

154P

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

ESTENOSE DO ESÔFAGO NA CRIANÇA

- * MARA REGINA CUNHA DA SILVA
- * MARIA CRISTINA MORITZ
- * MAGDA DE ALMEIDA GARCIA

* DOUTORANDOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

JUNHO 1982

ÍNDICE

| | |
|----------------------------------|----|
| RESUMO..... | 1 |
| INTRODUÇÃO | 2 |
| CASUÍSTICA E MÉTODO | 4 |
| RESULTADOS | 5 |
| DISCUSSÃO | 11 |
| CONCLUSÃO | 24 |
| SUMARY | 25 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 26 |

RESUMO

Os autores analisaram 11 casos de estênose do esôfago, internados no Hospital Infantil de Florianópolis no período de Janeiro de 80 a março de 82. A idade oscilou entre 3 meses e 8 anos, sendo que sete eram meninas e quatro eram meninos. A maioria procedia do interior do Estado e apenas uma da capital. Destes, 10 pacientes tinham estenose adquirida e um estenose congênita. O maior número de casos de - veu-se a ingestão de hidróxido de sódio. Todos realizaram gastrostomia e 9 receberam dilatação como tratamento. Dois pacientes foram submetidos à esofagocoloplastia. Três faleceram em decorrência de complicações e oito pacientes receberam alta com resultados satisfatórios.

ESTENOSE DO ESÔFAGO NA CRIANÇA

INTRODUÇÃO

Estenose do esôfago é uma entidade que se caracteriza por uma redução do calibre esofageano, podendo ser congênita ou adquirida. Pode ser classificada em dois grupos: (20,24).

1. ESTENOSES CONGÊNITAS

1.1. Diafragma Membranoso: São estenoses causadas por membrana mucosa que oblitera a luz do órgão, localizando-se, principalmente, no terço médio e inferior.

1.2. Anel Vascular: são estenoses que predominam no terço superior do esôfago e decorrem de anomalias dos grandes vasos.

1.3. Estenoses por restos embrionários traqueobronquiais : Atingem mais o terço inferior do órgão e caracterizam-se pela presença na parede do esôfago, extramucosa, de tecido típico da árvore traqueobrônquica como cartilagem por exemplo.

1.4. Estenoses Intrínsecas (tipo F de Gross): São estenoses devidas a um espessamento fibro-muscular de 1-2 cm da parede do esôfago médio (Whiphan and Fagge, 1905).

2. ESTENOSES ADQUIRIDAS

2.1. Cáusticas: Provocadas pela ingestão de substâncias irritantes para a mucosa esofágica podendo determinar lesões cicatríciais sérias.

2.2. Por refluxo gastroesofageano: Determinada pela presença de acalásia do cárdia e/ou hérnia hiatal que, provocando refluxo gastroesofageano e esofagite, leva à estenose.

2.3. Estenose pós-operatória: Causada por retração cicatricial após intervenção cirúrgica sobre o esôfago.

Neste estudo são apresentados 11 casos de estenose do esôfago, registrados no Hospital Infantil Joana de Gusmão no período de janeiro de 80 a março de 82.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram estudadas 11 crianças, com idade compreendida entre 3 meses e 8 anos, sendo 7 do sexo feminino e 4 do sexo masculino, procedentes, a maioria - 10 casos -, do interior do Estado e apenas uma de Florianópolis.

ESTENOSE DO ESÔFAGO * ESTUDO DE 11 CASOS

QUADRO I - CASUÍSTICA

| CASOS | IDADE | SEXO | PROCEDÊNCIA |
|-------|---------|------|---------------|
| 1 | 1 a 9 m | Fem | Chapecó |
| 2 | 2 a | Fem | Florianópolis |
| 3 | 2 a | Fem | Itapiranga |
| 4 | 8 a | Masc | Brusque |
| 5 | 3 a | Masc | Monte Alegre |
| 6 | 2 a 2m | Masc | Camboriú |
| 7 | 5 a | Fem | Caçador |
| 8 | 1 a | Fem | Lages |
| 9 | 1 a | Masc | Lages |
| 10 | 8 m | Fem | Lindóia |
| 11 | 3m | Fem | Lages |

* Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis
Janeiro 80 - Março 82.

Destes pacientes foram analisado a etiologia, o quadro clínico, os meios diagnósticos, as intercorrências, o tratamento e as complicações.

RESULTADOS

Na presente amostra foram encontradas em ordem decrescente de casos, as seguintes etiologias: Ingestão de soda cáustica, estenose pós-operatória, refluxo gastroesofageano e estenose in - trínseca (Quadro II).

ESTENOSE DO ESÔFAGO *

ESTUDO DE 11 CASOS

QUADRO II - ETIOLOGIA

| | |
|---------|--------------------------|
| CASO 1 | SODA CÁUSTICA |
| CASO 2 | PÓS-OPERATÓRIA |
| CASO 3 | SODA CÁUSTICA |
| CASO 4 | SODA CÁUSTICA |
| CASO 5 | SODA CÁUSTICA |
| CASO 6 | SODA CÁUSTICA |
| CASO 7 | SODA CÁUSTICA |
| CASO 8 | REFLUXO GASTROESOFAGEANO |
| CASO 9 | PÓS-OPERATÓRIA |
| CASO 10 | INTRÍNSECA |
| CASO 11 | PÓS-OPERATÓRIA |

* Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis

Janeiro 80 - Março 82

Quanto ao quadro clínico, os sintomas predominantes foram disfagia progressiva e vômitos, seguindo-se ainda, a regurgitação. Em 6 pacientes foi observada desnutrição de Iº Grau e em 2, desnutrição de IIº Grau. Os 3 casos restantes apresentavam bom estado nutricional (Quadro III).

ESTENOSE DO ESÔFAGO *

ESTUDO DE 11 CASOS

QUADRO III - QUADRO CLÍNICO

| S I N T O M A S | C A S O S |
|----------------------|---------------|
| VÔMITOS | 1,2,8,10,11 |
| REGURGITAÇÃO | 3,6 |
| DISFAGIA PROGRESSIVA | 3,5,6,7,9,10 |
| DESNUTRIÇÃO Iº GRAU | 5,6,7,8,10,11 |
| DESNUTRIÇÃO IIº GRAU | 1,4, |

* Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis

Janeiro 80 Março de 82

Em todos os pacientes, para confirmação diagnóstica, foi realizado estudo radiológico do esôfago e êsofagoscopia, cujos achados encontraram-se discriminados no Quadro IV.

ESTENOSE DO ESÔFAGO *

ESTUDO DE 11 CASOS

QUADRO IV - MEIOS DIAGNÓSTICOS

| RX DE ESÔFAGO E ESOFAGOSCOPIA | CASOS |
|-------------------------------|--------------|
| ESTENOSE DE 1/3 SUPERIOR | 2,9,11 |
| ESTENOSE DE 1/3 MÉDIO | 1,3,4,5,6,7. |
| ESTENOSE DE 1/3 INFERIOR | 8,10 |

* Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis

Janeiro 80 - Março 82

No quadro V, pode-se observar que as intercorrências clínicas mais frequentes foram broncopneumonia e traqueobronquites. Houve 2 casos de varicela, seguindo-se asma brônquica, sarampo, melena, amigdalite, piodermite e parotidite.

ESTENOSE DO ESÔFAGO *
ESTUDO DE 11 CASOS

QUADRO V - INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS

| INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS | CASOS |
|--------------------------|---------|
| BRONCOPNEUMONIA | 1, 5, 6 |
| ASMA BRÔNQUICA | 3 |
| VARICELA | 3, 9 |
| SARAMPO | 5 |
| MELENA | 1 |
| TRAQUEOBRONQUITE | 2, 5, 9 |
| AMIGDALITE | 2 |
| PIODERMITE | 3 |
| PAROTIDITE | 3 |

* Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis
Janeiro 80 - Março 82

Como tratamento cirúrgico, todas as crianças foram submetidas à gastrostomia, sendo que 9 fizeram dilatação esofágica e 3 esofagocoloplastia (Quadro VI).

ESTENOSE DO ESÔFAGO *

ESTUDO DE 11 CASOS

QUADRO VI - TRATAMENTO CIRÚRGICO

| | |
|---------------------|----------|
| GASTROSTOMIA | 11 CASOS |
| DILATAÇÃO ESOFÁGICA | 9 CASOS |
| ESOFAGOCOLOPLASTIA | 2 CASOS |

* Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis

Janeiro 80 - Março 82

Dentre as complicações apresentadas, 3 pacientes foram a óbito por septicemia. Quatro apresentavam deiscência de sutura de gastrotomia. Peritonite ocorreu em 2 casos. Houve 1 caso de fístula esôfago-cutânea e 1 de broncopneumonia + hidropneumotórax.

ESTENOSE DO ESÔFAGO *

ESTUDO DE 11 CASOS

QUADRO VII - COMPLICAÇÕES

| COMPLICAÇÕES | CASOS |
|--------------------------------------|------------|
| DEISCÊNCIA DE SUTURA DE GASTROSTOMIA | 1, 2, 6, 9 |
| FÍSTULA ESÔFAGO-CUTÂNEA | 1 |
| BRONCOPNEUMONIA + HIDROPNEUMOTÓRAX | 11 |
| PERITONITE | 9, 11 |
| SEPTICEMIA | 1, 6, 11 |
| ÓBITO | 1, 6, 11 |

* Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis

Janeiro 80 - Março 82

DISCUSSÃO

O diagnóstico nas estenoses congênitas pode ser feito em qualquer idade na dependência do início dos sintomas (6,14), porém é mais comum na época do desmame em que o paciente passa de uma dieta líquida para pastosa. Quando é feito na idade adulta, o paciente refere dificuldade desde a infância (6). Apenas um dos casos estudados tinha estenose congênita que se manifestou clinicamente com a idade de 4 meses.

Entre as adquiridas, a estenose cáustica é a mais comum (8), incidindo na faixa etária de 1 a 5 anos predominantemente (13).

Entre 6 pacientes com estenose cáustica, 5 tinham idade compreendida entre 21 meses e 5 anos. O outro tinha oito anos e era mongolóide. Os portadores de estenose pós-operatória situavam-se entre 3 meses e 2 anos de idade. A única criança com estenose por refluxo gastro-esofageano estava na ocasião com 1 ano de idade.

Quanto ao sexo, Holinger (13) constatou em estudo sobre estenose cáustica, um predomínio de 2:1 nos meninos. A proporção encontrada foi de 3:3 nas estenoses cáusticas, porém no total de casos a distribuição por sexo foi de 7:4 para as meninas,

Dos 11 casos, 10 procediam do interior do Estado e apenas 1 de Florianópolis, sendo que Lages foi a região com maior número de casos.

A estenose do esôfago é uma entidade pouco frequente (4). Dentre elas, adquiridas ou congênicas, esta última é ainda mais rara (1:20.000 e 1:30.000 nascimentos) (2).

Até 40 anos atrás, supunha-se que as obstruções esofágicas que ocorriam nas crianças muito pequenas eram todas congênicas.

A dificuldade do diagnóstico com o esôfago é que em algumas ocasiões a esofagite de refluxo pode ocorrer cedo e causar estenose esofágica mesmo na criança com poucos dias de vida (32). A medida que o papel do refluxo esofageano tornou-se amplamente apreciado, era comumente proposto que quase todas as lesões estenóticas do esôfago eram adquiridas e muito poucas eram congênicas (17).

As formas de estenose congênita do esôfago são: Diafragma membranoso, estenose por restos traqueobronquiais, anel vascular e estenose intrínseca. Em nosso único caso encontramos a modalidade intrín

seca. Porém estenose por diafragma membranoso consiste numa redundância de mucosa esofageana, formando uma constricção de membrana com 2 lábios que concorrem para a linha média, muitas vezes tomando o aspecto de um esfíncter (4). Já a estenose por restos traqueobronquiais se apresenta geralmente no terço inferior do esôfago, sendo uma forma muito rara. Pode-se explicá-la, remontando-se à separação embriológica do esôfago da árvore traqueobrônquica. A velocidade de separação é diferente para os dois. O esôfago separa-se de forma mais rápida e principalmente na porção distal, o que resulta em sequestro de tecido embrionário traqueobronquial. Nestes restos podem desenvolver-se desde o epitélio respiratório até a cartilagem, sendo envolvidos por tecido linfóide. Apesar disso todos os casos apresentam histologicamente muita semelhança. A cartilagem é encontrada em quase todos os casos e provavelmente é a principal responsável pela estenose (6).

As anomalias vasculares do arco aórtico podem produzir estreitamento da circunferência do esôfago e da traquéia.

Pode-se apresentar num dos seguintes tipos:

1. Duplo arco aórtico.
2. Arco aórtico direito com ligamento arterioso completando o anel.
3. Artéria subclávia direita aberrante, passando posteriormente ao esôfago (21).

Este último tipo de anel vascular foi observado em nosso paciente com estenose congênita, porém não foi o fator determinante da

estenose, apenas um achado em associação.

Quanto ao quadro clínico, os principais sintomas encontrados não diferem dos descritos na literatura. A disfagia e vômitos progressivos predominam, sendo que a regurgitação e os sintomas relativos às afecções pulmonares podem compor o quadro principal em alguns casos ou apenas acompanhá-los. Outro ponto para o qual algumas mães chamam a atenção é o fato de seus filhos não estarem ganhando peso. A maioria de nossos pacientes se encontrava com desnutrição de 1º grau quando admitida no Hospital.

Qualquer criança que se apresente com disfagia crônica e/ou vômitos frequentes, especialmente após as refeições, deve ser investigada radiologicamente. No estudo através de meio de contraste pode ser usado um intensificador de imagem, fluoroscopia e cineradiografia. Um bom estudo radiológico indicará se há falha de coordenação na região da faringe, causando aspirações repetidas para a traquéia e se o esôfago tem peristaltismo adequado. Pode mostrar uma área estenosada ou mesmo um diafragma, mostrará a função da junção gastroesofageana e identificará o refluxo gastro-esofageano. Uma boa interpretação desses achados, porém, requer um especial interesse e experiência no esôfago de crianças (17).

Os meios diagnósticos usados no presente estudo foram o Rx contrastado e a esofagoscopia. Notou-se que os 3 casos de estenose

pós-operatória estudados, tinham localização preferencial no terço superior. Dos três, dois apresentavam estreitamento moderado e incoordenação peristáltica abaixo da anastomose. O outro estava associado ao refluxo-gastroesofageano. Todos os pacientes com estenose cáustica, apresentavam o terço médio do esôfago severamente comprometido. Dois desses pacientes tinham obstrução completa e foram submetidos à esofagocoloplastia. Outro apresentava várias áreas de estreitamento e um deles tinha estreitamento difuso do esôfago. Este estenose de terço inferior foi encontrada no caso de estenose congênita e por refluxo gastro-esofageano. Neste último à esofagoscopia pode-se constatar transição de mucosa esofageana normal com área de fibrose.

Independentemente da etiologia da estenose do esôfago, ao Rx contrastado temos quase incansavelmente a imagem marcante da área de obstrução quer terminando em ponta, quer abruptamente, com dilatação a montante.

A esofagoscopia apesar de ter trazido uma nova dimensão ao diagnóstico de estenose do esôfago, em alguns casos tem participação limitada, como na estenose congênita por restos traqueobronquiais em que necessitamos de estudo anátomo-patológico para firmarmos o diagnóstico. Sua contribuição neste caso, reside no diagnóstico diferencial com o refluxo gastro-esofageano. Alguns cuidados especiais devem ser tomados em alguns casos. Ao endoscopar um paciente com queimadura aguda por cáusticos, o endoscopista não deve tentar ul -

apassá-la em toda sua extensão, com o risco de promover perfuração do órgão. Deve somente visualizar sua parte proximal (8).

O estudo radiológico deve preceder a esofagoscopia, porque a forma de lesão em fundo cego, pode estar situada logo abaixo do estreitamento e se não for identificada de antemão, poderá levar a perfuração durante o exame. (17).

O tratamento do diafragma mucoso é bastante fácil, na maioria das vezes com apenas uma aplicação de dilatação. (4).

Já o anel vascular requer a secção cirúrgica destes anéis 1).

A dilatação nas estenoses por restos traqueobronquiais é difícil e às vezes até possível, com resultados insatisfatórios. O tratamento de primeira escolha é ressecção extramucosa do anel cartilaginoso. (6).

Na estenose intrínscica, o tratamento de escolha é a dilatação. Nos casos em que não se obtém resultados satisfatórios, propõe-se tratamento cirúrgico que consiste na ressecção primária do segmento estenótico com anastomose término-terminal.

Estudos comparativos das várias formas de terapia para lesões corrosivas agudas do esôfago tem sido difíceis de obter porque a extensão das lesões podem diferir muito, porque frequentemente nenhum centro médico tem experiência suficiente para dar

estatísticas conclusivas, e porque nenhum estudo de controle tem sido levado adiante. (22,31).

As 2 maiores formas de terapia usadas nos Estados Unidos para prevenir estenose são imediata e contínua dilatação esofágica e, indiretamente esteróides e antibióticos sistêmicos para a prevenção da inflamação e edema. (8).

Desde 1963, Haller et al (8) desenvolveram e tem usado um plano para o manejo das lesões corrosivas agudas do esôfago. Os princípios básicos do plano são a documentação da história da ingestão do agente cáustico, identificação de uma atual queimadura esofageana pela esofagoscopia, instituição imediata de terapia antibiótica e esteróide, controle seriado do esôfago para detectar formação precoce de estenose, e instituição de imediata e contínua dilatação se o início da estenose é detectado. Este tratamento consiste no seguinte:

Para queimaduras agudas em crianças (48hs): (1) obter uma detalhada história e identificar o agente cáustico; (2) internação do paciente; (3) manutenção de fluido terapêutico e tipo sanguíneo; (4) esofagoscopia até 12 horas da admissão; (5) Rx de tórax na admissão; (6) Rx contrastado de esôfago dentro de 24 horas se possível.

Sem queimadura esofágica (pela esofagoscopia): (1) cuidados nas lesões da cavidade oral; (2) alta hospitalar; (3) acompa -

nhamento por 1 mês; (A) sem sintomas esofágicas: retorno em 1 ano; (B) sintomas esofágicos sugestivos: Rx contrastados de esôfago e dilatação são indicados.

Se o esôfago é queimado (pela egofoscopia): (1) administração imediata de esteróides (necessariamente dentro de 48 hs) - 2 mg/kg/dia de prednisona (ou equivalente); (2) antibióticos-ampicilina por 10 dias; (3) fluidoterapia - até o paciente poder deglutir saliva (usualmente dentro de 48 hs); (4) líquidos após isso; progressivamente dieta leve; (5) Rx contrastado de esôfago 3 semanas após a queimadura; (A) se houver estenose significativa, parar esteróides e iniciar dilatação; (B) se não houver estenose, parar esteróides e acompanhar mensalmente durante 1 ano.

A lavagem gástrica é dispensada porque geralmente, o agente cáustico é regurgitado ou expectorado pela criança. (8,9).

O exame cuidadoso da cavidade oral demonstrará ou não áreas de edema e queimadura superficial se algum material cáustico tenha sido ingerido. Com isto, presume-se lesão esofageana. Cerca de 1 em 3 crianças com queimadura cáustica oral tem associado queimadura esofageana. Entretanto, há casos de severas queimaduras esofageanas com pouco ou nenhum envolvimento oral. Daí a importância da esofoscopia após uma história de ingestão de cáustico. (5,8).

Embora o mecanismo de ação dos esteróides ainda seja pouco conhecido, seu efeito primário é a prevenção da resposta inflamatória. Desde que a maior reação inflamatória ocorre durante as primeiras 24-48 horas, a terapia esteróide precisa ser instituída dentro

deste período e continuar durante as primeiras fases da queimadura. (8,31,33). A duração mínima é de 3 semanas e pode ser continuada por mais tempo em queimaduras extensas. Algumas queimaduras cáusticas podem ser tão severas e extensas que estenoses se desenvolverão independentemente de terapia esteróide. (8). Alguns autores (33) se baseiam nesse fato para serem contrários ao uso de esteróides.

O potencial de risco de infecção pulmonar e mediastinal enquanto os pacientes estão sob tratamento com esteróides requer o uso de antibióticos profilaticamente. As maiores infecções que tem sido relatadas, resultam de cocos gram + e por esta razão, ampicilina ou meticilin são os antibióticos de escolha. Desde que infecções sérias são infrequentes nas lesões cáusticas do esôfago, muitos omitem este componente da rotina. (8).

Reyes e Hill(11) tem relatado estudos em que o uso de um molde intraluminal foi colocado no esôfago por um período de 3 semanas em queimaduras extensas, sem que nenhuma estenose tenha ocorrido.

Infelizmente, nesta casuística, nenhum dos pacientes chegou ao hospital na fase aguda, não se podendo avaliar completamente os casos aqui relatados.

Dos 6 casos de estenose cáustica estudados, 4 realizaram apenas dilatação e 2 sofreram esofagocoloplastia. Todos os pacientes foram submetidos à gastrostomia. O caso 3 realizou 24 dilatações, rece

bendo alta com boa permeabilidade esofageana. No caso 4, a primeira tentativa de passagem do fio-guia não teve sucesso, sendo realizada um mês após. Foram realizadas 17 dilatações com resultados satisfatórios. A primeira tentativa de passagem da sonda com fio-guia no caso 5 foi infrutífera devido ao acotovelamento da estenose no terço médio do esôfago. Ele sofreu 14 dilatações e o caso 7 apenas 6. Ambos receberam alta com boa permeabilidade esofageana,

Nos dois pacientes que realizaram esôfagocoloplastia, o esôfago apresentava-se impermeável a passagem do fio-guia, mostrando risco de perfuração. Um paciente foi a óbito 14 dias após a cirurgia por hemorragia digestiva + broncopneumonia que evoluiu para septicemia e o outro 12 dias após a cirurgia também por septicemia após uma broncopneumonia.

Estes resultados concordam com os casos apresentados na literatura, onde as cirurgias realizadas não tem provado ser completamente satisfatórias, com a associação mortalidade e morbidade ainda significantes (11).

No tratamento da estenose por refluxo gastroesofageano, deve-se atacar a causa básica. A fundogastroplicatura de Nissen é o procedimento antirefluxo de escolha proposto por Hicks et al (10) e/ou dilatação esofágica.

Neste estudo, o único caso de estenose por refluxo gastroesofageano

fageano associava-se com hérnia hiatal. Após duas aplicações de dilatação o paciente apresentou um esôfago normal. A seguir foi submetido ao tratamento clínico que se caracterizou na manutenção do paciente em posição semi-sentada.

Ocorreram também, três casos de estenose pós-operatória devido a cirurgia de atresia de esôfago. Dois deles, apresentavam associado ânus ectópico anterior, sendo que um ainda apresentava artéria umbilical única e o outro polidactilia à esquerda. Após cerca de 6 dilatações, ambos receberam alta curados. O outro - caso - 11 - foi a óbito por septicemia devido a uma peritonite.

No que se refere as intercorrências clínicas, as afecções pulmonares tem grande importância. A pneumonia e a traqueobronquite de repetição são as mais frequentes, e se fazem geralmente por aspiração de material regurgitado. Estes dados concordam com os casos apresentados, em que 5 pacientes apresentavam estas mesmas intercorrências.

Entre as complicações relatadas na literatura, encontram-se a perfuração traumática pela dilatação ou esofoscopia. A formação de fístula entre o esôfago e a árvore traqueobrônquica é uma complicação rara, mas extremamente grave. A ocorrência de úlcera péptica do esôfago inferior foi observada 20 a 50 anos após a queimadura por cáusticos. Acredita-se que seja secundária ao encurtamento do esôfago pela estenose.

Alguns autores (9) sugerem o aumento do risco de transformação maligna em áreas de estenose. Estas podem ocorrer 15 a 40 anos após a ingestão de cáusticos e é 1.000 vezes maior a incidência nestes pacientes do que na população geral. Deve-se lembrar deste fato quando existe dificuldade em dilatar uma estenose crônica ou progressiva do esôfago. Neste caso, uma avaliação radiológica e endoscópica deve ser feita imediatamente.

Pneumotórax também é comum, principalmente em pacientes submetidos à esofagocoloplastia ou outras cirurgias de transposição pela proximidade das estruturas torácicas.

Dentre as complicações aqui apresentadas, 3 pacientes foram a óbito por septicemia, sendo que um por evolução de uma peritonite com broncopneumonia + hidropneumotórax e dois após esofagocoloplastia. Estes últimos apresentavam ainda deiscência de sutura de gastrotomia e em um deles houve formação de fístula esôfago-cutânea.

Outros dois pacientes também apresentavam deiscência de sutura de gastrotomia.

Um paciente apresentou peritonite com evolução favorável. Dos 9 pacientes que realizaram dilatação esofágica, 8 apresentaram resultados satisfatórios, recebendo alta curados.

Não houve complicações durante a realização das 84 dilatações

feitas sob anestesia geral, como tratamento de 9 pacientes. Mesmo com bons resultados, deve-se sempre ter em mente que o trauma físico e psíquico associados com múltiplas dilatações pode afetar significativamente a criança no seu desenvolvimento psicossocial' (9).

CONCLUSÕES

1. Os pacientes situavam-se na faixa etária de 3 meses a 8 anos.
2. Houve prevalência do sexo feminino numa proporção de 7:4.
3. A maioria dos casos procedia do interior do Estado.
4. Entre todas as etiologias, a ingestão de soda cáustica foi a mais lesiva.
5. Os dois pacientes submetidos à esofagocoloplastia foram a óbito por septicemia.

S U M M A R Y

The authors analysed eleven cases of esophageal stenosis in the "Hospital Infantil de Florianópolis" in the period between January 80 and March 82. The age varied between three months and eight years old. Seven of these children were girls and four were boys. The majority of them came from the countryside; only one of the children belonged to the capital. Among these patients, ten had acquired stenosis and one had a congenital stenosis. The majority of the cases was due to the ingestion of sodium hydroxide. All of them underwent a gastrostomy and nine received dilatation as treatment. Three patients required colon interposition. Two of them died because of some complications and eight was discharged with satisfactory results.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BALASEGRAM , M. Early management of corrosive burns of the esophagus, Br. J. Surg. Vol. 62: 444-447, 1975.
2. BLUESTONE, C.D., Kerry, R, and Sieber, WR. 1969. Congenital oesophageal stenosis. Laryngoscope, 79, 1905-1101.
3. BURRINGTON, J.D. Clinitest burns of the esophagus, Ann. Thorac. Surg. 20:400 - 404, 1975.
4. CAPELLA, M.R., Osório, A., GOLDBERG, P., QUARESMA, E., RUYZ, J.S. e CAPELLA, N.M., Conduta terapêutica na perfuração endoscópica do esôfago com diafragma mucoso, Arq. Cat. Med. 7: 43. 1973.
5. CLEVELAND, W.W., CHANDLER, J.R. and LAWSON, H.B., Treatment of caustic burns of the esophagus, JAMA 186:262-263. 1963.

6. DEIRANIYA.A.K., Congenital oesophageal stenosis due to tracheobronquial remnants. Thorax 29: 720 -725. 1974.
7. GILAT,T. and ROZEN,P, Fiberotic endoscopic diagnosis of a congenital esophageal diaphragm, Am.J. Dig. Dis. 20: 781-785, 1975.
8. HALLER.J.A.,Jr. ANDREWS H.C., WHITE,J.J., TAMER M.A., and Cleveland. W.W. Pathophysiology and management of acute corrosive burns of the esophagus: Results of treatment in 285 children. J. Pediatr Surg. 6:578,1971.
9. HALLER,J.A,Jr., Corrosive stricture of the esophagus in RAVITH, M.M.WEICH,K.S., BENSON.C.D., ABERDEEN, E., RANDOLPH,J.G., Pediatric Surgery, 3rd edition Year Book Medical Publishers, Chicago, London, 2: 472, 1979.
10. HICKS,L.M. CHRISTIE,D.L., HALL, D.G., CAHILL,J.L., MANSFIELD, P-B., STEVENSON, J.K., and Bill, A.H., Surgical Treatment of Esophageal Stricture Secondary to Gastroesophageal Reflux, J. Pediatr. Surg. 15:863, 1980.

11. HILL, J.L., NORBERG, H.P., SMITH., YOUNG., J.A., and REYS, H.M., Clinical technique and success of the esophageal stent to prevent corrosive stricture, J. Pediatr, Surg 11: 443, 1976.
12. HOLDER., T.M., ASHERAFF, K.W., and LEAPE, L. The treatment of patients with eophageal stricture by local steroid injections, J. Pediatr. Surg. 4: 646, 1969.
13. HOLINGER, P. Management of esophageal lesions caused by chemical burns, Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 77:819, 1968.
14. ISHIDA, M. TSUCHIDA, Y. SAITO, S. and TSUNADA, A.: Congenital esophageal stenosis due to tracheobronchial remnants, J. Pediatr, Surg. 4: 339, 1969.
15. JEWSBURY, P. On unusual case of congenital esophageal stricture, Br. J. Surg. 58:475, 1971.
16. LILLY, J.O. and MC CAFFREY. J. Esophageal stricture dilatation. A new method adapted to fiberoptic esophagoscope. Am. Dig. Dis. 16:1137, 1971.

17. MYERS, N.A., ABERDEEN, E.: Congenital esophageal stenosis and esophageal diaphragm (Membrane or Web) in RAVITCH, M.M, WELCH, K.S., BENSON, C.D., ABERDEEN, E., RANDOLPH, J.G., Pediatric Surgery, 3rd edition, Year Book Medical Publishers., Chicago, London, 2: 472, 1979.

18. MORGAN, W.W., and HARKINS, G.A., Silicone rubber tubing as a guide in dilating chronic esophageal stricture in children, J. Pediatr. Surg. 7: 412, 1972.

19. NISHINA, T., TSUCHIDA, Y., and SAITO, S.: Congenital esophageal stenosis due to tracheobronchial remnants and its associated anomalies, J. Pediatr. Surg. 16: 190, 1981.

20. OHKAWA, H., TAKAHASHI, H., HOSHINO, Y., and SATO, H., - Lower esophageal stenosis in association with tracheobronchial remnants, J. Pediatr. Surg. 10: 453, 1975.

21. OTHERSEN, H.B., Esophageal lesions in: HOLDER, T.M., ASHCRAFT, K. - Pediatric . Surg., Philadelphia, London, Toronto, W.B., Saunders, 1980.

22. PALMER, E.D.: Esophagitis due to corrosive agents, In the Esophagus and its diseases. New York, Hoeber, 1952, p.288.
23. RAYA, A.A., Lesões corrosivas do aparelho digestivo, in CORREA NETO, A., ZERBINI, E.J., Clínica Cirúrgica, Sarvier, São Paulo, 3^a edição, 1974.
24. RODGERS, B.M. RVCKMAN, F.C., and TALBERT, J.L. - Blunt transmediastinal total esophagectomy with simultaneous substernal colon interposition for esophageal caustic strictures in children. J. Pediatric. Surg. 16:184, 1981.
25. ROSE, J.S., KOSSNER, E.G., JURGENS, K.H., and FARMAN, J., Congenital esophageal stricture due to cartilaginous rings, Br. J. Rad. 48:16, 1975.
26. SNEED; W.F., LAGARODE, D.C., KOGUTT, M.S., and ARENSMAN, R.M., Esophageal stenosis due to cartilaginous traqueobronchial remnants, J. Pediatr. Surg. 14:786, 1979.

27. SWENSON, O., Congenital malformations of the esophagus.
Pediatric Surgery. Appleton, Century, Crofts, New York,
1969.

28. TAKAYANAGI, K., KOMI, K. and LI, N., Congenital esophageal
stenosis with lack of the sumucosa, J. Pediatr. Surg.
10:425, 1975.

29. THOMAS, A. N., DEDO, H. H., Jr. LIM, R. C., and ~~STEELE~~ STEELE, M. Pharyngo
esophageal caustic stricture. treatment by pharyngogastrostomy
compared to colon interposition combined with free bowel
graft. The Am. J. Surg. 132:195, 1976.

30. VALÉRIO, D., JONES, P. F., and STEWART, A. M. Congenital esophageal
stenosis. Arch. Dis. Child, 52:414, 1974.

31. VISCOMI, G. J., BEEKHUIS, G. J., and WHITTEN, C. F., Evaluation of
early esophagoscopy and corticosteroid therapy in corrosive
injury of esophagus. J. Pediatr. 39: 356, 1961

32. WATERSTON, D.J., Die Behandlung der Oesophagusstenose,
Langenbecks Arch. Chir. 316: 695, 1966.

33. WEBB, W.R. KONTRAS, P., ECHER, R., et al. An evaluation of
steroids and antibiotics in caustic burns of the esophagus.
Ann. Thorac. Surg. 9: 95, 1970.

**TCC
UFSC
PE
0154**

N.Cham. TCC UFSC PE 0154

Autor: Silva, Mara Regina

Título: Estenose do esôfago na criança..



972806148

Ac. 253797

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM