

IMAGENS CLÍNICAS

Esôfago dilatado em uma radiografia de tórax pré-operatória: um fator de risco facilmente esquecido para aspiração

Penghui Wei^a, Ye Li^b, Jing Li^a, Jianjun Li^{a,*}

^aShandong University, Cheeloo College of Medicine, Qilu Hospital (Qingdao), Department of Anesthesiology, Qingdao, China

^bShandong University, Cheeloo College of Medicine, Qilu Hospital (Qingdao), Department of Radiology, Qingdao, China

Recebido em 24 de fevereiro de 2021; aceito em 10 de abril de 2021

A radiografia de tórax, usada como ferramenta de triagem pré-operatória para COVID-19 em crianças de alto risco durante a pandemia de COVID-19,¹ é relativamente menos sensível para detectar anomalias esofágicas devido à falta de contraste observada quando o esôfago está vazio e fechado. As imagens de uma menina para amigdalectomia revelaram uma distensão anormal do esôfago, indicando um potencial estreitamento do esôfago inferior, levando a um exame mais aprofundado (Figura 1A, B). No entanto, o diagnóstico de esôfago dilatado foi inicialmente negligenciado devido à ausência de manifestações clínicas específicas. Foram observados refluxo e aspiração durante a indução anestésica. Acalasia esofágica, doença rara em crianças,² foi diagnosticada no pós-operatório (Figura 1C).

O esvaziamento do esôfago antes da intervenção é essencial para evitar a aspiração durante a indução da anestesia em pacientes com acalasia esofágica.³ O diagnóstico de acalasia esofágica pode ser facilmente perdido se os sintomas não forem avaliados por médicos bem treinados. Além disso, o esôfago cheio de gás sombreado no mediastino pode ser negligenciado na radiografia de tórax se in-

suspeito, principalmente na incidência póstero-anterior. Normalmente, a baixa densidade gasosa no mediastino é encontrada apenas na traqueia na radiografia de tórax. É importante que um anestesiologista entenda os vários diagnósticos diferenciais em uma radiografia de tórax se outra densidade gasosa no mediastino for observada.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Financiamento

Este trabalho foi financiado pela Fundação de Ciências Naturais da Província de Shandong (ZR2020QH291 e ZR-2020MH126), o Plano de Pesquisa e Desenvolvimento da Província de Shandong (2019GSF108228), o Fundo de Desenvolvimento da Disciplina de Saúde de Qingdao (2019) e o Fundo de Desenvolvimento Profissional de Saúde Excepcional de Qingdao (2019).

Autor correspondente:

E-mail: lj9573@163.com (J. Li).

<https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.04.018>

© 2021 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

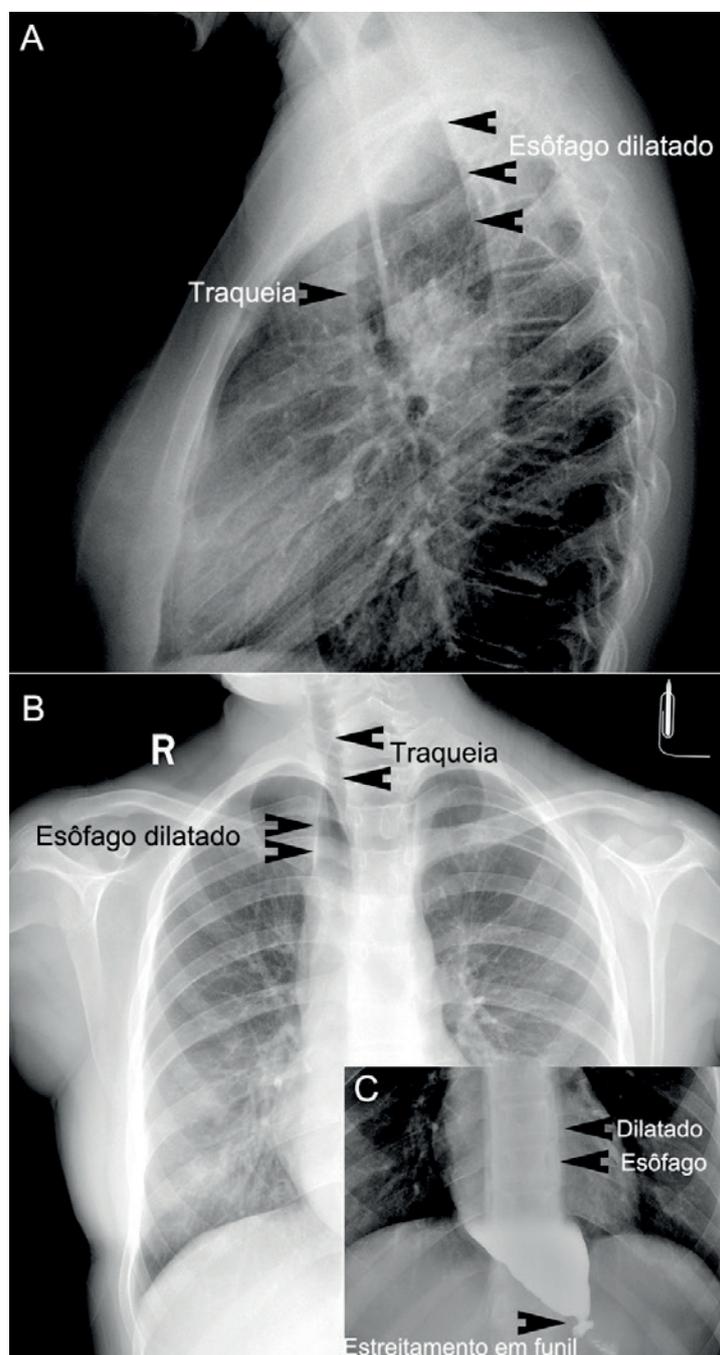


Figura 1 (A) Visão lateral mostra esôfago dilatado anormal com ar (seta) atrás da traqueia no mediastino posterior. (B) A incidência pósterio-anterior mostra uma distensão facilmente perdida do esôfago (seta) no mediastino superior e o esôfago inferior é coberto por coração e grandes vasos. (C) A radiografia do trato gastrointestinal superior com ioexol no 1º dia pós-operatório mostra estreitamento em forma de funil distal e dilatação proximal do esôfago.

Referências

1. Wong HYF, Lam HYS, Fong AH, et al. Frequency and Distribution of Chest Radiographic Findings in Patients Positive for COVID-19. *Radiology*. 2020;296:E72-E78.
2. Schlottmann F, Patti MG. Esophageal achalasia: current diagnosis and treatment. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2018;12:711-21.
3. Murata H, Ichinomiya T, Hara T. Anesthesia for peroral endoscopic myotomy in Japan. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2019;32:511-6.