



INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO

Injeção de corticoide no tratamento de estenose esofágica refratária

Steroid injection in the treatment of refractory esophageal stricture

Rita Carvalho*, Miguel Areia, Daniel Brito, Sandra Saraiva e Ana Teresa Cadime

Serviço de Gastrenterologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Coimbra, Portugal

Recebido a 3 de agosto de 2011; aceite a 5 de novembro de 2011
Disponível na Internet a 24 de julho de 2012

Caso clínico

Apresenta-se o caso de um doente de 87 anos, referenciado à consulta por suspeita de neoplasia do esôfago em endoscopia digestiva alta (EDA). Tinha antecedentes de doença coronária, doença de refluxo gastroesofágico, hérnia do hiato e hipertensão arterial, estando medicado com aspirina, diltiazem, furosemida, omeprazol e atorvastatina.

A EDA revelou, no esôfago aos 25 centímetros, uma estenose infranqueável cuja mucosa circundante apresentava inflamação e friabilidade marcadas (fig. 1). O estudo histológico mostrou tecido necroinflamatório sem células malignas. A tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica revelou espessamento do esôfago proximal. Na presunção de se tratar de causa péptica, foi realizado ensino dietético, medicado com esomeprazol 40mg 2 id e suspensa a aspirina.

Efetuu-se dilatação esofágica com balão «through-the-scope» (TTS) até 10 mm, revelando uma estenose regular com 2 cm de extensão, circunferencial, com inflamação difusa do esôfago a jusante. Inicialmente com periodicidade semanal e depois quinzenal, efetuaram-se 14 procedimentos em 6 meses. O aspeto endoscópico mantinha-se semelhante,

com estenose esofágica punctiforme (fig. 2). A repetição das biopsias e da TC confirmaram benignidade.

Perante ausência de melhoria, optou-se por complementar cada dilatação com terapêutica intralesional de corticoide no final do procedimento (7 mg de betametasona

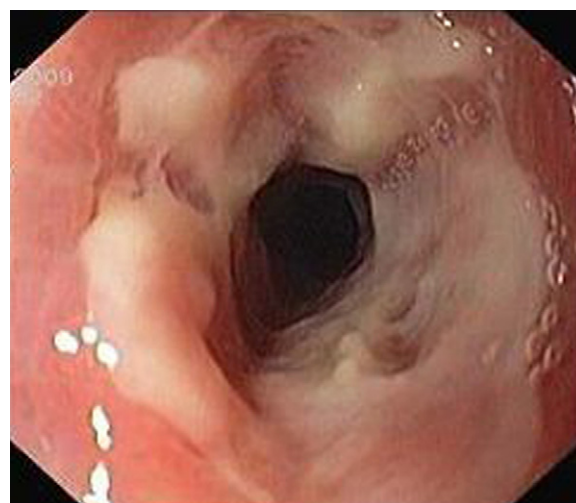


Figura 1 Estenose infranqueável no esôfago aos 25 centímetros, aquando da primeira endoscopia, previamente a dilatação. A mucosa circundante apresenta inflamação e friabilidade.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: ritamscarvalho@hotmail.com (R. Carvalho).

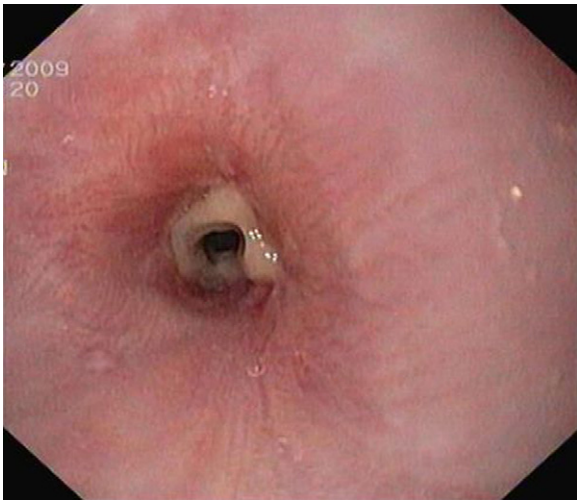


Figura 2 Aspeto punctiforme da estenose esofágica, após 14 dilatações com balão TTS.

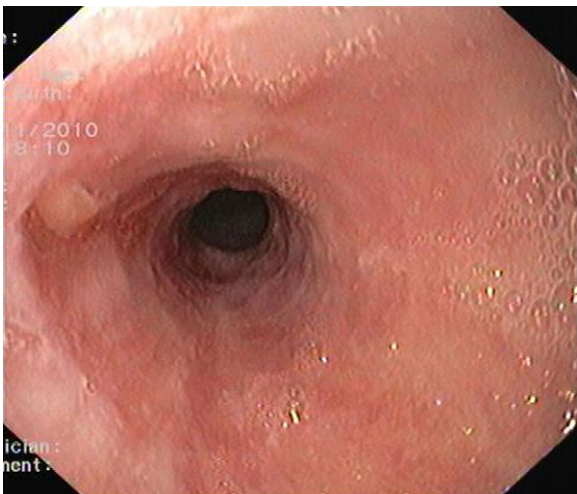


Figura 3 Aspeto cicatricial na região de estenose prévia, após 6 dilatações com injeção de corticoides, com lúmen facilmente permeável sem estenose.

diluídos em 4 cc de soro, com injeção de 1cc por quadrante, no interior da estenose). Após 6 dilatações com injeção de corticoides em 6 meses, obteve-se melhoria franca, com a região da estenose franqueável e de aspeto cicatricial (fig. 3).

Na reavaliação endoscópica aos 3 e 5 meses não houve necessidade de dilatação, mantendo-se o doente assintomático, medicado com esomeprazol.

As estenoses esofágicas podem ser benignas ou malignas. A causa péptica é a etiologia benigna mais frequente,

apesar da diminuição na sua frequência devido à utilização de antissecretores^{1,2}. A EDA com estudo histológico é o procedimento diagnóstico de escolha.

A dilatação endoscópica no tratamento das estenoses benignas tem como objetivos o alívio sintomático, a alimentação oral e evitar a aspiração pulmonar³. Se a etiologia é péptica, deve ser adicionado um inibidor da bomba de prótons, para diminuir a necessidade de dilatações⁴. Existem os dilatadores sobre fio-guia (Savary-Gilliard) e os balões TTS¹, não havendo dados que permitam afirmar a superioridade de um deles. A escolha depende da sua disponibilidade e preferência do endoscopista².

A dilatação é eficaz na maioria dos casos; no entanto, as estenoses complexas podem ser refratárias. São modalidades de tratamento adicionais a injeção intralésional de corticoide, a terapêutica endoscópica com facas nas estenoses fibróticas⁵, a colocação temporária de próteses, a utilização de próteses biodegradáveis e, em último caso, a cirurgia¹.

Acredita-se que a injeção de corticoide interfira na síntese de colagénio, na fibrose e no processo de cicatrização⁶. Não há diferenças entre os vários fármacos relativamente à eficácia. Deve ser feita, sempre que possível, antes da dilatação, no topo proximal e no interior da estenose, não havendo um número mínimo definido de sessões¹.

Com este caso, pretendemos demonstrar, à semelhança de trabalhos nacionais anteriores⁶, que a injeção de corticoide pode ser um tratamento eficaz nas estenoses benignas refratárias. Optámos pela não utilização de prótese, dado o diâmetro da estenose ser muito inferior ao das próteses existentes no mercado.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Bibliografia

1. Kochhar R, Poornachandra KS. Intralésional steroid injection therapy in the management of resistant gastrointestinal strictures. *World J Gastrointest Endosc.* 2010;2:61-8.
2. Baron TH. Management of benign esophageal strictures. *Gastroenterol Hepatol.* 2011;7:46-9.
3. Riley SA, Altwood SE. Guidelines on the use of oesophageal dilation in clinical practice. *Gut.* 2004;53 Suppl 1:i1-6.
4. Egan JV, Baron TH, Adler DG, Davila R, Faigel DO, Gan SL, et al. Esophageal dilation. *Gastrointest Endosc.* 2006;63:755-60.
5. Siersema PD. Treatment options for esophageal strictures. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol.* 2008;5:142-52.
6. Gonçalves C, Almeida N, Gomes D, Gregório C, Cotrim I, Gouveia H, et al. Injeção intralésional de betametasona nas estenoses benignas do esófago. *J Port Gastrenterol.* 2005;13:22-5.