

## INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO

# Injeção de corticoide no tratamento de estenose esofágica refratária

## Steroid injection in the treatment of refractory esophageal stricture

Rita Carvalho\*, Miguel Areia, Daniel Brito, Sandra Saraiva e Ana Teresa Cadime

*Serviço de Gastreterologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Coimbra, Portugal*

Recebido a 3 de agosto de 2011; aceite a 5 de novembro de 2011  
Disponível na Internet a 24 de julho de 2012

### Caso clínico

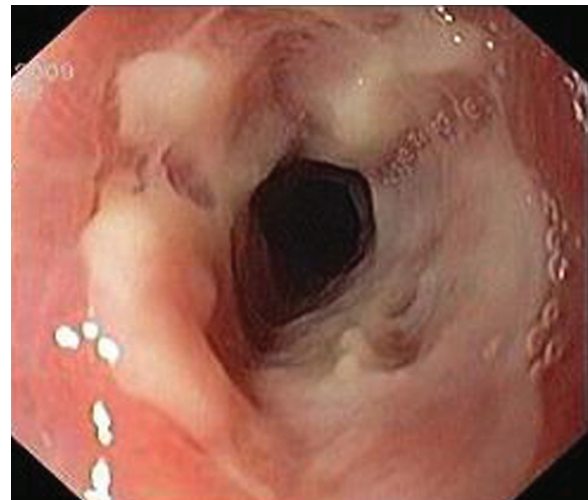
Apresenta-se o caso de um doente de 87 anos, referenciado à consulta por suspeita de neoplasia do esófago em endoscopia digestiva alta (EDA). Tinha antecedentes de doença coronária, doença de refluxo gastroesofágico, hérnia do hiato e hipertensão arterial, estando medicado com aspirina, diltiazem, furosemida, omeprazol e atorvastatina.

A EDA revelou, no esófago aos 25 centímetros, uma estenose infranqueável cuja mucosa circundante apresentava inflamação e friabilidade marcadas (fig. 1). O estudo histológico mostrou tecido necroinflamatório sem células malignas. A tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica revelou espessamento do esófago proximal. Na presunção de se tratar de causa péptica, foi realizado ensino dietético, medicado com esomeprazol 40mg 2 id e suspensa a aspirina.

Efetuu-se dilatação esofágica com balão «through-the-scope» (TTS) até 10mm, revelando uma estenose regular com 2cm de extensão, circunferencial, com inflamação difusa do esófago a jusante. Inicialmente com periodicidade semanal e depois quinzenal, efetuaram-se 14 procedimentos em 6 meses. O aspeto endoscópico mantinha-se semelhante,

com estenose esofágica punctiforme (fig. 2). A repetição das biopsias e da TC confirmaram benignidade.

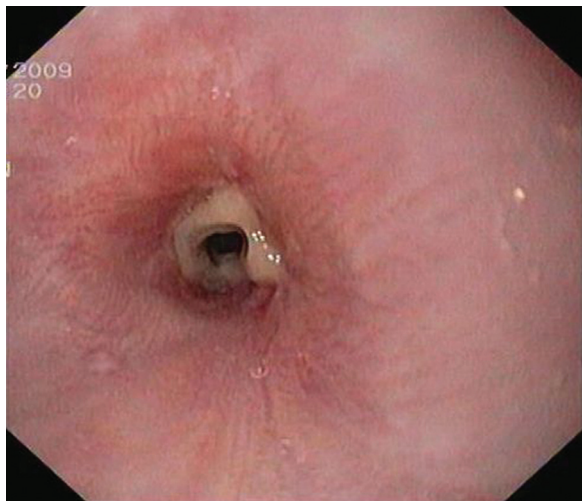
Perante ausência de melhoria, optou-se por complementar cada dilatação com terapêutica intralesional de corticoide no final do procedimento (7 mg de betametasona



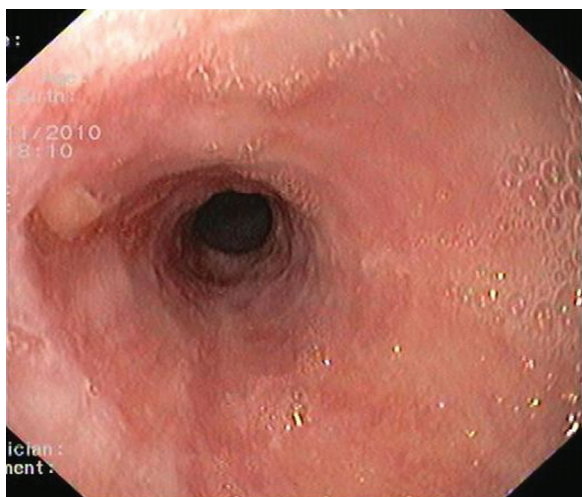
**Figura 1** Estenose infranqueável no esófago aos 25 centímetros, aquando da primeira endoscopia, previamente a dilatação. A mucosa circundante apresenta inflamação e friabilidade.

\* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: ritamscarvalho@hotmail.com (R. Carvalho).



**Figura 2** Aspeto punctiforme da estenose esofágica, após 14 dilatações com balão TTS.



**Figura 3** Aspeto cicatricial na região de estenose prévia, após 6 dilatações com injeção de corticoides, com lúmen facilmente permeável sem estenose.

diluídos em 4 cc de soro, com injeção de 1cc por quadrante, no interior da estenose). Após 6 dilatações com injeção de corticoides em 6 meses, obteve-se melhoria franca, com a região da estenose franqueável e de aspeto cicatricial (fig. 3).

Na reavaliação endoscópica aos 3 e 5 meses não houve necessidade de dilatação, mantendo-se o doente assintomático, medicado com esomeprazol.

As estenoses esofágicas podem ser benignas ou malignas. A causa péptica é a etiologia benigna mais frequente,

apesar da diminuição na sua frequência devido à utilização de antissecretores<sup>1,2</sup>. A EDA com estudo histológico é o procedimento diagnóstico de escolha.

A dilatação endoscópica no tratamento das estenoses benignas tem como objetivos o alívio sintomático, a alimentação oral e evitar a aspiração pulmonar<sup>3</sup>. Se a etiologia é péptica, deve ser adicionado um inibidor da bomba de prótons, para diminuir a necessidade de dilatações<sup>4</sup>. Existem os dilatadores sobre fio-guia (Savary-Gilliard) e os balões TTS<sup>1</sup>, não havendo dados que permitam afirmar a superioridade de um deles. A escolha depende da sua disponibilidade e preferência do endoscopista<sup>2</sup>.

A dilatação é eficaz na maioria dos casos; no entanto, as estenoses complexas podem ser refratárias. São modalidades de tratamento adicionais a injeção intralésional de corticoide, a terapêutica endoscópica com facas nas estenoses fibróticas<sup>5</sup>, a colocação temporária de próteses, a utilização de próteses biodegradáveis e, em último caso, a cirurgia<sup>1</sup>.

Acredita-se que a injeção de corticoide interfira na síntese de colagénio, na fibrose e no processo de cicatrização<sup>6</sup>. Não há diferenças entre os vários fármacos relativamente à eficácia. Deve ser feita, sempre que possível, antes da dilatação, no topo proximal e no interior da estenose, não havendo um número mínimo definido de sessões<sup>1</sup>.

Com este caso, pretendemos demonstrar, à semelhança de trabalhos nacionais anteriores<sup>6</sup>, que a injeção de corticoide pode ser um tratamento eficaz nas estenoses benignas refratárias. Optámos pela não utilização de prótese, dado o diâmetro da estenose ser muito inferior ao das próteses existentes no mercado.

### Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

### Bibliografia

1. Kochhar R, Poornachandra KS. Intralésional steroid injection therapy in the management of resistant gastrointestinal strictures. *World J Gastrointest Endosc.* 2010;2:61–8.
2. Baron TH. Management of benign esophageal strictures. *Gastroenterol Hepatol.* 2011;7:46–9.
3. Riley SA, Altwood SE. Guidelines on the use of oesophageal dilation in clinical practice. *Gut.* 2004;53 Suppl 1:i1–6.
4. Egan JV, Baron TH, Adler DG, Davila R, Faigel DO, Gan SL, et al. Esophageal dilation. *Gastrointest Endosc.* 2006;63:755–60.
5. Siersema PD. Treatment options for esophageal strictures. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol.* 2008;5:142–52.
6. Gonçalves C, Almeida N, Gomes D, Gregório C, Cotrim I, Gouveia H, et al. Injeção intralésional de betametasona nas estenoses benignas do esófago. *J Port Gastroenterol.* 2005;13:22–5.