



REVISTA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE E
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

REVISTA HCPA 2003; 23 (Supl.)

23^a SEMANA CIENTÍFICA do HCPA

De 01 a 05 de Setembro de 2003

10º Congresso de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde do Mercosul

Anais

ANEL SCHATSKI: CAUSA DE DISFAGIA EM PACIENTE JOVEM. Arruda C , Wolf FH , Gruber AC , Kochenborger CA , Goldraich MA , Barros SGS. . Serviço de Gastroenterologia . HCPA.

Em 1999, o paciente procurou atendimento médico por apresentar disfagia desde os nove anos. Os alimentos pareciam “trancar” no terço médio do esôfago. Não apresentava déficit ponderoestatural, além de não haver alterações no exame físico. Solicitados exames, apresentou IFI Chagas negativo. As hipóteses diagnósticas foram de acalasia ou esofagite péptica. Realizada endoscopia digestiva alta. A passagem pelo EEI ocorreu após pressão leve e sustentada. Houve mínima laceração com sangramento autolimitado. Sem outras particularidades. O exame reforçou a hipótese de acalásia. A manometria não evidenciou alterações na pressão do EEI. O paciente teve alta sem o estabelecimento de um diagnóstico definitivo, com a indicação de acompanhamento ambulatorial. Ocorreu a perda do seguimento. Em Janeiro de 2003, paciente retornou ao HCPA, relatando continuidade dos sintomas por todo o período, com piora dos sintomas nos últimos meses. O exame físico permanecia inalterado. Foi solicitado estudo radiográfico contrastado do esôfago, no qual revelou-se a presença de Anel de Schatski, onde a luz esofágica media cerca de 0,7cm. Existem dois tipos de anéis esofágicos:- O tipo A, mais raro e proximal, é usualmente assintomático. É formado a partir da camada muscular.- O tipo B, conhecido como Anel de Schatski, é uma estenose esofagiana que ocorre exatamente na junção esofagogástrica, delimitando a extremidade distal do esôfago. É composto por mucosa e submucosa, sendo que a face superior do anel é composta por mucosa escamosa, sendo que a inferior é revestida por mucosa colunar gástrica. Constitui a maioria dos casos, aparecendo em 14% dos Rx esôfago. No entanto, os anéis são sintomáticos em menos de 0,5% dos pacientes. O quadro clínico do Anel de Schatski é composto por disfagia intermitente para sólidos, sendo que o paciente pode referir sintomas em qualquer altura do esôfago. A perda de peso é rara. Não há época estabelecida para o início do quadro. Utiliza-se a “Schatski Rule” como parâmetro para o aparecimento dos sintomas. Quando a luz esofágica fica menor que 13mm, geralmente ocorrem sintomas. Quando é maior do que 20mm, eles raramente aparecem. Entre 13 e 20mm, tem-se uma área nebulosa, na qual os sintomas podem ou não estar presentes. Dentre os métodos diagnósticos para esta patologia, o estudo radiográfico contrastado é o padrão ouro, tendo 95% de sensibilidade, contra 58% da Endoscopia Digestiva Alta. O ideal é obter uma boa distensão do esôfago e utilizar a visão direta e a retrovisão para ter-se otimização do método. A manometria não diagnostica o Anel de Schatski. O seu tratamento dá-se através de dilatação dos pacientes sintomáticos, com balão ou bougie de alto calibre, visando o rompimento do anel (fratura). As complicações são raras, tendo bons resultados à curto prazo. Segundo Eckardt, após quatro semanas, todos os pacientes permanecem assintomáticos. Após um ano, esse número diminui para 68% e após 5 anos, para 11%. De acordo com Groskreutz, 63% dos pacientes apresentam recorrência da disfagia, em uma média de seguimento de 75 meses. Utiliza-se manometria pré-tratamento para excluir-se alterações de motilidade. Não tem-se fatores preditivos de boa resposta. Indica-se o tratamento profilático de refluxo gastroesofágico.