RELATO DE CASO: Tratamento endoscópico de pseudodivertículo esofágico.

Renato Bruno Cavalcante Leite / r.brunocavalcante@gmail.com

Galileu Ferreira Ayala Farias / drgalileuendoscopia@gmail.com

Paula Roberta Rocha Rodrigues / paularocha\_r@hotmail.com

Luana Silveira de Andrade / luanasandrade@gmail.com

Maria Clara Santos de Paula Pessoa / mclarapessoa@edu.unifor.br

Luiz Eduardo Fernandes Lima / luizeduardofl20@gmail.com

Ivens Filizola Soares Machado / Ivensfsm@hotmail.com

Ricardo Rangel de Paula Pessoa / Ricardorppessoa@gmail.com

Marcus Valerius Saboia Rattacaso / mvratt@gmail.com

Francisco Paulo Ponte Prado Júnior / pauloponteprado@gmail.com

INTRODUÇÃO: Os divertículos esofágicos são saculações formadas pela protusão de uma ou de mais camadas da parede esofágica, podendo ser caracterizados como falsos, quando a protusão é composta somente pelas camadas mucosa e submucosa da parede esofagiana, ou como verdadeiros, quando todas as camadas do órgão formam a protusão. Os pseudodivertículos representam um outro tipo de saculação, diferindo por serem originados após a retração da parede do trato digestivo e formação de septo. Ambas as patologias referidas podem ocasionar sintomas que necessitam de terapia invasiva, sendo a via endoscópica uma das opções disponíveis.

OBJETIVOS: Demonstrar um caso de pseudodivertículo esofágico sintomático tratado por septotomia endoscópica.

DESCRIÇÃO DO CASO: Criança do sexo masculino, com 1 ano e 3 meses, apresentando quadro de engasgos e de vômitos pós-prandiais, há 6 meses, além de episódio de pneumonia broncoaspirativa, neste mesmo período, com necessidade de internação hospitalar. Antecedente de atresia esofágica corrigida aos 4 dias de vida, evoluindo com estenose de esôfago resolvida após dilatações endoscópicas. Realizou-se endoscopia digestiva alta (EDA), que evidenciou pseudodivertículo com óstio largo, medindo cerca de 2 cm, localizado a cerca de 15 cm da arcada dentária superior em topografia perianastomótica, e esofagograma, com achado de imagem de adição sacular no terço médio do esôfago, sugerindo divertículo.

Diante do quadro e dos achados procedeu-se à septomia realizada com *flush knife*. Cerca de 2 meses após a realização do referido procedimento, o paciente apresentou melhora completa dos sintomas, com a presença de pequeno recesso em endoscopia e em esofagograma, sem retenção de contraste.

CONCLUSÕES: A cicatrização da camada mucosa no trato digestivo pode ocasionar retrações e alterações na anatomia da parede do órgão acometido, levando à formação de pseudodivertículos. Apesar de ser uma condição de rara sintomatologia, a existência de pseudodivertículos esofágicos pode causar disfagia e levar à ocorrência de vômitos e de broncoaspiração. Nos pacientes sintomáticos, a execução de terapia invasiva cirúrgica ou endoscópica, como a septotomia, pode ser necessária. Uma outra patologia conhecida como pseudodiverticulose intramural de esôfago pode estar associada a candidíase e ocasionar estenose de esôfago com necessidade de dilatação, sendo caracterizada por múltiplos óstio diverticulares pequenos em parede de esôfago.