

EMPREGO DA OPERAÇÃO DE HELLER-PINOTTI NO TRATAMENTO DO ESFÍNCTER ESOFAGIANO INFERIOR HIPERTENSIVO

Heller-Pinotti surgery to treat the hipertensive lower esophageal sphincter

Maria Aparecida Coelho de Arruda **HENRY**, Mauro Masson **LERCO**

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, Botucatu, SP, Brasil

Correspondência:

Maria Aparecida Coelho de Arruda Henry - Rua Miguel Cioffi, 200 - Botucatu – SP - CEP: 18607-693

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 23/10/2012
Aceito para publicação: 31/01/2013

INTRODUÇÃO

Na investigação etiológica da disfagia quase sempre é observado obstáculo mecânico na luz esofágica, tanto de origem benigna como maligna. Todavia, distúrbio motor deve ser pensado na ausência desses achados. O esfíncter esofágico inferior hipertensivo (EEIH) é um tipo de distúrbio motor caracterizado por elevada pressão de repouso no EIE (esfíncter inferior do esôfago) com valor acima de 45 mmHg, associada ao peristaltismo normal. Os portadores dessa afecção referem disfagia por vezes acompanhada de dor torácica^{2,3}. O EEIH é raro, com incidência de 0,3 a 2,7% dos pacientes encaminhados aos laboratórios de motilidade esofágica^{3,11}.

Houve a oportunidade dos autores atenderem dois pacientes e, considerando a raridade da doença, julgou-se oportuna esta publicação, que tem por objetivo apresentar os aspectos clínicos e terapêuticos encontrados, e os resultados do tratamento cirúrgico através de procedimento de Heller-Pinotti¹².

RELATO DOS CASOS

CASO 1

Mulher de 62 anos, branca, referia disfagia para sólidos há cinco anos. Negava antecedentes epidemiológicos para doença de Chagas, com sorologia negativa. O exame físico não tinha alterações dignas de nota. Esofagograma mostrou esôfago de calibre normal, confirmado pela endoscopia esofágica. A manometria esofágica revelou EIE com 82,2 mmHg, com relaxamento normal; esfíncter superior do esôfago (ESE) com 40,6 mmHg; corpo esofágico com peristaltismo normal.

O tratamento efetuado foi a cardiomiectomia associada à funduplicatura anterior (Heller-Pinotti), por via laparotômica (Figura 1). A evolução clínica mostrou remissão da disfagia. Nova manometria realizada três meses após mostrou EIE=28,9 mmHg, ESE=53 mmHg e peristaltismo normal.



FIGURA 1 - Cardiomiectomia realizada na transição esofagogástrica: A) miotomia realizada mostrando exposição ampla e longa da mucosa da junção esofagogástrica; B) funduplicatura anterior e parcial cobrindo a cardiomiectomia

CASO 2

Mulher de 42 anos, branca, com queixa de disfagia para sólidos há seis meses e emagrecimento de 4 Kg apresentou-se ao atendimento médico com exame físico sem alterações, esofagograma e endoscopia normais. Manometria esofágica revelou EIE=48,5 mmHg, com relaxamento normal; ESE=75,5 mmHg, peristaltismo normal. O tratamento foi semelhante ao da paciente anterior, porém por abordagem laparoscópica. Na evolução clínica foi observado restabelecimento normal da deglutição normal. Manometria pós-operatória mostrou EIE=22,8 mmHg, ESE=81 mmHg e peristaltismo normal.

DISCUSSÃO

Descrito por Code et al. (1960)², o EEIH é um distúrbio motor esofágico raro, no qual a pressão de repouso de EIE excede três desvios-padrão acima do limite superior da normalidade. Nos estudos manométricos convencionais refere-se pressão maior que 45 mmHg⁶. Outras características manométricas incluem relaxamento esfíncteriano preservado e peristaltismo normal. Clinicamente, o EEIH é associado

com disfagia e dor torácica.

Na classificação dos distúrbios motores esofágicos proposta por Spechler e Castell (2001)¹³, o EEIH juntamente com o esôfago em quebra nozes compõem o grupo de distúrbios hiperinéticos. Os seus portadores em geral são mulheres, o que se demonstrou também estes relatos e em outros de vários autores^{6,7,15}.

As opções terapêuticas são limitadas (Tabela 1) e têm como objetivo reduzir a pressão no EIE. Bortolotti et al. (2002)¹ administraram Sildenafil (50 mg) aos pacientes com dor retroesternal e/ou disfagia e observaram redução da pressão esfíncteriana, porém, não referem se houve remissão clínica. Os autores propõem o uso deste fármaco para o tratamento de EEIH. Dentre os bloqueadores dos canais de cálcio, a Nifedipina tem sido sugerida como boa opção terapêutica; ela promove remissão dos sintomas, diminuição da pressão no EIE, além de não provocar efeitos colaterais. Alguns autores têm recomendado a injeção de toxina botulínica no EIE através de endoscopia¹⁰. Os resultados são discordantes, tendo Jones (1996)⁶ referindo remissão completa da disfagia e Lacy et al. (2002)⁷ recidiva precoce do sintoma. Além da injeção de toxina botulínica, dilatação da cárdia é outro procedimento que pode ser realizado com auxílio da endoscopia e utilizada com sucesso por Traube et al. (1984)¹⁵.

TABELA 1 - Esfíncter esofágico inferior hipertensivo: opções terapêuticas

Referência	Casuística	Tratamento
Jones, 1996 ⁶	1	Toxina botulínica
Lacy et al., 2002 ⁷	1	Toxina botulínica
Bortolotti et al., 2002 ¹	14	Sildenafil
Nasrallah et al., 1985 ⁹	10	Nifedipina
Traube et al., 1986 ¹⁵	1	Dilatação pneumática
Patti et al., 2005 ¹¹	2	Miotomia + funduplicatura parcial
Tambakar et al., 2003 ¹²	4	Miotomia + funduplicatura parcial

Mais recentemente alguns autores têm indicado o tratamento cirúrgico, através da cardiomiectomia e válvula anti-refluxo, parcial^{11,14}. Considerando a eficácia da operação de Heller-Pinotti no tratamento do megaesôfago e sua propriedade de reduzir a pressão do tratamento do EIE, os autores deste trabalho consideraram válido o emprego dela para o tratamento

das duas pacientes deste relato. Na avaliação pós-operatória (80 d e 33 m) elas referiram restabelecimento da deglutição e ganho de peso.

Os autores concluem que a operação de Heller-Pinotti constitui boa opção terapêutica para os portadores de EEIH.

REFERÊNCIAS

- Bortolotti M, Pandolfo N, Giovanni M, Mari C, Miglioli M. effect of Sildenafil on hypertensive lower esophageal sphincter. *Eur J Clin Invest.* 2002;32:682-5.
- Code CF, Schegel JF, Kelley ML, Olson AM, Ellis FH. Hypertensive gastroesophageal sphincter. *Mayo Clin Proc.*, 1960;35:391-9.
- Henriques A, Csendes A, Rencoret G, Braghetto IM. Prevalencia de los diferentes transtornos motores primários del esôfago. Estudio prospectivo de 5440 casos. *Rev Med Chile.* 2007;135:1270-5.
- Henry MACA, Lamónica-García VC, Lerco MM. Avaliação nutricional pré e pós-operatória em pacientes com megaesôfago não avançado. *Arq Gastroenterol.* 2009;46:341-2.
- Henry MACA, Saad LHC, Marcato OS. The importance of esophageal manometry in diagnosis and management of megaesophagus. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 1991;6:8-14.
- Jones MP. Botulin toxin in hypertensive lower esophageal sphincter. *Am J Gastroenterol.* 1996;91:1283-4.
- Lacy BE, Zayat EM, Crowell MD. Case report: botulin toxin in hypertensive lower esophageal sphincter: a manometric case study. *Dysphagia.* 2002;17:75-80.
- Lopes LR, Braga NS, Oliveira GC, Coelho Neto JS, Camargo MA, Andreollo NA. Results of the surgical treatment of non-advanced megaesophagus using Heller-Pinotti's surgery: laparotomy vs. laparoscopy. *Clinics.* 2011;66:41-46.
- Nasrallah S, Tommaso CL, Singleton RT, Backhaus EA. Primary esophageal motor disorders: clinical response to Nifedipine. *South Med J.* 1985;78:312-5.
- Pasricha PJ, Ravith WG, Hendrix TR, Sostre S, Jones B, Klavor NA. Intrasphincteric botulin toxin for the treatment of achalasia. *N Engl J Med.* 1995;332:774-8.
- Patti MG, Gorodner MV, Galvani C, Tedesco P, Fisichella PM, Ostroff JW, Bagatelos KC, Way LW. Spectrum of esophageal motility disorders: implications for diagnosis and treatment. *Arch Surg.* 2005 May;140(5):442-8.
- Pinotti HW, Gama Rodrigues JJ, Ellenbogen G, Arab-Fadul R, Raia A. Novas bases para o tratamento cirúrgico do megaesôfago: cardiomiectomia com esofagofunduplicatura. *Rev Assoc Med Bras.* 1974;20:331-4.
- Spechler SJ, Castell DO. Classification of esophageal motility abnormalities. *Gut.* 2001;49:145-51.
- Tambakar AP, Almogy G, Arain MA, Portale G, Hagen JA, Peters JH, et al. Surgical management of hypertensive lower esophageal sphincter with dysphagia or chest pain. *J Gastrointest Surg.* 2003;7:990-6.
- Traube M, Lagarde S, McCallum RW. Isolated hypertensive lower esophageal sphincter: treatment of a resistant case by pneumatic dilatation. *J Clin Gastroenterol.* 1984;6:139-42.