

---

## RELATO DE CASO

---

### *Atresia de Esôfago - relato de caso* *Esophageal Atresia - case report*

Elisa Sfoggia Romagna<sup>1</sup>, Vaneska Fulgêncio de Oliveira<sup>2</sup>, Patrícia A. Zanetti Ballardin<sup>3</sup>.

#### Resumo

A atresia de esôfago é uma afecção congênita que se caracteriza pela ausência de um segmento do esôfago, associado ou não à comunicação com a traquéia. Clinicamente, apresenta-se com salivação abundante e aerada, pela impossibilidade de deglutição, e falha na sondagem gástrica. Seu diagnóstico pode ser feito ainda no pré-natal, porém é mais frequente após o nascimento. É comum a associação com outras anomalias congênitas. A atresia de esôfago é um distúrbio grave, porém, devido aos avanços no tratamento cirúrgico, a mortalidade diminuiu significativamente, aumentando a sobrevivência e melhorando a qualidade de vida destes pacientes. O diagnóstico precoce, controle de fatores de risco, a indicação e boa técnica cirúrgica no momento apropriado são imprescindíveis para o sucesso terapêutico.

#### Descritores:

1. Esofagopatias;
2. Atresia Esofágica;
3. Fístula Traqueoesofágica.

#### Abstract

Esophageal atresia is a congenital disease that is characterized by the absence of a segment of the esophagus, associated or not with a communication with the trachea. Clinically, it presents with abundant salivation and aerated, caused by the inability to swallow, and failed gastric poll. The diagnosis can be made even in prenatal care, but it most commonly occurs after birth. It is common an association with others congenital anomalies. Esophageal atresia is a serious disorder, however, because of advances in surgical treatment, mortality decreased significantly, increasing survival and improving the quality of life of these patients. Early diagnosis, control of risk factors, appropriate indication and surgical technique at the time are essential for a successful treatment.

#### Keywords:

1. Esophageal Diseases;
2. Esophageal Atresia;
3. Tracheoesophageal Fistula.

---

1. Acadêmica de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS.

2. Médica Pediatra Neonatologista do Hospital Universitário da ULBRA, Canoas, RS.

3. Acadêmica de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS.

## Introdução

A atresia de esôfago (AE) é uma anomalia da formação e separação do intestino anterior e primitivo em traquéia e esôfago, que ocorre na quarta ou quinta semana de desenvolvimento embriológico. Há uma interrupção da luz esofágica, podendo haver ou não comunicação entre este e a traquéia. É a causa mais frequente de cirurgia torácica no recém nascido, com uma incidência de 1:3.000 nascidos e discreta predominância no sexo masculino e em brancos<sup>1-6</sup>.

Os principais tipos de atresia são: AE isolada (AE sem fístulas), AE com FTE proximal, AE com FTE distal, AE com FTE distal e proximal e FTE isolada<sup>2,6</sup>.

Seus sintomas variam de acordo com a topografia acometida. Há falha na tentativa de sondagem gástrica, impossibilidade de deglutição, ocorrendo salivação abundante e aerada. Quando a AE estiver associada à fístula traqueal, haverá distensão gasosa abdominal, e quando não houver esta associação, haverá abdome escavado<sup>1,2,6</sup>.

A associação de malformações a AE são comuns, ocorrendo em 50 a 70% dos casos. As mais comuns são: cardíacas, gastrintestinais, genitourinárias e esquelética. Também deve ser investigado anomalias cromossômicas e a Síndrome VACTER (Vertebral, Anorretal, Cardíaca, Traqueoesofágica, Renal), que é um conjunto de malformações associadas e acometem 10% das crianças com AE<sup>1,3,5,7</sup>.

## Relato de Caso

Recém nascido (RN) branco, sexo feminino, nasceu de parto cesáreo, idade gestacional pediátrica (método de Capurro) de 37 semanas + 6 dias e APGAR 9 no primeiro minuto e 10 no quinto minuto. Peso ao nascimento de 2.340 gramas, pequeno para a idade gestacional. Mãe realizava acompanhamento no pré-natal de alto risco por ecografia obstétrica evidenciando aumento do líquido amniótico, peso fetal entre o percentil 10 e 25 e rins ectópicos. Sorologias negativas no terceiro trimestre da gestação, sem outras comorbidades.

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, ativo ao manuseio, hidratado, corado, eupnéico, com abundante salivação aerada. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Houve impossibilidade de passar sonda nasogástrica. Demais exame físico sem anormalidades. Paciente encaminhado a UTI neonatal para investigação complementar e acompanhamento intensivo do RN, onde foi realizada nova tentativa de sondagem gástrica e raio-x de tórax e abdome, confirmando diagnóstico de atresia de esôfago com fístula distal (figura 1). Paciente mantida em NPO, com sonda em coto esofágico em aspiração contínua e decúbito elevado. Raio-x de tórax sem alterações e ecografia abdominal total apre-

sentava rim direito ectópico, pélvico, medindo 3,6 cm no maior diâmetro e rim esquerdo tópico, medindo 4,0 cm no maior diâmetro, ambos com contornos regulares e ecogenicidade usual, sem evidência de hidronefrose. Ecocardiograma mostrou comunicação interatrial ampla, comunicação interventricular moderada, canal arterial calibroso e sobrecarga de câmaras direitas. As avaliações das equipes cirúrgica e cardiológica indicaram correção cirúrgica da atresia. RN evoluiu com estabilidade hemodinâmica, sendo encaminhada para realização de cirurgia em serviço especializado.

## Discussão

Relatamos um caso de atresia de esôfago com FTE distal, tipo mais comum e de importante diagnóstico precoce no atendimento de sala de parto. O segmento proximal em fundo cego é dilatado e hipertrofiado, devido ao esforço fetal para deglutir o líquido amniótico. O paciente pode apresentar-se com malformações associadas, sendo o aparelho cardíaco o responsável pela principal causa de mortalidade desses recém-nascidos<sup>6</sup>.

Pode haver suspeita de AE ainda na gestação, quando a ultra-sonografia apresentar polidrâmnio e ausência de bolha gástrica, porém seu diagnóstico nesta fase não resulta em maior sobrevivência<sup>1,2,8,9</sup>. Deve ser rotina a passagem de sonda nasogástrica na sala de parto, objetivando testar a permeabilidade das coanas e do esôfago, além da aspiração de conteúdo gástrico. A interrupção da progressão da sonda é diagnóstica de AE. Ainda existem casos em que a AE só é diagnosticada após o início da amamentação, quando haverá regurgitação, cianose e insuficiência respiratória aguda, evidenciando cuidados inadequados na sala de parto. Deve-se realizar um raio-x de tórax e abdome após passagem de sonda e deixando ela no local, onde mostrará a descontinuidade da coluna de ar do esôfago ou a sonda parada ou enrolada na bolsa esofágica superior. Também é importante a avaliação de ar no abdome, em busca da verificação da presença de fístula.<sup>1,2,6</sup>

Em relação ao manejo, o tratamento é cirúrgico. Quando houver fístula distal, caso do nosso paciente, a cirurgia consiste em uma toracotomia póstero-lateral direita com abordagem extrapleural, dissecação do coto esofágico superior, liberação do esôfago distal da traquéia com fechamento do orifício fistuloso e anastomose término-terminal. Quando não houver fístula distal, realiza-se técnica de gastrostomia de Stamm, e aguarda-se cerca de 12 semanas até que ocorra o alongamento espontâneo do coto esofageano superior, possibilitando então a anastomose. Existem casos em que este alongamento não acontece, podendo-se, então, utilizar manobras para alongar o esôfago superior, como por exemplo

a “bouginage”, que consiste em forçar o crescimento do coto esofageano superior utilizando uma sonda nasoesofágica, ou então realizar esofagoplastias ou esofagogastroplastias.<sup>1,6</sup>

Várias complicações podem ocorrer no pós-operatório. A mais grave é a deiscência da anastomose, que ocorre em 20% dos casos, e a mais frequente é a estenose, devendo ser tratada com dilatação periódica. O refluxo gastroesofágico é mais comum nestes pacientes do que na população geral, podendo haver também discreta disfagia.<sup>1,2,6,8,11</sup>

Sparey et al realizou um estudo com 158 pacientes com AE para determinar o desfecho cirúrgico, onde mostrou que a morbidade pós-operatória é relativamente alta, e a complicação cirúrgica mais frequente foi a estenose, com 47% dos casos.<sup>8</sup>

Deurloo et al avaliou a qualidade de vida em adultos que realizaram a cirurgia de correção da AE. Foi evidenciado que não havia diferença significativa na qualidade de vida às pessoas hígdas, porém um terço dos pacientes referiu que a doença teve consequências negativas na sua rotina diária<sup>10</sup>.

Com os avanços do tratamento, a mortalidade diminuiu drasticamente, havendo sobrevida próxima de 95% nos dias de hoje. A criança portadora de AE tem alta possibilidade de cura com uma boa qualidade de vida, porém ainda é uma afecção fatal se não diagnosticada e tratada precocemente<sup>1,6</sup>.

## Referências

1. Spadari, J.M. Atresia de Esôfago. In: Rhode, L. Rotinas em Cirurgia Digestiva. 3º edição. Porto Alegre: Artmed; 2005, 55-59.
2. Figueiredo, S.S.; Ribeiro, L.H.; Nóbrega, B.B.; et al. Atresia do Trato Gastrointestinal: Avaliação por Métodos de Imagem. Radiol Bras 2005; 38(2):141-150.
3. Goyal, A.; Jones, M.O.; Couriel, J.M.; Losty, P.D. Oesophageal atresia and tracheo oesophageal fistula. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2006; 91:381-384.
4. Atresia de esôfago. Disponível em: <D:\Atresia\Dr Willy - Atresia de Esôfago.htm>. Acesso em 28 de outubro de 2008.
5. Shaw-Smith, C. Oesophageal atresia, tracheo-esophageal fistula and the VACTERL association: review of genetics and epidemiology. J Med Genet 2006; 43:545-554.
6. Atresia de Esôfago. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/discirped/textos/AVIdiscirped061021144129.pdf>. Acesso em: 30 e outubro de 2008.
7. Fujishiro, E.; Suzuki, Y.; Sato, T.; Miyachi, M.; Suzumori, K. Characteristic Findings for Diagnosis of Baby Complicated with both the VACTERL Association and Duodenal Atresia. Fetal Diagn Ther 2004; 19:134-137.

8. Sparey, C.; Jawaheer, G.; Barrett, M.; Robson, S. Esophageal Atresia in the Northern Region Congenital Anomaly Survey, 1985-1997: Prenatal diagnosis and outcome. Am J Obstet Gynecol 2000; 182(2):427-431.
9. Kalache, K.D.; Wauer, R.; Mau, H.; Chaoul, R.; Bollmann, R. Prognostic Significance of the Pouch Sign in Fetuses With Prenatally Diagnosed Esophageal Atresia. Am J Obstet Gynecol 2000; 182(2):978-981.
10. Deurloo, J.A.; Ekkelkamp, S.; Hartman, E.E.; Sprangers, M.A.G.; Aronson, D.C. Quality of life in Adult Survivors of Correction of Esophageal Atresia. Arch Surg 2005; 140:976-980.
11. Gonzales, R.; Caamaño, E.; Roman, C.; Ebensperger, I. Manejo y Complicaciones en el Tratamiento de la Atresia de Esófago. Rev. Chilena de Pediatría 1976; 47(2):107-113.

**Figura 1** - Raio x de tórax realizado com sondagem nasogástrica evidenciando sonda em coto esofágico superior.



## Endereço para correspondência:

Elisa Sfoggia Romagna  
Rua Ramiro Barcelos, 1599/505  
Porto Alegre – RS  
90035-006  
[elisasfoggia@yahoo.com.br](mailto:elisasfoggia@yahoo.com.br)