

## Caso Endoscópico

Fernando Pereira<sup>1</sup>

Observamos na consulta de Gastroenterologia Pediátrica um rapaz de 10 anos que nos foi enviado por apresentar diversos episódios de disfagia para sólidos.

No último ano teve vários episódios de disfagia durante a ingestão de alimentos sólidos, de início súbito, quase todos de curta duração e resolvidos com ingestão de pequenas quantidades de água. Entre os episódios passava bem. O último episódio, cerca de um mês antes da nossa consulta, foi o mais intenso, durou cerca de 3 horas e constituiu uma verdadeira impactação alimentar, ao nível do terço médio do esófago. Foi diagnosticada radiologicamente e resolveu espontaneamente quando o doente era preparado para efectuar endoscopia digestiva alta.

O nosso doente tinha história anterior de múltiplos episódios de bronquiólite

nos primeiros anos de vida e vômitos de repetição até aos dois anos, interpretados como refluxo gastro-esofágico. Sofria de rinite alérgica. A história familiar era irrelevante, os pais e os dois irmãos, mais velhos, eram saudáveis.

À data da consulta o doente encontrava-se clinicamente bem, referia ligeira perda de peso cerca 3Kg nos últimos 3 meses, associada a menor ingestão alimentar por receio de novo episódio de obstrução. O seu exame objectivo era normal.

O doente efectuou estudo analítico de rotina, hemograma, VSG, proteína C reactiva, função renal e hepática, estudo da coagulação, proteinograma e exame sumário de urina, todos com valores normais. Apresentava ligeira elevação da IgE total com valores normais das outras imunoglobulinas. O estudo

radiológico do tórax não evidenciava alterações.

Decidimos efectuar endoscopia digestiva alta para esclarecimento do seu quadro, na realização da qual não observamos qualquer modificação do calibre do esófago, apenas o aspecto que mostramos nas figuras 1 e 2 e que justificou a realização de biópsias. O exame do estômago e do duodeno não evidenciaram alterações, nomeadamente ao nível do cárdia ou do piloro. Foram efectuadas biópsias do antro gástrico.

Na sua opinião no contexto clínico deste doente as imagens observadas poderão corresponder a:

- 1 – Esofagite herpética
- 2 – Esofagite de refluxo
- 3 – Esofagite eosinofílica
- 4 – Variante do normal.



Figura 1



Figura 2

<sup>1</sup>Serviço de Gastroenterologia  
Hospital de Crianças Maria Pia

## COMENTÁRIOS

A observação da primeira imagem permite identificar espessamento, congestão e estriação longitudinal da parede esofágica, parecendo haver ligeira redução do diâmetro na região distal; na imagem da figura dois, que corresponde ao aspecto do terço inferior, a congestão é mais acentuada, mantém-se a estriação longitudinal e observa-se também estriação transversal. Não se confirmou a existência de redução significativa do lúmen.

As biopsias efectuadas mostraram mucosa esofágica com papilomatose e fibrose do corion, associadas a infiltrado inflamatório constituído por linfócitos e abundantes eosinófilos (cerca de 70 eosinófilos intraepiteliais por campo) estes com permeação do epitélio suprajacente. Não foram identificadas inclusões víricas intracelulares. As biópsias gástricas eram normais.

O quadro clínico, laboratorial, endoscópico e histológico é sugestivo de se tratar de esofagite eosinofílica. Tornava-

se importante excluir definitivamente a esofagite de refluxo, que pode apresentar quadro endoscópico semelhante mas em regra com infiltração eosinofílica muito menos importante. Efectuamos então uma pHmetria de 24 horas que permitiu excluir o refluxo G/E patológico. A esofagite herpética aparece em regra secundariamente ou associada a lesões da parte alta do tubo digestivo e especialmente em doentes imunodeprimidos, apresenta aspecto endoscópico diferente, inflamação aguda intensa com múltiplas vesículas ou ulcerações de tipo aftoide, e no exame histológico são frequentemente encontradas inclusões víricas, pelo que não parecia de considerar neste doente.

Em conclusão, não se tratando de mucosa obviamente normal, estando excluída a esofagite herpética e não havendo refluxo o diagnóstico correcto é o de esofagite eosinofílica.

O doente iniciou tratamento com fluticasona 300ug de 12/12h deglutida e ao final de 8 semanas estava clinicamen-

te bem, não tendo durante esse período qualquer episódio de disfagia e efectuou exame endoscópico que revelou aspecto normal do seu esófago com discreto infiltrado inflamatório com menos de 10 eosinófilos por campo nas biópsias realizadas.

Foi programado estudo alergológico dirigido a alérgenos alimentares.

---

Nascer e Crescer 2007; 16(4): 253-254

## BIBLIOGRAFIA

1. D.D. Ferguson, A E. Foxx-Orenstein. "Eosinophilic esophagitis: an update." *Diseases of the Esophagus*. 2007; 20:2-8.
2. Glenn T. Futura, Chris A. Liocouras et Al. "Eosinophilic Esophagitis in Children and Adults: A Systematic Review and Consensus Recommendations for Diagnosis and Treatment". *Gastroenterology*. 2007; 133:1342-1363