

RELATO DE CASO

DISFAGIA LUSÓRIA – RELATO DE CASO

ADORÍSIO BONADIMAN^{1*}; ALISSON FERREIRA PUPULIM¹; DANIEL ANDRADE REIS¹; FERNANDO DE OLIVEIRA DUTRA²; ISABELA CUNHA PEREIRA¹.

1 – Docente do serviço de residência em cirurgia Geral do Hospital Memorial Uningá.

2 – Chefe do serviço de residência em cirurgia Geral do Hospital Memorial Uningá.

Artigo submetido em: XX/XX/2022

Artigo aceito em: XX/XX/2022

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: bonadiman.cirurgia@gmail.com.

RESUMO

A disfagia lusória é uma causa incomum de disfagia, relatada pela primeira vez em 1787 pelo cirurgião inglês David Bayford. Sua fisiopatologia advém da compressão mecânica extrínseca do esôfago por uma estrutura vascular. Atualmente, sabe-se que a artéria subclávia direita aberrante é uma das causas responsáveis por essa afecção e corresponde a aproximadamente 0,4-2,3% das anomalias congênicas do arco aórtico. Devido a raridade da doença aqui descrita, uma suspeita diagnóstica associada a exames complementares são ferramentas fundamentais para alcançar o diagnóstico definitivo e assim instituir a terapia apropriada. Este trabalho apresenta um estudo de caso sobre uma paciente feminina, 58 anos com quadro de disfagia lusória e uma revisão de literatura a respeito do tema.

Palavras-chave: Endoscopia. Esôfago. Transtornos da Motilidade Esofágica. Transtornos de Deglutição.

ABSTRACT

Dysphagia lusoria is an uncommon cause of dysphagia, first reported in 1787 by the english surgeon David Bayford. Its pathophysiology comes from the extrinsic mechanical compression of the esophagus by a vascular structure. Currently, it is known that the aberrant right subclavian artery is one of the causes responsible for this condition and corresponds to approximately 0.4-2.3% of congenital anomalies of the aortic arch. Due to the rarity of the disease described here, a diagnostic suspicion associated with complementary exams are fundamental tools to reach the definitive diagnosis and thus institute the appropriate therapy. This work presents a case study on a 58-year-old female patient with a condition of lusory dysphagia and a literature review.

Keywords: Endoscopy. Esophagus. Esophageal Motility Disorders. Deglutition Disorders.

INTRODUÇÃO

A disfagia, dificuldade para deglutir, é um sintoma recorrente na prática clínica diária e pode indicar alguma disfunção esofágica. Na população acima de 65 anos sua incidência chega a 15%. Pode ser subdividida em orofaríngea e esofagiana. A disfagia orofaríngea, ou de transferência, é a incapacidade de impulsionar o bolo alimentar da área hipofaríngea para o corpo esofágico. As causas eventualmente são de origem neuromuscular, como esclerose múltipla, miastenia gravis, acidente vascular encefálico e tumores do sistema nervoso central ou estruturais, como tumores e o divertículo faringoesofágico (Zenker). Já a disfagia esofagiana, ou de condução, é a dificuldade de promover a propagação do bolo alimentar através do esôfago após deglutição. Pode estar associada a distúrbios de moti-

lidade esofágica, como acalasia, espasmo esofágico difuso e motilidade esofagiana ineficaz dentre outros. Além de distúrbios orgânicos como tumores benignos e malignos, corpo estranho, esofagite eosinofílica, divertículos e estenose péptica, entre outras ⁽¹⁾.

A disfagia lusória é um quadro incomum proveniente da compressão mecânica extrínseca do esôfago por estrutura de origem vascular. Foi descrita pela primeira vez na literatura em 1787 pelo cirurgião inglês David Bayford durante autópsia em paciente feminina de 62 anos com história de disfagia de longa data. O termo lusória refere-se a aberrações da natureza ("*lusus naturae*") ^(3,4). A artéria subclávia direita aberrante, responsável por esta afecção na maioria das vezes, corresponde a apro-

ximadamente 0,4-2,3% entre as anomalias do arco aórtico (2,4).

Dado a raridade da patologia supracitada, a suspeição diagnóstica e a realização de exames complementares direcionados são imprescindíveis para chegar ao diagnóstico definitivo e promover a terapêutica ideal. Este trabalho traz um relato de caso sobre uma paciente do sexo feminino, 58 anos com quadro de disfagia lusória e uma sucinta revisão de literatura sobre o tema.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 58 anos, procurou Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo em dezembro de 2019 com queixa de disfagia de condução considerada leve, com início há 12 meses. Apresentava piora após ingestão de líquidos.

No primeiro momento da investigação diagnóstica foi solicitada uma endoscopia digestiva alta (EDA), que mostrou leve compressão extrínseca pulsátil do esôfago proximal e gastrite enantemática leve de antro (**Figura 1**).

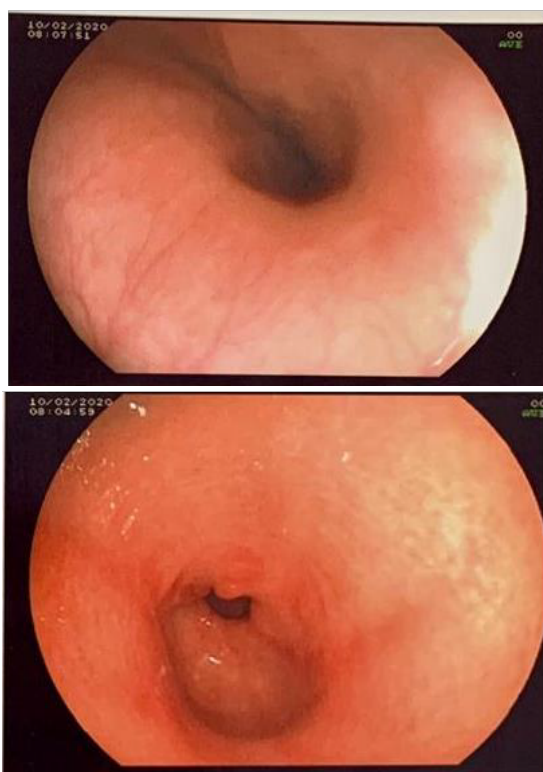


Figura 1. Endoscopia Digestiva Alta (Superior): Discreta Compressão Extrínseca do Esôfago Proximal e (Inferior): Gastrite Antral Leve.

Fonte: Endotec – Serviço de Endoscopia.

No estudo contrastado do esôfago, estômago e duodeno (EED), era possível visualizar uma compressão na porção esofágica proximal presente em todas as imagens (**Figura 2**). Diante deste acha-

do, levantou-se a hipótese diagnóstica de disfagia lusória e foi dada sequência na investigação. A manometria esofágica apresentou-se dentro da normalidade (**Figura 3**).

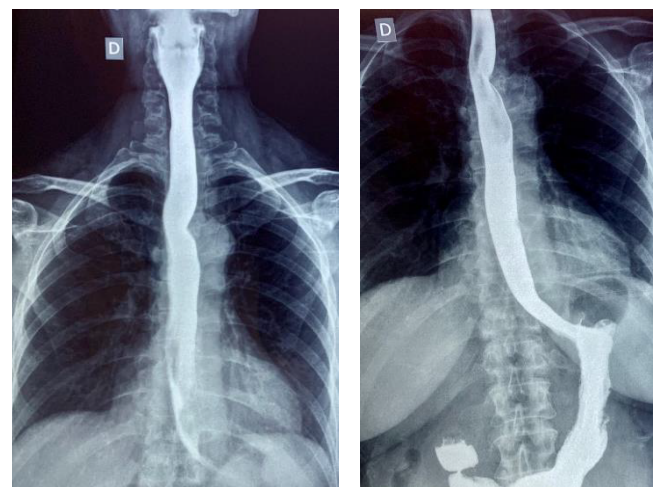


Figura 2. Esofagograma – Compressão na Porção Esofágica Proximal Persistente.

Fonte: Serviço de Medicina de Imagem Hospital Bom Samaritano de Maringá.

A tomografia computadorizada contrastada de tórax evidenciou uma artéria subclávia direita aberrante (Artéria Lusória), com origem na aorta descendente e trajeto entre o esôfago e a coluna torácica, gerando uma compressão nesta região (**Figura 4**).

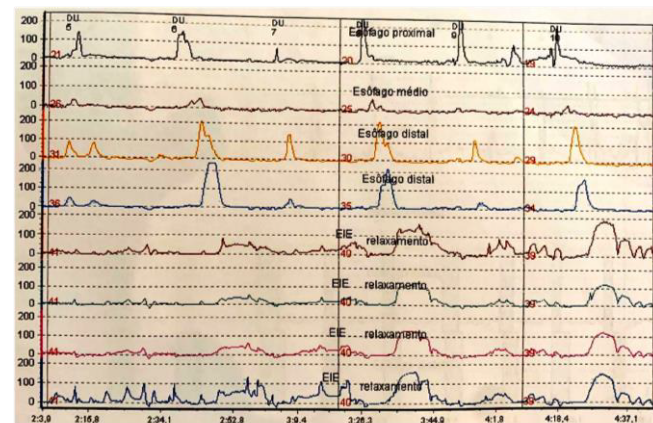


Figura 3. Manometria Esofágica sem anormalidades.

Fonte: Laboratório de Fisiologia Digestiva – Clínica Thó-rax Maringá.

Deste modo confirmou-se a hipótese de disfagia lusória. Após o esclarecimento da patologia e diante da sintomatologia leve da paciente, optou-se pelo tratamento conservador, com orientação dietética e seguimento ambulatorial, mantendo-se estável até o presente momento (abril 2020).

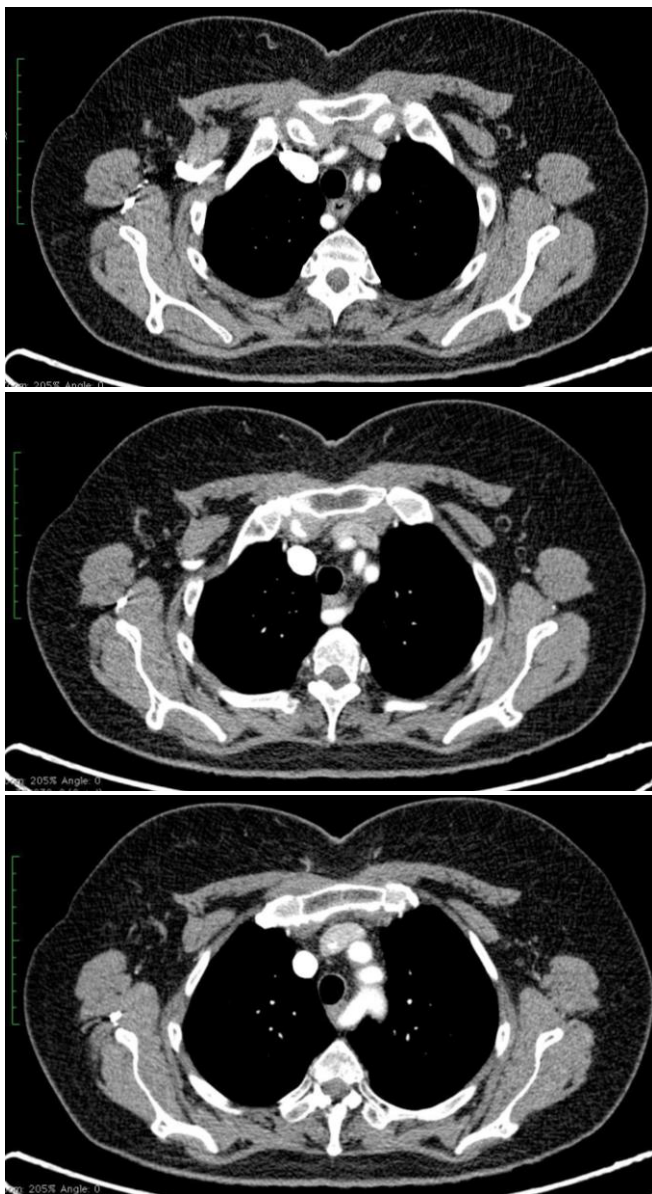


Figura 4. Estudo de Imagem: Tomografia de Tórax com Contraste – Artéria subclávia direita aberrante com origem na aorta descendente e trajeto posterior, entre o esôfago e a coluna, causando compressão nesta região.

Fonte: Instituto Maringá de Imagem

DISCUSSÃO

A disfagia lusória é uma patologia considerada rara. Surge geralmente em consequência de uma artéria subclávia direita aberrante (ASDA), variação anatômica mais comum do arco aórtico, com prevalência de 0,4-2,3%. Esta alteração ocorre no período embrionário em que há involução incompleta do quarto arco vascular e da aorta dorsal à direita, gerando uma sétima artéria intersegmentar direita que permanece atrelada à aorta descendente e por conseguinte dá origem a artéria lusória^(5,6,7,8). Em 80% das vezes esta ASDA tem trajeto posterior ao esôfago e traqueia seguindo em direção ao membro superior direito, como no caso aqui relatado. Em 15% dos casos, ela passa entre a traqueia e esôfago, ao passo que nos 5% restantes,

possui um trajeto anterior a estas duas estruturas⁽⁵⁾. A artéria subclávia aberrante à esquerda é ainda mais rara, tendo sua prevalência estimada em 0,04-0,4%⁽³⁾.

Até 70% dos pacientes podem ser assintomáticos. Quando os sintomas surgem, a disfagia é o mais comum, estando presente em cerca de 90% dos casos. Outras manifestações como dor torácica, regurgitação, distensão pós-prandial, perda de peso, e síndrome de Horner aparecem em menos de 20% das vezes^(4,5). Vale lembrar que causas mais frequentes de disfagia devem ser investigadas quando nos deparamos com esta queixa⁽⁴⁾. Alguns mecanismos podem indicar o surgimento da sintomatologia, sendo os principais o aumento da rigidez esofágica ou da parede dos vasos com o avançar da idade, a formação de aneurismas, especificamente na presença do divertículo de Kommerell, a existência do tronco bicarotídeo e o alongamento aórtico com o envelhecimento⁽⁷⁾.

Durante a avaliação diagnóstica dispõe-se de diversas modalidades de exames complementares. Um dos mais utilizados é a Endoscopia Digestiva Alta que pode demonstrar compressão pulsátil da parede posterior do esôfago. Um recurso endoscópico mais refinado a ecoendoscopia, é capaz de revelar ASDA e presença de um divertículo de Kommerell mesmo em pacientes assintomáticos^(5,10). Outro exame de grande valia é o esofagograma contrastado, durante o qual é recomendado realizar pelo menos duas incidências: a lateral, onde é possível notar imagem em forma de cunha na porção posterior do esôfago e a oblíqua, que geralmente tem um defeito de preenchimento na diagonal posterior, no nível de terceira e quartas vértebras torácicas. Contudo, o exame pode ser normal em até 40% dos doentes^(4,5,6,10). A manometria esofágica usualmente apresenta alterações inespecíficas, mas em alguns casos são observadas zonas de alta pressão em sincronia com as pulsações arteriais e ondas eletrocardiográficas, outra variação é ausência de relaxamento após estímulo de deglutição e altas pressões peristálticas próximo ao local de compressão^(4,5,6).

Angiografia é apontada padrão ouro no diagnóstico de anomalias vasculares, porém este exame invasivo tem sido utilizado em casos reservados^(9,11,12). Atualmente a ressonância magnética e tomografia computadorizada vêm ganhando espaço, devido maior disponibilidade e por serem menos invasivas. Estes métodos são capazes de identificar alterações vasculares e sua relação com órgãos

adjacentes, além de auxiliarem no planejamento cirúrgico, quando indicado. Com o advento das reconstruções 3D tais exames se tornaram ainda mais sensíveis e específicos ^(4,5,6,10).

No que concerne o manejo terapêutico, é fundamental considerar algumas variáveis como a gravidade dos sintomas, risco nutricional e impacto na qualidade de vida ^(4,5,6). A partir disto institui-se tratamento individualizado. Casos leves a moderados mostram resultados favoráveis a mudanças dietéticas e do estilo de vida. Já nos graves, ou sem resposta à conduta inicial, há indicação de terapia intervencionista. Diversas técnicas de reparos cirúrgicos foram descritas e têm como foco principal remover o vaso aberrante e reconstruir o sistema vascular de modo funcional ⁽⁵⁾. Outras categorias, como procedimentos endovasculares e técnica híbrida estão se destacando. Deve-se sempre ponderar o “risco-benefício” de cada método, sendo que esta avaliação da morbimortalidade envolve a complexidade tanto da malformação anatômica quanto do procedimento terapêutico empregado ⁽³⁾.

CONCLUSÃO

A disfagia é queixa habitual no atendimento em serviços de Endoscopia, Gastroenterologia e Cirurgia do Aparelho Digestivo. Muitas podem ser as etiologias, tais como estenoses, corpos estranhos, tumores esofágicos e distúrbios de motilidade. A compressão extrínseca do esôfago por estrutura vascular, dita Disfagia Lusória, é uma causa rara e eventualmente negligenciada de dificuldade na deglutição. Diante disto, a história clínica detalhada e sua correlação aos métodos propedêuticos mais apropriados, torna-se algo essencial para identificar esta situação e propiciar aos pacientes uma condução adequada do caso.

REFERÊNCIAS

1. ALLAMAND, T. J. F. et al. Arteria subclavia aberrante izquierda, hallazgo infrecuente. *Rev. chil. radiol.*, v. 25, n. 2, p. 71-74, jun 2019.
2. ALVES, S. et al. Disfagia lusória – caso clínico. *Revista Portuguesa De Otorrinolaringologia E Cirurgia De Cabeça E Pescoço*, v. 46, n. 4, p. 265-268, dez 2008. DOI: <https://doi.org/10.34631/sporl.417>.
3. BAYORD D.. An account of a singular case of obstructed deglutition. *Memoirs Med. Soc. London*, v. 24, n. 2, p. 275-286, 1794.
4. BENNETT A. L. et al. Dysphagia lusoria: A late onset presentation. *World Journal Gastroenterol.*, v. 19, n. 15, p. 2433-2436, abril 2013.
5. CASTELL D. O., DONNER M.W.. Evaluation of dysphagia: a careful history is crucial. *Dysphagia*, v. 2, n. 2, p. 65-71, 1987. DOI: 10.1007/BF02408136.
6. FUKUHARA, S.. A novel method for the treatment of dysphagia lusoria due to aberrant right subclavian artery. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, v. 16, n. 3, p. 408-410, mar 2016.
7. JALAL H., et al. Dysphagia lusoria: Report of a series of six cases. *Clin. Res. Hepatol. Gastroenterol.*, v. 38, n. 3, p. 45-49, abril de 2013.
8. MARTINEZ J. D. et al. Dysphagia Lusoria y Diverticulum de Zenker. Reporte de caso. *Rev. Fac. Med.* v. 62, n. 1, p. 131-135.
9. MENDES, C. L. et al. Disfagia lusoria: reporte de un caso y revisión de literatura. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, v. 24, n. 4, p.396-402, 2009.
10. MUÑOS A. et al. Disfagia lusória: relato de caso e revisão da literatura. *Rev Col Gastroenterol*, v. 24, n. 4, p. 396-402, 2009.
11. ROSO, E. B. et al. Artéria lusória: causa não usual de disfagia – relato de caso. *Revista de GED Gastroenterologia Endoscopia Digestiva*. v. 34, n. 2, p. 81-84, 2015.
12. TANAKA, A., MILNER, R., OTA, T. Kommerell's diverticulum in the current era: a comprehensive review. *Thoracic and Cardiovascular Surgery*, v. 63, n. 5, p. 245-259, 2015.