

## NOSSA EXPERIÊNCIA COM A DILATAÇÃO BRUSCA NOS PORTADORES DE ACALÁSIA DO CÂRDIA

DRS. ASTOR BALEEIRO, ADERBAL  
ALMEIDA, ANTONIO MEYER  
Clínica Oto-Rino-Laringológica  
Serviço do Prof. CARLOS MORAES

O tratamento de 38 doentes portadores de acalásia do cárdia em nosso Serviço, no período de maio de 1950 à mesma data de 1952, autoriza-nos a emitir opinião em tôrno do método já tão divulgado e conhecido da dilatação brusca.

Os pacientes relacionados no presente trabalho apresentavam, todos, megaesôfago em maior ou menor gráu de desenvolvimento, desde simples dilatação a dólicos verdadeiros.

Divulgando nossa experiência, anima-nos o propósito de transmitir aos que nos lerem, os reais benefícios de uma técnica simples e eficiente quão isenta de complicações e riscos para o doente.

Leva-nos, igualmente, ela, a acreditar que não devemos recorrer a outro método terapêutico, senão depois de comprovada sua inexequibilidade.

Esta, vale dizer, só em raríssimos casos se verifica, como se depreenderá da leitura dêste nosso relato, e aí então será justo recorrer ao tratamento cirúrgico, por suas diversas técnicas de esôfago-cárdio-plastia, capazes de restabelecer o trânsito esôfágico.

É, enfim, uma obediência ao método cartesiano de ir do simples para o complexo.

São resultados colhidos com um processo que encerra uma aparelhagem simples e que poderá ser executada por qualquer colega que a tanto se disponha, especializado ou não.

Vale assim, cada vez mais divulgada esta técnica, para benefício de quantos, portadores de tal afecção, tenham ensejo de nela encontrar uma solução para os seus sofrimentos.

Não nos deteremos, no curso deste simples relato, a quaisquer considerações referentes a etiopatogenia, semiotécnica e questões outras atinentes ao assunto de que ora nos ocupamos, mas tão somente ao que se acha definido na sua epígrafe.

Nosso trabalho se baseia na observação de 38 pacientes, de ambos os sexos, de idades várias, das raças preta e branca, de profissões as mais diversas, na sua grande totalidade de condição social humilde, que procuraram diretamente o Serviço, ou nos foram enviados por outras Clínicas, com o diagnóstico já firmado.

Em todos êles foi realizado o estudo radiológico do esôfago para comprovação diagnóstica. Foram verificados os mais variados tipos de imagem de megaesôfago, alguns dos quais ilustram a nossa publicação.

#### **APARELHAGEM EMPREGADA**

Utilizamos, na dilatação dos casos aqui apresentados, ora do balão idealizado e construído em São Paulo pelo Dr. Arruda Botelho, ora do balão de Mosher, representados nas figuras 1 e 2. Não há diferença fundamental entre um e outro, no que diz respeito ao modo porque a dilatação se consegue.

O balão se compõe de dois manguitos de borracha (podem ser empregados os drenos de Penrose), um interno e outro externo, levando de permissão uma camisa inextensível e resistente de fazenda de algodão. Esta garantirá o calibre que se pretenda de fazer o balão completamente cheio, e assegurará a hiperpressão indispensável para vencer a resistência do córdia. A função do manguito externo é, além de permitir que a camisa intermediária de tecido se conserve, e facilmente se limpe o balão pela conveniente lavagem, a de permitir-lhe, quando vazio, um calibre reduzido, compatível com uma deglutição mais ou menos fácil. O controle de enchimento do balão de Mosher é obtido através de um manômetro (Fig. 2). O colega brasileiro

simplificou a aparelhagem substituindo o manômetro por um segundo balão, que permite o contrôlo manual da distensão do que foi introduzido, pelo seu funcionamento simultâneo. São providos de ponteiros diferentes (longa e curta) utilizáveis de acôrdo com o caso (Fig. 3). Ambos os aparelhos são construídos à base de substância radiopaca, o que permite acompanhar a descida e exata colocação ao nível do cárdia, sob contrôlo fluoroscópico.

#### TÉCNICA: PREPARAÇÃO DO DOENTE

De modo geral não praticamos qualquer espécie de anestesia. A anestesia local não nos parece de grande vantagem, pois sem ela o paciente poderá controlar os movimentos de deglutição e facilitar a introdução do aparelho. Quanto à anestesia de base, existe de fato a vantagem de acalmar os pacientes pusilânimes, dando-lhes maior tranquilidade, e diminuindo o reflexo tussígeno consequente à queda de saliva no laringe e vias aéreas inferiores. Como foi referido acima, não praticamos em nossos pacientes qualquer espécie de anestesia. Encontramos, em alguns, certa dificuldade na introdução do aparelho, e esta, as mais das vezes, em consequência da regurgitação de muco, saliva e restos alimentares contidos no mega, e tosse provocada pela aspiração dos mesmos. Tais dificuldades foram vencidas em sessões subseqüentes, recomendando-se aos pacientes jejum absoluto no dia marcado para a dilatação.

Aconselhamos regularidade na observância das seguintes instruções:

- 1) Dieta leve na ante-véspera
- 2) Dieta líquida na véspera
- 3) Jejum absoluto no dia a ser praticada a dilatação
- 4) Lavagem esofagiana algumas horas antes da dilatação, nos doentes que não foram por qualquer circunstância submetidos àquele regime.

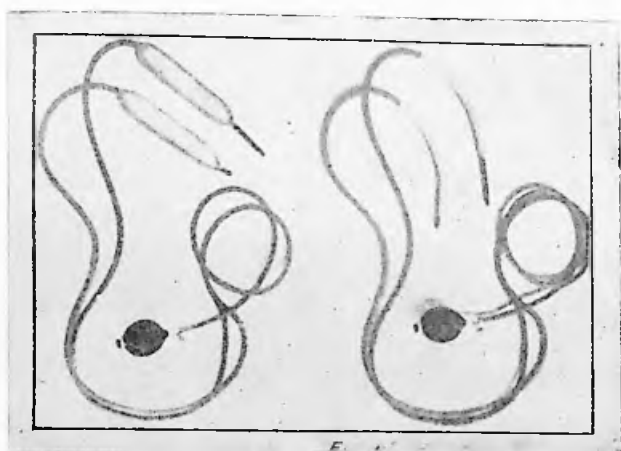


FIG. 1

Aparelhagem do DR. ARRUDA BOTELHO.

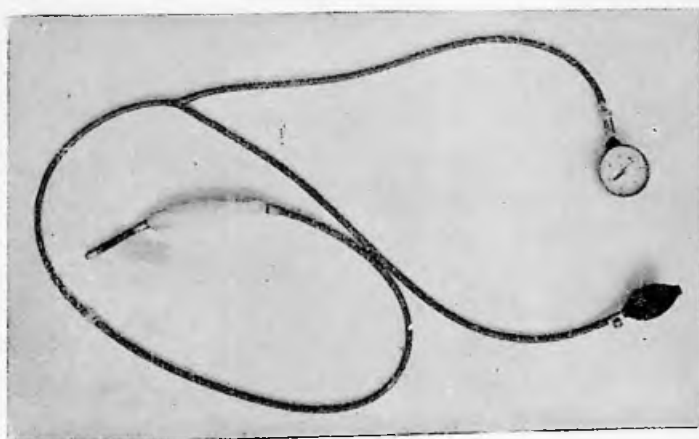


FIG. 2

Aparelhagem de MOSHER.

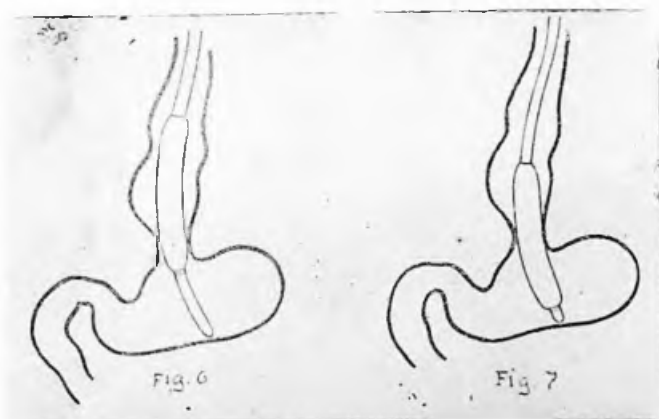


FIG. 3

Esquema demonstrando o uso adequado da ponteira curta em substituição da longa. (Apud A. BOTELHO).



FIG. 4

MEGAESÔFAGO. Imagem radiológica em "chuva de neve".

FIG. 5

MEGAESÔFAGO. Outro tipo de imagem radiológica.

## INTRODUÇÃO DO APARÊLHO

Na própria sala de radioscopia, ao paciente sentado de frente para o operador, solicitar-se-á que abra a bôca e, levantando a cabeça, pratique uma extensão forçada. Levada a ponteira à faringe, pedir-se-á ao doente que auxilie a sua descida para o esôfago, com movimentos de deglutição, ao mesmo tempo que se vai fazendo certa pressão sôbre a borracha para uma introdução mais rápida. Descendo o mesmo uma extensão aproximada que vai dos incisivos ao cárdia, leva-se o paciente ao ecran, sendo controlada daí por diante, sob fluoroscopia, a conveniente colocação do balão, atingida quando seu limite médio estiver à altura do cárdia. Neste ponto a ponteira terá alcançado a grande curvatura do estômago. Isto posto, a insuflação poderá ser realizada ainda sob contrôle fluoroscópico e o paciente acusará dor característica, sintoma que se observa tôda vez que a dilatação é eficiente.

Quando se emprega o balão de Mosher a introdução do mesmo é facilitada com o auxílio de uma haste condutora flexível e resistente, que se adapta no interior do tubo de borracha que conduz o ar para o balão, dispondo o mesmo para isso de um dispositivo facilmente desmontável. Uma vez colocado em situação ótima retira-se cuidadosamente a haste e restabelece-se a continuidade do balão com a pera insufladora.

## DILATAÇÃO COMBINADA COM GASTROSTOMIA

Entre os casos por nós observados, apresentaram-se três, nos quais, após várias e demoradas tentativas, não conseguimos absolutamente franquear o cárdia, e, nêsses, víamos, através o ecran, a extremidade metálica do balão dobrar-se e acompanhar a sinuosidade do megaesôfago, dando a impressão nítida, se não houvesse o contrôle fluoroscópico, de que, dada a quantidade de borracha introduzida, o cárdia já tivesse sido ultrapassado.

Eram portadores de verdadeiros dólicos, apresentando acentuado estado de desnutrição, caquéticos mesmos, o que se ob-

serva geralmente nestes casos, reclamando urgente e imediata solução alimentar. Para êstes pacientes, solicitamos o concurso do cirurgião no sentido da realização de gastrostomia, com a dupla finalidade de uma imediata via de alimentação, e da criação de uma fístula, utilizada posteriormente para manobra combinada, cuja técnica iremos sumariamente descrever.

Cêrca de dez a quinze dias depois da gastrostomia, verificado certo equilíbrio no estado geral do paciente, realizamos a dilatação brusca do cárdia, sendo o balão guiado ou tracionado por um fio condutor.

Tal se consegue, fazendo o paciente engulir, prèviamente, um fio de linha comum (nº 30), mais fácil de deglutir e que, aspirado através o gastrostoma, é substituído por outro mais resistente (fio nº 0). Êste último serve para tracionar e conduzir o balão da bôca para o cárdia.

A colocação exata, para uma dilatação eficiente, é apurada quando a ponteira metálica ultrapassa por inteiro o gastrostoma. Êste detalhe é fundamental para que se tenha segurança da presença do balão ao nível do segmento a ser dilatado. Chamamos a atenção para o fato, dados os insucessos verificados em manobras em que o mesmo não foi atendido. É elemento de maior segurança que o contrôle radioscópico.

Isto conseguido, o balão é insuflado em sua capacidade máxima, como nas manobras já descritas em outro capítulo, mas, aqui, dispensado o contrôle radioscópico.

Para esta técnica combinada, colocamos sempre o doente em decúbito dorsal na mesa de endoscopia.

Nestes casos, como nos demais, a eficiência do processo se comprovou imediatamente pelos sinais subjetivos já consagrados (dor ao nível do epigástrio, etc.).

Neles utilizamos sempre o balão de Mosher, que facilita a manobra por apresentar em sua ponteira metálica um orifício apropriado à fixação do fio condutor (Figs. 13 a 17).



FIG. 6 — MEGAESÔFAGO. Imagem radiológica antes do tratamento.

FIG. 7 — MEGAESÔFAGO. Caso da FIG. 6 depois de dilatado.



FIG. 8 — MEGAESÔFAGO. Imagem radiológica em "ponta de lapis".

FIG. 9 — MEGAESÔFAGO. Caso da FIG. 8 depois de dilatado.





FIG. 10 Imagem radiológica onde aparece o balão de MOSHER ao nível do cardia antes do seu enchimento.



FIG. 11 A mesma imagem da FIG. 10 com o balão em média pressão.



FIG. 12

A mesma imagem das FIGS. 10 e 11, com o balão totalmente cheio.



FIG. 13

DILATAÇÃO COMBINADA COM GASTROSTOMIA. Aspi-  
ração do fio.



FIG. 14

DILATAÇÃO COMBINADA COM GASTROSTOMIA. O fio  
fino foi substituído por outro mais resistente que servirá para tra-  
cionar o balão.



FIG. 15

DILATAÇÃO COMBINADA COM GASTROSTOMIA. O balão é tracionado para o esôfago.



FIG. 16

DILATAÇÃO COMBINADA COM GASTROSTOMIA. A ponta do balão alcança o gástrico.



FIG. 17

DILATAÇÃO COMBINADA COM GASTROSTOMIA. A ponta do balão ultrapassa o gastrostoma.

### CONCLUSÕES

A experiência dos casos compreendidos neste trabalho, de pacientes portadores de acalásia do cárdia e conseqüente megasôfago, em diferentes graus de desenvolvimento, leva-nos a formular as seguintes conclusões:

a) o recurso da dilatação brusca, com balão, é, até o momento, o método ideal de tratamento da acalásia do cárdia.

b) O tratamento em aprêço, já amplamente divulgado entre nós, é simples, de execução fácil, e nenhum risco oferece à vida dos pacientes.

c) Deve, sempre que possível, ser realizado sob controle radioscópico.

d) O número de dilatações variará em função da boa execução do método e da variedade do caso.

e) A persistência de imagem de mega, nas radiografias tomadas aos pacientes dilatados, não contraria o valor do método, se o trânsito alimentar se restabeleceu com normalidade.

f) Nos portadores de tal afecção, com dilatação exageradamente grande do esôfago, o recurso em aprêço deve ser utilizado em combinação com a gastrostomia.

g) Para eficiência desta manobra combinada devem ser respeitados os detalhes técnicos descritos.

h) Os outros recursos cirúrgicos ficam reservados aos demais casos.