



MEGAESÔFAGO IDIOPÁTICO EM FELINO: Relato de Caso

Samyra A. F. SILVA¹; Letícia A. S. LINS²; Caroline S. CAMPOS³; Suellen R. MAIA⁴

RESUMO

Relata-se o caso de um felino jovem com histórico de regurgitação, perda de peso e sinais respiratórios, diagnosticado com megaesôfago idiopático. O diagnóstico foi confirmado por radiografia contrastada. Foram instituídos manejo clínico e correção cirúrgica, porém o paciente evoluiu para óbito no trans-operatório. O caso destaca a importância do diagnóstico precoce e a abordagem em distúrbios esofágicos congênitos.

Palavras-chave:

Regurgitação; Anomalia vascular; Dilatação esofágica; Diagnóstico por imagem.

1. INTRODUÇÃO

O megaesôfago é a dilatação esofágica acompanhada de hipomotilidade, resultando em retenção de conteúdo alimentar e regurgitação (JERICÓ; KOGIKA; ANDRADE NETO, 2015). É classificado em dois tipos: primário (idiopático) ou secundário, associado a doenças neuromusculares, endócrinas, respiratórias ou obstrutivas (RAMEZANI et al., 2024; THERON, 2024; BYRON et al., 2010; ROLPH et al., 2023).

Em felinos, a incidência é maior na raça siamesa (NELSON; COUTO, 2015), sendo comuns regurgitação, emagrecimento e sinais respiratórios, sendo as alterações digestivas as mais significativas (LAWTHER, 1970). O tratamento é voltado para o manejo clínico e dietético, podendo incluir o uso de sondas alimentares, além de intervenção cirúrgica. O prognóstico é variável, dependendo da causa subjacente e da resposta terapêutica, sendo geralmente reservado em felinos (JERICÓ; KOGIKA; ANDRADE NETO, 2015). Apesar de relatos anteriores, como o de Forbes e Leishman (1985), que descreveram um caso de megaesôfago idiopático em um gato siamês sem etiologia identificada mesmo após investigação cirúrgica e histopatológica, a condição permanece pouco compreendida em felinos, reforçando a necessidade de relatos adicionais que contribuam para o entendimento diagnóstico e terapêutico dessa afecção. Este trabalho descreve um caso de megaesôfago idiopático em felino, ressaltando diagnóstico e conduta.

¹Discente em Medicina Veterinária, IFSULDEMINAS - Campus Muzambinho. E-mail: samyra.ferreira@alunos.ifsuldeminas.edu.br

²Aprimorando em Medicina Veterinária, IFSULDEMINAS - Campus Muzambinho. E-mail: carolcamposvet@gmail.com

³Aprimorando em Medicina Veterinária, IFSULDEMINAS - Campus Muzambinho. E-mail: leticialins122@gmail.com

⁴Orientador, IFSULDEMINAS – Campus Muzambinho. E-mail: suellen.maia@muz.ifsuldeminas.edu.br

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi encaminhado ao setor de Clínica Médica do Hospital Veterinário do IFSULDEMINAS – Campus Muzambinho um felino macho, sem raça definida, oito meses, 1,5 kg, soropositivo para FeLV. Apresentava histórico de recidiva de rinotraqueíte viral felina, regurgitação pós-prandial e dificuldade em ganhar peso.

Na anamnese, a tutora relatou perda de peso progressiva há cerca de um mês, regurgitação e polifagia associadas a sinais respiratórios persistentes (espirros, secreção nasal e ocular). Também foram observados sinais neurológicos, como head tilt à esquerda e andar em círculo. No exame físico, o paciente tinha escore de massa muscular reduzido (1/3), condição corporal 3/9, frequência cardíaca e respiratória normais, hipotermia (35,5 °C) e desidratação moderada (7%).

Foram solicitados hemograma, ALT, FA, proteínas totais e frações, sem alterações relevantes. A radiografia torácica simples sugeriu neoformação/neoplasia mediastinal, presença de megaesôfago e/ou neoformação esofágica. Optou-se por esofagograma contrastado com sulfato de bário, que evidenciou distensão e dilatação segmentar do esôfago torácico cranial, com abaulamento mediastinal, trânsito retardado e alteração de elasticidade e dinâmica esofágica. Os achados sustentaram a hipótese de megaesôfago secundário a anomalia vascular.

Para manejo clínico, recomendou-se refeições fracionadas e manutenção do animal em posição vertical durante e após a alimentação. Realizou-se toracotomia exploratória, constatando aderências envolvendo esôfago e artéria subclávia. Foi feita dissecação com ligadura e secção de vaso de pequeno calibre originado da artéria subclávia que circundava o esôfago, sem identificar arcada aórtica persistente. Durante o fechamento da cavidade torácica, o paciente evoluiu a óbito.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A diferenciação entre regurgitação e vômito é essencial nos casos de disfunção esofágica. A regurgitação é um processo passivo, sem esforço abdominal ou sinais prévios, com eliminação de conteúdo pouco digerido, enquanto o vômito é ativo, geralmente precedido por náusea e pode conter bile (Nelson e Couto, 2016). No caso em questão, a eliminação imediata de alimento não digerido após a ingestão indicou regurgitação, sinal clássico do megaesôfago, conforme descrito por Jericó, Kogika e Andrade Neto (2015). O diagnóstico foi confirmado por esofagograma com radiografia contrastada utilizando sulfato de bário.

A perda de peso ou a dificuldade no ganho são achados comuns em animais acometidos por megaesôfago, especialmente quando o quadro perpetua. Como visto no histórico clínico relatado de um mês de regurgitação pós-prandial, a ausência de peristalse esofágica compromete o transporte adequado do alimento até o estômago, prejudicando o estado nutricional do paciente, mesmo na presença de apetite, como observado no caso descrito. Isso se deve ao fato de grande parte do

conteúdo ingerido ser regurgitada antes de atingir o estômago, impedindo sua digestão e consequente absorção de nutrientes (NELSON; COUTO, 2016).

O paciente foi submetido à radiografia torácica simples, evidenciando abaulamento laterolateral e dorsoventral do mediastino cranial e médio com deslocamento dorsal da traqueia. Foram descartadas alterações relevantes envolvendo trato respiratório. Corroborando com os achados descritos por Tilley e Smith Jr., (2015), observou-se na imagem radiográfica do paciente o canal traqueal deslocado dorsalmente e o tubo esofágico preenchido com conteúdo radiopaco. A partir disso, foi solicitada radiografia contrastada com sulfato de bário. O procedimento, descrito por Nelson e Couto (2016), foi realizado pela administração de bário líquido, classificado como melhor agente de contraste no estudo esofágico. Nas imagens radiográficas do paciente após ingestão do contraste, o acúmulo da solução na porção torácica cranial do esôfago comprovou a dilatação e sugeriu hipomotilidade peristáltica. Portanto, a hipótese diagnóstica de distúrbio esofágico foi confirmada, apontando para um caso de megaesôfago.

A idade do paciente e a recorrência dos sinais clínicos sugerem um caso congênito. O manejo alimentar foi ajustado com a oferta de ração triturada, dietas semi-úmidas ou úmidas, e alimentação em comedouro elevado, mantendo o animal inclinado entre 45° e 90° por até 15 minutos após as refeições, conforme orientações de Jericó, Kogika e Andrade Neto (2015). Também foi recomendado o fracionamento das refeições ao longo do dia para evitar retenção de alimento no esôfago, de acordo com Nelson e Couto (2015). Devido à suspeita de persistência do arco aórtico direito, uma anomalia congênita que provoca compressão extraluminal do esôfago, optou-se por intervenção cirúrgica por meio de toracotomia no hemitórax esquerdo, modalidade terapêutica que visa a secção do ligamento arterioso para aliviar a obstrução e restaurar o trânsito esofágico (FOSSUM, 2014).

Durante o procedimento, foi observado que a compressão esofágica estava associada à presença de um vaso de pequeno calibre, originado da artéria subclávia direita, que circundava o esôfago. No entanto, não foi identificada anomalia vascular maior, como a persistência do arco aórtico direito. De acordo com Fossum (2014), a toracotomia pelo quarto ou quinto espaço intercostal esquerdo é a via preferencial para investigação de anomalias vasculares torácicas, por permitir adequada visualização das estruturas envolvidas. Apesar de a cirurgia ter sido conduzida conforme os protocolos descritos na literatura, o paciente apresentou agravamento do quadro clínico durante o transoperatório e evoluiu a óbito.

5. CONCLUSÃO

O caso reforça a relevância do diagnóstico precoce e da escolha criteriosa da abordagem terapêutica em felinos com megaesôfago, especialmente quando associado a anomalias vasculares

congenitas. Embora o tratamento clínico conservador possa permitir uma boa qualidade de vida em alguns casos, a necessidade de intervenções cirúrgicas mais invasivas tende a agravar o prognóstico, que, de modo geral, permanece reservado. Isso destaca a gravidade da condição e a importância de decisões terapêuticas rápidas e bem fundamentadas, considerando que tanto a progressão do megaesôfago, quanto complicações cirúrgicas podem contribuir para a descompensação do paciente.

AGRADECIMENTOS

Ao Hospital Veterinário do IFSULDEMINAS – Campus Muzambinho e equipe envolvida.

REFERÊNCIAS

ETTINGER, S. J.; FELDMAN, E. C. **Tratado de Medicina Interna Veterinária**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

Forbes DC, Leishman DE. **Megaesophagus in a cat**. Can Vet J. 1985 Nov;26(11):354-6. PMID: 17422591; PMCID: PMC1680140.

FOSSUM, T. W. **Cirurgia de Pequenos Animais**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

Guilford WG. **Megaesophagus in the dog and cat**. Semin Vet Med Surg Small Anim. 1990 Feb;5(1):37-45. PMID: 2191392.

JERICÓ, M. M.; KOGIKA, M. M.; ANDRADE NETO, J.P. **Tratado de Medicina Interna de Cães e Gatos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Roca. 2015.

NELSON, R.W.; COUTO, C. G. **Medicina Interna de Pequenos Animais**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2015.

RAMEZANI, Arezoo et al. Atypical megaesophagus caused by a nasopharyngeal polyp in a cat: a case report. **Iranian Journal of Veterinary Surgery**, Tehran, v. 19, n. 2, p. 148–151, 2024.

THERON, ML. **Megaesophagus in an 8-month-old cat secondary to a laryngomucocele**. JFMS Open Rep. 2024 Jul 25;10(2):20551169241261580. doi: 10.1177/20551169241261580. PMID: 39070187; PMCID: PMC11273564.

TILLEY, Larry P.; SMITH JR., Francis W. K.. **Consulta veterinária em 5 minutos: espécies canina e felina**. 5. ed. Barueri: Manole, 2015.