

DUPLICIDADE ESOFÁGICA: RELATO DE CASO

ESOPHAGEAL DUPLICITY: CASE REPORT

Eduardo Gomes da Silva Marques¹
Kleber Sayeg²
Maria Cristina Gomes de Abreu²

1 Médico formado pela Faculdade Santa Marcelina FASM.

2 Prof. Dr. Da Disciplina de Cirurgia Pediátrica Curso Médico da FASM.

Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina apresentado à Faculdade Santa Marcelina de Itaquera.

Recebido para publicação: 2022

Aprovado pelo COPEFASM – Comitê de orientação a Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina P144/2020.

Endereço para correspondência:
kleber.sayeg@santamarcelina.edu.br

RESUMO

As duplicidades do tubo digestivo são malformações congênitas raras que podem apresentar desafios diagnóstico e terapêutico. Podem encontrar-se em qualquer ponto do tubo digestivo, sendo mais frequentes no íleo, seguido pelo esôfago, e o local menos acometido é o estômago e o cólon. A explicação embriológica para as duplicações é controversa. Várias teorias foram propostas e estão abordadas na introdução do trabalho, no entanto a embriogênese do esôfago permite explicar a maioria das malformações congênitas desse órgão. O paciente com duplicidade esofágica tem alto risco de pneumonia por broncoaspiração da saliva e tem como sintomas clínicos: cianose, tiragem intercostal, estertores pulmonares e dessaturação. O diagnóstico baseia-se em exames de imagem, como a radiografia simples, que mostra uma tumoração rechaçando tecidos vizinhos e pode fornecer alguns dados para o diagnóstico etiológico. O exame contrastado, como esofagograma, mostra o defeito da duplicação sobre órgãos vizinhos e pode delinear uma comunicação com o aparelho digestivo. A tomografia computadorizada pode definir bem os limites da lesão e das estruturas vizinhas. A ressonância magnética, além de fornecer essas informações, detecta anomalias da coluna e da medula espinhal que podem estar associadas a alguma duplicação. Quanto ao tratamento é sempre cirúrgico. A conduta expectante em caso de duplicação assintomática, diagnosticada ocasionalmente, não é recomendável, porque a maioria, mais cedo ou mais tarde, apresentara complicações.

PALAVRAS-CHAVE: duplicidade, malformação congênita, esôfago, trato gastrointestinal, cirurgia.

ABSTRACT

Digestive tract duplicities are rare congenital malformations which can present a diagnostic and therapeutic challenge. They can be found anywhere in the digestive tract, being more frequent in the ileum, followed by the esophagus and the least affected site is the stomach and colon. The embryological explanation for the duplications is controversial. Several theories were proposed and are addressed in the introduction of this work, however, the embryogenesis of the esophagus allows to explain most of the congenital malformations of this organ. Patients with esophageal

duplicity are at high risk of pneumonia due to saliva aspiration, with the following clinical symptoms: cyanosis, intercostal indrawing, pulmonary rales and desaturation. Diagnosis is based on imaging tests such as plain radiography, which shows a tumor rejecting neighboring tissues, and may provide some data for the etiological diagnosis. Contrast examination, such as an esophagogram, shows the defect of duplication over neighboring organs and may delineate a communication with the digestive tract. Computed tomography can clearly define the limits of the lesion and surrounding structures. Magnetic resonance imaging, in addition to providing this information, detects anomalies in the spine and spinal cord that may be associated with some duplication. As for the treatment, it is always surgical. Expectant management in the case of asymptomatic duplication, diagnosed occasionally, is not recommended, as most will sooner or later develop complications.

KEYWORDS: duplicity, congenital malformation, esophagus, gastrointestinal tract, surgery.

INTRODUÇÃO

As duplicidades do tubo digestivo são malformações congênitas raras que podem apresentar desafios diagnóstico e terapêutico. Podem encontrar-se em qualquer ponto do tubo digestivo, desde a base da língua até o ânus, sendo mais frequentes no íleo, seguido pelo esôfago, e os locais menos acometidos são o estômago e o cólon, com uma incidência estimada de aproximadamente 1:5000 nascidos-vivos. São mais frequentes no sexo masculino, com exceção para as duplicações gástricas^{1,2}.

Em 1733, Calder descreveu o primeiro caso clínico de duplicação intestinal; no entanto, foi Reginal Fitz o primeiro a utilizar o termo “duplicação” para descrever o que ele pensou que seria um remanescente do canal onfalomesentérico.

Em 1941, Ladd e Gross definiram as duplicações do tubo digestivo como “estruturas ocas esféricas ou alongadas, com parede de músculo liso, revestidas por mucosa, intimamente ligadas a alguma porção do tubo digestivo”^{3,4}. Geralmente, elas podem ou não se comunicar e compartilhar uma parede comum com o intestino adjacente, podem ser císticos, tubulares ou múltiplos, envolver várias cavidades corporais, estar associados a outras anomalias e podem levar a complicações secundárias².

Em casos isolados, as duplicações podem perder a conexão com o tubo digestivo e ocupar uma posição entre folhetos do mesentério, situação que é rara. A regra é a existência de uma camada muscular comum entre a duplicação e a estrutura principal.

A explicação embriológica para as duplicações é controversa. Várias teorias foram propostas, como defeitos de recanalização do estágio sólido do intestino, persistência de divertículos

embrionários, acidentes vasculares intrauterinos, gemelaridade incompleta e defeitos na formação da notocorda⁵. Nenhuma teoria explica todas as suas características, como a localização constante na borda mesentérica.

A embriogênese do esôfago permite explicar a maioria das malformações congênitas deste órgão, como atresias, fistulas, membranas, estenoses, duplicações e anéis vasculares⁷. Em alguns casos de duplicação esofágica pode apresentar um prolongamento da duplicação para dentro do canal vertebral, sugerindo a origem na alteração da formação da notocorda⁵.

O paciente com duplicidade esofágica tem alto risco de pneumonia por broncoaspiração da saliva e tem como sintomas clínicos: cianose, tiragem intercostal, estertores pulmonares e dessaturação.

A radiografia simples mostra uma tumoração rechaçando os tecidos vizinhos e pode fornecer alguns dados para o diagnóstico etiológico. Como exemplo, uma imagem cística torácica e a presença de malformação vertebral podem sugerir duplicação esofágica. O exame contrastado, como esofagograma, mostra o defeito da duplicação sobre os órgãos vizinhos e pode delinear uma comunicação com o aparelho digestivo^{6,7,8}. A tomografia computadorizada pode definir bem os limites da lesão e das estruturas vizinhas. A ressonância magnética, além de fornecer essas informações, detecta anomalias da coluna e da medula espinhal que podem estar associadas a alguma duplicação.

Quanto ao tratamento, é sempre cirúrgico e requer um conhecimento profundo das variedades anatômicas e de várias técnicas cirúrgicas. A conduta expectante em caso de duplicação assintomática, diagnosticada ocasionalmente, não é recomendável, porque a maioria mais cedo ou mais tarde apresentará complicações, como bronco aspiração, pneumonia e óbito^{6,8}. Apesar de serem lesões benignas, quando não tratadas, podem desenvolver complicações, como pneumonia e broncoaspiração relacionadas à duplicidade do esôfago.

O reconhecimento precoce dessa anomalia proporciona melhoria na assistência ao recém-nascido com diminuição da morbimortalidade. Justifica-se a realização desta pesquisa a raridade dessa anomalia, existindo, portanto, uma lacuna no conhecimento científico.

No desfecho desta pesquisa pretende-se que o estudo colabore na atenção à saúde de outras crianças com a mesma patologia, corroborando na precocidade diagnóstica e na tomada de conduta.

OBJETIVO

Descrever caso de duplicidade esofágica e as características clínicas da mesma.

MÉTODO

Trata-se de um estudo clínico, tipo relato de caso, de um RN com duplicidade esofágica, assistido no período de 14/09/2019 a 19/09/2019, no Hospital Santa Marcelina de Itaquera, localizado na região leste do município de São Paulo.

Pretende-se o aprofundamento do conhecimento desse agravo a partir do levantamento da literatura das bases de dados dos seguintes descritores, como: Scielo e Pubmed. Pela raridade do tema e pouca abrangência na literatura científica, foi necessário ampliar o período de busca dos artigos para aqueles publicados nos últimos 25 anos.

Os dados clínicos foram coletados do prontuário do paciente após submissão e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina e do Comitê de Orientação à Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina. Foi realizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que o responsável pelo recém-nascido ficasse ciente do objetivo e de todos os procedimentos envolvidos.

RESULTADO

RN de P.T.C, sexo masculino, natural e residente de São Paulo. Nascido no Hospital Saúde Santa Marcelina, através de parto cesárea por comprometimento da vitalidade fetal, pré termo (CS = 34 semanas), mãe usuária de drogas (cocaína e etilista crônica) com antecedente de epilepsia, apresentando ocorrências durante a gravidez (quadro convulsivo, pico hipertensivo, retardo do crescimento intrauterino e oligoâmnio), pré-natal não realizado e sorologias desconhecidas. Ao nascimento, apresentou APGAR 8/9, com peso de 1448g, medindo 38,5cm e perímetro cefálico, torácico e abdominal 28,5, 25,5 e 24cm, respectivamente. Apresentou choro fraco, cianose, tônus adequado e frequência cardíaca menor que 100 bpm. Foi levado a berço aquecido, realizado 01 ciclo de ventilação por pressão positiva com babypuff, evoluindo com frequência cardíaca maior que 100; manteve bradicardia e apneia e foi optado por intubação oro-traqueal. Foi encaminhado à UTI neonatal e foi colocada a ventilação mecânica com os devidos parâmetros ventilatórios e acesso venoso umbilical.

Ao exame na UTI apresentava regular estado geral, hidratado, acianótico, anictérico, afebril, hipoativo, reativo, ausculta cardíaca normal, ausculta pulmonar normal em ventilação mecânica Sat O₂ 98%, abdômen sem alterações e coto umbilical com cateter, boa perfusão periférica, sem edemas, pele íntegra e genitália típica masculina com testículos tópicos. Ao final, foi discutido com a equipe o diagnóstico de desconforto respiratório e foram tomadas as devidas condutas intensivas para o paciente. Ele evoluiu com distúrbio metabólico, acidose respiratória, apresentando queda de saturação até 75% e desconforto respiratório com retração subdiafragmática importante.

Solicitada a avaliação pela equipe da Cirurgia Pediátrica, foi realizada uma sondagem orogástrica, encontrando resistência. Foi realizada uma radiografia contrastada de esôfago, sugerindo duplicidade esofágica. Foi realizado TC e foram constatados a presença de esôfago com luz pérvia e outro segmento em fundo cego em topografia cervical, esôfago torácico com calibre normal, sem fistula tráqueo-esofágica.

Feito diagnóstico de duplicidade esofágica, foi indicada cirurgia, mas, devido à gravidade do caso, procurando compensar o paciente, este permaneceu em UTI, evoluindo com palidez cutânea, queda de saturação, hipoatividade, depressão de fontanela, ausculta pulmonar com

roncos bilaterais e assíncrona com a ventilação e sinais de má perfusão tecidual. Passadas quinze horas do diagnóstico, mantida grave instabilidade vital, o paciente evoluiu com insuficiência respiratória aguda, parada cardiorrespiratória e óbito, de modo a ser encaminhado ao serviço de verificação de óbito.

Os dados obtidos do caso clínico foram confrontados com os existentes na literatura, com intuito de se determinarem as características clínicas que facilitam a suspeição dessa patologia, de maneira a se contribuir, assim, com as atividades assistenciais aos recém-nascidos portadores dessa afecção.

No desfecho desta pesquisa, pretende-se que o estudo colabore na atenção à saúde de outras crianças com a mesma patologia, corroborando na precocidade diagnóstica e na tomada de conduta.

IMAGENS

Figura 1: imagem de radiografia contrastada retirada de acervo médico do paciente recém-nascido, evidenciando duplicidade esofágica.



Figura 2: imagem de Tomografia Computadorizada, em topografia cervical, evidenciando duplicidade esofágica.



CONCLUSÃO

Foi relatado o caso de um paciente RN, pré-termo, nascido de parto cesáreo, devido a complicações, como RCIU e oligoamnio, somados a antecedentes maternos prévios de uso de drogas, etilismo, epilepsia. Após nascimento, o paciente evoluiu com necessidade de reanimação neonatal, intubação orotraqueal e internação em UTI neonatal.

Com a avaliação da equipe da cirurgia pediátrica, foi constatada duplicidade esofágica por exames de imagem, porém o paciente evoluiu a óbito, devido a complicações perinatais, de modo a não se conseguir realizar a cirurgia para tratamento da patologia.

Como é possível avaliar na análise deste caso, a duplicidade esofágica é uma patologia rara que necessita de avaliação diagnóstica precoce, visando rapidamente à abordagem cirúrgica, e é este o tratamento mais efetivo e curativo para melhor prognóstico neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Iyer CP, Mahour GH. Duplications of the alimentary tract in infants and children. J Pediatr Surg, 1995;30 (9):1267-70.
2. Heiss K. "Intestinal duplications". In: Oldham KT, Colombani PM, Foglia RP. Surgery of infants and children. 1.ed.. New York: Lippincott Raven Publishers; 1996.
3. Ladd WE. (1937) Duplications of the alimentary tract. Southern Medical Journal. 1937;30:363-371. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/00007611-193704000-000024>.
4. Gross RE. The surgery of infancy and childhood. Philadelphia & London: WB Saunders; 1953.
5. Stern LE, Warner BW. Gastrointestinal duplications. Semin Pediatr Surg. 2000;9(3):135-140.
6. Azzie G, Beasley S. Diagnosis and treatment of foregut duplications. Semin Pediatr Surg, 2003;12(1):46-54.
7. Berrocal T, Torre I, Gutiérrez J, Prieto C, Del Hoyo ML, Lamas M. Congenital anomalies of the upper gastrointestinal tract. Radiographics. 1999;12(1):46-54.
8. Bishop HC, Koop CE. Surgical management of duplications of the alimentary tract. Am J Surg. 1964;107:434-

A responsabilidade de conceitos emitidos e de todos os artigos publicados caberá inteiramente aos autores.

Da mesma forma os autores serão responsáveis também pelas imagens, fotos e ilustrações incluídas no trabalho a ser publicado.