NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2012, vol XXI, n.º 4

Caso endoscópico

Fernando Pereira[1]

Apresenta-se a situação de uma menina de oito anos que nasceu com atrésia esofágica de gap longo, pelo que foi submetida no período neonatal a gastrostomia para alimentação. Permaneceu no hospital até aos oito meses fazendo alimentação exclusiva por gastrostomia e aspiração contínua do coto esofágico proximal, aguardando crescimento dos topos esofágicos.

Aos oito meses efetuou cirurgia, com anastomose dos dois segmentos do esófago, sob tensão, na sequência da qual desenvolveu quadro de refluxo gastroesofágico grave. Apesar do tratamento permanente com inibidor da secreção ácida do estômago desenvolveu estenose significativa da anastomose cirúrgica, com disfagia acentuada, que não foi possível resolver com dilatações, razão pela qual foi reoperada.

Desde então e até aos oito anos, momento atual, tem feito tratamento com inibidores da secreção ácida e tem tolerado toda a alimentação própria da idade referindo apenas alguns pequenos episódios de engasgamento com alimentos sólidos que resolvem de forma rápida e espontânea.

Realizou exame endoscópico de controlo que permitiu observar no esófago as imagens que apresentamos.

Qual lhe parece a melhor interpretação para os aspetos apresentados?

1 – Esofagite péptica secundária ao refluxo
2 – Duplicação esofágica
3 – Estenose esofágica com pseudodivertículo
4 – Esófago de Barrett



Figura 1



Figura 2

[1] U. Gastroenterologia Pediátrica, CH Porto

COMENTÁRIOS

As imagens que mostramos correspondem à zona de anastomose cirúrgica e nelas podemos ver do lado direito o lúmen esofágico e do lado esquerdo uma cavidade em fundo de saco, separados por prega. A mucosa que reveste estas estruturas tem aspeto normal e sem sinais inflamatórios. O lúmen esofágico encontra-se diminuído mas sem significativa estenose, com diâmetro aproximado de 9mm. A mucosa esofágica distal não apresentava sinais inflamatórios embora o cárdia se revelasse incompetente quando observado em inversão. O estômago e o duodeno eram normais.

Estamos assim perante uma **deformação cicatricial do esófago secundária à cirurgia efetuada, com pseudodivertículo e estenose ligeira, sem sinais inflamatórios**. Não há sinais de esofagite, a duplicação esofágica tem uma história e morfologia diferente e o esófago de Barrett desenvolve-se por regra na porção terminal do esófago em consequência do refluxo crónico, possível no contexto desta doente mas não correspondendo ao que observamos nestas imagens.

A atrésia esofágica de gap longo conduz habitualmente a uma cirurgia de anastomose com tensão, mais frequentemente sujeita a complicações, nomeadamente acentuado refluxo com esofagite e estenose secundária. A refistulização com reintervenção ou rotura parcial da anastomose e posterior cicatrização conduzem com frequência a deformação cicatricial definitiva, após correção, com aspeto pseudodiverticular, que permanece durante vários anos, atenuando-se frequentemente à medida que cresce o esófago. Este aspeto pseudodiverticular e naturalmente a estenose e a perturbação da motilidade do esófago operado, são causa de disfagia que habitualmente resolve quase completamente com o crescimento. Estes doentes devem todavia ser submetidos a controlo endoscópico periódico.

ABSTRACT

We present the case of a eight years old patient with a long gap esophageal atresia. During the first months of life she had been in exclusive enteric nutrition trough a gastric tube waiting for esophageal growth. At eight months she was submitted to surgical esophageal anastomosis under significant tension and developed important gastroesophageal reflux. In spite of permanent treatment with proton pump inhibitors a significant esophageal stricture appeared in the anastomotic region, which did not resolve with dilations and needed a new surgery. After this complicated course, patient's growth was normal, but she had some episodes of dysphagia with spontaneous resolution. In the esophageal endoscopic control by the age of eight years, we observed a deforming scar with a pseudodiverticular aspect without inflammation. Usually, esophageal growth minimizes the diverticular aspect and the dysphagia in these patients, who should be submitted to periodic endoscopic control during life.

Keywords: Esophageal atresia, reflux stricture, pseudodiverticular scar.

Nascer e Crescer 2011; 20(4): 264-265

BIBLIOGRAFIA

1. Spitz L. Oesophageal atresia treatment: a 21st-century perspective. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2011; 52, S12.
2. Michaud L, Gottrand F. Anastomotic strictures: conservative treatment. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2011; 52, S18-9.