

Disfagia lusória – caso clínico

Dysphagia lusoria – case report

Sandra Alves ■ Nuno Bettencourt ■ Pedro Oliveira ■ Artur Condé ■ Agostinho Silva

RESUMO

A disfagia lusória constitui uma entidade clínica rara resultante da obstrução esofágica por um mecanismo de compressão mecânica extrínseca, provocada por anomalias do arco aórtico.

Os autores descrevem o caso clínico de um doente de 61 anos observado na Consulta externa de Otorrinolaringologia por disfagia com 3 meses de evolução.

Palavras-chave: disfagia; lusória; aorta; esófago.

ABSTRAT

Dysphagia lusoria is an unusual clinical entity, caused by oesophageal obstruction due to extrinsic mechanical compression originated by aortic arch anomalies.

The authors present a case report of a 61 years male referred to the Otolaryngology Department with dysphagia for 3 months.

Keywords: dysphagia; lusoria; aorta; oesophagus.

INTRODUÇÃO

A disfagia constitui um sintoma comum em Otorrinolaringologia. São múltiplas as etiologias potencialmente responsáveis, incluindo doenças neuro-musculares e patologias estruturais. De entre as entidades estruturais de natureza não neoplásica, as anomalias vasculares são entidades a considerar, dada a possibilidade de exercerem efeitos compressivos sobre as vias aero-digestivas superiores. A sua identificação obriga a uma elevado grau de suspeição, particularmente em idades avançadas, baseando-se essencialmente nos resultados de estudos imagiológicos.

CASO CLÍNICO

JFA, 61 anos, sexo masculino, construtor civil, recorreu à consulta de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE por disfagia para sólidos com cerca de 3 meses de evolução associada a redução de 5% do seu peso corporal habitual. Negava odinofagia, dispneia, disфонia, sialorreia ou outras queixas do foro ORL. Negava ainda dor torácica, azia, pirose ou regurgitação ácida.

Nos antecedentes pessoais era de realçar tuberculose pulmonar aos 51 anos, hipertensão arterial essencial e AVC isquémico sem sequelas aos 59 anos de idade. De valorizar hábitos tabágicos (20 cigarros/ dia) durante 30 anos, negando quaisquer outros factores de risco cardiovascular.

Ao exame objectivo, complementado por Fibroscopia laríngea, apresentava estase salivar ao nível dos seios piriformes (Fig. 1), não sendo de assinalar qualquer outra alteração ao exame Otorrinolaringológico. Não se identificaram défices neurológicos ou anomalias à aus-

SANDRA ALVES

Interna Complementar de O.R.L. do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

NUNO BETTENCOURT

Assistente de Cardiologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

PEDRO OLIVEIRA

Assistente de O.R.L. do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

ARTUR CONDÉ

Chefe de Serviço de O.R.L. do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

AGOSTINHO SILVA

Director de Serviço de O.R.L. do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

Correspondência:

Sandra Alves

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia – Serviço de Otorrinolaringologia

Rua Conceição Fernandes

4434-502 Vila Nova de Gaia

Telef.: 22 7865100 Extensão 1280 ou 1433

E-mail: sandracorreialves@gmail.com

cultação cárdio-pulmonar e exploração vascular.

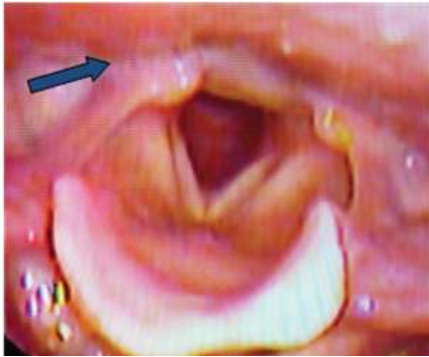


Fig. 1 | Estase salivar nos seios piriformes

Realizou Endoscopia digestiva alta que demonstrou “abaulamento da parede longitudinal do esófago superior e médio, não pulsátil, recoberto de mucosa de aspecto normal, sugerindo compressão extrínseca” (Fig. 2).

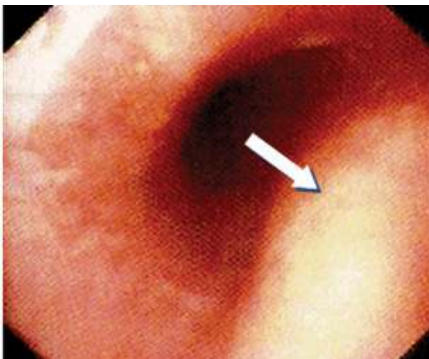


Fig. 2 | Endoscopia digestiva alta. Seta – abaulamento da parede esofágica

Efectuou Tomografia Computorizada (TC) cérvico-tóraca que evidenciou “malformação vascular, consistindo em topografia direita do arco aórtico com trajecto posterior à traqueia e esófago, com desvio anterior dos mesmos e efeito compressivo sobre o esófago torácico com dilatação a montante” (Fig. 3 e 4).

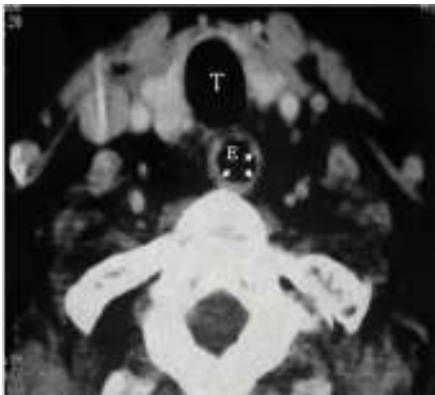


Fig. 3 | TC cervical. Dilatação esofágica a montante. T – traqueia; E – esófago

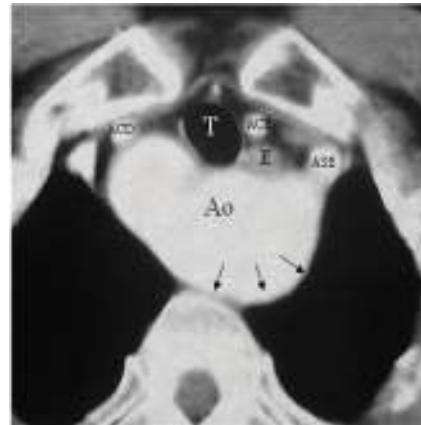


Fig. 4. | TC cervical. Ao – aorta. T – traqueia. E – esófago. ACE – carótida comum esquerda. ACD – carótida comum direita. ASE – subclávia esquerda. Setas – dilatação aórtica

Para melhor caracterização da anomalia vascular identificada foi complementado o estudo com AngioTC: “artéria carótida comum esquerda aberrante com origem independente anómala na aorta ascendente proximal, constituindo o seu primeiro ramo; artéria carótida comum direita com origem independente na aorta ascendente; artéria subclávia direita com origem independente, na localização habitual do tronco braquiocefálico; artéria subclávia esquerda na localização habitual; dilatação aórtica após a origem da subclávia esquerda, com cerca de 45 mm de maiores dimensões (Fig. 5 a 7); aorta com percurso posterior à traqueia e esófago, deslocando-os anteriormente e provocando, conjuntamente com a artéria carótida comum esquerda anómala, efeito compressivo sobre o esófago, dilatado imediatamente proximal à crossa da aorta” (Fig. 8 e 9).

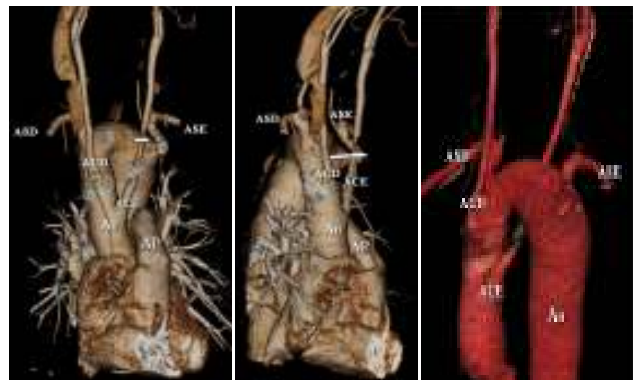


Fig. 5, 6 e 7 | AngioTC. Ao – aorta. ACE – carótida comum esquerda. ACD – carótida comum direita. ASE – subclávia esquerda. ACD – subclávia direita. AP – artéria pulmonar. Setas – dilatação aórtica

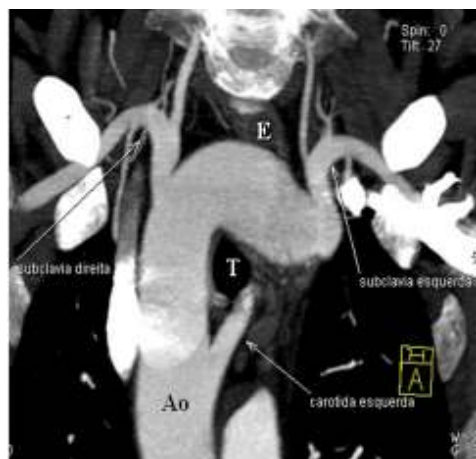


Fig. 8 e 9 | AngioTC. Ao – aorta. AoA – aorta ascendente. AoD – aorta descendente. E – esôfago. T – traqueia. VBC – veia braquiocefálica. AP – artéria pulmonar.

Dado o diagnóstico de malformação congénita do arco aórtico e dilatação aórtica o doente foi orientado para avaliação no Serviço de Cirurgia Cardio-tóraca. Considerando o quadro sintomático relativamente estabilizado, os riscos da correcção cirúrgica, os antecedentes e a idade do doente, optou-se por tratamento conservador com instituição de cuidados na dieta e optimização dos parâmetros cardiovasculares, nomeadamente hipertensão arterial. O doente encontra-se em seguimento periódico nas consultas de Otorrinolaringologia e Cardiologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE. Não se verificou até à data agravamento do quadro clínico.

DISCUSSÃO

A disfagia extrínseca de etiologia não neoplásica constitui uma entidade pouco frequente¹. É causada predominantemente por patologia da coluna vertebral ou por malformações vasculares, nomeadamente do

arco aórtico.

As anomalias congénitas do arco aórtico são consideradas entidades relativamente comuns, surgindo em cerca de 1% da população². No entanto, apenas uma minoria das situações, menos de 10%, são sintomáticas³. Resultam de irregularidades no desenvolvimento embriológico da aorta e grandes vasos, incluindo o saco aórtico, raízes aórticas ventrais e dorsais e artérias dos arcos, no embrião. Estas malformações podem associar-se a anomalias cardíacas ou vasculares, incluindo coarctação ou dilatação aneurismática da aorta, ductus arteriosum patente ou circulação pulmonar anómala⁴.

A disfagia lusória foi descrita pelo cirurgião geral londrino Bayford em 1794^{5,6} na sequência de um exame post-mortem a uma doente de 60 anos, com história de disfagia desde a adolescência, no qual detectou uma anomalia da artéria subclávia direita, que tinha origem na aorta torácica descendente e apresentava um trajecto entre a coluna vertebral e o esôfago, comprimindo-o. Utilizou o adjectivo latim *lusoria*, que deriva do verbo *ludo*, *ludere*, cujo significado é divertir-se, lograr, enganar, pretendendo significar um “divertimento da natureza” ao desviar-se do padrão anatómico normal (*lusus naturæ*). Posteriormente, Autenrieth em 1807⁷ e Arkin em 1933⁸, estenderam a denominação de lusória a toda a disfagia por compressão extrínseca provocada por qualquer anomalia do arco aórtico, não apenas pelas anomalias na origem e trajecto da artéria subclávia direita, mais comuns⁹.

São invulgares os casos de disfagia lusória com apresentação clínica na idade adulta¹⁰. O início da sintomatologia em idosos resulta provavelmente da acumulação de placas de aterosclerose e da formação de dilatações aneurismáticas^{4,11}. A sua raridade e o carácter insidioso das queixas justificam a raridade com que este tipo de patologias é considerado no diagnóstico diferencial de disfagia.

O diagnóstico de disfagia lusória tem por base os achados dos exames auxiliares de diagnóstico, sendo fundamental a exclusão de outras causas mais frequentes de disfagia¹. A endoscopia digestiva alta permite excluir neoplasias, membranas/bridinhas acalásia e refluxo gastro-esofágico, evidenciando habitualmente compressão extrínseca, associada ou não a pulsatilidade. A TC, particularmente a AngioTC, permite uma avaliação pormenorizada das estruturas mediastínicas, nomeadamente vasculares, evitando a realização de Angiografia clássica⁴.

O tratamento cirúrgico das malformações do arco aórtico pode ser efectuado através de diversas abordagens e técnicas, incluindo laqueação, anastomoses, enxerto com material autólogo ou protésico^{4, 12, 13}. No entanto, a decisão cirúrgica obriga a uma cuidadosa

ponderação, tendo em conta as consequências pós-operatórias a longo prazo e a esperança de vida dos doentes. A morbilidade e mortalidade da reparação cirúrgica são elevadas, podendo atingir 20 a 44%¹⁴. Assim, habitualmente é possível controlar a disfagia através da optimização de parâmetros cardiovasculares e de cuidados dietéticos, reservando-se a cirurgia para situações de disfagia e emagrecimento acentuados ou de risco de hemorragia / ruptura⁴.

CONCLUSÃO

O caso clínico apresentado constitui um exemplo de disfagia lusória resultante de compressão esofágica alta por artéria carótida comum esquerda aberrante complicada por dilatação aneurismática do arco aórtico, provavelmente secundária ou adquirida, de etiologia aterosclerótica.

Com este trabalho os autores pretendem sublinhar a necessidade de incluir as anomalias vasculares no diagnóstico diferencial de disfagia, particularmente quando não se identificam lesões endo-luminais ou anomalias neuro-musculares.

REFERÊNCIAS

1. Alper F et al. Demonstration of vascular abnormalities compressing esophagus by MDCT: Special focus on dysphagia lusória. *Eur J Radiology*. 2006;59:82-87.
2. Richardson JV, Doty DB, Rossi NP, Ehrenhaft JL. Operation for aortic arch anomalies. *Ann Thorac Surg*. 1981;31:426-32.
3. Delap TG, Jones SE, Johnson DR. Aneurysm of an aberrant right subclavian artery presenting as dysphagia lusoria. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2000;109:231-4.
4. Levitt B, Richter JE. Dysphagia lusoria: a comprehensive review. *Dis Esophagus*. 2007;20:455-460.
5. Miller JM, Miller KS. A note on the historical aspects of dysphagia lusoria. *Am Surg* 1992;58:502-3.
6. D. Bayford: An account on a singular case of obstructed deglutition. *Memoirs of the Medical Society of London*. 1794;2:271-282.
7. Autenrieth JH, Pfeiderer. De dysphagia lusoria. *Archiv für die Physiologie*. 7: 145-188. 1807
8. Jablonski S. Illustrated dictionary of eponymic syndromes and diseases and their synonymes. Philadelphia, Saunders, 1969;p. 22.
9. Rezende, JM. Linguagem médica. 3ª Ed. AB Editora e Distribuidora de Livros, Lda. 2004
10. Lindgren S, Janzon L. Prevalence of swallowing complaints and clinical findings among 50 79-year-old men and woman in an urban population. *Dysphagia*. 1991;6:187-192.
11. Triantopoulou C, Ioannidis I et al. Aneurysm of aberrant right subclavian artery causing dysphagia lusoria in an elderly patient. *Am J Roentgenol*. 2005;184:1030-3.
12. Richardson JV, Doty DB, Rossi NP, Ehrenhaft JL. Operation for aortic arch anomalies. *Ann Thorac Surg*. 1981;31:426-32.
13. Shennib H, Diethrich EB. Novel approaches for the treatment of the aberrant right subclavian artery and its aneurysms. *J Vasc Surg*. 2008;47(5):1066-70.
14. Bisognano JD, Young B, Brown JM, Gill EA, Fang FC, Zisman LS. Diverse presentation of aberrant origin of the right subclavian artery. *Chest*. 1997;112: 1693-7.