a da parede dorsal da traquéia, fornecendo o que se conhece por sinal faixado tráqueo-esofágico ou traqueal em incidência lateral (KEALY; MCALLISTER, 2005), o que não foi visualizado. Segundo KEALY;MCALLISTER (2005) um esôfago dilatado pode simular ar livre no interior do mediastino (pneumomediastino), delineando algumas das estruturas mediastinais e diminuindo o contraste traqueal.

A esofagografia, nos casos de suspeita de megaesôfago, deve ser realizada sem diluição aquosa da suspensão de bário e com uma quantidade que permita o enchimento completo do esôfago. Caso a quantidade de bário não preencha totalmente a luz esofágica poderemos ter uma imagem similar à encontrada nos casos de persistência do arco aórtico (CARAPETO, 2000).

Neste relato foi administrado 10ml de bário, por via oral, sendo esta quantidade suficiente para preencher todo o esôfago do paciente. O sulfato de bário ou o contraste contendo iodo são utilizados, sendo o último usado especialmente quando a suspeita de perfuração esofágica ou fístula traqueoesofágica (TANAKA, 2010). Este mesmo autor descreve como achados no exame contrastado, além dos sinais vistos no exame simples, dilatação do diâmetro esofágico em toda a sua extensão sem evidências de constrições intraluminal ou compressão periesofágica e retenção de meio de contraste (devido à ausência ou diminuição do peristaltismo esofágico). No caso descrito foi visualizado um aumento no diâmetro do esôfago em toda a sua extensão e retenção do meio de contraste em alguns pontos.

O tratamento de megaesôfago é de suporte e sintomático, a menos que se consiga identificar um distúrbio reversível (JOHNSON; SHERDING, 2003). TANAKA (2010) descreve como tratamento o uso de alimentação pastosa oferecida em uma plataforma elevada, que mantenha o animal com o esôfago cervical e torácico numa posição vertical, fazendo com que a gravidade auxilie a passagem do alimento, esta posição deve ser mantida por 5 a 10 minutos após a alimentação. Foi recomendado ao proprietário adaptar o paciente a este sistema de alimentação, além de fornecer alimento preferencialmente líquido. Para tratar a pneumonia foi prescrito ampicilina (30mg/kg), três vezes ao dia, por dez dias. Após dez dias de tratamento o paciente retornou e foi realizado um novo exame radiológico para a avaliação da área pulmonar, este demonstrou um severo padrão pulmonar misto localizado nos lobos caudais do pulmão, indicando a persistência da pneumonia. Foi marcado um retorno para nova avaliação pulmonar após um novo ciclo de tratamento, porém os proprietários não retornaram ao HCV com o paciente.

Segundo JOHNSON; SHERDING (2003) alguns animais com megaesôfago idiopático congênito podem melhorar com o tempo recebendo cuidados de suporte diligente. O megaesôfago adquirido idiopático geralmente é irreversível. O animal pode se desenvolver por meses a anos se o proprietário dedicar-se a realizar procedimentos alimentares apropriados e se for detectada e tratada precocemente a pneumonia. A pneumonia por aspiração e a eutanásia constituem as causas mais comuns de morte nos animais com megaesôfago.

#### **4. CONCLUSÕES**

Pode-se concluir que o exame radiológico simples e contrastado é de fundamental importância para o diagnóstico de certeza em casos de megaesôfago, uma vez que apresenta sinais radiológicos específicos. Este também é importante para uma avaliação mais detalhada da possível lesão pulmonar que pode ocorrer em função do megaesôfago.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARAPETO, L.P. Radiologia do Sistema Digestório. In: CARAPETO, L.P. **Radiologia Veterinária de Pequenos Animais**. Pelotas, RS. 2000. p 186-190

COSTA,J.L.O., et al. Correção Cirúrgica de Obstrução Esofágica Ocasionalada por Persistência do 4° Arco Aórtico Direito em Cão. **Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia de Garça - FAMED/FAEF**. Garça/SP, Editora FAEF, Ano V, Número 09, Julho de 2007.

FARROW,C.S. Distúrbios do esôfago torácico. In: FARROW, C.S. **Veterinária - Diagnóstico por Imagem do cão e gato**. São Paulo: Roca, 2005. p.472, 389-391.

HUDSON,J.A., et al. **Radiologia Abdominal para o Clínico de Pequenos Animais**. São Paulo: Roca, 2003. p 69-72.

JOHNSON,S.E.; SHERDING, R.G. Esofagopatias e Distúrbios de Engolição. In: Bichard,S.J.;Sherding,R.G. **Manual Saunders de clínica de pequenos animais**. São Paulo: Roca, 2003. p. 758-759.

KEALY,J.K; MCALLISTER, H., O Abdômen. In: KEALY,J.K; MCALLISTER, H. **Radiologia e Ultra-sonografia do cão e do gato**. Barueri, SP: Manole, 2005. p796-798.

O'BRIEN,R.T. Mediastinum. In: O'BRIEN,R.T. **Thoracic Radiology for Small Animal Practitioner** Jackson, WY: Teton NewMedia, 2001. p 118-119.

TANAKA, N.M., et al. Megaesôfago em cães. **Rev. Acad. Ciênc. Agrár. Ambient.**, Curitiba, v. 8, n. 3, p.271-279, jul./set. 2010.

WATROUS,B.J. Esôfago. In: THRALL,D.E. **Diagnóstico de radiologia veterinária**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p 500-507.