

Imagens

Filipe Macedo¹

Lactente do sexo masculino, 5 dias de vida, com tosse e cianose durante as mamadas. Rx de tórax normal, pesquisa

ecográfica de refluxo gastro-esofágico normal.
Faz esofagograma.

Qual é o seu diagnóstico?



Figura 1

¹ Especialista em Radiodiagnóstico – SMIC
Porto

Fístula traqueo-esofágica sem atresia do esófago.

DISCUSSÃO

A traqueia e o esófago têm origem embrionária a partir de uma estrutura comum. Por esse facto, erros na sua diferenciação resultam num conjunto de anomalias congénitas com potencial envolvimento traqueal e esofágico. Uma destas anomalias é a fístula traqueo-esofágica.

Pode ocorrer isoladamente, em associação com atresia do esófago ou integrada num conjunto mais vasto de anomalias que configuram a associação VACTERL (alterações vertebrais, atresia anal, alterações cardíacas, fístula traqueo-esofágica, alterações radiais, renais e dos membros)⁽¹⁾.

A clínica depende da quantidade de alimentos aspirada. Manifesta-se geralmente por tosse e engasgamento durante a alimentação podendo ocorrer cianose e doença pulmonar crónica. Uma fístula pequena e sem atresia esofágica

associada poder ser assintomática até à infância tardia⁽²⁾.

O seu diagnóstico é geralmente mais tardio que o da atresia do esófago, entrando no seu diagnóstico diferencial o refluxo gastro-esofágico e os divertículos esofágicos.

Em termos imagiológicos está indicada a radiografia toraco-abdominal para avaliar a distribuição do gás intestinal e eventuais complicações pulmonares bem como o esofagograma.

As fístulas pequenas podem ser difíceis de demonstrar no esofagograma sendo importante pesquisar especificamente a sua ocorrência, através da introdução de sonda gástrica e sua subsequente retirada lenta durante a administração faseada do contraste. Deve avaliar-se com particular atenção a transição cervico-torácica, localização mais frequente⁽³⁾.

É pois importante que na informação clínica ao radiologista conste a sus-

peita de fístula traqueo-esofágica sob pena de se pesquisar apenas anomalias da deglutição e eventual refluxo gástro-esofágico.

Mesmo com manobras específicas de pesquisa pode não ser possível demonstrar radiologicamente a fístula necessitando de esofagogramas e endoscopias repetidas.

Nascer e Crescer 2008; 17(1): 47-48

BIBLIOGRAFIA

1. Temtamy SA, Miller JD. Extending the scope of the VATER association: definition of the VATER syndrome. *J. Pediatr* 1973; 82: 104-107
2. Kappelman MM, Dorst J, Haller JA et al (1969). H-type tracheo-esophageal fistula. Diagnosis and operative management. *Am J Dis Child* 118:586-575
3. Benjamin B, Pham T. Diagnosis of the H-type tracheo-esophageal fistula. *J Pediatr Surg* 1990;26: 667-671