

Caso 22

Case 22

Raíra Cesar e Cezar¹, Débora Faria Nogueira¹, Luísa Bernardino Valério¹, Caroline dos Reis¹, Maria do Carmo Friche Passos²

Caso:

Paciente feminino, 19 anos de idade, natural e procedente de Belo Horizonte, procurou atendimento médico devido à sensação de queimação na região cervical há duas semanas, relacionada à ingestão alimentar. Negava disfagia, vômitos, febre, emagrecimento, comorbidades ou cirurgias prévias. Há dois meses fez uso de amoxicilina para tratamento de amigdalite bacteriana. Exame físico sem alterações. Solicitada endoscopia digestiva alta (EDA), com imagem em anexo.

Analisando a imagem e a história clínica da paciente, o diagnóstico mais provável é de esofagite associada à (ao):

- (a) Candida
- (b) Vírus citomegálico
- (c) Vírus herpes simples
- (d) Refluxo

ANÁLISE DAS IMAGENS

Imagem 1: Endoscopia digestiva alta, evidenciando o esôfago com grumos brancos algodinosos aderidos à mucosa que, uma vez removidos, mostram base hiperemiada.

DIAGNÓSTICO

As esofagites infecciosas - exemplificadas na imagem 2 - manifestam-se por odinofagia e disfagia, podendo associarem-se a náuseas, vômitos e dor retroesternal, indistinguíveis em sua etiologia pela clínica. São mais comuns em pacientes imunocomprometidos, mas podem ocasionalmente acometer pessoas imunocompetentes.

A esofagite por cândida é a principal causa de esofagite infecciosa. O achado mais comum à EDA é a presença de placas branco-amareladas distribuídas na mucosa dos dois terços inferiores do esôfago. Tais características se assemelham aos achados do exame no caso apresentado, sendo esse, portanto, o diagnóstico correto.

A principal forma de apresentação endoscópica das infecções esofágicas causadas pelo **vírus citomegálico (VCM)** corresponde a lesões ulceradas, de tamanhos variados, únicas ou múltiplas, ocupando preferencialmente o terço médio e distal do esôfago.

Na **esofagite herpética**, a infecção é resultado da contaminação primária da orofaringe ou pela reativação do vírus herpes-simples já existente no indivíduo. A apresentação endoscópica clássica é a de pequenas lesões purpúreas ou vesiculares, que evoluem para pequenas úlceras superficiais com fundo enantematoso e halo de hiperemia.

A **esofagite de refluxo**, por sua vez, é manifestação da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), causada pela ação corrosiva do ácido gástrico na mucosa esofágica. Os sintomas típicos são pirose e regurgitação. Achados endoscópicos comuns são erosões, eritema, friabilidade e edema de mucosa, sendo a biópsia necessária para o diagnóstico definitivo.

DISCUSSÃO DO CASO

A esofagite por *Candida*, também chamada monilíase esofágica, possui como patógeno predominante a *Candida albicans*, podendo também serem isoladas outras

¹ Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Faculdade de Medicina-FM, Curso de Medicina. Belo Horizonte, MG - Brasil.

² UFMG/FM. Departamento de Clínica Médica. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Instituição:

Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG - Brasil.

* Autor Correspondente:

Maria do Carmo Friche Passo
E-mail: mcpassos@medicina.ufmg.br

Recebido em: 10/12/2015.

Approved em: 05/01/2016.

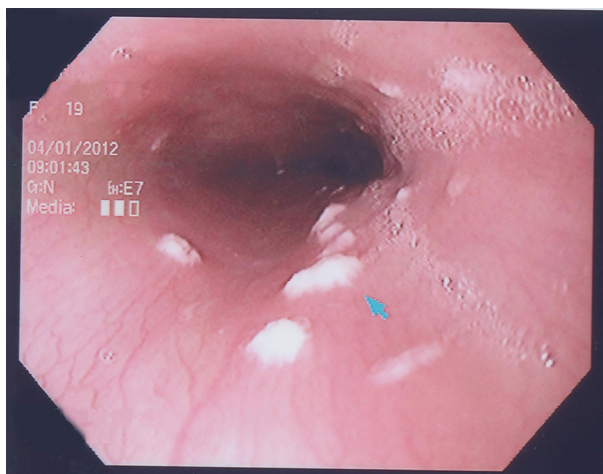


Imagem 1: Endoscopia digestiva alta, evidenciando o esôfago com grumos branco-amonosos aderidos à mucosa que, uma vez removidos, mostram base hiperemiada.

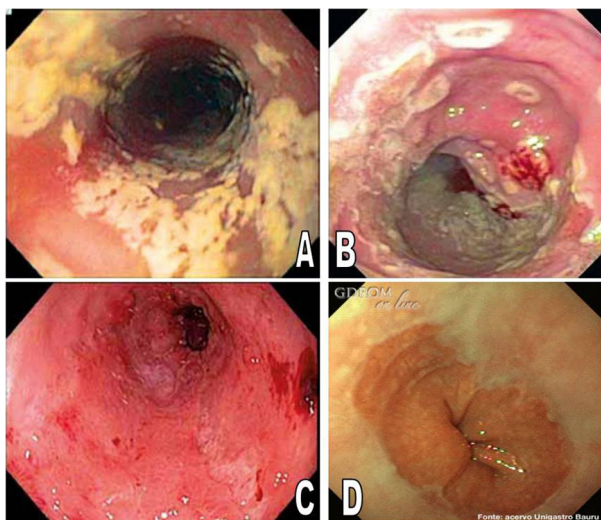


Imagem 2: Causas de esofagite. **A:** Esofagite por *Candida*. **B:** Esofagite por vírus herpes simples. **C:** Esofagite por VCM. [Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4027832/>] **D:** Esofagite discreta de terço distal. [Disponível em: http://www.gdromonline.com.br/aprendendo.php?pagina=aprendendo&cs1_cod=323&pagin=12]

espécies, com menor frequência. Trata-se de fungo saprófita que pode compor a microbiota normal do tubo digestivo em pequeno número e tornar-se infeccioso em pacientes com desequilíbrio da microbiota ou fatores de risco.

O principal fator predisponente são as alterações na imunidade celular, sendo mais comum nos indivíduos imunocomprometidos. Casos de candidíase esofágica em indivíduos imunocompetentes são pouco descritos, mas podem ocorrer dependendo de fatores exógenos - como o uso de antimicrobianos e corticosteroides, alcoolismo, quimio ou radioterapia; ou do próprio hospedeiro - em neonatos, idosos, pacientes com doenças crônicas ou neoplasias.

O paciente pode ser assintomático ou com sintomatologia leve e intermitente, principalmente caracterizada por disfagia e odinofagia, dor retroesternal, náuseas e vômitos.

A EDA com coleta de material por biópsia ou escovado é o padrão-ouro para o diagnóstico definitivo. O aspecto

endoscópico pode envolver desde enantema discreto até acometimento difuso e intenso da mucosa, a qual estará recoberta por placas branco-amareladas, coalescentes, formando uma pseudo-membrana. Essa descrição corresponde ao achado mais comum, na maioria das vezes localizado nos terços inferiores do esôfago. As placas de fungos são caracteristicamente aderidas à mucosa, podendo ocorrer sangramento discreto no local quando escovadas. Casos de candidíase invasiva com acometimento transmural são raros e graves.

Pacientes com comprometimento discreto da função de neutrófilos e linfócitos podem ser tratados com agentes antifúngicos tópicos, como a nistatina em solução oral, que não tem absorção sistêmica, atuando localmente no trato digestivo. Os pacientes com imunodepressão devem ser tratados com antifúngicos sistêmicos, como o cetoconazol ou o fluconazol. A anfotericina B deve ser restrita a casos graves de esofagite sistêmica, com febre, neutropenia importante ou tratamento refratário aos outros agentes antifúngicos.

ASPECTOS RELEVANTES

- A esofagite por *Candida* é a principal causa de esofagite infecciosa, sendo a *Candida albicans* o patógeno mais comum.
- É mais prevalente em indivíduos imunocomprometidos, mas pode acometer pessoas imunocompetentes.
- A sintomatologia mais comum é caracterizada por disfagia e odinofagia, podendo ocorrer dor retroesternal, náuseas e vômitos.
- Fatores predisponentes: antibioticoterapia, corticoterapia, idade avançada, doenças crônicas, neoplasias.
- O aspecto endoscópico característico é a presença de placas branco-amareladas aderidas ao terço distal do esôfago.
- O tratamento deve ser feito com nistatina em pacientes imunocompetentes e com fluconazol em pacientes imunocomprometidos.

REFERÊNCIAS

1. Vieira WLS, Brito EM. Candidíase Esofágica no Paciente Imunocompetente. In: Savassi-Rocha PR, Coelho LGV, Moretzsohn LD, Passos MCF, eds. Tópicos em Gastroenterologia 16: Afecções Menos Frequentes em Gastroenterologia. São Paulo: Medbook; 2007. p. 29-36.
2. Bittencourt PFS, Moreira EF, Albuquerque W. Comprometimento do Esôfago por Infecções, Radiação e Agentes Químicos. In: Dani R, Passos MCF, eds. Gastroenterologia Essencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 118-26.
3. Bittencourt MFM, Alves JS. Infecções e lesões cáusticas do esôfago (não-AIDS). In: Castro LP, Coelho LGV, eds. Gastroenterologia. Rio de Janeiro: Medsi; 2004. p. 705-20.
4. Rosołowski M, Kierzkiewicz M. Etiology, diagnosis and treatment of infectious esophagitis. Prz Gastroenterol. 2013;8(6):333-7.
5. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Manual de Medicina Interna de Harrison. 18ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.