

## Caso Endoscópico

Fernando Pereira<sup>1</sup>

Apresentamos neste número o caso endoscópico de uma criança de 13 anos, sexo feminino, filha de pais saudáveis e não consanguíneos e com irmão saudável, que recorreu ao nosso serviço por apresentar intermitentemente dificuldade de deglutição, mais acentuada para sólidos do que para líquidos e com evolução de cerca de 10 dias.

Tratava-se de criança com um cariótipo 46 XY, translocação 10-13, com surdez neurosensorial, atraso de desenvolvimento estatura-ponderal ligeiro e psicomotor acentuado e encefalopatia epileptiforme controlada com valproato de sódio. Como antecedentes havia a referir refluxo gastroesofágico corrigido cirurgicamente e tuberculose pulmonar.

Cerca de 10 dias antes da nossa observação, a mãe notou dificuldade intermitente na ingestão dos alimentos, mais frequente para sólidos e nos últimos dias recusa alimentar. Não tinha outros sinais ou sintomas de doença, nomeadamente, sintomas respiratórios, vômitos ou febre. O seu exame objectivo era normal.

Decidimos proceder à realização de endoscopia digestiva alta que permitiu observar no 1/3 médio do esófago, o aspecto que mostramos na figura 1, sendo normal todo o restante exame até à segunda porção duodenal.

Qual é na sua opinião o diagnóstico correcto:

1 – Úlcera secundária a refluxo gastroesofágico.  
2 – Perfuração esofágica  
3 – Tuberculose do esófago  
4 – Úlcera traumática do esófago

- 1 – Úlcera secundária a refluxo gastroesofágico.
- 2 – Perfuração esofágica
- 3 – Tuberculose do esófago
- 4 – Úlcera traumática do esófago



Figura 1

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

## COMENTÁRIOS

O quadro de disfagia intermitente mais acentuada para sólidos, de início súbito, em doente com perturbações comportamentais e antecedentes de refluxo gastro-esofágico, sugere a existência de obstáculo esofágico, podendo tratar-se de estenose secundária ao refluxo ou corpo estranho encravado no esófago. O facto de a doente ter feito cirurgia anti-refluxo há longa data e não apresentar queixas de evolução progressiva mas sim de instalação súbita e não ter esofagite, particularmente na porção inferior do esófago, não apoia o diagnóstico de lesão secundária ao refluxo. A doente não apresentava outros sintomas ou sinais que fizessem pensar na perfuração esofágica. Nesta situação os sintomas instalam-se por regra rapidamente após

a rotura e atingem considerável gravidade, o que não verificamos com esta doente, pelo que esta hipótese não parece de considerar. A doente teve tuberculose pulmonar que tinha sido curada alguns anos antes e não apresentava sintomas gerais que fizessem pensar em recidiva. A lesão que apresentava era isolada, estando os restantes segmentos do tubo digestivo observados à endoscopia normais; esta era uma hipótese possível embora pouco provável, mas que a realização de biópsias e a sua coloração especial afastaria.

A figura 2 que apresentamos esclarece definitivamente o caso; de facto a doente tinha engolido um corpo estranho, uma chave, que pela sua dimensão ficou encravado no esófago, em ponto onde anteriormente tinha existido ligeira

estenose, secundária ao seu refluxo. Não provocava obstrução completa do esófago pelo que a doente continuava a ingerir alimentos que progrediam com maior ou menor dificuldade consoante a posição da chave. Por esta razão só ao fim de 10 dias efectuou endoscopia. A persistência do traumatismo local provocou a úlcera profunda que se mostra na figura 1. A realização de exame radiográfico do tórax teria feito de imediato o diagnóstico etiológico.

Tratava-se portanto de úlcera traumática associada à impactação esofágica por chave engolida pela doente.

No controlo efectuado cerca de 30 dias depois e após tratamento com sucralfato em gel 3g/dia observou-se cicatrização completa da lesão sem deformação.



Figura 2