

Caso endoscópico

Fernando Pereira¹

O nosso doente de hoje é uma menina de 10 anos que recorreu à nossa consulta por ter dores abdominais em cólica localizadas ao andar superior do abdómen, associadas a episódios de vômitos incoercíveis, inicialmente alimentares e depois aquosos, que motivaram recurso por diversas vezes ao Serviço de Urgência com necessidade de internamento. Estes episódios resolviam após hidratação endovenosa e tratamento com metoclopramida e por vezes butilescopolamina. A doente teve durante os dois anos anteriores cerca de seis episódios com curta duração e passando bem, sem qualquer sintoma, no intervalo entre as crises. Durante os episódios não apresentava sintomas gerais e o estudo analítico efetuado não evidenciava alterações. Não estabelecia qualquer relação entre os episódios e a ingestão de qualquer tipo de alimentos nem com medicamentos. Filha única de pais saudáveis com normal desenvolvimento estaturó-

-ponderal e psicomotor. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. O seu exame objetivo era normal.

Era portadora de estudo radiológico do intestino delgado por trânsito que não evidenciava alterações. O hemograma, a função hepática e renal e o exame sumário de urina eram normais e realizou endoscopia digestiva alta que permitiu observar ao nível duodenal a imagem (Figura 1) que mostramos.

Qual lhe parece o diagnóstico mais adequado?

- 1 – Exame normal
- 2 – Neoplasia duodenal
- 3 – Leiomioma
- 4 – Compressão extrínseca duodenal

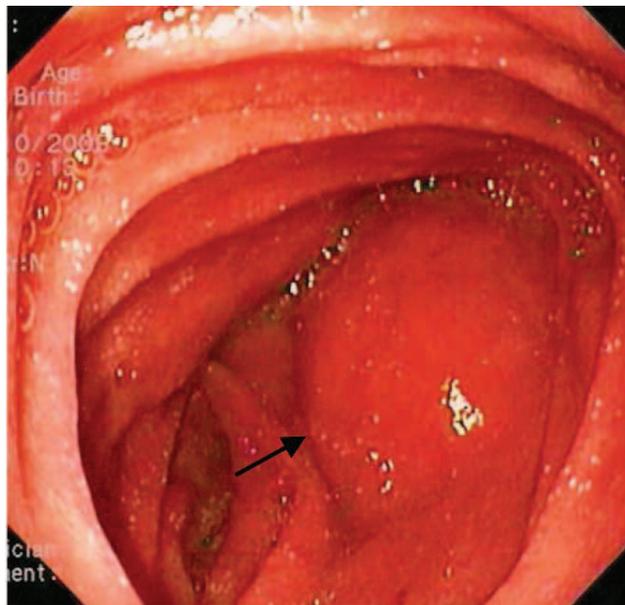


Figura 1

¹ U. Gastroenterologia Pediátrica, CH Porto

COMENTÁRIOS

A imagem endoscópica apresentada mostra-nos uma zona abaulada do lado direito da imagem, com cerca de 2,5cm de diâmetro, sugerindo ou lesão submucosa ou compressão extrínseca, uma vez que a mucosa parece íntegra. Ao toque com pinça verificávamos que se tratava de estrutura com alguma dureza e a mucosa desliza facilmente sobre a lesão. Uma vez que não dispúnhamos de ecoendoscopia a doente efetuou TAC (Figura 2) abdominal que revelou a existência de rim direito mal rodado, com duplicação do sistema excretor, com pielões distintos e proeminentes, estando o superior em relação anatómica com a segunda e terceira porções duodenais. Não se observou qualquer lesão da parede duodenal. Em face deste resultado a doente foi observada pela Urologia Pediátrica que decidiu proceder a intervenção cirúrgica durante a qual se confirmou a duplicidade e dilatação do sistema excretor e mobilidade anómala do rim direito. Foi efetuada pieloplastia e fixação do rim. Após a intervenção cirúrgica a doente ficou clinicamente bem e não voltou a ter qualquer episódio de dor ou vômitos nos dois anos de seguimento. Concluimos estar perante **compressão extrínseca duodenal** intermitente causada por rim anómalo. A Hipótese de leiomioma ou até de um tumor do estroma (GIST) era possível mas ficou excluída pelo TAC e a neoplasia duodenal é uma lesão da mucosa e não submucosa pelo que não constituía uma verdadeira alternativa.

ABSTRACT

We present a case report of a child with several crises of upper abdominal pain and vomiting for two years, resolved with metoclopramide and butilscolopamine suggesting upper digestive intermittent obstruction. She is symptoms free between these episodes. The upper digestive endoscopy showed an aspect suggestive of submucosal lesion or extrinsic compression in the second portion of the duodenum.

The abdominal CT Scan showed an anomalous right kidney with marked mobility dilation of the secretory tree that was the cause of duodenal compression. After urological surgery (pieloplasty and kidney fixation) the patient was followed during two years without any symptoms.

Keywords: Extrinsic compression of the duodenum, anomalous kidney.

Nascer e Crescer 2013; 22(1): 44-45

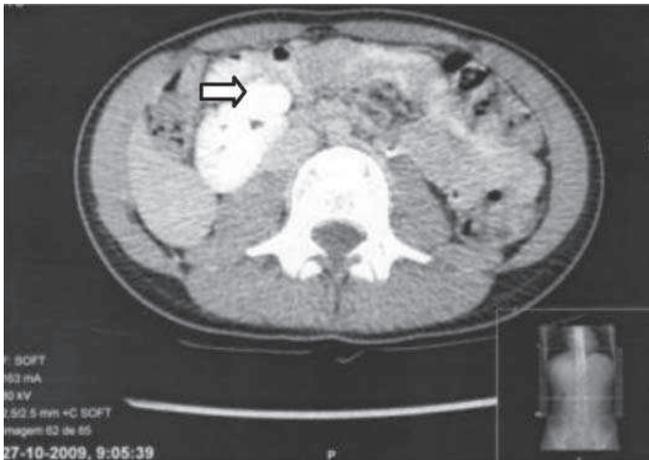


Figura 2