Trabalhos Científicos

Título: Fístula Traqueoesofágica Secundária A Corpo Estranho – Relato De Caso Em Lactente

Autores: ANA FLÁVIA MENDONÇA FIORI (HUOP), AMANDA PERETTI PRIETO RUMBELSPERGER (HUOP), RAFAELA SORPILE ARAUJO (HUOP), BRUNA FRIGO BOBATO (HUOP), DANIEL VIDAL VIEIRA FIORI (HUOP), BRUNA APARECIDA DA SILVA DO PRADO (HUOP), GIULIA GABRIELLA DE MELO FRITZ (HUOP), KAROLINE ALBERTI (HUOP), NATÁLIA CUSTONIO UGGIONI (HUOP), MARIA LÚCIA PEDROSA ROENICK GIOLO (HUOP), TAIANE COSTA SANTANA (HUOP), PETERSON FASOLO BILHAR (HUOP), AMANDA FONTANA GOUVEIA FIORELLI (HUOP), THAYRINE ANISSA MARTINAZO (HUOP), MARIANA DEFAZIO ZOMERFELD (HUOP)

Resumo: A ingestão de corpo estranho ocorre com frequência em crianças, principalmente em lactentes e pré-escolares, geralmente de forma acidental. Em caso de localização esofágica, é comum a ocorrência de disfagia, sialorreia, engasgos e dor retroesternal, que podem estar associados a sintomas respiratórios (tosse, sibilos e dispneia) quando em esôfago proximal. A remoção endoscópica deve ser realizada em caráter de emergência em caso de objetos pontiagudos, baterias ou de obstrução sintomática. "I.H.N.F, 1 ano e 11 meses, feminino, previamente hígida. História de possível ingestão de papel seguida por vômitos, febre e prostração há 2 dias. Procurou atendimento médico e liberada com sintomáticos e broncodilatador, sem efeito. Evoluiu com sialorreia e disfagia leve para sólidos. Nega engasgos, tosse ou cianose. Solicitada radiografia de tórax e visualizado corpo estranho arredondando, sugestivo de bateria do tipo botão (lítio), em esôfago proximal, aproximadamente 11 cm da arcada dentária superior. Mãe relata não ter presenciado ingestão deste objeto, não sabe referir a data. Realizada Endoscopia Digestiva Alta (EDA) na tentativa de retirada, sem sucesso. Optado então por intubação orotraqueal (IOT) e retirado corpo estranho por laringoscopia, sendo visualizada lesão importante em esôfago proximal com área de necrose e friabilidade de mucosa. A EDA de controle evidenciou área ulcerada em esôfago cervical, com necrose de aproximadamente 50% da luz do órgão, realizada passagem de sonda nasoenteral (SNE) sob visualização direta para dieta. Lactente permaneceu estável clinicamente, sendo extubada após 24 horas. Evoluiu com quadro de sialorreia intensa, seguido por crises de tosse e desconforto respiratório, sugestivo de broncoaspiração. Realizada nova EDA após 72h, com visualização de lesão em esôfago cervical por agente corrosivo, ocupando 75% da luz, com intensa proliferação fibrinolítica, e evidenciada fístula traqueoesofágica com diâmetro de 20 mm. Optado por nova IOT para proteção de vias aéreas. Realizada broncoscopia, que confirmou a fístula, e tomografias de crânio e cervical com contraste, para programação cirúrgica. Paciente foi submetida à esofagoplastia e traqueoplastia com retalho muscular de esternocleidomastoideo esquerdo, além de traqueostomia para manutenção de vias aéreas. Mantido SNE para alimentação. Lactente segue em cuidados pós-operatórios em leito de terapia intensiva pediátrica, estável hemodinamicamente. """A presença de baterias em esôfago é considerada uma emergência pediátrica, pois pode levar a graves complicações como corrosão, perfuração ou fístulas no local de impactação. Em crianças pequenas, torna-se difícil a obtenção de uma história detalhada, por isso, diante de sinais e sintomas sugestivos, deve-se aventar essa hipótese e prosseguir investigação com exames de imagem. A remoção endoscópica em caráter de emergência é mandatória a fim de reduzir o tempo de contato do objeto com o órgão e os riscos de complicações.