

Caso Endoscópico

Fernando Pereira

A situação que apresentamos este mês é referente a uma criança de dois anos de idade, sexo feminino que recorreu à nossa consulta por dificuldade, na ingestão de alimentos sólidos.

Tratava-se da segunda filha de casal saudável e não consanguíneo, que nasceu com atresia esofágica com fistula, tipo C, que foi corrigida com êxito por via cirúrgica no período neonatal. Desde então a criança teve um normal desenvolvimento psicomotor e estaturoponderal apesar de até cerca do ano e meio de vida recusar a ingestão de qualquer tipo de alimentos sólidos. O estudo radiológico esôfago-gastro-duodenal para controlo efectuado pelo ano de idade, revelou anastomose cirúrgica regular e com bom calibre e não evidenciou sinais de esofagite de refluxo nem de hérnia do hiato.

Dois dias antes de ter recorrido à nossa consulta começou de novo a recusar a ingestão de alimentos sólidos e a apresentar de forma intermitente alguma dificuldade na ingestão de alimentos líquidos. Não tinha qualquer outro tipo de sintomas nomeadamente vômitos, alterações do trânsito intestinal, febre, tosse ou dores abdominais. O seu exame objectivo não revelava alterações à inspecção, a auscultação cardíaca e pulmonar eram normais, não tinha adenopatias e o exame abdominal era

normal. A doente efectuou estudo radiológico do tórax que foi normal e em seguida estudo radiológico contrastado esofago-gastroduodenal de que mostramos um aspecto na figura 1.



Fig. 1

Tendo em conta a história clínica e a imagem radiológica, qual lhe parece ser o diagnóstico mais provável e que atitude deveria ser tomada.

- 1 – Esofagite de refluxo
– endoscopia com biópsias
- 2 – Estenose esofágica
– dilatação esofágica
- 3 – Quadro psicossomático
– orientação terapêutica
- 4 – Obstrução esofágica por corpo estranho
– endoscopia terapêutica

Comentários

A imagem radiológica que mostramos permite verificar que há permeabilidade de toda a extensão do esôfago, existem dois segmentos esofágicos de calibre bem distinto, correspondendo aos dois segmentos que foram anastomosados aquando da intervenção cirúrgica; há boa definição das pregas esofágicas no terço inferior do órgão e a junção esofago-gástrica parece estar bem. Se observarmos com cuidado conseguimos notar a existência junto da zona de anastomose de uma formação arredondada em tronco de esfera, de menor densidade que o restante órgão, muito sugestiva de se tratar de um corpo estranho. O exame indicado era por isso uma endoscopia terapêutica, que foi efectuada e permitiu obter a imagem que mostramos na figura 2, onde pode-

mos ver um corpo estranho transparente, liso, parecendo de vidro, ovalado e obstruindo parcialmente o esôfago e acima do qual existem discretos sinais inflamatórios.

Procedeu-se à retirada do corpo estranho com cesta, descobrindo tratar-se de uma pedra de aquário fig.3. Depois de retirado o corpo estranho procedemos à observação endoscópica do esôfago e estômago não de verificando a existência de qualquer lesão nomeadamente estenose significativa do esôfago ou esofagite de refluxo.

Serve o presente caso para chamar a atenção para uma situação relativamente frequente nos doentes submetidos a cirurgia de atresia esofágica, que apesar de boa evolução após a cirurgia ficam com região do esôfago mais rígida,

com perturbação da motilidade e com facilidade são vítimas de obstrução total ou parcial do esôfago, que não têm graves consequências se rapidamente resolvidas com a desobstrução endoscópica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Arana A, Hauser B, Hachimi-Idrissi S, Vandenplas Y. "Management of ingested foreign bodies in Childhood and review of the literature". Eur J Pediatr 2001; 160: 458-472.
- 2 - Wahbeh G, Wyllie R, Lay M. "Foreign body ingestion in infants and children: location, location, location." Clin Pediatr. 2002; 41:633-640.



Fig. 2



Fig. 3