

Caso Endoscópico

Fernando Pereira

O caso endoscópico deste número da revista refere-se a criança de 15 meses de idade que foi internada no hospital da sua área de residência por dificuldade respiratória com estridor associada a tumefação cervical.

Era o segundo filho de pais saudáveis, de baixo nível social, que nasceu por cesariana motivada por bradicardia fetal grave sustentada, após gravidez de termo não vigiada. O seu peso ao nascimento era de 2350gr, comprimento 46,5cm, perímetro cefálico de 34cm e apgar 9/10. Não teve intercorrências no período neonatal e passou bem até aos 10 meses altura em que recorreu pela primeira vez ao hospital, por episódio de sufocação durante a mamada. Cerca de 3 semanas depois voltou à urgência hospitalar por dificuldade respiratória com estridor, ficando internada durante 3 semanas e tendo alta com o diagnóstico de bronquiolite.

Pelos 15 meses é então de novo internada por dificuldade respiratória, estridor, tosse intensa e engasgamento fácil durante a ingestão de alimentos, o que obrigou à entubação naso-gástrica para alimentação. Ao exame objectivo observava-se tumefação cervical sem sopro audível, ausência de adenopatias, auscultação cardíaca normal, murmúrio vesicular presente e acentuados ruídos traqueo-brônquicos, inspiratórios e expiratórios.

A radiografia do tórax mostrava uma tumefação cervical de contornos mal definidos e desvio ligeiro da traqueia para a direita. Realizou TAC onde era evidente massa cervical baixa, em contacto íntimo com as cartilagens da laringe, aparentemente bem limitada mas sem efeito de massa, com calcificações internas. O ecocardiograma era normal.

O estudo analítico não evidenciou alterações do hemograma, bioquímica

ou da coagulação, a alfafetoproteína e a enolase apresentavam valores ligeiramente elevados e os doseamentos do ácido vanilmandélico e das metanefrinas na urina de 24 horas eram normais. Efectuou broncoscopia que mostrou hipomotilidade da corda vocal esquerda e a cerca de 1,5cm das cordas compressão extrínseca da parede lateral esquerda da traqueia, com mucosa congestionada e edemaciada e com pequena proclividade constituída por formação dura e esbranquiçada sugestiva de cartilagem.

Em face deste quadro o doente foi preparado para efectuar abordagem cirúrgica da lesão, tendo efectuado antes do início da cirurgia endoscopia digestiva alta que mostrou a imagem que apresentamos e que permitiu fazer o diagnóstico da lesão e tratar o doente.

Qual o seu diagnóstico:

- 1 - Teratoma cervical
- 2 - Abscesso
- 3 - Corpo estranho
- 4 - Timoma

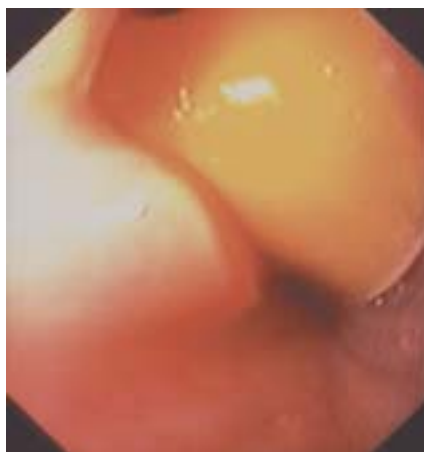


Fig. 1

Comentários

A observação endoscópica da parte alta do esófago permitiu observar a imagem que mostramos e que corresponde à presença de um corpo estranho de coloração amarelada e que penetrava na parede esofágica. Com a ajuda de uma pinça em dente de rato foi possível proceder à sua extracção, verificando-se tratar-se de peça de plástico de forma cónica que produzia perfuração da parede esofágica até à traqueia. A intervenção cirúrgica planeada não foi efectuada. Foi programada correcção cirúrgica da fístula traque-esofágica após resolução do intenso processo inflamatório que acompanhava a presença do corpo estranho,

o que veio a realizar-se com êxito 3 semanas depois.

As lesões tumorais da região cervical são pouco frequentes neste grupo etário. A sua expansão compromete habitualmente o esófago e a traqueia provocando disfagia e maior ou menor dificuldade respiratória. A ingestão de um corpo estranho é frequente nas crianças pequenas e deve ser sempre excluída perante um quadro clínico pouco característico. A realização de endoscopia digestiva é obrigatória sempre que por qualquer razão surge disfagia de causa não esclarecida, porque permite obter informações que podem ser

decisivas para o tratamento do doente, como se verificou no caso presente.

Conclusão: corpo estranho no esófago com fístula traqueo-esofágica secundária.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Jaffe BF., Jaffe N; "Head and Neck Tumors in Children" Pediatrics 1973: 51: 731.
- 2 - Joyce D. Grybosky "Esophageal foreign bodies" Pediatric Gastroenterology 2000, Capt 25, pag. 351-356.