



Trabalhos Científicos

Título: Relato De Caso: Atresia De Esôfago Em Boa Vista, Roraima

Autores: ERICA PATRICIA CAVALCANTE BARBALHO (HCSA); VALERIA VIEIRA DA SILVA COUTINHO (UFRR); STEFFI FERREIRA BUTTENBENDER (UFRR); SARAH DE OLIVEIRA SILVA (UFRR); JUAN CARLOS AROZARENA LORET (HCSA); KELLY ROBERTA MONTEIRO CHAVES (HCSA); MARJORIE ARAÚJO MONTEIRO (HCSA); ANDERSON GUEDES SENA (HCSA); RICARDO LOBATO FROTA (HCSA); SIMONE MOREIRA SANCHES SANTOS (HCSA); JULIANA CARVALHO BARBOSA (HCSA); LEIDIANE MARTINS SARAIVA (HCSA); PEDRO SARMET MOREIRA DE BARROS SALOMÃO (HMI); APARECIDA DIAS DE SOUZA ARAUJO (HCSA); MARÍLIA OLIVEIRA MONTEIRO (HCSA); LUSDIEL URIARTE ORTEGA (HCSA); ALINE DE SOUZA SILVA (HCSA); ABNER AUGUSTO CUTRIM SILVA NUNES (HCSA); ELY MENDES CARNEIRO JUNIOR (HCSA); RAFAEL LIMA CAVALCANTE DE FREITAS (HMI)

Resumo: A atresia de esôfago (AE), anomalia congênita mais comum do esôfago, é caracterizada pela sua formação incompleta tendo ou não comunicação com a traqueia. Acomete 1:4000 nascidos vivos sendo 35% prematuros. Recém-nascido (RN), BSSS, feminino, roraimense, mãe com pré-natal completo. Mãe deu entrada na maternidade com ultrassonografia revelando polidrâmnio e ausência de bolha gástrica, sugestivos de AE. Parto transvaginal espontâneo com 36s4d, sem intercorrências, peso ao nascer: 2.348g, Apgar 9/10. Após parto, RN foi internada na unidade de terapia intensiva sem êxito na passagem de sonda gástrica até o estômago, solicitado raio x de tórax e de abdômen contrastado, ecocardiograma transesofágico, iniciado antibioticoterapia e solicitado avaliação da cirurgia pediátrica. Após diagnóstico de AE realizou-se toracotomia posterior com ligadura da fístula transesofágica e anastomose termo-terminal esôfago-esofagiana. Paciente evoluiu bem sem intercorrências. A sintomatologia da AE é típica: dificuldade em deglutir saliva e leite, secreção espumosa e aerada, tosse, cianose, dispneia e falha na sondagem gástrica. A maioria dos casos de AE apresenta fístula transesofágica distal, como no caso supracitado. Geralmente, há suspeita da atresia durante a gestação a partir de uma usg que apresente polidrâmnio e ausência de bolha gástrica, além de falha na passagem de sonda gástrica na sala de parto como descrito acima. O manejo é o tratamento cirúrgico o qual diminui a mortalidade, aumenta a sobrevida e melhora a qualidade de vida. Quando houver fístula distal, como nesse caso, a cirurgia consiste na toracotomia posterior direita com liberação do esôfago distal da traqueia e anastomose termo-termoterminal. Nota-se a importância do diagnóstico ainda no atendimento na sala de parto, uma vez que se não instituído o tratamento precocemente torna-se uma afecção fatal e a terapêutica adequada permite uma sobrevida de até 95%.