

ESTENOSE ESOFAGIANA CONGÊNITA POR CORISTOMA

CONGENITAL OESOPHAGEAL STENOSIS CAUSED BY CHORISTOMA

Lisieux Eyer de Jesus, TCBC-RJ¹
Paulo César Costa Monteiro¹
Deborah Nunes Chagas²

INTRODUÇÃO

As estenoses esofágicas mais comuns são as secundárias, especialmente após esofagite péptica. As estenoses congênitas descritas por Frey (1936) são raras (1:25.000 nascidos vivos) e têm um interesse especial com relação ao diagnóstico diferencial e implicações terapêuticas únicas.

RELATO DO CASO

Paciente de 21 meses de idade, sexo feminino, branca, história de "vômitos" repetitivos (regurgitação) e déficit de crescimento (peso 6400g). História de pneumonias de repetição, portadora de estenose da artéria pulmonar e CIV. Foi investigada com radiografia contrastada de esôfago, estômago e duodeno, verificando-se estenose esofágica distal regular e concêntrica 25 mm proximal ao cárdia (Figura 1). Realizamos uma endoscopia, em que foi verificada estenose a 20 cm do cárdia, com mucosa normal, e diagnóstico presuntivo de coristoma de esôfago.



Figura 1 – Coristoma de esôfago: aspecto radiológico

A criança foi operada mediante laparotomia mediana, tendo sido realizada esofagectomia segmentar incluindo a

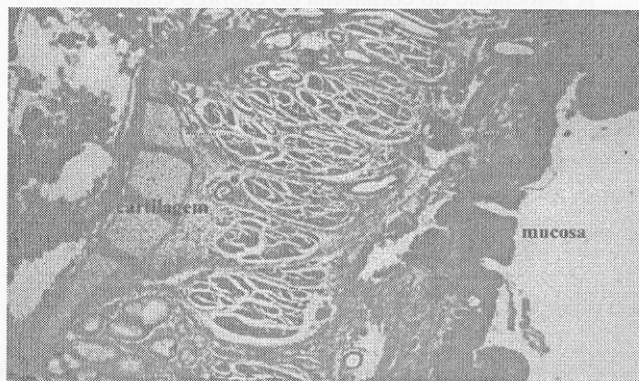


Figura 2 – Histopatológico de peça cirúrgica

zona estenosada associada a uma funduplicatura à Nissen englobando a anastomose. Apresentou fístula no sétimo dia de pós-operatório, tratada com nutrição parenteral e drenagem, tendo resolução espontânea verificada por estudo radiológico contrastado no 22º dia pós-operatório. O histopatológico da peça confirmou o diagnóstico de estenose esofágica por coristoma (Figura 2).

A paciente está no quinto ano de seguimento e assintomática. Estenose esofágica ou refluxo gastroesofágico foram afastados através de exame radiológico contrastado de esôfago, estômago e duodeno. A paciente ingere dieta sem restrições e tem padrão de crescimento normal para a idade.

DISCUSSÃO

Os coristomas de esôfago são causados pela presença de anel cartilaginoso submucoso no terço distal do órgão e de tratamento cirúrgico obrigatório. Foram descritos apenas cinquenta casos na literatura ocidental,¹ e o diagnóstico diferencial principal é feito com as formas adquiridas de estenose esofágica, principalmente secundárias à esofagite péptica por refluxo gastroesofágico,² que apresentam lesão primária de mucosa e são tipicamente irregulares. Devem ser consideradas ainda as estenoses pós-operatórias e cáustica, geral-

1. Cirurgião do Hospital Municipal Jesus.

2. Residente R3 do Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Municipal Jesus.

Recebido em 18/3/99

Aceito para publicação em 4/10/99

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Jesus – Rio de Janeiro.

mente lembradas por ocasião da anamnese e da acalásia do esôfago, de fácil diagnóstico endoscópico. As outras duas formas de estenose esofágica congênita além do coristoma esofágico são de tratamento endoscópico. Estas outras formas são a estenose fibromuscular do esôfago, de apresentação na infância por dificuldade de ingestão de sólidos ou impactação de alimentos, tipicamente no terço médio e as membranas esofágicas (*webs*), geralmente estenoses do terço proximal.³

A associação do coristoma do esôfago com malformações congênitas extra-esofágicas é notadamente rara, mas tem sido relatada com a atresia de esôfago,^{4,5} causando fístulas pós-operatórias persistentes após cirurgia corretiva da atresia, pela presença de obstrução distal insuspeita. Tal associação poderia acontecer pelo mesmo processo geral de lesão embrionária, sendo o coristoma causado pela persistência de

elementos de trato respiratório no esôfago, carregados distalmente no crescimento. Clinicamente é característico o estabelecimento de disfagia ao ser introduzida a dieta sólida, pneumopatia aspirativa secundária e déficit de crescimento. O diagnóstico é relativamente fácil por meio de radiografia contrastada de esôfago e endoscopia, se o médico reconhecer o padrão de apresentação da doença. O tratamento exige a ressecção do segmento estenosado através de via de acesso torácica ou abdominal. Em nosso caso adicionamos uma funduplicatura à Nissen, objetivando proteger a anastomose e evitar refluxo gastroesofágico iatrogênico. Controles radiográficos quanto à presença de refluxo pós-operatório não foram encontradas por nós na literatura, que assinala apenas como complicações as fístulas pós-operatórias, as estenoses cicatriciais e a dismotilidade esofágica.

ABSTRACT

Oesophageal choristomas are a very uncommon cause of congenital oesophageal stenosis. A high index of suspicion is necessary for differential diagnosis with commoner causes of oesophageal subocclusion in childhood, mainly acquired oesophageal obstruction caused by gastroesophageal reflux. We present a case report and review the clinical, endoscopic and radiologic features of the disease and consider the need for padronization of surgical techniques to treat this condition, which is still controversial.

Key Words: *Congenital oesophageal stenosis.*

REFERÊNCIAS

1. Yeung CK et al – Congenital esophageal stenosis due to tracheobronchial remnants: a rare but important association with esophageal atresia. *J Pediatr Surg* 1992;27: 852-5.
2. Briceno LI, Grases PJ, Gallego S – Tracheobronchial and pancreatic remnants causing esophageal stenosis. *J Pediatr Surg* 1981;16: 731-2.
3. Acosta JC – Congenital stenosis of the esophagus. *Gastrointest Endoscopy* 1981;27:197-8.
4. Nishima T, Tsuchida Y, Saito S – Congenital esophageal stenosis due to tracheobronchial remnants and its associated anomalies. *J Pediatr Surg* 1981;16:190-3.
5. Neilson IR, et al – Distal congenital esophageal stenosis associated with esophageal atresia. *J Pediatr Surg* 1991;26:478-82.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dra. Lisieux Eyer de Jesus
Rua Presidente Domiciano, 52/801
24210-270 – Niterói – RJ