

## Caso Endoscópico

*Fernando Pereira*

Hoje vamos apresentar o caso de um doente de 13 anos de idade, sexo masculino, que sofre de paralisia cerebral grave, secundária a episódio de asfixia neonatal.

O doente apresentava história de vómitos alimentares frequentes durante o primeiro ano de vida, esporadicamente com conteúdo hemático. Aos 6 anos de idade foi-lhe diagnosticado refluxo gastro-esofágico grave tendo sido submetido a cirurgia anti-refluxo (Funduplicatura tipo Nissen) com significativa melhoria do seu quadro clínico.

Aos 10 anos foi pela primeira vez observado na consulta de Gastroenterologia por apresentar vómitos esporádicos, melenas, anemia hipocrômica e microcítica associada a ferro e ferritina com baixos valores séricos.

Realizou pHmetria de 24 horas que mostrou existir refluxo Gastro-esofágico moderado e endoscopia digestiva alta que evidenciou esofagite distal de grau II, cárdia aberta, sem plicatura gástrica visível em inversão e gastrite crónica do corpo e antro. A histologia do antro gástrico confirmou a gastrite e não mostrou a presença de flora do tipo H. Pylori.

O doente fez tratamento com, Omeprazol 40 mg oral dia, Domperidone, Ferro oral e Polivitamínico.

Seis semanas depois repetiu a endoscopia digestiva alta sendo então observado ao nível do esófago distal o aspecto que mostramos na figura. Fez biópsias.

Qual lhe parece o diagnóstico mais adequado para o aspecto endoscópico apresentado no contexto deste doente.

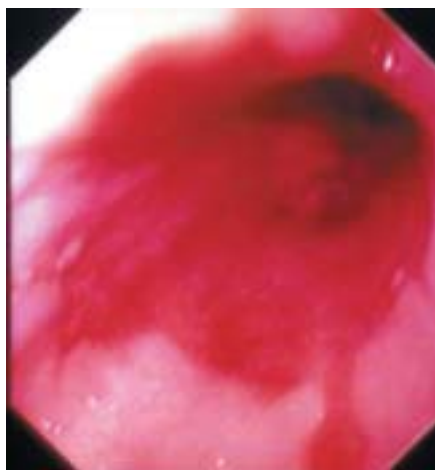


Fig. 1-A

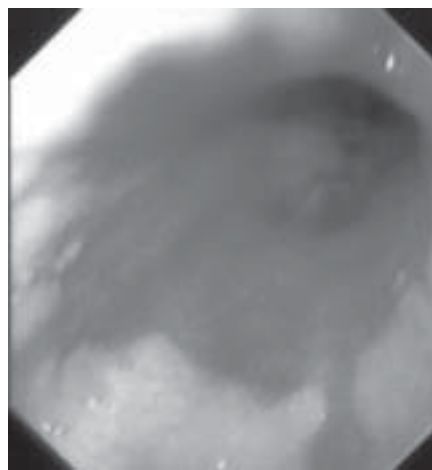


Fig. 1-B

- 1 – Esofagite peptica
- 2 – Esófago de Barrett
- 3 – Hérnia do hiato
- 4 – Tumor do esófago

## Comentários

O aspecto endoscópico apresentado corresponde ao esófago distal onde pode observar-se uma mucosa mais vermelha do que o revestimento normal do esófago a este nível, de aspecto liso e homogêneo, que reveste uma extensão superior a 3cm, contados a partir do cárdia (linha Z) e com um limite superior um pouco irregular. As biópsias efectuadas revelaram tratar-se de epitélio de tipo intestinal com células caliciformes e não pavimentoso estratificado como é característico do esófago.

Estamos assim perante um quadro de metaplasia intestinal do revestimento do esófago distal estendendo-se por mais de 3 cm, ou seja trata-se de um **Esófago de Barrett (EB)**.

Nos doentes com refluxo de longa duração pode ocorrer a metaplasia intestinal do epitélio esofágico, é todavia desconhecida a prevalência desta entidade na criança e alguns autores consideram o risco de desenvolvimento

do EB tanto maior quanto maior é a duração dos sintomas de refluxo. O tratamento médico ou cirúrgico do refluxo pode em alguns doentes fazer regredir o epitélio intestinal, mas o mais habitual é a sua persistência. No nosso serviço observamos já alguns doentes com Esófago de Barrett, todos com refluxo de longa duração, mais de 5 anos, tardiamente diagnosticado e tratado e a maior parte foram observados em doentes com doença neurológica, em que a sintomatologia digestiva é por vezes mais difícil de valorizar.

O Esófago de Barrett é considerado como uma entidade potencialmente maligna, responsabilizada por alguns autores pelo aumento de incidência do adenocarcinoma do esófago distal; os doentes portadores de EB devem ser submetidos a controlo endoscópico e histológico e tratados por técnicas endoscópicas ou cirúrgicas sempre que aparece displasia nas biópsias de controlo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 - Eric Hassall; "Co-Morbidities in Childhood Barrett's Esophagus". Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 25:255-260 1997
- 2 - Benjamin D. Gold; "Outcomes of Pediatric Gastroesophageal Reflux Disease: In the first Year of life, in Childhood, and in Adults.. Oh, and Should We Really Leave Helicobacter pylori Alone? Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 37:S33-S39.2003
- 3 - Sanjeev Slehra, MD, and Prateek Sharma, MD; "Barrett esophagus". Current Opinion in Gastroenterology, Vol 19, nº4 pag.387-393, 2003