

Paciente do sexo masculino, 32 anos, evoluindo com quadro de disfagia para sólidos e engasgos há cerca de 4 meses. Negava odinofagia, dor torácica ou perda peso. Não apresentava comorbidades ou história de ingestão de cáusticos. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, eutrófico, com mucosas normocrômicas e sem achados suspeitos ao exame segmentar. Submetido a endoscopia digestiva alta que evidenciou a 20 cm da arcada dentária superior a imagem apresentada abaixo.



Figura 1. Estenose anelar em esôfago proximal com presença de mucosa róseo salmão circunjacente.

Foi evidenciado, portanto, a presença de uma estenose anelar em esôfago proximal que impedia a passagem do aparelho, associado a presença de mucosa adjacente suspeita de mucosa gástrica ectópica. Procedida a dilatação da estenose com sondas de Savary.

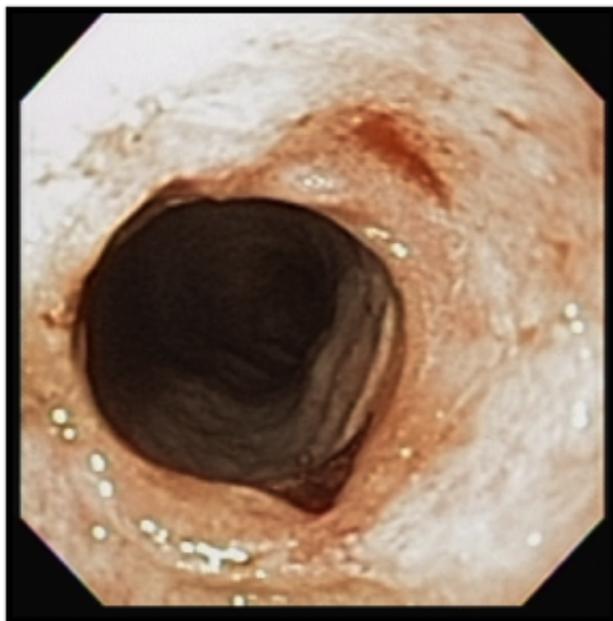


Figura 2. Aspecto da estenose após dilatação com sondas de Savary com evidência de lacerações superficiais.

Após a dilatação foi possível a progressão do aparelho através da estenose, não sendo evidenciados outros achados patológicos ao exame. Realizadas biópsias tanto da área de estenose quanto da mucosa adjacente.

Após a dilatação o paciente evoluiu com melhora clínica importante, com boa aceitação de alimentos sólidos. As biópsias realizadas confirmaram a suspeita de mucosa gástrica ectópica e estenose benigna associada.

Discussão:

A presença de mucosa gástrica ectópica ocorre em todo o trato gastrointestinal por supostos remanescentes embriológicos, sendo uma das formas mais comuns a de esôfago, no qual possui prevalência estimada de até 20% da população.

A maioria das ectopias de mucosa gástrica em esôfago são encontrados incidentalmente e geralmente são assintomáticas. No entanto, a produção de ácido pela mucosa ectópica já foi demonstrada podendo resultar em úlceras, hemorragia, estenoses e perfuração. Outras complicações relatadas incluem fístula traqueoesofágica, colonização por *Helicobacter pylori* e mesmo adenocarcinoma originário desse epitélio.

O tratamento das estenoses associadas à mucosa gástrica ectópica envolvem tanto a dilatação com sondas ou balões, quanto o bloqueio ácido com uso de inibidor de bomba de próton preferencialmente. A ablação da mucosa com plasma de argônio também é descrita como estratégia terapêutica.

Literatura sugerida:

1. Ward EM, Achem SR. Gastric heterotopia in the proximal esophagus complicated by stricture. *Gastrointest Endosc.* 2003 Jan;57(1):131-3.

2. Waring, JP and Wo, JM. Cervical esophageal web caused by an inlet patch of gastric mucosa. *South Med J.*1997; 90: 554–555
3. Jerome-Zapadka, KM, Clarke, MR, and Sekas, G. Recurrent upper esophageal webs in association with heterotopic gastric mucosa: case report and literature review. *Am J Gastroenterol.* 1994; 89: 421–424
4. Jabbari, M, Goresky, CA, Lough, J, Yaffe, C, Daly, D, and Cote, C. The inlet patch: heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus. *Gastroenterology.* 1985; 89: 352–356
5. Galan, AR, Katzka, DA, and Castell, DO. Acid secretion from an esophageal inlet patch demonstrated by ambulatory pH monitoring. *Gastroenterology.* 1998; 115: 1574–1576

