

Caso Endoscópico

Fernando Pereira

Neste número da revista apresentamos mais um caso endoscópico, desta vez relativo a uma criança de 10 anos do sexo masculino e portadora de Síndrome de Wolf (delecção do ramo curto do cromossoma 4), que tem uma frequência aproximada de 1/50.000 nascimentos e que no nosso doente se apresentou ao nascimento com microcefalia, dismorfia facial, hipospádia, criptorquidia, estenose valvular pulmonar, convulsões e hipotonia generalizada. O seu acompanhamento evidenciou acentuado atraso psicomotor.

O doente fez correcção cirúrgica das lesões urológicas, tratamento conservador da sua estenose valvular pulmonar e controlo não muito perfeito do quadro convulsivo com valproato de sódio.

Desde o nascimento e até à data do presente internamento teve múltiplos

episódios de infecção respiratória, alguns necessitando de internamento pela sua gravidade.

O doente foi observado na consulta de Gastroenterologia na sequência de alguns episódios de vómitos com conteúdo hemático, pequena quantidade de sangue digerido, no decurso de internamento por infecção respiratória, com pneumonia do lobo inferior direito. A mãe referia recusa alimentar nas últimas semanas antes do internamento, que atribuía ao aumento da quantidade de secreções respiratórias do doente.

O seu exame objectivo não evidenciava alterações a nível abdominal, nem organomegalias, áreas dolorosas à palpação ou percussão e com ruídos intestinais presentes.

A observação da cavidade oral e da orofaringe apenas revelava, ligeira hipertrofia gengival e cárie dentária.

O estudo analítico efectuado revelou hemoglobina de 13,4gr/l, leucócitos 16.000 com 80% de neutrófilos, proteína C reactiva 3,5mg/dl, plaquetas de 280000, função renal e hepática e estudo da coagulação normais. Os níveis séricos de Valproato de sódio eram normais.

O estudo radiológico do tórax mostrava infiltrado intersticial no lobo inferior direito.

O doente estava medicado com Amoxicilina mais ácido clavulâmico por via endovenosa há 6 dias e encontrava-se apirético e com saturações de oxigénio variando entre 90 e 95% a respirar ar ambiente.

Efectuou endoscopia digestiva alta que permitiu observar no esófago o aspecto que mostramos na fotografia e que biopsiamos, sendo normais o estômago e duodeno até DII.

O seu diagnóstico é:

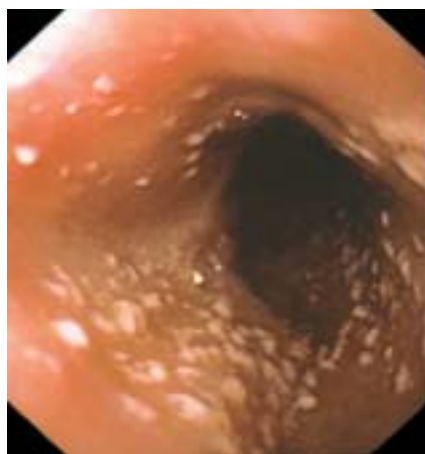


Fig. 1

- 1 - Esofagite de refluxo
- 2 - Restos alimentares
- 3 - Esofagite herpética
- 4 - Candidíase esofágica

Comentários

Na imagem que apresentamos observa-se um segmento do esófago distal onde é possível apreciar uma mucosa de revestimento liso e um pouco congestionada em quase toda a extensão representada, sobre a qual observamos pontuado branco leitoso distribuído de forma irregular na área observada. Quando destacávamos este exsudado ficava uma superfície mais congestionada e levemente sangrante. O aspecto descrito é muito sugestivo de colonização do esófago por *Cândida Albicans*, o que as biópsias realizadas vieram a confirmar. O doente foi tratado com fluconazol durante 14 dias e ficou clinicamente bem, não voltando a ter vômitos e passando a tolerar a alimentação.

A infecção, com invasão dos tecidos por este agente é mais frequentemente

observada em doentes com imunodeficiência celular primária ou secundária. Pode também surgir quando está presente alteração da motilidade do órgão, perda da integridade epitelial, desequilíbrio da flora local por acção antibiótica ou quando existe candidíase oral, embora nestas situações seja mais comum a colonização do que a infecção. Como em todas as situações de esofagite existe mal estar ou dor à deglutição, que nos doentes com atraso intelectual se traduz geralmente por recusa alimentar e vômitos quando se insiste na ingestão de alimentos.

A presença de vômitos com conteúdo hemático, em doente com atraso de desenvolvimento e recusa alimentar deve conduzir à realização de endoscopia para esclarecimento do quadro. A biópsia para exame histológico é indispensável

para o diagnóstico, uma vez que outro tipo de lesões esofágicas, como infecção pelo CMV ou HSV, esofagite de refluxo ou medicamentos retidos aderentes à mucosa, podem apresentar aspecto endoscópico semelhante.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Baehr PH, McDonald GB. "Esophageal Infections: Risk factors, presentation, diagnosis and treatment." *Gastroenterology* 1994; 106:509-532.
- 2 - Ganatra JV, Bostwick HE, Medow MS et al. "Candida Esophagitis in a child with achalasia." *J Pediatr. Gastroenterol Nutr* 1996; 22: 330-333.
- 3 - Wigg A, Roberts-Thomson I. "Candida oesophagitis" *J. Gastroenterol Hepatol* 1998; 13: 831.