



## **Acalásia - causa rara de emagrecimento na criança**

Sara Domingues<sup>1</sup>, Vera Rocha<sup>1</sup>, J Amil Dias<sup>2</sup>, Eunice Trindade<sup>2</sup>

1. Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Unidade Padre Américo, Penafiel

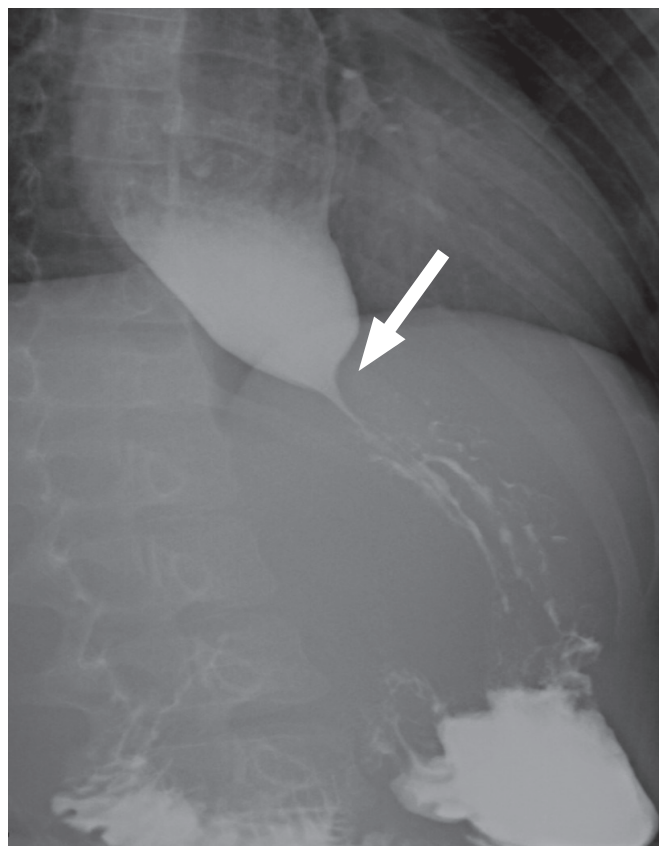
2. Unidade de Gastrenterologia Pediátrica, Centro Hospitalar de São João, Porto



**Figura 1.** Endoscopia digestiva alta com candidíase em toda a extensão do esófago, lúmen esofágico aparentemente dilatado e cárdia fechado.

Rapaz de dez anos, previamente saudável, foi levado ao Serviço de Urgência por perda ponderal de 2 Kg (7% do peso corporal) nas três semanas anteriores, vômitos pós-prandiais, eructações frequentes e episódios de regurgitação nocturna. Não apresentava disfagia, tosse, dor torácica, febre ou diarreia. Tinha sido medicado duas semanas antes com domperidona e esomeprazol, sem melhoria. O exame objectivo revelou aspecto emagrecido e abdómen mole e depressível.

A radiografia toraco-abdominal e a ecografia abdominal, não apresentavam alterações. Por agravamento, com vômitos incoercíveis, foi realizada endoscopia (Figura 1) que revelou esófago com lúmen aparentemente dilatado, estase salivar, candidíase esofágica e cárdia sempre fechado, mas permitindo progressão do endoscópio para o estômago. O trânsito esófago-gastro-duodenal contrastado (Figura 2) confirmou a suspeita de acalásia. Ensaaiou-se tratamento endoscópico (dilatação do cárdia com balão), com melhoria apenas transitória, pelo que se procedeu a miotomia de Heller com funduplicatura anterior por via laparoscópica. Após a cirurgia observou-se melhoria da tolerância alimentar.



**Figura 2.** Trânsito esofago-gastro-duodenal contrastado com dilatação esofágica, mais proeminente na sua metade inferior e afilamento do diâmetro esofágico na extremidade adjacente ao cárdia, aspecto em “bico de lápis” (seta).

A acalásia é rara em Pediatria pelo que o diagnóstico pode ser demorado. Deve considerar-se o diagnóstico na criança com vômitos e emagrecimento, para evitar o atraso no tratamento e prevenir comorbilidades.

*Acta Pediatr Port 2013;44(2):90-1*

**Recebido:** 09.12.2012  
**Aceite:** 20.05.2013

**Correspondência:**  
Sara Domingues  
Serviço de Pediatria  
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa – Unidade Padre Américo  
Lugar do Tapadinho, Gilhufe  
4560-007 Penafiel  
saradomingues@hotmail.com

### **Referências**

1. Chumpitazi B, Nurko S. Pediatric Gastrointestinal motility disorders: challenges and a clinical update. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2008; 4: 140–8.
2. Pehlivanov N, Pasricha PJ. Medical and endoscopic management of achalasia. *GI Motility online* 2006. doi:10.1038/gimo052.
3. Kaufman JA, Lal DR, Oelschlager BK. Surgical treatment for achalasia. *GI Motility online* 2006. doi:10.1038/gimo53.
4. Boeckxstaens GE, Jonge WD, van den Wijngaard RM, Benninga MA. Achalasia: from new insights in pathophysiology to treatment. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 41: S36-S37.