

Esofagite péptica e estenose esofágica: revisão da terapêutica nos últimos 10 anos

Peptic esophagitis and esophageal stenosis: review of last 10 years treatments

Dov Lagus Rosenberg¹, Guilherme Maia Oliveira¹, Mike Shyu¹, Rafael Villano Krentz¹, Mateus Quaresma Mendonça², Ruy França de Almeida³, Celso de Castro Pochini³, Danilo Gagliardi⁴

Resumo

Este trabalho tem como objetivo rever os tratamentos propostos para a estenose péptica nos últimos 10 anos. Para isto foi feito um levantamento dos artigos publicados nos últimos 10 anos que sugerem um tratamento para essa doença. Os tratamentos encontrados na literatura foram Inibidores de bomba de próton (IBP), dilatações endoscópicas com ou sem auxílio de injeção de corticoide intralésionais, stents e cirurgia. Dessa forma verificamos que todos os pacientes devem usar IBP e, como primeira forma de tratar a disfagia da doença, devem recorrer a dilatações endoscópicas. Caso o paciente permaneça sintomático a opção mais definitiva é a cirurgia.

Descritores: Esofagite péptica, Estenose esofágica, Refluxo gastroesofágico, Terapêutica

Abstract

This review aims to review the proposed treatments for peptic stenosis in the last 10 years. Articles published in the last 10 years suggesting treatments for this disease were researched. Treatments proposed amongst literature were the use of Proton Pump Inhibitors (PIP), endoscopic dilatation, associated or not with intra-lesional corticosteroids, stents and surgery. All affected patients should use PIP and endoscopic dilatations are the first choice method for the disease's dysphagia. If symptoms persists, the most definitive option is surgery.

Keywords: Esophagitis, peptic; Esophageal stenosis; Gastroesophageal reflux; Therapeutics

Introdução

A estenose péptica é considerada a etiologia mais comum de estenose benigna do esôfago⁽¹⁻³⁾. Sua fisiopatologia está relacionada, em uma fase inicial, ao estreitamento da luz esofágica devido ao espasmo e edema e, posteriormente, com deposição local de colágeno e consequentemente formação de tecido fibrótico, devido ao processo inflamatório crônico^(1,3).

60-70% dos casos de estenose péptica decorrem de complicação da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE)⁽⁴⁻⁸⁾. É uma complicação cada vez mais rara nas últimas décadas⁽⁹⁾, devido, sobretudo, ao uso difundido dos inibidores de bomba de prótons (IBPs)⁽¹⁰⁾. Não obstante, eventualmente pacientes evoluem para tal complicação, requerendo adequado tratamento.

Neste presente estudo, busca-se descrever e avaliar diferentes abordagens para o tratamento da descrita afecção.

Objetivo

O objetivo desse trabalho foi analisar as formas de tratamento de estenose péptica proposta pela literatura nos últimos 10 anos e tentar determinar qual é a eficácia de cada uma e quais seus efeitos colaterais.

Materiais e métodos

Para a realização desse trabalho foram utilizadas três plataformas de pesquisa científica: PubMed, Bireme e Scielo. Nessas plataformas foram pesquisadas as palavras-chave "(peptic AND ("constriction pathologic" OR "stricture")) AND ("esophageal" AND

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - 5º Ano do Curso de Graduação em Medicina

2. Médico Residente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Departamento de Cirurgia

3. Médico 2º Assistente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Departamento de Cirurgia

4. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Departamento de Cirurgia. Chefe do Grupo de Esofago do Departamento de Cirurgia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Departamento de Cirurgia / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Departamento de Cirurgia

Endereço para correspondência: Mike Shyu. Rua Basilio da Cunha, 10 - Vila Deodoro - 01544-000 - São Paulo, SP - Brasil. E-mail: shyu.mike@yahoo.com

“stenosis”)” fornecendo-nos um total de 1209 artigos. De acordo com os critérios de inclusão descritos na imagem 1, esses artigos foram filtrados, permanecendo ao todo 51 artigos. Por fim, os artigos foram lidos em pares e excluídos aqueles que não se enquadrassem nos critérios de exclusão definidos na imagem 1. No final foram mantidos 9 trabalhos, sendo estes pertencentes às seguintes bases de dados: 9 da PubMed, 1 da Bireme e 1 da Scielo; sendo que os artigos da Bireme e da Scielo já faziam parte da lista da PubMed (Imagem 1 e Tabela 1).

Resultados

Ao todo os trabalhos possuíam 911 pacientes, mas

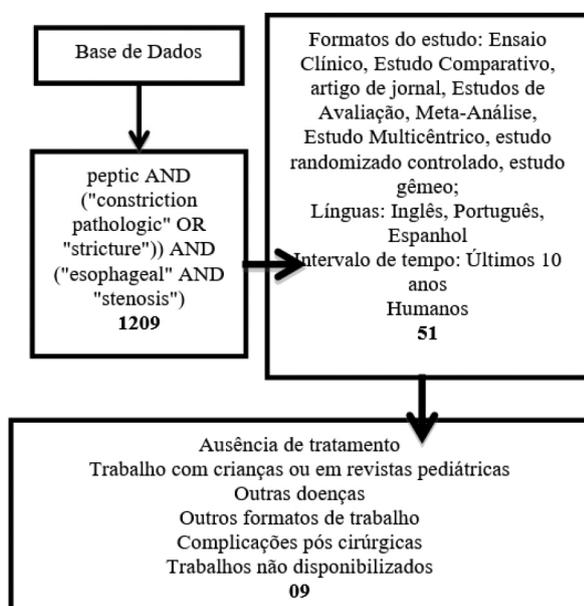


Imagem 1 - Fluxograma mostrando a estratégia de pesquisa da literatura sobre estenose péptica. São descritos a pesquisa em base de dados, palavras-chave usadas, critérios de inclusão e critérios de exclusão, sequencialmente.

quando restritos a pacientes de estenose péptica esse valor cai para 520, representando 57,08% da população estudada. Os demais pacientes apresentavam causas benignas de estenose esofágica (como lesão caustica, esofagite eosinofílica, entre outros) exceto por um trabalho em que uma parcela dos pacientes possuía lesão neoplásica (adenocarcinoma e carcinoma escamoso).

Ruigómez et al, 2006⁽⁹⁾ demonstram em seu trabalho a queda progressiva de casos de estenose péptica na população do Reino Unido estudada entre janeiro de 1994 a dezembro de 2000 concomitantemente ao aumento do uso de inibidores de bomba de próton (IBP) pela população. Ele deixa explícito, porém que não há garantias na correlação direta desses elementos.

Seguindo esse princípio de melhora do tratamento da estenose com os IBPs Novais et al, 2008⁽⁴⁾ propõem o tratamento conjunto dessa droga com dilatação esofágica endoscópica com velas de Savary-Gilliard. Dentre os pacientes com estenose péptica foram necessárias em média 8,8 sessões de dilatação até melhora dos sintomas de disfagia.

Qureshi et al, 2010⁽¹¹⁾ também propõem o tratamento de dilatação esofágica endoscópica com velas de Savary-Gilliard. Ele demonstra em seu estudo que as dilatações iniciais foram adequadas em todos os pacientes com estenose péptica, com um número médio de sessões de dilatações para remissão dos sintomas de 3,1 sendo que a recorrência dos sintomas por mês era de 0,369 em números absolutos.

Outra forma de dilatação demonstrada na literatura foi através de dilatador óptico. Jones et al, 2006⁽¹²⁾ analisam uma população de 26 pacientes com estenose benigna de esôfago na qual 65,38% deles possuíam estenose péptica. Na população total, 11 pacientes demonstraram uma melhora parcial significativa, enquanto 7 demonstraram melhora total dos sintomas após 3 semanas do procedimento. O trabalho afirma não ter ocorrido complicações durante o estudo.

Em casos de resistência ao tratamento, Dzele-

Tabela 1

Métodos de tratamento propostos e discutidos por diferentes autores

Trabalho	Ano	Método de tratamento
Noais et al.	2008	Dilatação endoscópica com velas de Savary-Gilliard
Cai et al.	2012	Uso de corticoide em estenose refratária a tratamento
Ahn et al.	2015	Uso de corticoide em estenose refratária a tratamento
Thomas et al.	2011	Stents esofágicos
Rui Gómez et al.	2006	IBP
Qureshi et al.	2010	Dilatação endoscópica com velas de Savary-Gilliard
Dan et al.	2012	Stents esofágicos
Dzeletovic et al.	2013	Auto-dilatação diária
Jones et al.	2006	Uso de dilatador óptico

tovic et al, 2013⁽¹³⁾ propuseram a autodilatação em casa diariamente ou duas vezes ao dia, orientada por profissionais capacitados. Em seu estudo somente 3 pacientes possuíam estenose péptica. Em seus resultados ele não separa os dados específicos aos pacientes portadores de estenose péptica. No geral essa técnica apresentou uma efetividade de 90% (melhora da disfagia). Contudo nesse estudo, 77% dos pacientes se queixaram de sintomas de refluxo (4 vezes a mais do que no início do trabalho).

Atualmente se propõe, juntamente à terapêutica de dilatação, a aplicação intralésional de corticoides visando reduzir a necessidade de dilatações. Estudo de Ahn et al(2015)⁽¹⁾ mostra que o número médio de dilatações associado a injeções intralésionais de triamcinolona, em estenose péptica, foi reduzido de 3.12 para 1.41 dilatações, aumentando o tempo entre as dilatações.

É descrito também o uso de fluticasona oral, por meio de inaladores contendo fluticasona, na estenose péptica refratária. Segundo estudo de Cai et al, 2012⁽¹⁴⁾, o uso de fluticasona duas vezes ao dia foi eficaz na redução da frequência de dilatações esofágicas, aumentando o tempo entre dilatações subsequentes de 39.42 dias para 115 dias, em média.

Pregun et al, 2009⁽¹⁵⁾ corroboram em seu estudo de revisão a eficácia do uso de injeções intralésionais de corticosteroide associado a dilatações, com a ressalva de que são necessários testes com maior amostragem de pacientes. Além disso essa revisão avalia diversos estudos que demonstram a eficácia do uso de IBPs, sendo mais eficientes que antagonistas do receptor histamínico do tipo 2 (ARH2). Essa superioridade se manteve tanto no tratamento apenas com medicações quanto no uso conjunto de fármacos e dilatação.

Em um mais um estudo de revisão, Bansal, Kahrilas 2010⁽¹⁰⁾ afirmam que a incidência de estenose péptica se tornou mais rara com o uso difundido dos IBPs. Ao analisar estudos sobre o uso de dilatadores, esse estudo conclui que os tipos estudados apresentam taxas de sucesso e recidiva semelhantes. Ao discorrer sobre as opções de tratamento disponíveis para estenose refratária, é reafirmada, a eficácia do uso das injeções intralésionais de corticosteroides na diminuição do número de dilatações repetidas necessárias para o tratamento desses pacientes. A cirurgia antirrefluxo mostrou uma boa eficácia na redução de scores de disfagia e a necessidade de dilatações futuras em pacientes com estenose refratária que não respondem bem ao tratamento conservador. Por fim, o uso de *stents* na estenose refratária deve ser feito em pacientes cuidadosamente selecionados, visto que, nos estudos analisados, o número de complicações relacionadas a esse procedimento é alta, com resolução em apenas 50% dos pacientes.

Dan et al, 2012⁽¹⁶⁾ investigaram em sua pesquisa o uso de *stents* removíveis auto-expansíveis no tratamento das estenoses esofágicas benignas. Três pacientes apresentavam estenose péptica, sendo observado 1 paciente com desfecho favorável (sem necessidade da repetição da passagem do *stent* durante o tempo de acompanhamento). Contudo, os outros dois pacientes não apresentaram boa evolução.

Já na meta-análise de Thomas et al, 2011⁽²⁾ sobre uso de *stents*, 46,2% dos pacientes apresentaram melhora na disfagia ao final do tratamento. A principal complicação apresentada foram três perfurações. Não foi observada nenhuma morte relacionada a colocação dos *stents*. Além disso, comparando os resultados de *stents* de diferentes materiais, encontraram-se resultados mais favoráveis àqueles feitos de Polyflex em relação aos de nitrino.

Discussão

O tratamento mais clássico e conceituado pela literatura é através do uso de IBP, sendo que o consenso na literatura desde 1990^(2,4,9,15) é que esse tipo de tratamento deve ser iniciado para todos os pacientes, mesmo quando eles forem submetidos a outro tipo de tratamento. A única variação é que em alguns trabalhos uma parcela da população estudada utilizou ARH2, o qual tem como vantagem em relação aos IBP o fato de ter um efeito inicial mais precoce. Contudo, em trabalhos clássicos já foi demonstrado maior eficácia com o uso de IBP em relação a AH2⁽²⁾ e que esses sofrem menos efeitos rebotes na retirada da medicação. Em diversos estudos analisados em nossa pesquisa, foi observado que o uso concomitante de terapia farmacológica com dilatação endoscópica resultou em maiores taxas de melhora dos sintomas da estenose, e um deles constatou que esses esquema terapêutico resultou em necessidade de menor número de dilatações^(2,9).

Atualmente a forma mais utilizada é a dilatação endoscópica, a qual foi abordada em grande parte dos estudos analisados em nossa pesquisa e apresenta boa evolução na maioria deles com poucas sessões de tratamento (entre 3,11 e 8,8 sessões em média). O artigo de Jones et al, 2006⁽¹²⁾, o qual tratou do dilatador óptico, indicou resultados animadores desse novo recurso terapêutico, sendo considerado um método com maior facilidade de uso e que proporciona uma melhor visão do local da dilatação, diminuindo a possibilidade de ocorrência de dilatações inadequadas, embora esta seja uma técnica consideravelmente mais cara do que as dilatações com vela de Savary-Gilliard.

Nota-se que em diversos estudos⁽⁴⁾ que em geral as estenoses pépticas têm resultados mais favoráveis à dilatação endoscópica do que estenose secundárias

a outras causas (por exemplo estenoses cáusticas), possivelmente devido ao fato de tratar de estenoses de porções mais curtas do que as demais causas. Isso é algo importante, devido ao fato das estenoses pépticas corresponderem à causa mais comum de estenose esofágica benigna^(2,4,9,15), o que nos indica a importância e eficácia das dilatações endoscópicas no contexto das estenoses esofágicas em geral.

O uso de corticosteroides intralésionais é uma opção de tratamento para estenoses pépticas refratárias que tem se mostrado promissora, mostrando bons resultados nos trabalhos analisados^(1,10,14,15) sendo utilizada juntamente com as dilatações endoscópicas e IBP. O uso de corticosteroides é capaz de diminuir o número de dilatações necessárias, e de oferecer um maior alívio dos sintomas^(1,15). Porém, as pesquisas que abrangem o uso de corticosteroides na estenose péptica possuem amostras muito reduzidas, e pesquisas com maiores amostras seriam necessárias para confirmar a eficácia dessa terapia^(14,15).

Outra técnica descrita para a refratariedade da dilatação endoscópica é a autodilatação caseira que não se apresentou como uma boa opção para os pacientes com estenose péptica, uma vez que aumentava em quatro vezes a queixa de sintomas de refluxo e, além disso, necessita de uma população muito bem orientada para realizar esse tipo de tratamento⁽¹³⁾.

Além dessas formas o tratamento com *stent* é uma opção mais recente na literatura. A primeira vez que foi descrito um caso com sucesso foi em 1999⁽²⁾. Nos trabalhos que analisamos não há um consenso na eficácia desse método, uma vez que um indica uma falha quase completa enquanto o outro apresenta resultado de moderada eficácia⁽¹⁶⁾. Ambos os trabalhos apresentam um percentual baixo de pacientes com estenose péptica (7% e 12% da população total dos estudos) o que promove uma perda da significância estatística desses trabalhos. Além disso no trabalho com desfecho mais favorável os autores não separam a evolução dos doentes por etiologia. Por fim ambos os trabalhos demonstram que os resultados podem variar conforme o modelo de *stent* utilizado. A literatura nos últimos 10 anos discutiu pouco sobre a opção de tratamento cirúrgico. Nos artigos revisados, Qureshi et al, 2010⁽¹¹⁾ referem que a dilatação é utilizada cada vez mais no lugar da cirurgia, uma vez que o uso das velas de Savary-Gilliard leva a menor morbidade/mortalidade. Já Bansal, Kahrilas (2010)⁽¹⁰⁾ demonstram que esse tipo de tratamento é um dos mais eficazes em eliminar os sintomas e sugere o utilizar em pacientes de difícil controle com as demais técnicas. Quando analisamos mais profundamente a literatura sobre esses procedimentos, verificamos que como principais indicações para tratamento cirúrgico, citam-se a refratariedade à dilatação (não é possível realizar mais dilatações e

o paciente ainda sofre com disfagia) complicação da DRGE, sendo a principal dela o esôfago de Barret, que não apresentam melhora da metaplasia após o iniciar o uso de IBP^(17,18). As técnicas mais recomendadas são as funduplicaturas que podem ser total (Nissen) ou parcial (Lind)⁽¹⁷⁾. A taxa de sucesso a longo prazo dessas cirurgias varia entre 65%-90% e a taxa de mortalidade varia de 0,4%-2,0%⁽¹⁸⁾. A complicação mais grave dessa cirurgia é a perfuração do esôfago que ocorre em menos até 2% dos procedimentos, sendo que sua evolução tende a ser com mau prognóstico⁽¹⁷⁾. Desta forma os autores sugerem como forma de tratamento ideal os fluxogramas das imagens 2 a 4.

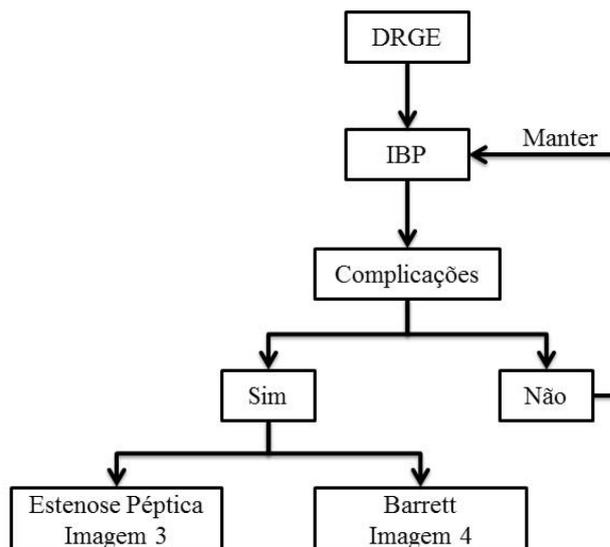


Imagem 2 - Algoritmo de conduta para DRGE, elaborado pelos autores. IBP: Inibidor de bomba de prótons; DRGE: Doença do Refluxo gastroesofágico.

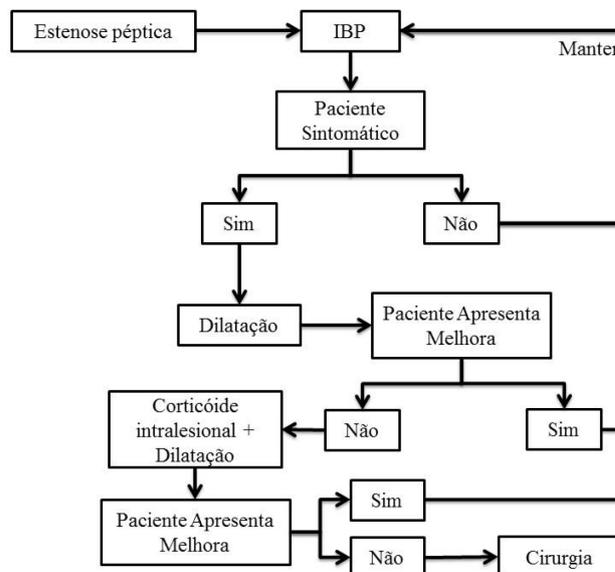


Imagem 3 - Algoritmo de conduta para estenose péptica, elaborado pelos autores. IBP: Inibidor de bomba de prótons.

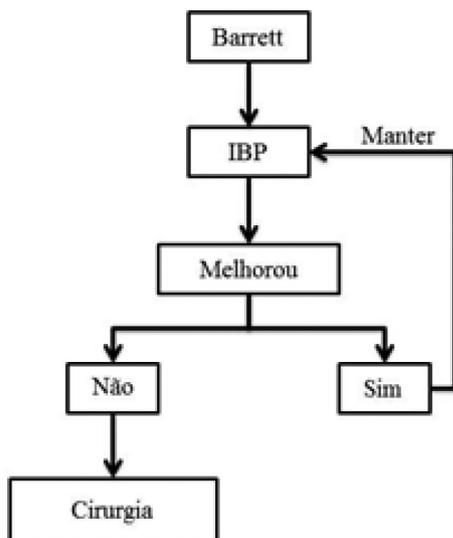


Imagem 4 - Algoritmo de conduta elaborado pelos autores para casos que evoluam com Esôfago de Barrett. IBP: Inibidor de bomba de prótons.

Conclusão

As técnicas de dilatação para alívio dos sintomas de disfagia se provaram eficientes na maioria dos casos. Além disso essas estenoses refratárias, que antes possuíam um manejo muito difícil, atualmente possuem novas opções terapêuticas, principalmente o uso de corticosteroides intralésionais, que torna o tratamento dessa patologia muito mais eficaz. Nesses pacientes de difícil controle devemos pensar também na opção cirúrgica, que apesar de ter maior risco de morbidade/mortalidade tem uma maior taxa de cura dos sintomas. Esse tipo de tratamento também deve ser optado em pacientes com esôfago de Barrett refratário ao tratamento clínico para a prevenção do câncer de esôfago.

Referências

1. Ahn Y, Coomarasamy C, Ogra R. Efficacy of intralésionais triamcinolone injections for benign refractory oesophageal strictures at Counties Manukau Health, New Zealand. *N Z Med J.* 2015; 128:44-50.
2. Thomas T, Abrams KR, Subramanian V, Mannath J, Ragunath K. Esophageal stents for benign refractory strictures: a meta-analysis. *Endoscopy.* 2011; 43:386-93.

3. Zaterka S, Eisig JN. Tratado de gastroenterologia: da graduação à pós-graduação. São Paulo: Atheneu; 2011. 288p.
4. Novais P, Lemme E, Equi C, Medeiros C, Lopes C, Vargas C. Estenoses benignas de esôfago: abordagem endoscópica com velas de Savary-Gilliard. *Arq Gastroenterol.* 2008; 45:290-4.
5. Spechler SJ. AGA technical review on treatment of patients with dysphagia caused by benign disorders of the distal esophagus. *Gastroenterology.* 1999; 117:233-54.
6. Andreollo NA, Lopes LR, Inogutti R, Brandalise NA, Leonardi LS. Tratamento conservador das estenoses benignas do esôfago através de dilatações. Análise de 500 casos. *Rev Assoc Med Bras.* 2001; 47:236-43.
7. Piotet E, Escher A, Monnier P. Esophageal and pharyngeal strictures: report on 1,862 endoscopic dilatations using the Savary-Gilliard technique. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2008; 265:357-64.
8. Drábek J, Keil R, Námesný I. The endoscopic treatment of benign esophageal strictures by balloon dilatation. *Dis Esophagus.* 1999; 12:28-9.
9. Ruigómez A, García Rodríguez LA, Wallander MA, Johansson S, Eklund S. Esophageal stricture: incidence, treatment patterns, and recurrence rate. *Am J Gastroenterol.* 2006; 101:2685-92.
10. Bansal A, Kahrilas PJ. Treatment of GERD complications (Barrett's, peptic stricture) and extra-oesophageal syndromes. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2010; 24:961-8.
11. Qureshi S, Ghazanfar S, Leghari A, Tariq F, Niaz SK, Quraishy MS. Benign esophageal strictures: behaviour, pattern and response to dilatation. *J Pak Med Assoc.* 2010; 60:656-60.
12. Jones MP, Bratten JR, McClave SA. The Optical Dilator: a clear, over-the-scope bougie with sequential dilating segments. *Gastrointest Endosc.* 2006; 63:840-5.
13. Dzeletovic I, Fleischer DE, Crowell MD, Pannala R, Harris LA, Ramirez FC, et al. Self-dilation as a treatment for resistant, benign esophageal strictures. *Dig Dis Sci.* 2013; 58:3218-23.
14. Cai Q, Yarandi SS, Kung RD, Brown JM, Xu H, Cai Q. Effect of oral fluticasone on refractory peptic esophageal stricture - a new therapeutic method. *Endoscopy.* 2012; 44 (Suppl 2) UCTN:E408-9.
15. Pregun I, Hritz I, Tulassay Z, Herszényi L. Peptic esophageal stricture: medical treatment. *Dig Dis.* 2009; 27:31-7.
16. Dan DT, Gannavarapu B, Lee JG, Chang K, Muthusamy VR. Removable esophageal stents have poor efficacy for the treatment of refractory benign esophageal strictures (RBES). *Dis Esophagus.* 2014; 27:511-7.
17. Henry MACA. Diagnóstico e tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2014; 27: 210-5.
18. Lundell L. Reflux esophagitis and peptic strictures. *GI Motility Online.* [serial online]. 2001; [cited 10 Nov 2015]. doi:10.1038/gimo43. Available from: <http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo43.html>

Trabalho recebido: 11/11/2015

Trabalho aprovado: 15/05/2016