MEGAESÔFAGO E PARALISIA LARÍNGEA EM GATO: RELATO DE CASO

Autores: Vitória Druwe Corrêa[1], Brenda Silva Santanna Penna[2], Raduan Hage[1].

[1]Universidade do Vale do Paraíba, Avenida Shishima Hifumi, 2911, Urbanova - 12244-000 - São José dos Campos-SP, Brasil, vitoriadruwecorrea@gmail.com, raduan@univap.br.
[2]Clínica Veterinária Itaguá, Rua Dom João III, 285, Centro - 11690-180 - Ubatuba-SP, Brasil, Be.penna@hotmail.com.

Resumo
O diagnóstico de megaesôfago e doenças laríngeas em felinos é incomum e pouco documentado. Objetiva-se relatar um caso de megaesôfago associado a paralisia bilateral de laringe em felino jovem com alterações respiratórias, comparando os achados clínicos, diagnósticos e terapêuticos com a literatura. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de caso, de um paciente felino com histórico de alterações respiratórias recorrentes, diagnosticado com paralisia de laringe e megaesôfago. Para fundamentação teórica, realizou-se revisão bibliográfica nas bases PubMed e Google Acadêmico, utilizando os descritores “Megaesôfago”, “Distúrbios laríngeos” e “Felino”, entre os anos de 2015 e 2025. Apesar das intervenções instituídas, o paciente evoluiu com piora progressiva, sendo submetido à eutanásia. Conclui-se que tais afecções devem ser investigadas como diagnósticos diferenciais em felinos com manifestações respiratórias e digestórias, embora a definição etiológica permaneça um desafio na prática clínica.

Palavras-chave: Megaesôfago. Distúrbios laríngeos. Felino.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde, Medicina Veterinária.

Introdução

Megaesôfago ou ectasia esofágica é a dilatação do esôfago devido à peristalse insuficiente, ausente ou descoordenada no esôfago médio e cervical. Sua etiologia é variável e inclui distúrbios de inervação, obstruções físicas parciais, estenose secundária a doenças inflamatórias da musculatura esofágica ou persistência do arco aórtico direito e, muitos casos ainda são considerados idiopáticos. Clinicamente o megaesôfago está associado a episódios de regurgitação após a ingestão de alimentos sólidos e, em muitos casos, os animais acometidos estão abaixo do peso e podem apresentar pneumonia por aspiração (Gelberg, 2017). O diagnóstico de megaesôfago e de doenças laríngeas são considerados incomuns em felinos e ainda pouco relatados e estudados quanto a sua etiologia e tratamentos relacionados (Macphail, 2020; Reinero *et al*., 2025).

Em gatos, apenas os primeiros dois terços do esôfago são constituídos por músculo estriado, sendo que o terço caudal é composto por músculo liso (König; Liebich, 2022). O fato de haver uma maior proporção de músculo liso no esôfago felino em comparação com o esôfago canino, que contém principalmente músculo esquelético, faz com que o megaesôfago não seja tão comum nos gatos (Hague *et al.*, 2015). Os princípios gerais de manejo para gatos com megaesôfago incluem a identificação e o tratamento das condições subjacentes, a implementação de dietas personalizadas, com porções menores e mais frequentes e, a garantia de posicionamento vertical antes e depois das refeições (Reinero *et al.,* 2025).

Doenças laríngeas são incomuns em gatos, mas podem resultar em insuficiência respiratória significativa. A paralisia laríngea em gatos pode ser tanto unilateral quanto bilateral e tem sua causa frequentemente indeterminada, mas vários casos têm sido associados a trauma, invasão neoplásica e danos iatrogênicos (por exemplo, após tireoidectomia ou correção cirúrgica de persistência do canal arterial) (Macphail, 2020). Os gatos possuem apresentação clínica similar à dos cães, geralmente apresentando respiração com ruído inspiratório e intolerância ao exercício. Os primeiros sinais clínicos incluem alteração na voz, tosse e engasgos leves. A obstrução grave das vias aéreas resulta em insuficiência respiratória, cianose e colapso. O achado clássico no exame físico é a presença de estridor nas vias aéreas superiores, mas este pode ser variável. A paralisia laríngea é diagnosticada

com base na ausência de abdução das aritenoides durante a inspiração e o manejo do paciente afetado pode seguir o tratamento conservador ou cirúrgico, a depender do caso (Macphail, 2020).

Disfunção esofágica grave e progressiva foi relatada em um grupo de cães com paralisia laríngea idiopática e provavelmente reflete a polineuropatia progressiva (Macphail, 2020). Tayler *et al.* (2021) relataram um caso de um gato em que se acredita que a aerofagia maciça secundária à paralisia laríngea resultou na distensão gasosa do esôfago e consequente dilatação esofágica extrema.

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de megaesôfago associado a paralisia bilateral de laringe em felino jovem com alterações respiratórias, comparando os achados clínicos, diagnósticos e terapêuticos com a literatura.

Metodologia

Trata-se de um relato de caso desenvolvido com base no estudo do prontuário e dos exames diagnósticos complementares de um gato que foi atendido e acompanhado durante o período de maio a agosto de 2025, em uma clínica veterinária particular, localizada no município de Ubatuba/SP.

O histórico do paciente e seus exames complementares foram obtidos com autorização do responsável técnico pelo estabelecimento, do médico veterinário responsável pelo caso e do tutor responsável pelo animal, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Anuência. O trabalho torna-se isento da necessidade de submissão a comitês de ética, segundo a resolução normativa n° 22 de 25/06/2015, do Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (CONCEA) por se tratar de um relato de caso.

O caso refere-se a um gato, sem raça definida, não vacinado, macho castrado, de um ano e seis meses de idade e pesando 3,8 kg. O animal foi atendido em maio de 2025 apresentando alterações respiratórias e queixas como anorexia e êmese. Foi acompanhado durante o período de três meses, até a obtenção do diagnóstico de megaesôfago por meio de radiografia torácica não contrastada, posteriormente confirmado por videoendoscopia digestiva alta, e de paralisia laríngea bilateral, diagnosticada por videolaringoscopia.

Para embasamento teórico, realizou-se pesquisa nas bases de dados PubMed e Google Acadêmico, utilizando os descritores “Megaesôfago”, “Distúrbios laríngeos” e “Felino”. Foram incluídos artigos publicados em português e inglês entre os anos de 2015 e 2025, priorizando artigos científicos e livros de referência na área.

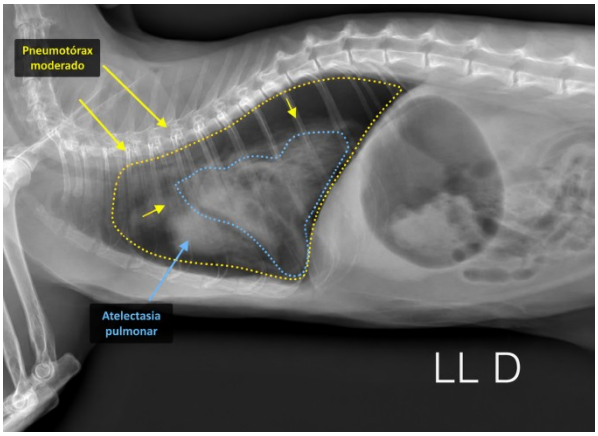
Resultados

Paciente felino de um ano e seis meses, com 3,8 kg, sem histórico vacinal prévio, foi encaminhado para atendimento clínico com quadro de desconforto respiratório progressivo há aproximadamente seis meses. O animal havia sido assistido em outra clínica veterinária, onde foi diagnosticado como positivo para o vírus da leucemia felina (FeLV) através de teste rápido. Nos três dias que antecederam a consulta, observou-se piora do quadro, com perda de apetite, ausência de ingestão hídrica e defecação, prostração e episódios de êmese. A tutora relatou administração empírica de prednisolona.

Ao exame físico, o felino apresentava discreta sensibilidade abdominal, mucosas hipocoradas, taquipneia, dispneia inspiratória e sibilos à ausculta pulmonar, além de sinais sugestivos de efusão pleural. Foi realizada toracocentese de urgência para alívio do desconforto respiratório, porém sem obtenção de volume significativo de líquido. Diante da gravidade, foi indicada a internação imediata e a realização de exames laboratoriais (hemograma, creatinina, ureia, fosfatase alcalina, alanina aminotransferase, glicose e proteínas totais) e de imagem (radiografia torácica e ultrassonografia abdominal).

Os exames laboratoriais revelaram discreta monocitopenia e hiperglicemia. A radiografia torácica evidenciou pneumotórax moderado, possivelmente de origem iatrogênica, atelectasia pulmonar, presença de gás no esôfago e ausência de derrame pleural (Figura 1). A ultrassonografia abdominal demonstrou acentuada quantidade de gás em estômago e alças intestinais, compatíveis com o padrão respiratório observado.

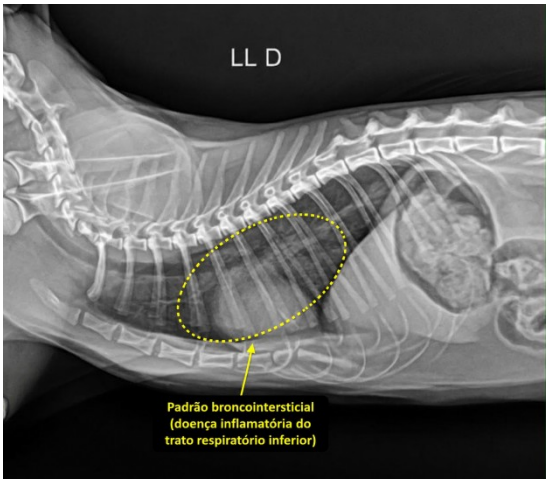
Figura 1 - Radiografia torácica do dia 22/05/2025, apresentando moderado pneumotórax e atelectasia pulmonar.



Fonte: Vet Valle-X 2025.

Durante os três dias de internação, instituiu-se tratamento sintomático com oxigenoterapia, corticosteroides, cloridrato de tramadol e gabapentina para analgesia e tranquilização, além de spray inalatório contendo salmeterol e propionato de fluticasona. Após o período, o paciente apresentou melhora do desconforto respiratório, mantendo-se ativo, com apetite, ingestão hídrica, micção e defecação normais, além de ausência de êmese, embora o estridor inspiratório tenha persistido. Diante da evolução favorável, o felino recebeu alta com prescrição de prednisolona em esquema de redução progressiva da dose por dez dias e manutenção do spray inalatório. Quatro dias após alta, realizou-se nova radiografia torácica para reavaliação, cuja imagem evidenciou resolução do pneumotórax, mas com padrão sugestivo de doença inflamatória do trato respiratório inferior (asma/bronquite) (Figura 2).

Figura 2 - Radiografia torácica 28/05/2025, observa-se ausência de pneumotórax e imagem sugestiva de doença inflamatória do trato respiratório inferior.

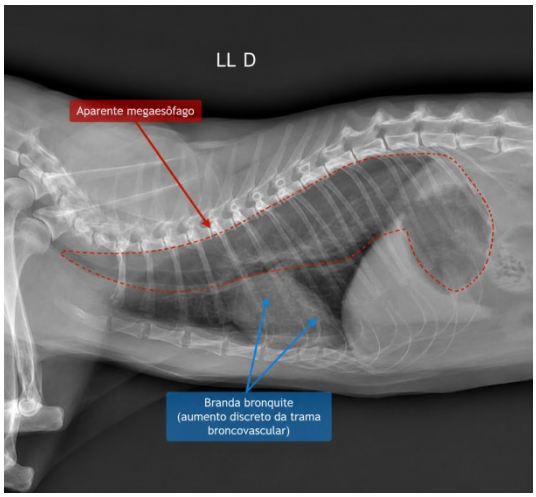


Fonte: Vet Valle-X 2025.

Cerca de um mês após alta, o paciente retornou com quadro agudo de desconforto respiratório, ortopneia, redução do apetite e regurgitação de alimento não digerido, com início no dia anterior. A tutora relatou ter seguido a terapia prescrita, mas fez uso esporádico da prednisolona além do período recomendado, durante crises respiratórias, observando melhora transitória da dispneia, porém sem resolução do estridor inspiratório, que persistiu ininterruptamente.

Ao exame físico, auscultaram-se estertores crepitantes e ruído inspiratório audível, com os demais parâmetros vitais dentro da normalidade. Durante a consulta, administrou-se antiemético e corticosteroides, e solicitaram-se novas radiografias torácicas, cujos laudos revelaram megaesôfago aparente e bronquite discreta (Figura 3). O paciente foi liberado com prescrição de manutenção do spray inalatório, prednisolona, imunoestimulante e simeticona, até nova avaliação.

Figura 3 - Radiografia torácica 01/07/2025, observa-se aparente megaesôfago e bronquite discreta.



Fonte: Vet Valle-X 2025.

Após quatro dias, o paciente retornou sem apetite e com episódios de êmese, sendo indicada nova internação para tratamento e monitorização. Durante o período, manteve-se o uso de prednisolona e o spray inalatório, associando-se antieméticos, fluidoterapia com ringer lactato e omeprazol. O hemograma revelou monocitose, neutrofilia e eosinofilia. A vídeoendoscopia digestiva alta confirmou dilatação esofágica, esofagite e gastrite ulcerativa, com administração tópica de sucralfato sobre as lesões e acréscimo de amoxicilina e ceftriaxona ao protocolo. A partir do segundo dia, o paciente apresentou retorno da ingesta alimentar, sem regurgitação ou êmese, instituindo-se alimentação em posição bípede, durante e vinte minutos após as refeições. Recebeu alta após seis dias com prescrição de spray inalatório, prednisolona em desmame, antiemético, omeprazol, imunoestimulante e probióticos, além de orientações para manejo alimentar vertical.

Posteriormente, com autorização dos tutores, realizou-se videolaringoscopia sob anestesia com propofol para investigação de suspeita de paralisia laríngea, confirmando-se o diagnóstico de paralisia bilateral das aritenoides.

Uma semana após alta, o felino retornou para reavaliação. A tutora relatou adesão ao tratamento instituído e observou melhora clínica, com paciente ativo, com apetite, ingestão hídrica, micção e defecação normais, além de ausência de êmese ou regurgitação desde a implementação do manejo alimentar vertical. Contudo, as crises respiratórias e o estridor inspiratório persistiram.

A veterinária responsável solicitou rinoscopia, tomografia computadorizada e dosagem sérica de T4 total, T4 livre e TSH para investigar obstruções do trato respiratório superior, neoplasias e descartar hipotireoidismo, porém os tutores alegaram impossibilidade financeira para realização de novos exames ou internações.

Vinte dias depois, o paciente retornou em plantão noturno com perda de peso significativa, episódios recorrentes de regurgitação e sinais de náusea. A tutora relatou apetite preservado, porém regurgitação imediata mesmo com alimentação em posição vertical. A internação foi recomendada, porém recusada pelos tutores por motivos financeiros. Administrou-se antiemético e orientou-se jejum de uma hora, mantendo-se o manejo alimentar.

Após esse atendimento, o paciente não retornou. Cerca de um mês depois, a tutora informou a realização de eutanásia em outra clínica particular, mas autorizou a realização da necropsia na clínica que vinha conduzindo o caso. À avaliação macroscópica, observou-se dilatação acentuada e difusa

do esôfago, cuja mucosa apresentava áreas multifocais avermelhadas, compatíveis com o processo inflamatório previamente identificado à videoendoscopia. O estômago encontrava-se sem conteúdo alimentar, não sendo observadas alterações macroscópicas relevantes nos demais órgãos avaliados. Ao corte sagital do crânio, não foram observadas massas, pólipos ou deformações evidentes das conchas nasais, e o encéfalo não apresentou alterações macroscópicas aparentes. Não foi realizada avaliação histopatológica, impossibilitando a exclusão de alterações microscópicas e a determinação definitiva da etiologia.

Discussão

Embora o megaesôfago em felinos seja considerado raro (Reinero *et al.,* 2025), essa condição envolve diversas etiologias complexas. Além do desafio diagnóstico e terapêutico na espécie (Reinero *et al.,* 2025), a afecção não se restringe à forma idiopática; pode associar-se a anomalias congênitas, obstruções por corpos estranhos intraluminais, esofagite de refluxo pós-anestésica, miopatias inflamatórias e toxicoses por chumbo, tálio ou organofosforados (Kook, 2016). Adicionalmente, manifesta-se como sinal de doenças neuromusculares, a exemplo da *miastenia gravis* (Hague *et al.,* 2015). No paciente deste relato, não foram identificados achados sugestivos de etiologias tóxica, obstrutiva e secundária à anestesia por meio da anamnese, exames laboratoriais, de imagem e achados de necropsia. O exame de diagnóstico considerado padrão ouro para identificação de megaesôfago é a videofluoroscopia da deglutição, contudo sua aplicação em gatos ainda é limitada devido à necessidade da ingestão forçada de contraste radiográfico, sulfato de bário, o que eleva o risco de aspiração e confere valor limitado na determinação da etiologia e manejo terapêutico (Reinero *et al*., 2025). No presente caso, o diagnóstico baseou-se na radiografia torácica simples (não contrastada), um exame acessível, pouco invasivo e rotineiro.

O tratamento do megaesôfago felino fundamenta-se no manejo dietético, preconizando-se o fornecimento de alimento úmido em porções fracionadas e frequentes, associado à manutenção do paciente em estação (posição vertical) durante e após as refeições (Reinero *et al*., 2025). No presente caso, o tratamento incluiu protetor gástrico, anti-inflamatórios e antieméticos. Felinos acometidos frequentemente apresentam escore corporal baixo e pneumonia aspirativa secundária (Kook, 2016; Gelberg, 2017), complicação compatível com o agravamento do quadro pulmonar observado neste caso.

Paralelamente, o diagnóstico de paralisia laríngea bilateral foi confirmado por videolaringoscopia sob anestesia leve com propofol conforme recomendado em Macphail (2020). Tayler *et al*. (2021) relataram a concomitância de ambas as afecções em um felino, sugerindo que a aerofagia maciça secundária à paralisia laríngea resultou em acentuada distensão gasosa e subsequente dilatação esofágica extrema. As complicações da paralisia laríngea incluem perda de peso, disfagia, insuficiência respiratória, estridor inspiratório (exacerbado com esforço físico, estresse térmico ou umidade), edema e obstrução das vias aéreas, pneumonia aspirativa, megaesôfago e condrite aritenóide (Macphail, 2020).

Em gatos, a etiologia da paralisia laríngea é frequentemente indeterminada, embora existam relatos associados a traumas e lesões iatrogênicas (como tireoidectomia ou correção de persistência do canal arterial) (Macphail, 2020). Tais causas não foram evidenciadas pelo histórico clínico e pelos achados macroscópicos da necropsia, embora a ausência de avaliação histopatológica tenha limitado sua exclusão definitiva. O manejo pode ser cirúrgico, por meio da lateralização unilateral da aritenoide, ou conservador, visando à qualidade de vida via restrição de exercícios, controle ponderal e anti-inflamatórios para redução do edema laríngeo, embora esta última abordagem seja insuficiente a longo prazo (Macphail, 2020).

A FeLV foi considerada na investigação etiológica devido à associação do retrovírus com neoplasias, especialmente o linfoma (Little *et al*., 2020). Em estudo brasileiro, Pimentel *et al*. (2025) observaram associação entre a positividade para FeLV e a apresentação mediastinal do linfoma. No presente caso, embora não tenham sido identificadas alterações macroscópicas sugestivas de neoplasia, a ausência de avaliação histopatológica impossibilitou sua exclusão definitiva. Além disso, o diagnóstico de FeLV baseou-se apenas em teste rápido, constituindo uma limitação da investigação. Entre os diagnósticos diferenciais, destacou-se a *miastenia gravis* adquirida, associada ao megaesôfago em felinos (Mignan; Lowrie, 2019). Entretanto, limitações financeiras impediram a

dosagem sérica de anticorpos contra receptores de acetilcolina, impossibilitando confirmar ou excluir essa hipótese.

Conclusão

Embora a literatura científica reitere a baixa casuística de megaesôfago e paralisia laríngea em felinos, o presente relato evidencia a necessidade de incluir os distúrbios esofágicos e laríngeos no escopo de diagnósticos diferenciais para pacientes que manifestem sinais respiratórios e regurgitação persistente. A identificação dessas afecções foi viabilizada por métodos de imagem acessíveis e minimamente invasivos, demonstrando a eficácia da abordagem clínica e radiográfica rotineira. Contudo, o esclarecimento etiológico definitivo permanece um desafio complexo na medicina felina, frequentemente limitado pela escassez de estudos prospectivos e por restrições financeiras para a execução de exames diagnósticos avançados e de alta especificidade.

Referências

GELBERG, H. B. Alimentary system and the peritoneum, omentum, mesentery, and peritoneal cavity. In: ZACHARY, J. F. (ed.). **Pathologic basis of veterinary disease.** 6. ed. St. Louis: Elsevier, 2017. p. 324–411.e1. DOI: 10.1016/B978-0-323-35775-3.00007-2.

HAGUE, D. W.; HUMPHRIES, H. D.; MITCHELL, M. A.; SHELTON, G. D. Risk Factors and Outcomes in Cats with Acquired Myasthenia Gravis (2001-2012). **Journal of Veterinary Internal Medicine**, v. 29, n. 5, p. 1307-1312, set.-out. 2015. DOI: 10.1111/jvim.13596.

KÖNIG, H. E.; LIEBICH, H.-G. **Anatomia dos animais domésticos**: texto e atlas colorido. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

KOOK, P. H. Megaösophagus – immer idiopathisch? In: Schweizerische Tierärztetage 2016, 2016, Suhr (Suíça). Anais… Suhr: Schweizerische Tierärztetage, 2016.

LITTLE, S.; LEVY, J.; HARTMANN, K.; HOFMANN-LEHMANN, R.; HOSIE, M.; OLAH, G.; DENIS, K. S. 2020 AAFP Feline Retrovirus Testing and Management Guidelines. **Journal of Feline Medicine and Surgery**, v. 22, n. 1, p. 5–30, 2020. DOI: 10.1177/1098612X19895940.

MACPHAIL, C. M. Laryngeal disease in dogs and cats: an update. **Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice**, v. 50, n. 2, p. 295-310, mar. 2020. DOI: 10.1016/j.cvsm.2019.11.001.

MIGNAN, T.; LOWRIE, M. Feline myasthenia gravis: a review. **Companion Animal**, v. 24, n. 3, p. 156 –161, 2019. DOI: 10.12968/coan.2019.24.3.156.

PIMENTEL, P. A. B. et al. Feline lymphoma associated with feline leukemia virus (FeLV) and feline immunodeficiency virus (FIV) infections in Brazil: systematic review. **Veterinary and Animal Science**, v. 30, p. 100514, 2025. DOI: 10.1016/j.vas.2025.100514.

REINERO, C.; GROBMAN, M.; VIENTÓS-PLOTTS, A.; MASSEAU, I.; GERHARD, C. Lower esophageal sphincter achalasia-like syndrome causing megaesophagus in a cat. **Journal of Feline Medicine and Surgery Open Reports**, v. 11, n. 1, p. 20551169251341055, 29 jun. 2025. DOI: 10.1177/20551169251341055.

TAYLER, S.; MULLOWNEY, D.; LATARETU, A.; PLESTED, M.; TUAN, J.; KATHRANI, A. Gastroesophageal intussusception and extreme esophageal dilatation secondary to bilateral laryngeal paralysis in a cat. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, v. 35, n. 2, p. 1088–1092, mar. 2021. DOI: 10.1111/jvim.16056.