

Caso Endoscópico

Fernando Pereira¹

A Joana de 11 anos de idade foi observada no Serviço de Gastroenterologia por episódios de engasgamento.

Era a segunda filha de pais saudáveis e sem história familiar de patologia malformativa.

Criança que nasceu de parto eutócico após gravidez de termo sem intercorrências a quem foi diagnosticada no período neonatal atresia esofágica com fístula. Fez correção cirúrgica da sua malformação digestiva ao segundo dia de vida, esofago-esofagotomia através de toracotomia extrapleurar. Ao sexto dia de vida verificou-se a existência de deis-

cência parcial da sutura esofágica que foi tratada com antibioterapia, alimentação parentérica e drenagem, com evolução favorável.

A doente teve boa evolução do seu quadro clínico nos meses seguintes, com tolerância alimentar, um pouco tardia para sólidos, mas com ganho ponderal e psicomotor adequados à idade.

Aos 6 anos foi observada na consulta de Gastroenterologia por apresentar de forma esporádica episódios de engasgamento em especial com os alimentos sólidos, que resolviam de forma espontânea

Efectuou então esofagograma que evidenciou a existência de irregularidade de calibre do esófago na zona de anastomose cirúrgica com rigidez do órgão na mesma zona. A endoscopia digestiva alta mostrou a imagem que apresentamos na figura 1.

O que lhe sugere a imagem?

- 1- Divertículo esofágico cicatricial
- 2- Recidiva de fístula
- 3- Duplicação esofágica

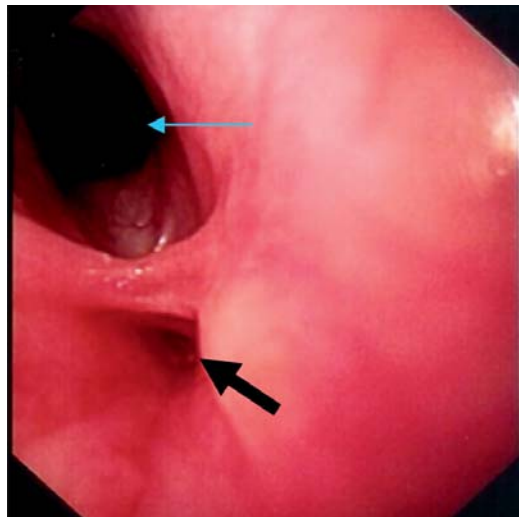


Figura 1

¹Serviço de Gastroenterologia
Hospital Maria Pia / CHPorto

COMENTÁRIO

A imagem endoscópica que mostramos na figura 1 corresponde a pseudodivertículo esofágico residual, secundário à deiscência da sutura que a doente teve poucos dias depois da correcção da



Figura 2

sua atresia. Vemos o lúmen esofágico (seta azul) e o divertículo (seta preta). A imagem radiológica anexa (figura 2), permite ver a dimensão da lesão secundária à deiscência da sutura, cuja evolução cicatricial conduziu ao pseudodi-

vertículo observado. A irregularidade da parede e do lúmen esofágico eram os responsáveis pelos sintomas da doente pelo que ponderamos a melhor atitude a tomar para a sua resolução. Decidimos explorar a extensão do divertículo para



Figura 3

o que introduzimos um fio guia no mesmo e verificamos, com alguma surpresa, que o fio aparecia um pouco mais abaixo no lúmen esofágico, pelo que não se tratava de um verdadeiro divertículo mas sim de trajecto diverticu-

lar. Pensamos tentar sectionar a ponte que separava o pseudodivertículo do lúmen esofágico mas não conhecendo bem a composição das estruturas em presença optamos por acompanhar a evolução do processo e actuar apenas se os sintomas da doente se tornassem mais graves.

Fomos assistindo ao atenuar espontâneo e progressivo das dimensões do trajecto pseudodiverticular até ao seu completo desaparecimento 4 anos depois, ficando o esófago com aspecto que a figura 3 documenta.

A doente mantém esporadicamente sensação de disfagia para sólidos quando ingere alimentos apressadamente e mal mastigados.

Nascer e Crescer 2009; 18(1): 54-55

BIBLIOGRAFIA

1. Dahlgerg, ME, Gunasekaran, TS, Angst D, Masi, SP. "Children with Esophageal Atresia/TE fistula: Demographics, treatments and outcomes." *JPGN* 27(4); 478. 1998
2. Nishimoto Y, Taguchi T, Ogita K, Hashizume M, Suitz S. "Endoscopic Diverticulotomy for symptomatic pediatric esophageal diverticula". *Ped. Surg. Int.* 2005; 21(1): 50-3.