

Panfleto Informativo para Pais

ATRÉSIA ESOFÁGICA

O que é atresia esofágica?

É uma anomalia congénita, em o esófago (tubo que liga a boca ao estômago) não se desenvolve de forma adequada. Nestes bebés o esófago apresenta uma porção superior e outra inferior que estão separadas, sem ligação entre elas, ou com uma ligação estreita ou anormal, impedindo a passagem dos alimentos da boca para o estômago e/ou causando dificuldade respiratória.

Na maioria dos casos existe associada uma fístula traqueo-esofágica (ligação anormal entre o esófago e a traqueia, que integra o sistema respiratório), permitindo alguma passagem de líquido amniótico e dificultando o seu diagnóstico.

Como é que acontece?

Acontece devido a uma divisão anormal do intestino primitivo.

Pode ocorrer isoladamente, ou associada a outras anomalias, sobretudo cardíacas e/ou cromossómicas (T18 ou T21).

Que outros exames podem ser realizados?

Ecografia morfológica para excluir anomalias associadas e ecocardiografia fetal (avaliação cardíaca detalhada).

Para excluir alterações no número ou estrutura dos cromossomas poderá ser realizado estudo invasivo – amniocentese.

Como vai ser feita a vigilância da gravidez?

A vigilância é feita por ecografia, repetida a cada 2-4 semanas, para avaliar o crescimento fetal, o líquido amniótico e/ou excluir outros defeitos associados.

O que significa para o meu bebé antes do nascimento?

Estes bebés podem apresentar um crescimento inferior ao esperado, devido à menor circulação e absorção de líquido, no tubo digestivo.

O líquido amniótico pode estar aumentado – hidrâmnios, pela menor deglutição e pelo obstáculo à sua passagem, acumulando-se dentro da cavidade amniótica. Em alguns casos, quando associados a sintomas maternos e/ou risco de parto prematuro, pode estar indicada a realização de amniodrenagem (punção transabdominal do útero para retirar líquido amniótico – similar a uma amniocentese).

O que significa para o meu bebé depois do nascimento?

Após o parto o recém-nascido será internado na unidade de cuidados intensivos neonatais para vigilância e confirmação do diagnóstico. No caso de se confirmar o diagnóstico, o tratamento é cirúrgico, nas 24-72 horas pós-parto.

Poderá ser necessário mais do que uma cirurgia durante a infância, principalmente se o esófago do bebé ficar demasiado estreito para permitir a passagem da comida, se os músculos esofágicos não empurrarem a comida, de forma eficaz, em direção ao estômago, ou se os alimentos digeridos no estômago voltarem repetidamente para o esófago. São comuns as sequelas a longo prazo, como anomalias na motilidade esofágica, dificuldades na alimentação, refluxo, estreitamento ou aspiração.

Como e quando vai ser o parto?

O parto deve ocorrer, no termo da gravidez, num hospital de apoio perinatal diferenciado com unidade de cuidados intensivos neonatais e cirurgia pediátrica. Deve preferir-se o parto vaginal, estando a cesariana indicada por razões obstétricas.

Qual o risco de se repetir numa gravidez futura?

Quando a anomalia é isolada, o risco de repetição numa gravidez futura é igual ao da população em geral.

Se a anomalia estiver associada a alterações cromossómicas, o risco de recorrência está calculado em 1%.