



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES (HUCAM)
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA DO APARELHO
DIGESTIVO

FÚLVIO ALVES JANONES

PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS À DILATAÇÃO
ENDOSCÓPICA NO HUCAM

VITÓRIA-ES

2013

FÚLVIO ALVES JANONES

**PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS À DILATAÇÃO
ENDOSCÓPICA NO HUCAM**

Relatório de pesquisa apresentado ao Programa de Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestivo do Centro de Ciências da Saúde da UFES, Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião do Aparelho Digestivo.

Orientador: Professor Dr. José Manoel Binda

VITÓRIA-ES

2013

FÚLVIO ALVES JANONES

**PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS À DILATAÇÃO
ENDOSCÓPICA NO HUCAM**

Relatório de Pesquisa apresentado ao Programa de Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestivo do Centro de Ciências da Saúde da UFES, Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião do Aparelho Digestivo.

Orientador: Professor Dr. José Manoel Binda

Avaliada em: ____/____/____

Dr. José Manoel Binda (Orientador)

Dr. Gustavo Peixoto Soares Miguel

Dr. Felipe Mustafa

Dr. Joao de Siqueira Neto

VITÓRIA-ES

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES

Prof. Dr. REINALDO CENTODUCATTE

Reitor da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Prof. Dr. CARLOS ALBERTO REDINS

Diretor do Centro de Ciências da Saúde CCS/UFES

Prof. Dr. EMÍLIO MAMERI NETO

Diretor Superintendente do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM)

Prof^a. Dra. MARIA DA PENHA ZAGO GOMES

Coordenadora Geral do Programa de Residência Médica do HUCAM/CCS/UFES

Prof. Dr. JOÃO FLORÊNCIO DE ABREU BATISTA

Chefe do Departamento de Clínica Cirúrgica do CCS/UFES

Prof. Dr. LUIS ANTÔNIO PÔNCIO DE ANDRADE

Chefe da Divisão de Clínica Cirúrgica do HUCAM/CCS/UFES

Prof. Dr. GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL

Chefe do Serviço de Cirurgia Geral HUCAM/CCS/UFES e Coordenador do Programa de Residência Médica de Cirurgia do Aparelho Digestivo

Prof. Dr. FERNANDO ANTÔNIO MARTINS BERMUDES

Coordenador do Programa de Residência Médica de Cirurgia Geral do HUCAM/CCS/UFES

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Paulo Divino Janones e Aldeni Aparecida Alves Janones pelos ensinamentos e princípios éticos que me transmitiram.

Aos meus irmãos Paula e Flávio pelo apoio e incentivo.

À minha namorada pelo companheirismo em todos os momentos.

Aos meus avós pelo carinho.

Aos meus cunhados e amigos pela torcida pelo meu sucesso.

E a todos que me ajudaram e trilharam comigo nesta longa jornada.

AGRADECIMENTOS

À **UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES**, que me possibilitou cursar o Programa de Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestivo.

Ao meu orientador, **Prof. Dr. José Manoel Binda**, pelos ensinamentos teóricos e práticos de Cirurgia e Endoscopia Digestiva Alta. Pelo seu exemplo de dedicação ao HUCAM e pela oportunidade de ser seu orientando neste projeto.

Ao **Prof. Dr. Gustavo Peixoto Soares Miguel**, Coordenador do Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo, pelos ensinamentos, pela paciência e pelo ótimo serviço prestado à Instituição. Pela co-orientação neste projeto.

A todos os outros **Preceptores**.

Aos **Colegas de Residência Médica**.

Aos **Funcionários do HUCAM**.

Aos **Pacientes**.

RESUMO

A dilatação endoscópica é um procedimento utilizado para o alívio ou resolução dos casos de disfagia em pacientes que apresentam estenoses por diversas causas, entre elas estenoses cáusticas, estenoses pépticas, estenoses pós - radioterapia, estenoses de anastomose decorrente de procedimentos cirúrgicos ou doenças como Acalásia. **OBJETIVOS:** O trabalho objetivou avaliar o perfil dos pacientes submetidos ao procedimento de dilatação por via endoscópica no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, a partir da busca nos registros oficiais do Hospital. **MÉTODOS:** Estudo descritivo, retrospectivo baseado em levantamento de prontuários de pacientes tratados (N=139) no Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, vinculados à Universidade Federal do Espírito Santo durante o período compreendido entre 01/10/1997 e 31/12/2011. **RESULTADOS:** 56,9% dos pacientes eram do sexo masculino, com mediana de idade de 51,5 anos. Estenose de anastomose foi a principal causa de dilatação com 22,8%. Quinze virgula um foi o número médio de dilatações para estenose cáustica. A taxa de complicação maior, como perfuração do órgão, foi 2,8%. **CONCLUSÕES:** A maioria dos pacientes era natural e residente no Espírito Santo, do sexo masculino, na sexta década de vida, sendo a estenose de anastomose a principal causa de dilatação e a estenose cáustica a que necessitou do maior número de dilatações. O número de complicações foi maior que o relatado na literatura.

PALAVRAS CHAVES: Dilatação endoscópica; Estenose do esôfago; Análise de Prontuários.

ABSTRACT

Endoscopic Dilatation is a procedure used for the relief or resolution of cases of Dysphagia in patients with stenosis due to several causes, among them, caustic stenosis, peptic stricture, stenosis post radiation therapy, stenosis of anastomosis surgical procedure or due to diseases such as achalasia. **OBJECTIVES:** The study aimed to evaluate the profile of patients undergoing procedures by endoscopic dilatation in the Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes from the search in the official records of the hospital. **METHODS:** A descriptive study based retrospective survey of records of patients treated in the Service of Gastrointestinal Surgery at the Hospital Cassiano Antonio de Moraes, linked to the Universidade Federal do Espírito Santo between 10/01/1997 and 12/31/2011. **RESULTS:** 56,9% of patients were male with median age of 51,5 years. Stenosis of the anastomosis was the main cause of dilatation with 22,8%. 15,1 was the average number of dilatation for caustic stenosis. Higher complication rate, such as perforation of organ, was 2,8%. **CONCLUSIONS:** The majority of patients were born and resident in the Espírito Santo state, male, in the sixth decade of life, and stenosis of the anastomosis the leading cause of dilatation and caustic stricture that required the largest number of dilatations. The number of complications was higher than reported in the literature.

KEYWORDS: Endoscopic Dilatation, esophagus stenosis, analysis of medical records.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCS: Centro de Ciências da Saúde

EDA: Endoscopia Digestiva Alta

Fr: French

HUCAM: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

mg: miligramas

mm: milímetros

n: número de pacientes

nº: número

UFES: Universidade Federal do Espírito Santo

AL: Alagoas

BA: Bahia

ES: Espírito Santo

MG: Minas Gerais

PA: Pará

RJ: Rio de Janeiro

RS: Rio Grande do Sul

SE: Sergipe

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FOTO 1 :DILATADOR DE EDER-PUESTOW	17
FIGURA 1: DILATADOR DE SAVARY	17
FIGURA 2: DILATADOR BALÃO	18

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: PREVALÊNCIA POR SEXO	21
GRÁFICO 2: NÚMERO DE PACIENTES X IDADE.....	22
GRÁFICO 3: NÚMERO DE PACIENTES X NATURALIDADE	23
GRÁFICO 4: NÚMERO DE PACIENTES X RESIDÊNCIA ATUAL	24
GRÁFICO 5: CAUSAS DA DILATAÇÃO	26
GRÁFICO 6: CAUSAS DA DILATAÇÃO (Excluindo-se causa indeterminada)	27
GRÁFICO 7: NÚMERO DE DILATAÇÕES POR CAUSA ESPECÍFICA	29
GRÁFICO 8: Nº PACIENTES X Nº DILATAÇÕES X Nº MÉDIO DILATAÇÕES	30
GRÁFICO 9: NÚMERO MÉDIO DE DILATAÇÕES POR PACIENTE	31
GRÁFICO 10: Nº DE SESSÕES DE DILATAÇÃO POR TIPO DE DILATADOR	32
GRÁFICO 11: TIPO DE DILATADOR X CAUSA.....	33
GRÁFICO 12: COMPLICAÇÕES	33
GRÁFICO 13: CAUSAS DE PERFURAÇÕES	34
GRÁFICO 14: TIPOS DE ESTENOSE DE ANASTOMOSE	35

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	4
AGRADECIMENTOS	5
RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	8
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	9
LISTA DE GRÁFICOS	10
1- INTRODUÇÃO	13
1.1- Histórico	13
1.2- Sinais e Sintomas das Estenoses	14
1.3- Diagnóstico	14
1.4- Classificação das Estenoses.....	14
1.5- Tratamento.....	15
1.6- Descrição do Procedimento	16
2- OBJETIVOS	19
3- MATERIAIS E MÉTODOS	20
4- RESULTADOS	21
4.1- Prevalência por sexo.....	21
4.2- Idade	22
4.3- Naturalidade.....	22
4.4- Procedência (Residência atual)	24
4.5- Causas da dilatação.....	25
4.6- Número de dilatações	28
4.7- Tipos de dilatadores	31
4.8- Estenose de Anastomose	34
5. DISCUSSÃO	36
6. CONCLUSÃO	40
7. REFERÊNCIAS	41
ANEXO 1	46

1-INTRODUÇÃO

A dilatação endoscópica é uma das técnicas utilizadas para a resolução de estenoses e outras anormalidades que dificultam o trânsito alimentar. O local em que é mais comumente realizada é o Esôfago. Mas também pode ser utilizada em outros sítios do trato digestivo.

As principais causas de estenoses são a esofagite péptica, a ingestão de agentes corrosivos, a estenose pós-radioterapia e as estenoses de anastomose. A dilatação endoscópica também pode ser utilizada em doenças como a acalasia, estenoses de piloro, entre outras.

Entre os objetivos de uma dilatação estão conseguir ultrapassar a estenose com o mínimo de trauma e desconforto para o paciente, manter o órgão pérvio pelo maior tempo possível, dilatar a estenose com o mínimo de complicações como rupturas, lacerações e perfurações e apresentar um baixo custo¹.

1.1-Histórico

As técnicas de dilatação para o tratamento de estenoses são descritas desde os egípcios, que utilizavam varetas de cana para a dilatação de estenoses de uretra. No século XVI Willis descreve a primeira dilatação de acalasia utilizando um osso de baleia com uma esponja em sua ponta. Mas foi a partir do século XX, com o desenvolvimento de dilatadores com materiais mais modernos e anatômicos, como o dilatador de borracha preenchido com mercúrio de Hurst, o dilatador com ponta afilada de Maloney, o dilatador metálico de Eder-Puestow, o dilatador de Savary e os balões dilatadores que o procedimento tornou-se mais difundido¹.

1.2- Sinais e Sintomas das Estenoses

Os principais sinais e sintomas que o paciente apresenta são disfagia, vômito, regurgitação e perda de peso.

1.3- Diagnóstico da Disfagia

O diagnóstico geralmente é feito após uma anamnese e exame clínico detalhados e

com o auxílio de exames como a endoscopia digestiva alta ou através de um exame de imagem com o uso de contraste, como a seriografia. A manometria também pode ser útil.

1.4- Classificação das Estenoses

Uma proposta de Classificação das estenoses foi feita por Kochman, que as dividiu em:

- *Estenose Refratária* que seria a incapacidade de se obter um diâmetro luminal de 14 mm após cinco sessões de dilatações com um intervalo entre elas de duas semanas;
- *Estenose Recorrente* a incapacidade de manter por quatro semanas o diâmetro de 14 mm, uma vez que ele tem tenha sido conseguido².

Outra classificação divide as estenose em Simples e Complexas. As simples são as focais, retilíneas e com o diâmetro que permite a passagem do aparelho. As complexas são as estenoses maiores que dois centímetros em extensão, tortuosas e com diâmetro estreito a ponto de impedir a passagem do endoscópio³.

1.5- Tratamento

O tratamento visa ao alívio da disfagia, garantir uma nutrição adequada e evitar a aspiração².

Uma dilatação é considerada de sucesso quando se obtém um diâmetro de pelo menos 42Fr (14mm) ou o paciente fique livre dos sintomas².

A dilatação mecânica é a intervenção mais importante para o tratamento da disfagia. Em adição pode-se usar injeção de esteroides, *stents* temporários, incisão e destruição do tecido fibrótico².

Os pacientes podem necessitar, dependendo da etiologia da estenose, de uma ou de várias sessões de dilatação.

A maioria dos estudos a respeito da injeção de corticóide intralesional são não aleatorizados ou não controlados². Alguns estudos com *n* pequeno mostram

diminuição no número de sessões de dilatação e aumento no intervalo entre elas com o uso de Triancinolona 20mg nos quatro quadrantes².

Os *stents* esofágicos metálicos auto-expansíveis têm sido utilizados predominantemente para condições malignas. Em doenças benignas apenas os removíveis tem sido indicados devido ao risco de erosão, hemorragia e infecção dos não-removíveis². Em nosso serviço, não dispomos rotineiramente dos mesmos.

A terapia com eletrocautério pode ser feita com o uso de *Needle-Knife*. Entre suas complicações estão o risco de perfuração, fístula, infecção e isquemia.

O uso da fluoroscopia é recomendado para casos de estenose complexa e nas quais o endoscópio não ultrapassa a estenose. Não é utilizada em nosso serviço. Nesses casos solicitamos uma seriografia prévia à dilatação.

O tratamento cirúrgico é uma opção em caso de não resposta ao procedimento de dilatação ou em caso de complicações, como perfuração do órgão.

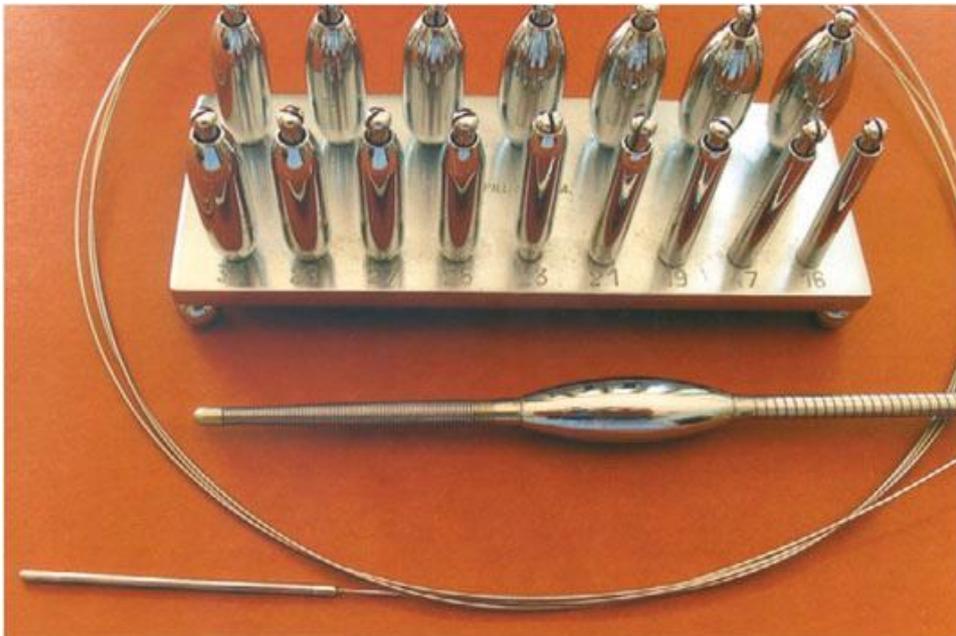
O Serviço de Endoscopia do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes utiliza dilatadores metálicos de Eder-Puestow de 21 Fr até 53 Fr, de dilatadores de borracha de Savary de 17 Fr até 51 Fr e de dilatador balão de 4 atm. O procedimento de dilatação é feito com o uso de fio guia passado através do endoscópio e sem a utilização de radioscopia. O paciente é sedado com o uso de Meperidina associada à Midazolam ou Diazepam.

1.6- Descrição do Procedimento

O procedimento de dilatação endoscópica inicia-se pela realização de uma endoscopia digestiva alta. Introduce-se o endoscópio por via oral com o objetivo de identificar o local da estenose, avaliar se o aparelho consegue ultrapassá-la e também para observar a mucosa. Em seguida é passado um fio guia pelo endoscópio até a porção distal da estenose. Retira-se o endoscópio deixando o fio guia no local. A seguir passa-se a sonda de dilatação através do fio guia, com movimento rotacional em torno do fio até atingir a estenose, a qual é dilatada através da passagem de dilatadores com aumento progressivo do calibre. No final retira-se o dilatador e o fio

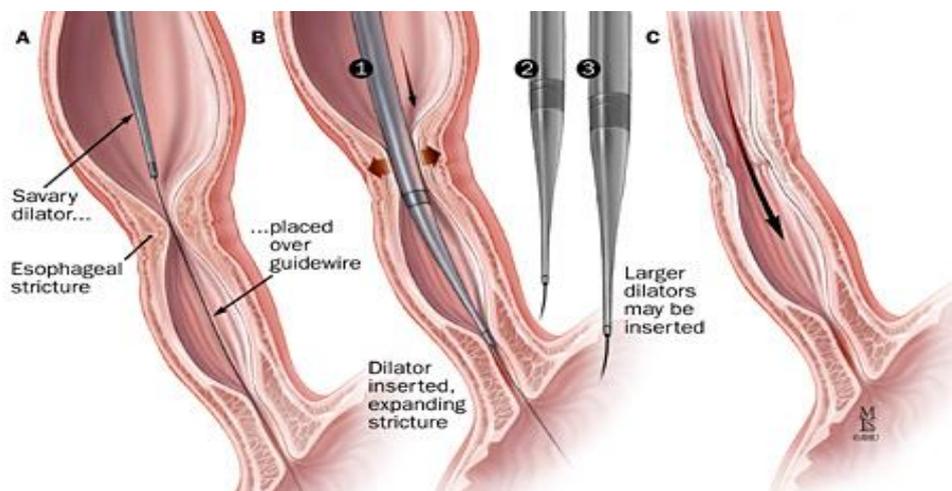
guia. É feita uma nova endoscopia para verificar a região dilatada, a perviedade da mesma e a ocorrência de possíveis complicações, como sangramento e perfuração do órgão. A dilatação com balão segue o mesmo princípio descrito acima. O balão é introduzido fechado até o local da estenose e em seguida é preenchido com ar ou líquido, causando dilatação radial da estenose à medida que o balão é preenchido. Tipos de Dilatadores:

1-Eder Puestow:



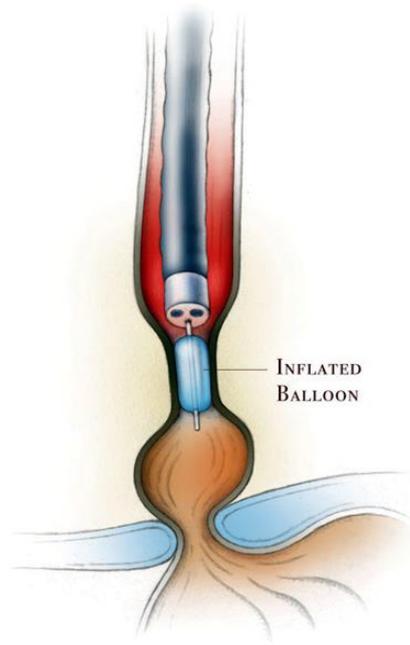
<http://www.nature.com/ajg/journal/v104/n7/full/ajg2009273a.html>

2-Savary-Gilliard



<http://www.hopkins-gi.org>

3- Balão Pneumático



<http://www.memorialhermann.org/locations/southeast/edc/peptidesophagealstricture.aspx>

2-OBJETIVOS

Avaliar o perfil dos pacientes submetidos à dilatação endoscópica, como idade, sexo, procedência, causa da estenose, número de dilatações, tipo de dilatador utilizado e número de complicações do procedimento no Serviço de Endoscopia do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes / Universidade Federal do Espírito Santo.

3-MATERIAIS E MÉTODOS

Foram avaliados, retrospectivamente, através da busca ativa de prontuários, todos os pacientes submetidos à dilatação endoscópica no Serviço de Endoscopia do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes no período de Setembro de 1997 a Dezembro de 2011.

Tratou-se de um estudo de caráter quantitativo, descritivo e retrospectivo.

Foram avaliados dados pessoais como idade, sexo, procedência, etiologia da estenose, material (dilatador) utilizado, número de sessões realizadas e complicações do procedimento.

Os critérios de exclusão foram ausência de relatórios de dilatação no prontuário.

Foi utilizada uma planilha Excel para o armazenamento dos dados e posterior confecção dos gráficos.

Com isso, foi traçado o perfil geral dos pacientes e foram feitas análises do procedimento.

4- RESULTADOS

No período de setembro de 1997 a dezembro de 2011 foi realizado no Setor de Endoscopia do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) o procedimento de dilatação endoscópica em 139 pacientes, segundo os arquivos do setor.

Todos os pacientes foram incluídos neste estudo. Não houve a exclusão de nenhum paciente.

4.1- Prevalência por Sexo

Em relação à distribuição dos pacientes por sexo, nota-se um predomínio de homens, sendo 60 (43,1%) do sexo feminino e 79 (56,9%) do sexo masculino, estabelecendo uma relação de 1:1,3 de mulheres para homens. Resultado no gráfico 1.

Gráfico 1: Prevalência de Pacientes por Sexo

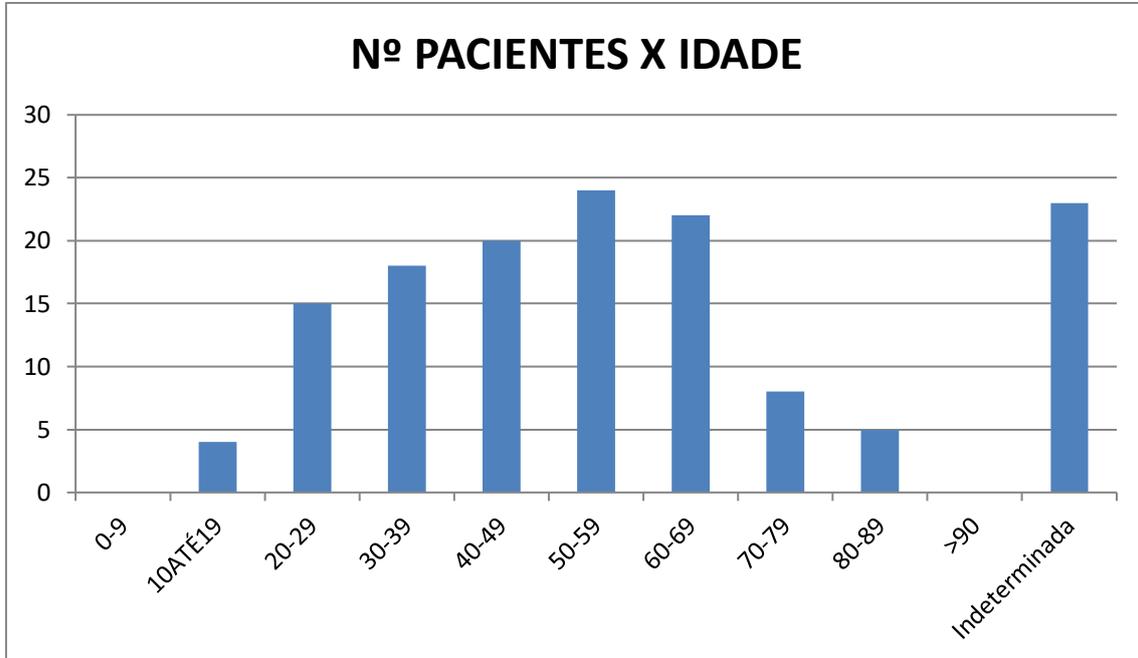


4.2- Idade

Dos 139 pacientes do estudo, não havia o registro da idade de 23 deles (16,5%). Entre os demais 116 pacientes (83,5%) a idade dos mesmos no dia do primeiro procedimento variou dos 16 aos 83 anos. Sendo a média de idade de 48,8 anos e a

mediana de 51,5 anos. No gráfico 2 temos a distribuição dos pacientes por idade.

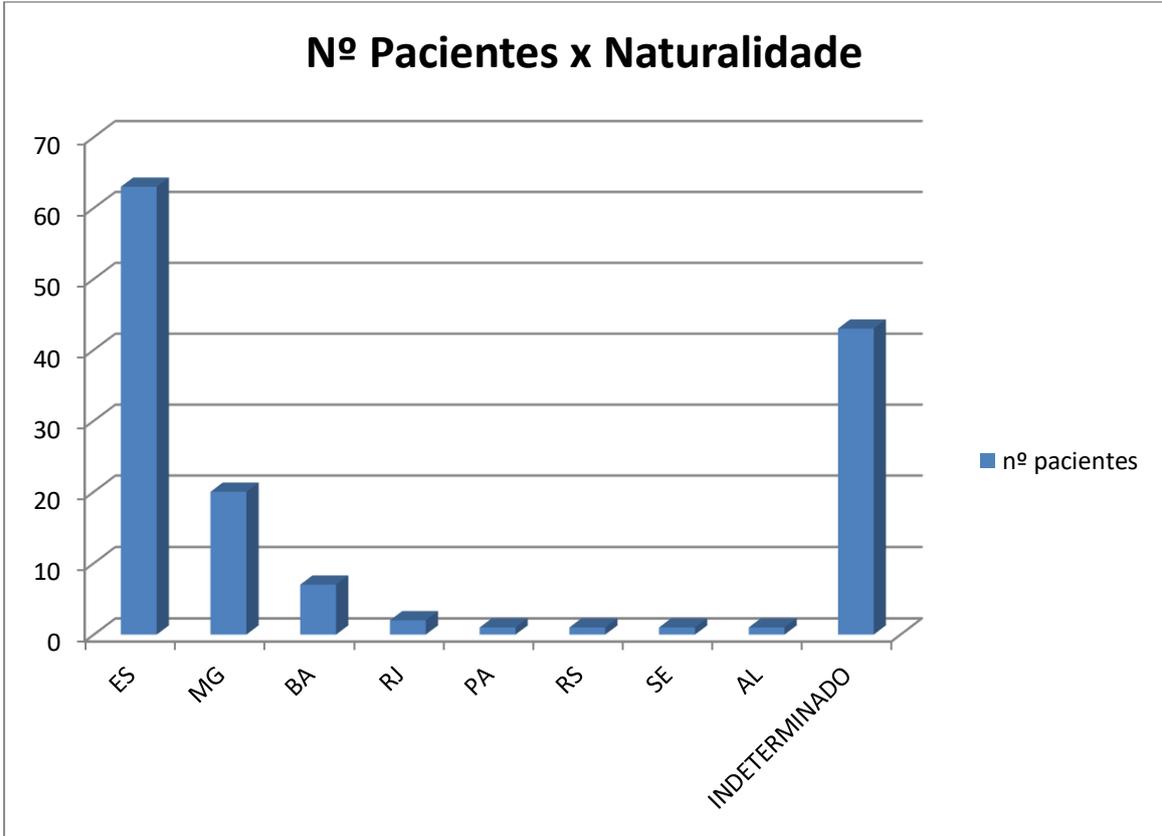
Gráfico 2: Número de pacientes x Idade



4.3- Naturalidade

De 43 pacientes (30,9%) não havia a informação quanto ao seu local de nascimento. Dentre os demais 96 (69,1%), a maioria é natural do Espírito Santo (63 pacientes: 65,6%), seguido por Minas Gerais (20) correspondendo a 20,8%. Em terceiro lugar está a Bahia com 7 (7,3%). Em quarto lugar o Rio de Janeiro com 2 pacientes (2%). Rio Grande do Sul, Sergipe, Alagoas e Pará com 1 paciente (1%) nascido nesses estados.

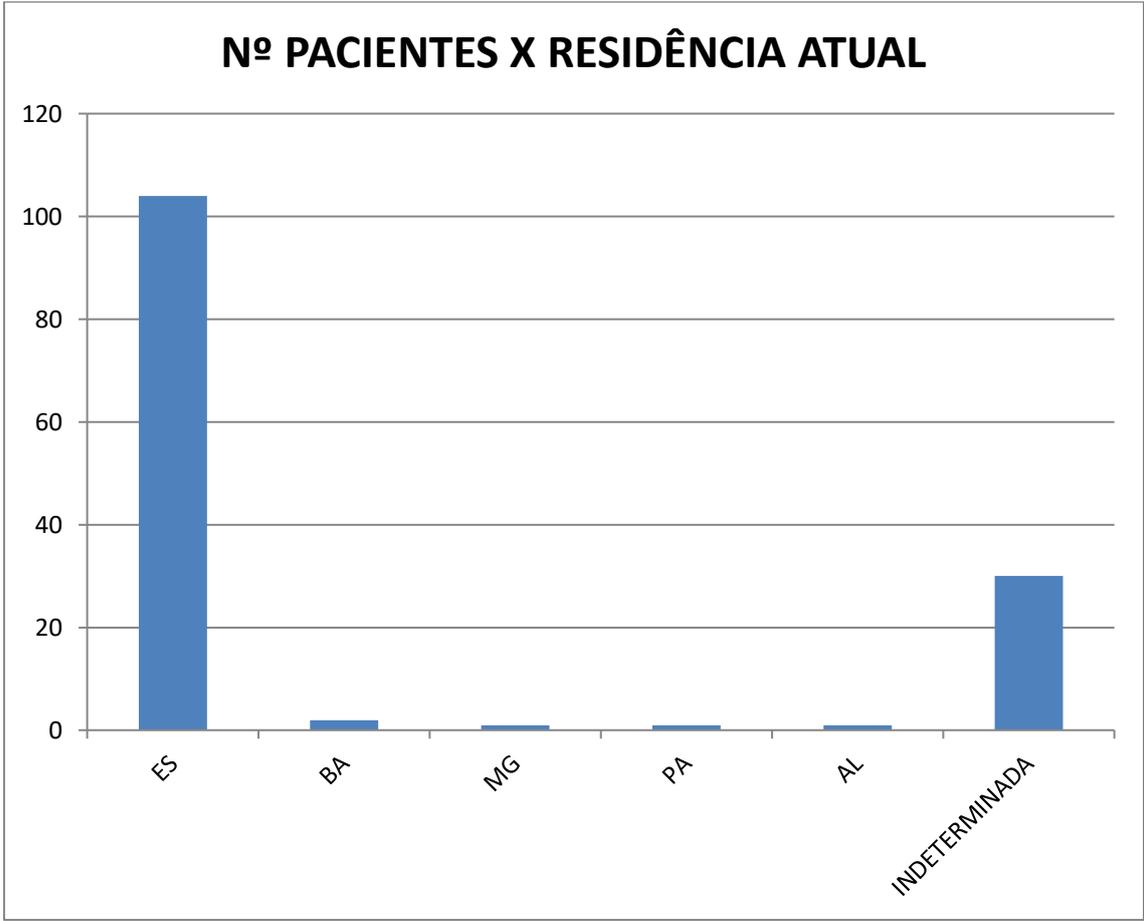
Gráfico 3: Número de pacientes x Naturalidade



4.4- Procedência (Residência atual)

Não foi possível determinar a residência atual, ou seja, o local onde o paciente morava no momento da primeira dilatação, de 30 pacientes (21,5%). Entre os demais, 104 (95,4%) residiam no Espírito Santo, 2 (1,8%) na Bahia e 1 (0,9%) em cada um dos seguintes estados: Minas Gerais, Pará e Alagoas.

Gráfico 4: Número de pacientes x Residência Atual



4.5- Causas da Dilatação:

Diversas foram as causas que levaram os pacientes à necessidade do procedimento de dilatação endoscópica. A mais prevalente delas foi a estenose de anastomose, em 32 pacientes, o que correspondeu a 22,8% do total. Em segundo lugar ficou a estenose cáustica, em 28 pacientes (20%). Em terceiro lugar ficou causa indeterminada em 27 (19,2%). Seguida por megaesôfago em 22 (15,7%) e em quinto lugar a estenose péptica, 13 (9,2%). Outras causas menos prevalentes foram a estenose actínica em cinco pacientes (3,5%), estenose pós-cardiomiectomia, funduplicatura e/ou confecção de válvula anti-refluxo, em cinco (3,5%). Estenose de piloro em três (2,1%). Tumor em dois (1,4%). Estenose de anel restritivo em dois (1,4%). Membrana esofágica em um (0,7%). Um paciente apresentava estenose cáustica e estenose de piloro, sendo ambas as estenoses dilatadas. Por isso o total de dilatações foi considerada 140.

Gráfico 5: Causas da Dilatação

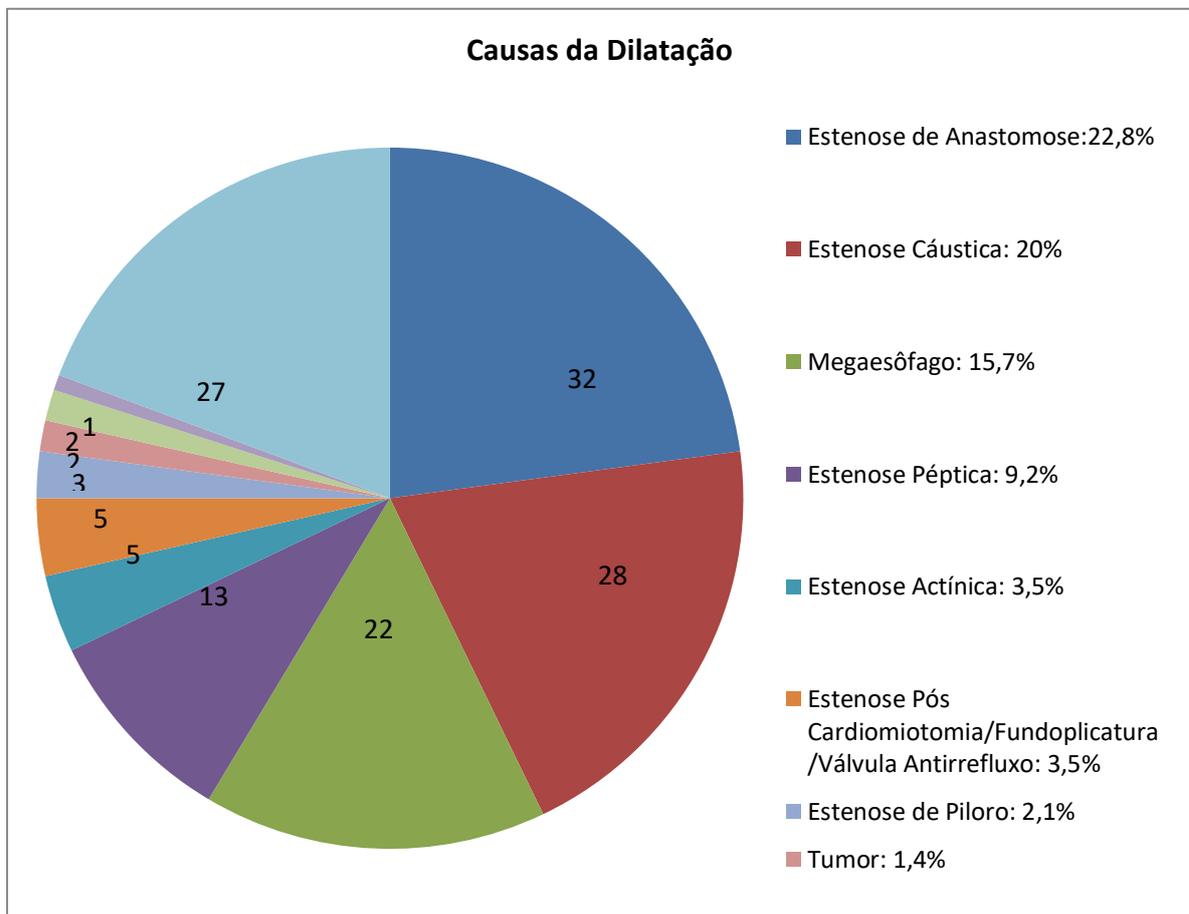
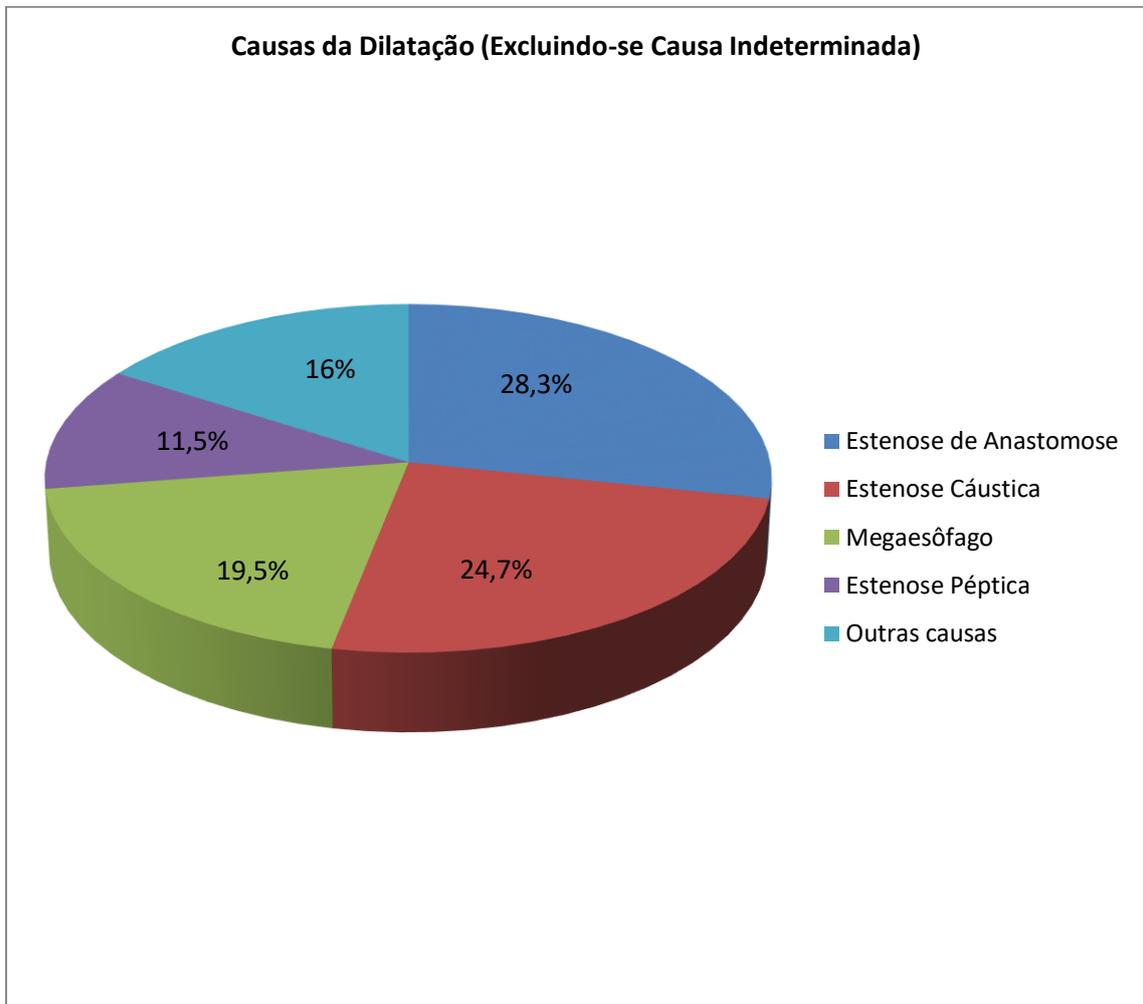


Gráfico 6: Causas da Dilatação (Excluindo-se Causa Indeterminada)



4.6- Número de dilatações

O número de dilatações por paciente variou de 1 a 44.

Na tabela 1, podemos ver o número de sessões de dilatação e de pacientes por causa específica e o número médio de dilatações.

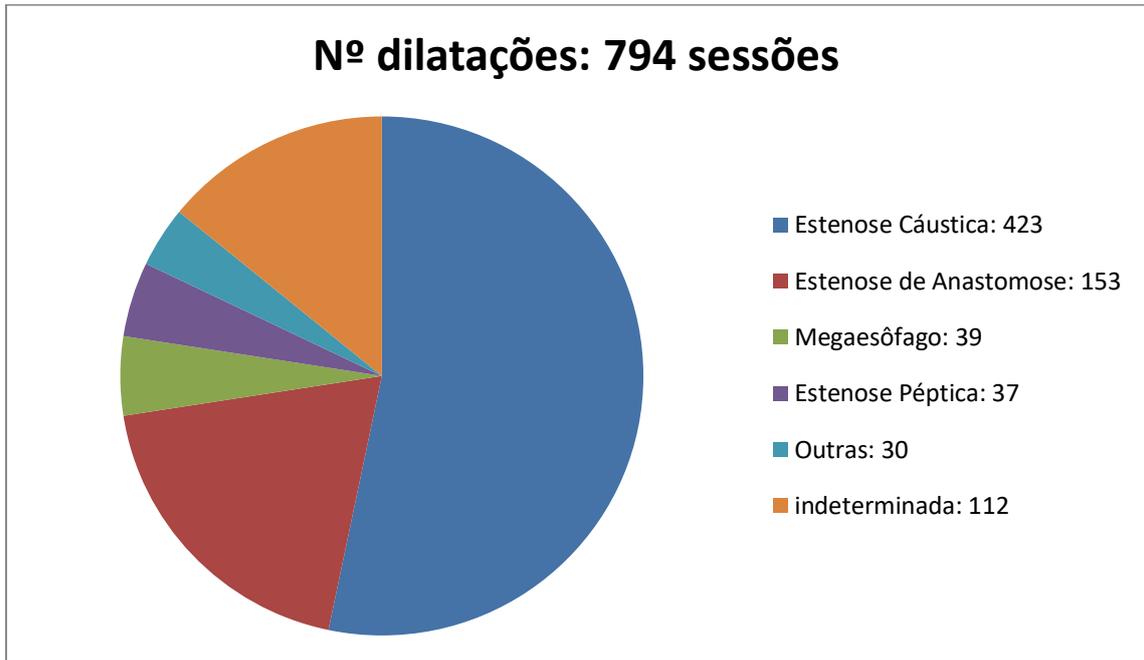
Tabela 1:

Causa da Dilatação	Nº de Dilatações		Paciente Média
	s	s	
Estenose Cáustica	423	28	15,1
Estenose de Anastomose	153	32	4,7
Indeterminada	112	27	4,1
Megaesôfago	39	22	1,7
Estenose Péptica	37	13	2,8
Estenose Actínica	10	5	2
Membrana Esofágica	6	1	6
Estenose Pós- Cardiomiectomia/ Fundoplicatura/ Válvula Anti-refluxo	6	5	1,2
Estenose de Píloro	4	3	1,3
Tumor	2	2	1
Estenose de anel restritivo	2	2	1
Total	794	140	5,6

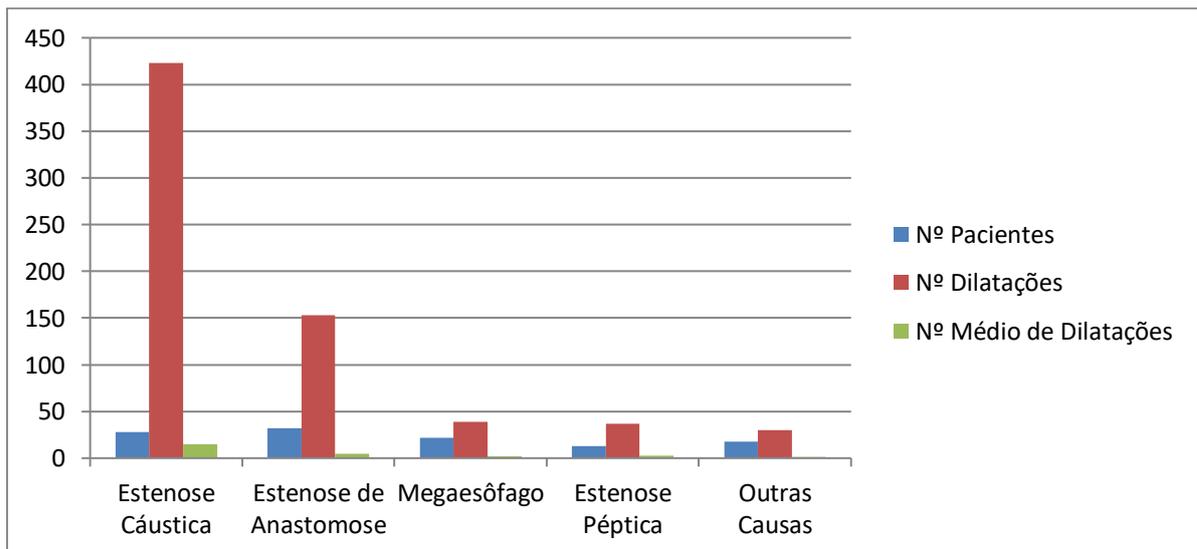
Número de Dilatações:

Um total de 794 sessões de dilatação foi realizado nos 14 anos do estudo, o que corresponde a uma média de 56,7 procedimentos por ano.

No gráfico 7 mostramos o número de sessões de dilatação por causa específica. Os pacientes com estenose cáustica realizaram 423 sessões de dilatação, o que corresponde a 53,3% do total. Em seguida estão os pacientes com estenose de anastomose com 153 sessões (19,3%). Em terceiro lugar com 112 sessões (14,1%) estão os pacientes cujas causas não foram determinadas. Em quarto lugar, portadores de megaesôfago com 39 dilatações (4,9%), estenose péptica com 37 (4,6%) ficou na quinta colocação. As outras causas menos prevalentes juntas foram responsáveis por 30 sessões (3,8%).

Gráfico 7: Número de dilatações por Causa Específica

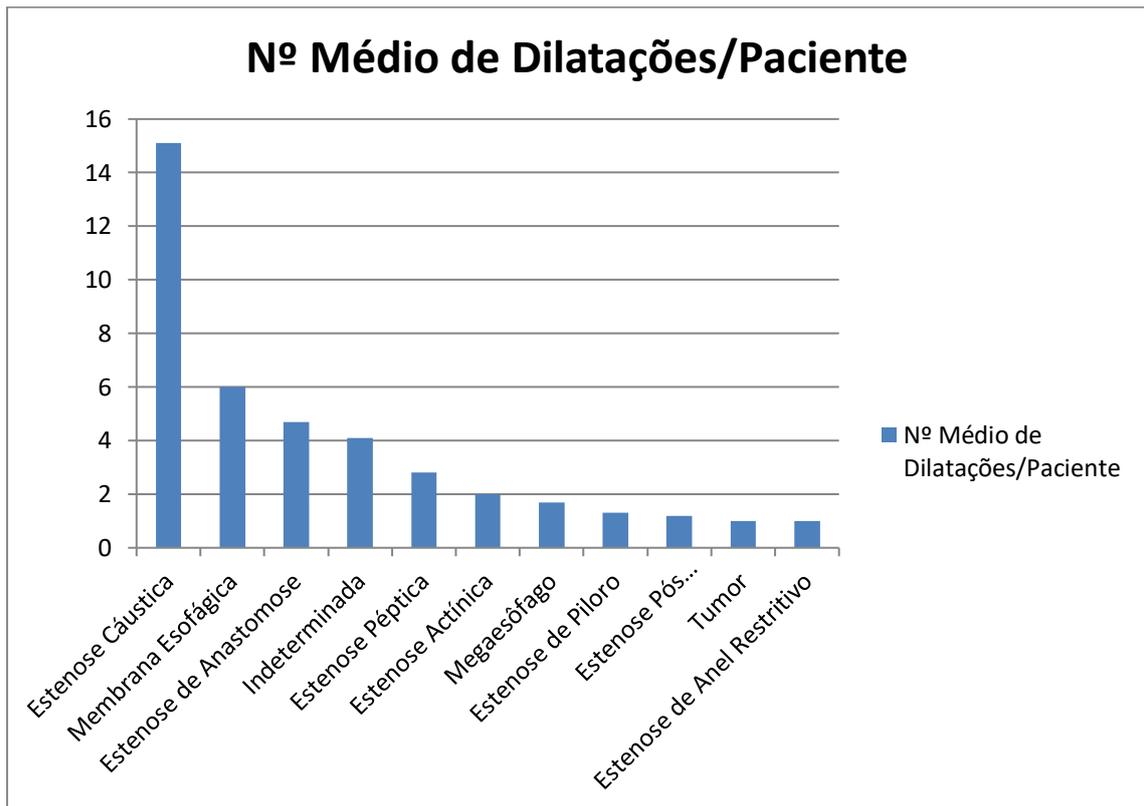
No Gráfico 8 podemos ver o número de pacientes, o número de dilatações e o número médio de dilatações por causa específica. Foram excluídos os pacientes cuja causa é indeterminada.

Gráfico 8: Nº Pacientes x Nº Dilatações x Nº Médio de Dilatações

No gráfico 9 temos o número médio de dilatações por paciente. Podemos confirmar que a estenose cáustica foi a que necessitou do maior número de sessões de dilatação (15,1 dilatações/paciente). Em segundo aparece a membrana esofágica com

6 dilatações em média. Seguidas por estenose de anastomose (4,7), causa indeterminada (4,1), estenose péptica (2,8), estenose actínica (2), megaesôfago (1,7), estenose de piloro (1,3), estenose pós-cardiomiectomia/funduplicatura/válvula anti-refluxo (1,2), tumor (1) e estenose de anel restritivo (1).

Gráfico 9: Número médio de dilatações por paciente

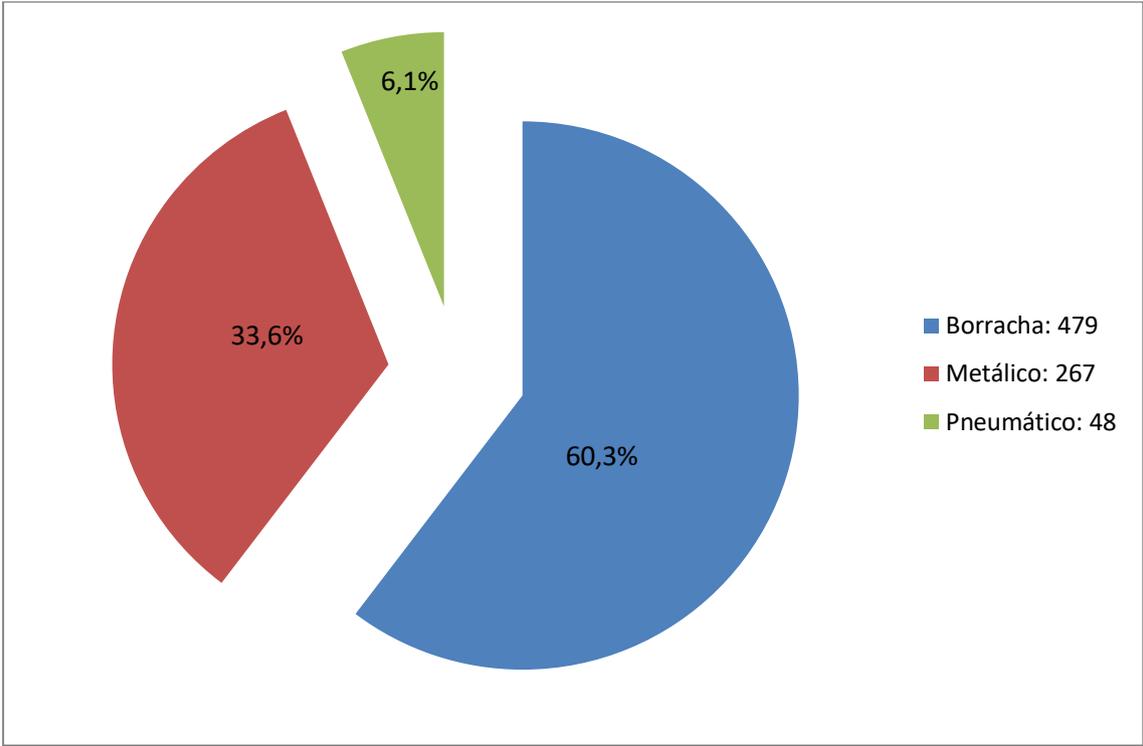


4.7- Tipos de Dilatadores

Quanto ao dilatador utilizado dividimos em três tipos principais: dilatador de “borracha” (Savary-Gilliard), metálico (Eder-Puestow) e pneumático (balão).OBS: na realidade, o material do dilatador de Savary-Gilliard é Polivinil, mas nos prontuários foi classificado como “Borracha”, por isso utilizamos essa denominação.

A maioria das dilatações foi realizada com o dilatador tipo “borracha”, 479 (60,3%) como pode ser visto no gráfico 10. Em segundo lugar o metálico, 267 (33,6%), seguida pelo balão pneumático, 48 (6,1%).

Gráfico 10: Número de sessões de dilatação por tipo de dilatador



No gráfico 11 temos a porcentagem do uso de cada tipo de dilatador por causa específica.

Gráfico 11: Tipo de Dilatador X Causa

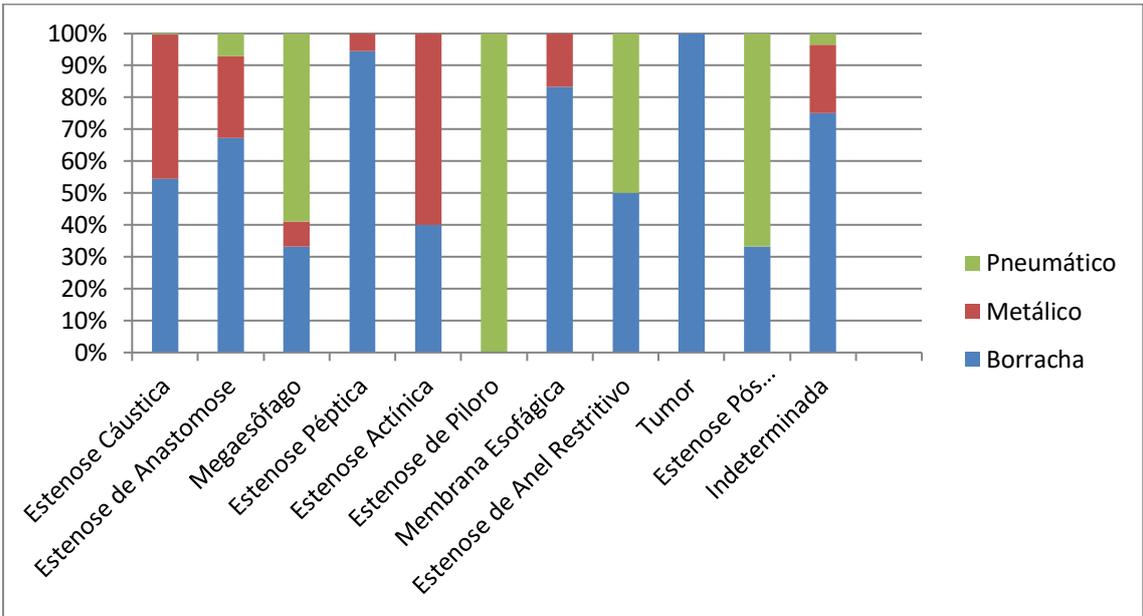


Gráfico 12: Complicações

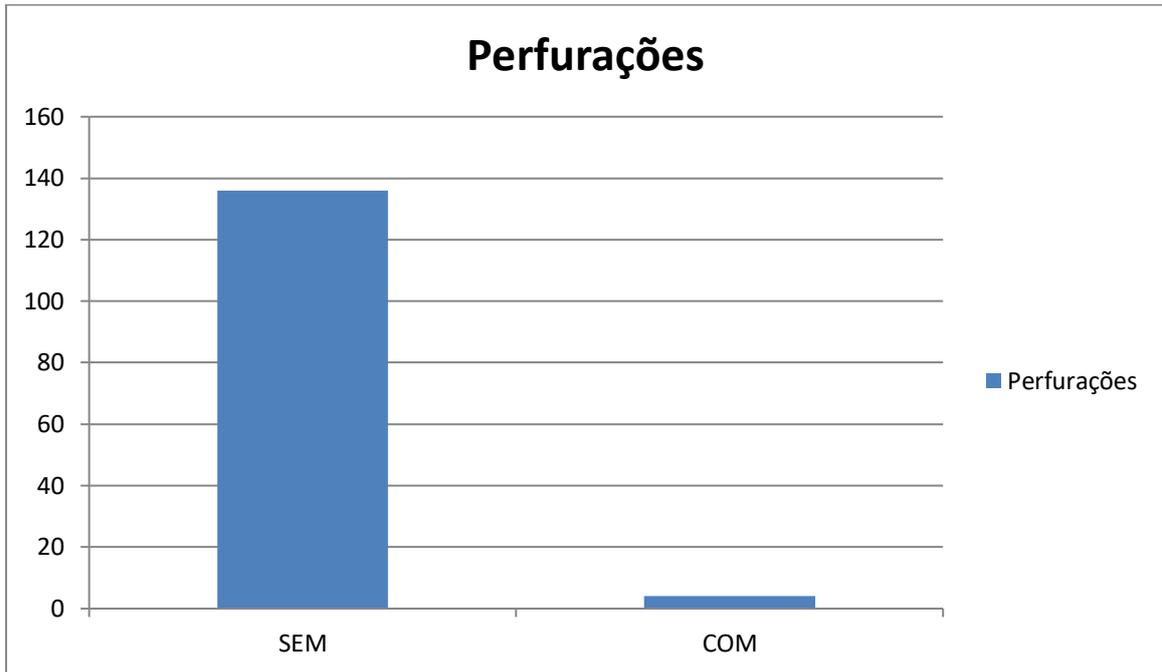
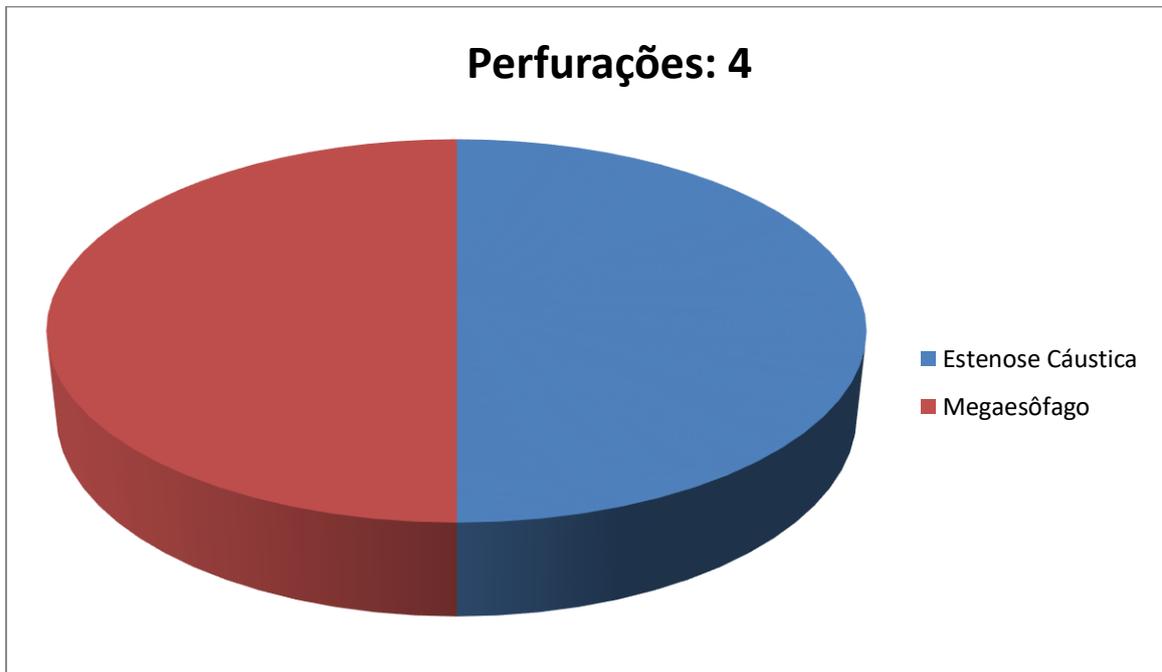


Gráfico 13: Causas de Perfurações

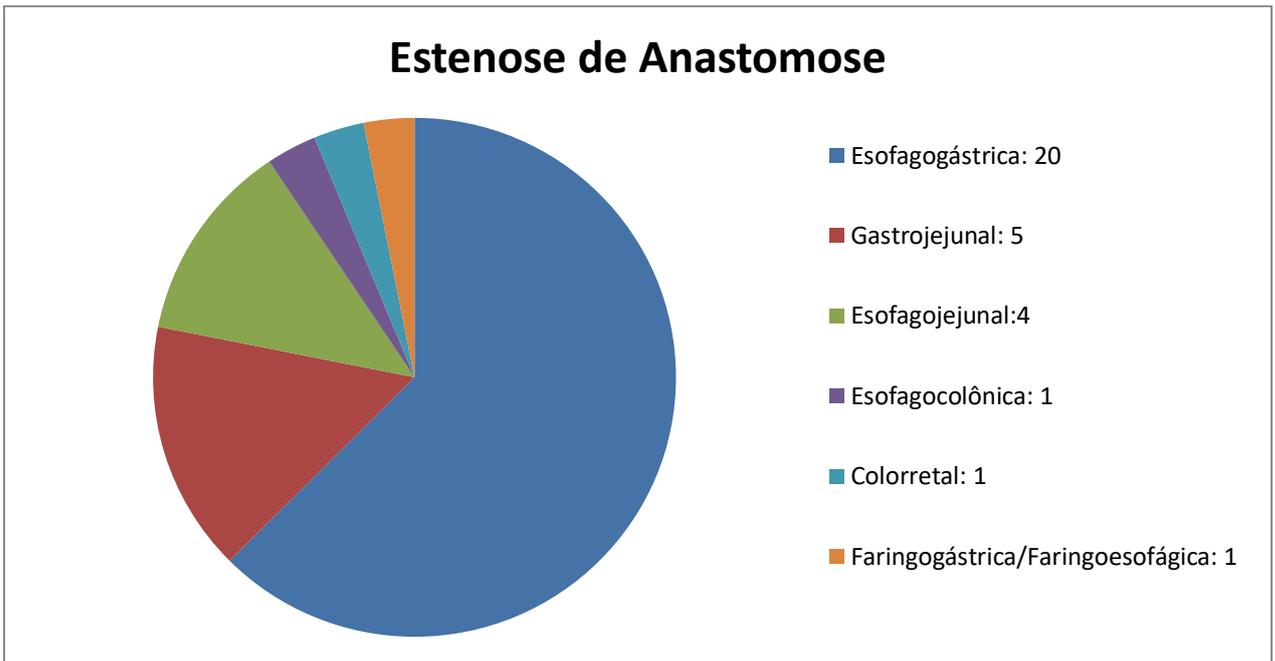


4.8- Estenose de Anastomose

Seis tipos de estenoses de anastomoses diferentes foram submetidos à dilatação endoscópica. No gráfico 13 temos a especificação do tipo de cada estenose de

anastomose. Dilatações em anastomoses esofagogástricas corresponderam a 62,5% dos procedimentos. Em segundo lugar, com 15,6 (5) ficaram as anastomoses gastrojejunais, seguidas por esofagojejunal, 12,6 (4). Estenoses de anastomoses esofagocolônicas, colorretal e faringoesofágica foram dilatadas em 3,1% (1) cada.

Gráfico 14: Tipos de estenose de anastomose



5- DISCUSSÃO

A estenose esofágica é um problema relativamente comum na prática clínica, podendo ser de origem maligna ou benigna.

Diversas são as possibilidades de tratamento: radioterapia, eletrocoagulação, dilatação, procedimento cirúrgico. Deve-se escolher a melhor opção de acordo com a etiologia, o grau de comprometimento do órgão, as condições clínicas do paciente e a disponibilidade de material.

A dilatação tem sido a primeira escolha, principalmente nos casos benignos, por proporcionar bons resultados, quando realizada por médicos experientes, no alívio da disfagia e possibilidade do retorno à ingestão de alimentos pelo doente. Em alguns casos é necessária mais de uma sessão de dilatação.

No estudo realizado foram feitas dilatações em 139 pacientes em um período de 14 anos, o que representa um bom *n* em comparação com a maioria dos trabalhos^{4,5,6}. Isso se deve, principalmente, ao fato do Hospital Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) ser o local de referência para o encaminhamento de pacientes com estenoses, de diversas causas, e que necessitam do procedimento de dilatação endoscópica no estado do Espírito Santo. O Hospital também é responsável pela realização de grande número de cirurgias de grande porte o que aumenta o risco dessa complicação. Além disso, pacientes de estados vizinhos como Minas Gerais e Bahia também são referenciados para este serviço devido à proximidade geográfica.

Em relação ao sexo, a maioria dos pacientes era do sexo masculino (56,9%). Outros estudos como o de Andreollo, N.A. *et al.*⁷ e Novais, P. *et al.*⁸, também mostraram esse predomínio, com 59,2% e 53,8% respectivamente.

Quanto à faixa etária, em nosso estudo o pico de prevalência foi entre 50-59 anos. Resultados semelhantes foram relatados pelos autores citados no parágrafo anterior. O paciente mais jovem tinha 16 anos e o mais idoso, 83 anos. Na literatura há um grande número de trabalhos com dilatação em crianças⁴, o que não ocorreu em nosso

estudo, possivelmente devido à referência direta desses pacientes para os hospitais infantis.

Como era previsto, a imensa maioria dos pacientes, era natural e residente no Estado do Espírito Santo (65,6 % e 95,4% respectivamente), local onde se situa o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes.

Quanto à causa da dilatação, em nosso trabalho a causa mais prevalente foi a estenose de anastomose, seguida por estenose cáustica, megaesôfago e estenose péptica. A maioria dos estudos mostra maior prevalência de estenose péptica (até 70%^{2,9,10}), apesar de citarem que sua incidência está diminuindo devido ao uso mais difundido dos inibidores de bomba de próton^{2,10}. No estudo de Novais,*Pet al.*,⁸ realizado no Rio de Janeiro, estenose péptica ficou em primeiro lugar com 43%, seguida por estenose cáustica com 16%. O fato da estenose de anastomose ser a causa mais prevalente de dilatações no HUCAM pode estar relacionado ao grande número de cirurgias esofagogástricas realizadas no Serviço, já que se trata de um hospital quaternário, referência para encaminhamento de pacientes de outros hospitais e cidades, capacitado a fazer procedimentos de maior porte (tumores esofágicos, gástricos, cirurgia bariátrica, entre outros).

A estenose cáustica foi a que necessitou do maior número de dilatações, em média (15,1 dilatações por paciente), o que está em conformidade com a maioria dos estudos. Andreollo,*N.A. et al.*⁷ relatam um média de 15 sessões de dilatações para pacientes com estenose cáustica e seis sessões em média para estenoses péptica e de anastomose. Obteve uma taxa de sucesso de 66% contra 81,0% e 82,7% respectivamente. O trabalho de Novais,*Pet al.*⁸ também apresentou a estenose cáustica em primeiro lugar, sendo necessárias cerca de 24,6 dilatações por paciente.

O tipo de dilatador mais utilizado foi o tipo de “borracha” (Savary-Gilliard), seguido pelo metálico (Eder-Puestow) e em terceiro lugar o dilatador balão. Na maioria dos estudos o dilatador mais utilizado também é o Savary-Gilliard, seguido pelo balão pneumático. O dilatador metálico é pouco mencionado.

Estudos não mostram uma vantagem clara nos resultados entre os dilatadores de

Savary-Gilliard e os balões, a não ser em relação a custo-efetividade, em favor do primeiro, uma vez que são reutilizáveis e os balões descartáveis⁹.

É importante ressaltar que a escolha do tipo de dilatador muitas vezes é baseada na disponibilidade do mesmo no momento da dilatação e não no tipo de estenose. O ideal seria ter todos os dilatadores disponíveis e a escolha basear-se na causa, classificação e comprimento das estenoses e resultado de dilatações prévias.

Entre as estenoses de anastomose a mais prevalente foi a esofagogástrica. Em terceiro e quarto lugares ficaram as estenoses esofagojejunais e esofagocolônicas. Possivelmente devido ao maior número de gastrectomias parciais em relação às totais realizadas no serviço. Conforme relatos na literatura, as estenoses de anastomoses com esôfago são frequentes, podendo ocorrer em até a 46% dos procedimentos². Em segundo lugar ficaram as estenoses gastrojejunais, todas elas em pacientes submetidas à Cirurgia Bariátrica à FobiCapella.

As principais complicações do procedimento de dilatação são dor, sangramento e perfuração do órgão. As duas primeiras são limitadas, sendo necessários apenas uso de sintomáticos e observação. A mais grave das complicações é a perfuração, sendo em algumas situações indicado procedimento cirúrgico para correção da mesma. Foram identificados quatro casos de perfuração de esôfago neste período, sendo que um deles evoluiu a óbito. Destes pacientes dois se submeteram ao procedimento de dilatação devido estenose cáustica e dois eram portadores de megaesôfago.

A taxa de complicação, como perfuração do órgão, foi maior em nosso estudo do que em alguns estudos da literatura (2,8% x 0,4%)^{9,10}.

A resolutilidade do procedimento e a satisfação do paciente não puderam ser determinadas. Isso também não era o objetivo deste trabalho.

Neste estudo observamos que a aplicação de corticóide intralesional não foi utilizada. Alguns estudos relatam que ao inibir a síntese de colágeno poder-se-ia diminuir o número de sessões e aumentar o intervalo entre elas. A substância mais estudada

tem sido a Triancinolona⁸.

A supressão ácida, com inibidor de bomba de próton, deve ser realizada, adicionalmente à dilatação, principalmente para pacientes com estenose péptica¹⁰.

O número de complicações foi maior que o relatado na literatura principalmente pelo fato da maior prevalência de estenoses de anastomose e cáustica em nosso estudo. A maior parte dos trabalhos publicados apresenta como principal causa a estenose péptica, que são comprovadamente menos trabalhosas de serem dilatadas.

Os laudos e prontuários devem ser mais bem preenchidos e detalhados, visto que em muitos faltavam dados importantes como, idade, procedência do paciente e o motivo pelo qual o mesmo estava sendo submetido à dilatação.

6- CONCLUSÃO

A maioria dos pacientes era do sexo masculino, residentes e naturais do Espírito Santo, com uma mediana de idade na sexta década de vida.

A estenose de anastomose foi a causa mais prevalente de dilatação e a estenose cáustica foi a que necessitou do maior número de sessões de dilatação.

O tipo de dilatador mais utilizado foi o Savary-Gilliard.

O número de complicações foi maior que o relatado na literatura.

7-REFERÊNCIAS

- 1- CHAVES,D.M.;MOURA,E.G.H.Princípios Biofísicos dos Acessórios de Dilatação Esofágica. In:SAKAI,P.;ISHIOKA,S.;MALUF FILHO,F.**Tratado de Endoscopia Digestiva Diagnóstica e Terapêutica – Esôfago**. São Paulo:Atheneu,2005.p.19-21;
- 2- PYRTLE,J.; OBANDO,J.**Endoscopic Management of the Difficult Benign Esophageal Stricture**. Tech GastrointestEndosc. 2007; 9:74-83;
- 3- SIERSEMA,P.D.**Treatment Options for Esophageal Strictures**. Nature Clinical Practice Gastroenterology &Hepatology. 2008; 5 (3)142-52;
- 4- BITTENCOURT,P.F.S.; CARVALHO,S.D.; FERREIRA,A.R. *et al.* **Endoscopic dilatation of esophageal strictures in children and adolescents**. J Pediatr. 2006; 82:127-31;
- 5- YOUN,B.J.; KIM,W.S.; CHEON,J.E. *et al.***Balloon Dilatation for Corrosive Esophageal Stricture in Children: Radiologic and Clinical Outcomes**. Korean J Radiol. 2010; 11(2):203-1;
- 6- CATALANO,M.F.; CHUA,T.Y., RUDIC,G. **Endoscopic Ballon Dilation of Stomal Stenosis following Gastric Bypass**. Obesity Surgery. 2007; 17:298-303;
- 7- ANDREOLLO,N.A; LOPES,L.R.; INOGUTTI,R. *et al.***Tratamento Conservador das Estenoses Benignas do Esôfago através de Dilatações. Análise de 500 casos**. RevAssMed Brasil. 2001; 47(3):236-43;
- 8- NOVAIS,P.; LEMME,E.; EQUI,C. *et al.* **Estenoses Benignas de Esôfago: abordagem endoscópica com velas de Savary-Gilliard**. ArqGastroenterol. 2008; 45(4): 290-94;
- 9- WIJKERSLOOTH,R.H.; VLEGGaar,F.P.; SIERSEMA,P.D. **Endoscopic Management of Difficult or Recurrent Esophageal Strictures**. Am. J.Gastroenterol. 2011; 106:2080-91;

- 10- FERGUSON,D.D. **Evaluation and Management of Benign Esophageal Strictures.** Diseases of the Esophagus. 2005; 18:359-64;
- 11- MOURA,E.G.H.; ISHIOKA,S. Dilatação de Estenose de Esôfago. In: SAKAI,P.;ISHIOKA,S.;MALUF FILHO,F.**Tratado de Endoscopia Digestiva Diagnóstica e Terapêutica – Esôfago.** São Paulo:Atheneu,2005.p.23-31;
- 12- MAGALHÃES, A.F. *et al.***Endoscopia Digestiva Diagnóstica e Terapêutica.** 2005; 25:189-97;
- 13- ANANTHAKRISHNAN,N.; KATE,V.; PARTHASARATHY,G. **Therapeutic Options for Management of Pharyngoesophageal Corrosive Strictures.** J. Gastrointest Surg. 2011; 15:566-75;
- 14- Chih-Feng C. *et al.* **Endoscopic Balloon Dilatation for Esophageal Strictures in Children Younger Than 6 Years: Experience in a Medical Center.** Pediatrics and Neonatology. 2011; 52:196-202;
- 15- Alshammari J. *et al.* **Endoscopic Balloon dilatation of esophageal strictures on Children.** International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2001;75:1376-9.
- 16- LAN, L.C.; WONG,K.K.; LIN,S.C. *et al.* **Endoscopic Balloon Dilatation of Esophageal Strictures in Infants and Children: 17 Years Experience and a Literature Review.** Journal of Pediatric Surgery.2003; 38(12):1712-5;
- 17- MATHEW,A.; VELIUONA,M.; DEPALMA,F.J.*et al.* **Gastrojejunal Stricture After Gastric Bypass and Efficacy of Endoscopic Intervention.** Dig Dis Sci. 2009; 54:1971-8.
- 18- MORGAN,R.; ADAM,A. **Use of Metallic Stents and Balloons in the Esophagus and Gastrointestinal Tract.** J VascIntervRadiol. 2001;12:283-97;
- 19- Fernández-Esparrach G. **Endoscopic Dilation with Savary-GilliardBougies of**

Stomal Strictures After Laparoscopic Gastric Bypass in Morbidly Obese Patients. *Obes Surg.* 2008; 18:155-61;

20- KAMAL,A.; VAEZI,M.F. **Diagnosis and Initial Management of Gastroesophageal Complications.** *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology.* 2010; 24:799-820.

21- CORSI,P.R.; KANASHIRO,E.; SCHIOLA,A. *et al.* **Tratamento Cirúrgico das Complicações da Anastomose Esôfago-Visceral Cervical.** *Rev.Col. Bras. Cir.* 2000; 27(5):293-9;

22- FUKAGAWA,T.; GOTODA,T.; ODA,I. *et al.* **Stenosis of Esophago-Jejuno Anastomosis After Gastric Surgery.** *World J Surg.* 2010; 34:1859-63;

23- RIBEIRO,M.C.B.; LOPES,L.R.; SOUZA-NETO,J.C. *et al.* **Estenose Esofágica por Uso de Sonda Nasogástrica- Reflexão sobre o Uso Indiscriminado.** *Arq Bras Cir Dig.* 2011; 24 (3):191-94;

24- MAMEDE, R.C.M.; MELO FILHO,F.V. **Ingestion of caustic substances and its complications.** *Rev Paul Med.* 2001; 119(1):10-5;

25- YODA,Y.; YANO,T.; KANEKO,K. *et al.* **Endoscopic balloon dilatation for benign fibrotic strictures after curative nonsurgical treatment for esophageal cancer.** *Surg Endosc,online,2012;*

26- BOHM,M.E.; RICHTER,J.E. **Esophageal dilation in adults with eosinophilicoesophagitis.** *Aliment PharmacolTher.* 2011;33:748-57;

27- DZELETOVIC,I.; FLEISCHER,D.E.; CROWELL,M.D. *et al.* **Self Dilation as a Treatment for Resistant Benign Esophageal Strictures: Outcome, Technique, and Quality of Life Assessment.** *Dig Dis Sci.* 2011; 56:435-40;

28- ANDREOLLO,N.A.; LOPES,L.R.; TERCIONI JR.,V. *et al.* **O Esôfago de Barrett associado à Estenose Cáustica do Esôfago.** *ArqGastroenterol.*2003; 40(3):148-51;

- 29- MORIKAWA,N.; HONNA,T.; KURODA,T. *et al.***High dose intravenous methylprednisolone resolves esophageal stricture resistant to balloon dilatation with intralesional injection of dexamethasone.** *PediatrSurg Int.* 2008; 24:1161-64;
- 30- GIDEON,R.M.; CASTELL,D.O.; YARZE,J. **Prospective Randomized Comparison of Pneumatic Dilatation Technique in Patients with Idiopathic Acalasia.** *Dig Dis Sci.* 1999; 44(9):1853-57;
- 31- LEYDEN,J.E.; MOSS,A.C.;MACMATHUNA,P. **Endoscopic Pneumatic Dilatation versus Botulinum Toxin Injection in the Management of Primary Achalasia.** *Cochrane Database of Systematic Reviews,* Issue 08,2012;
- 32- STEFANIDIS,D.; RICHARDSON,W.; FARRELL,T.M. *et al.* **SAGES Guidelines for the surgical treatment of esophageal Achalasia.** *SurgEndosc.* 2012; 26:296-311;
- 33- KEELING,W.B.; MILLER,D.L.; LAM,G.T. *et al.* **Low Mortality After Treatment for Esophageal Perforation: A Single-Center Experience.** *Ann Thorac Surg.* 2010; 90:1669-73;
- 34- CHIRICA,M.; CHAMPAULT,A.; DRAY,X. *et al.***Esophageal perforations.** *J Visc Surg.* 2010; 147:117-28;
- 35- PATTI,M.G.; PELLEGRINI,C.A. *Esophageal Achalasia 2011: Pneumatic Dilatation or Laparoscopic Myotomy?**J GastrointestSurg.* 2012;16:870-73;
- 36- CAMARGO,M.A.; LOPES,L.R.; GRANGEIA,T.A.G. **O uso de corticoesteróides após dilatação esofágica em pacientes portadores de estenose por substâncias corrosivas-estudo prospectivo, randomizado e duplo-cego.***Rev Assoc Med Bras.* 2003; 49 (3):286-92;
- 37- JACOBS Jr.,J.W.; SPECHLER,S.J. **A Systematic Review of the Risk of Perforation During Esophageal Dilation for Patients with Eosinophilic Esophagitis.** *Dig Dis Sci.* 2010; 55:1512-15.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS À DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES (HUCAM)

Pesquisador: JOSE MANOEL BINDA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 03108112.6.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde ((CCS-UFES))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 302.639

Data da Relatoria: 12/06/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo retrospectivo sobre os pacientes submetidos a dilatação endoscópica no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes. Serão analisados os prontuários de todos os pacientes submetidos à dilatação endoscópica no período de janeiro de 1997 a dezembro de 2011, excluindo-se todos os com a ausência de relatórios de dilatação no prontuário

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o perfil dos pacientes submetidos a procedimento de dilatação por via endoscópica no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O referido estudo não apresenta riscos e tem como benefício a possibilidade de subsidiar uma melhor assistência à população que necessita do procedimento de dilatação endoscópica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

adequadamente desenhada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

presentes e adequados.

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Recomendações:

não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITORIA, 12 de Junho e 2013

**Assinador por: DANIELLE CABRINI MATTOS
(Coordenador)**

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br