

INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO

Lesão esofágica como causa de disfagia

Esophagic lesion as cause of dysphagia

Lígia Peralta* e Eunice Trindade

Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Recebido a 6 de novembro de 2011; aceite a 15 de março de 2012
Disponível na Internet a 18 de setembro de 2012

Criança de 6 anos de idade, sexo masculino, previamente saudável, referenciada ao serviço de urgência por disfagia para sólidos, de agravamento progressivo, com uma semana de evolução, apesar de terapêutica com sucralfato. Sem outras queixas. Foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou lesão plana rosada, com bordos bem definidos, não ulcerada, imediatamente abaixo do esfíncter esofágico superior (fig. 1), sendo a restante mucosa esofágica de aspeto normal. O estudo histológico da biópsia da lesão mostrou tratar-se de mucosa gástrica oxíntica de tipo fundo/corpo (fig. 2), sendo as biópsias do esófago distal e médio normais. Ficou assintomática após realização da endoscopia, nunca tendo chegado a efetuar tratamento com inibidor de bomba de prótons. Cerca de 6 meses após o diagnóstico iniciou epigastralgias, o que levou à repetição da endoscopia e da biópsia lesional, observando-se aspetos endoscópico e histológico sobreponíveis. Dada a normalidade do restante exame realizou apenas tratamento com antiácido com resolução das queixas. Ao fim de um ano de seguimento, a criança está assintomática e sem qualquer medicação.

A heterotopia gástrica está descrita ao longo de todo o aparelho digestivo, sendo mais comum no esófago (3,8-10%) e duodeno (0,5-2%)¹. No estudo prospetivo de Macha et al.², realizado em crianças submetidas a EDA durante um período de 2 anos, a incidência de heterotopia gástrica esofágica (HGE) foi de 5,9%, tendo sido superior em crianças mais velhas quando comparada com lactentes (11,8 vs 4,5%).

A sua identificação depende em larga medida da experiência do endoscopista e da procura ativa deste tipo de lesão³. Dada a sua localização, logo abaixo do esfíncter esofágico superior, a identificação não é fácil na introdução do endoscópio, uma vez que a passagem é rápida neste local; na retirada do aparelho esta zona deve ser cuidadosamente observada, mantendo insuflação adequada e inspecionando todo o perímetro esofágico. O diagnóstico deve ser confirmado com biópsia. Quase sempre assintomática nos adultos, a HGE é frequentemente um achado endoscópico. A maioria dos doentes descritos em séries pediátricas tem outra

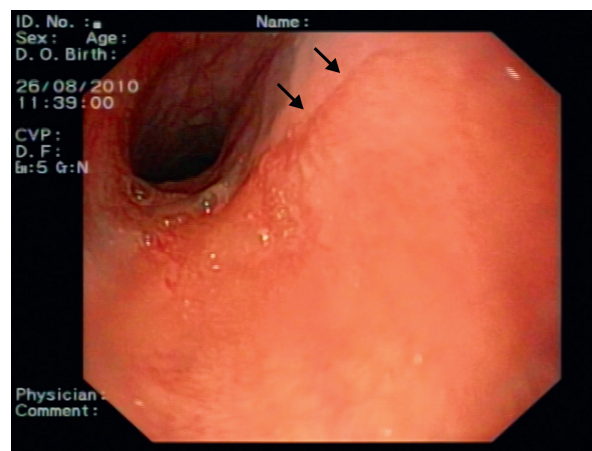


Figura 1 Imagem endoscópica do terço proximal do esófago, mostrando lesão plana, rosada, não ulcerada, com bordos bem definidos (setas), medindo aproximadamente 2 x 1 cm, imediatamente abaixo do esfíncter esofágico superior.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: ligiasperalta@gmail.com (L. Peralta).

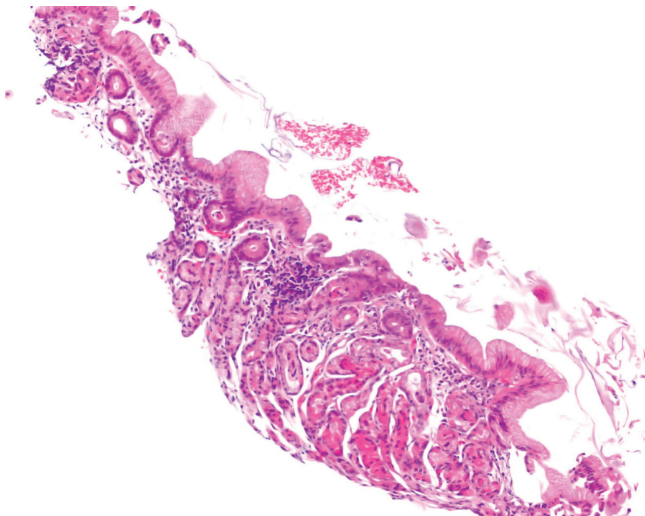


Figura 2 Imagem de exame histológico (H&E) da biópsia da lesão revelando mucosa oxíntica do tipo fundo/corpo gástrico.

patologia esofágica associada e frequentemente são sintomáticos. Pode cursar com odinofagia e, mais raramente, com estenose, fístula ou perfuração⁴. O tratamento médico, quando necessário, baseia-se na utilização de inibidores da bomba de prótons, tendo sido recentemente descrita em adultos ablação da lesão com argon plasma em casos de persistência de sintomas do tipo «bola faríngea»⁵. Embora descrita, a ocorrência de adenocarcinoma é extraordinariamente rara e a HGE não deve ser encarada como uma lesão pré-neoplásica⁶. Não existem recomendações acerca do tipo

de vigilância a manter, sendo desconhecida a história natural desta entidade. Apesar de pouco frequente, a HGE deve ser procurada ativamente nas crianças com sintomas de disfagia e impactação alimentar não explicados por outras causas.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Bibliografia

1. Terada T. Heterotopic gastric mucosa of the gastrointestinal tract: a histopathologic study of 158 cases. *Pathol Res Pract.* 2011;207:148–50.
2. Macha S, Reddy S, Rabah R, Thomas R, Tolia V. Inlet patch: heterotopic gastric mucosa—another contributor to supraesophageal symptoms? *J Pediatr.* 2005;147:379–82.
3. Azar C, Jamali F, Tamin H, Soweid A. Prevalence of endoscopically identified heterotopic gastric mucosa in the proximal esophagus: endoscopist dependent? *J Clin Gastroenterol.* 2007;41:468–71.
4. Georges A, Coopman S, Rebeuh J, Molitor G, Rebouissoux L, Dabadie A, et al. Inlet patch: clinical presentation and outcome in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011;52:419–23.
5. Bajbouj M, Becker V, Eckel F, Miehlke S, Pech O, Prinz C, et al. Argon plasma coagulation of cervical heterotopic gastric mucosa as an alternative treatment for globus sensations. *Gastroenterology.* 2009;137:440–4.
6. von Rahden BH, Stein HJ, Becker K, Liebermann-Meffert D, Siewert JR. Heterotopic gastric mucosa of the esophagus: literature-review and proposal of a clinicopathologic classification. *Am J Gastroenterol.* 2004;99:543–51.