Residência RP Pediátrica
Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria
ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 08/05/2025
Data de Aprovação: 10/09/2025

RELATO DE CASO

Disfagia lusória por artéria subclávia aberrante em paciente de 6 anos de idade: relato de caso

Dysphagia lusoria due to aberrant subclavian artery in a 6-year-old patient: case report

Cauê Fedrigo Loyola Batista[1], Fernanda Carolina Ribeiro Godoy[1], Rafael Forti Maschietto[1], Ricardo Antônio Bertachi Uvo[1], Marina Possenti Frizzarin[1], Isabella Carrapato Assis[1], Natália Estorino da Costa[1]

Palavras-chave:
Transtornos de deglutição, Anormalidades congênitas, Artéria subclávia.

Resumo

A disfagia lusória é uma condição congênita rara causada pela compressão extrínseca do esôfago por uma artéria subclávia direita aberrante (ASDA), variação anatômica presente em até 1,8% da população. A ASDA origina-se abaixo da artéria subclávia esquerda e segue para a direita, cruzando posteriormente o esôfago em até 80% dos casos. Embora a maioria dos pacientes seja assintomática, sintomas podem ocorrer em até 33% dos casos, mais comumente na faixa etária adulta e pouco frequente em crianças. Na idade pediátrica, a identificação precoce é fundamental para prevenir complicações como dificuldades no ganho de peso, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e pneumonias aspirativas. O diagnóstico é confirmado por exames de imagem, como esofagograma, tomografia e ressonância magnética. No caso descrito, paciente de 6 anos de idade foi diagnosticada com disfagia após apresentar dificuldade para deglutir alimentos sólidos e um episódio importante de engasgo. Exames mostraram DRGE e compressão esofágica causada por ASDA. O manejo da disfagia lusória pode ser conservador ou exigir cirurgia, dependendo da gravidade dos sintomas. No caso em questão, o tratamento inicial foi conservador, optando-se pela introdução de medicação para controle da DRGE e uso de pró-cinéticos, resultando em melhoria completa dos sintomas após três meses de acompanhamento.

Keywords:
Deglutition disorders, Congenital abnormalities, Subclavian artery.

Abstract

Dysphagia lusoria is a rare congenital condition caused by extrinsic compression of the esophagus by an aberrant right subclavian artery (ARSA), an anatomical variation present in up to 1.8% of the population. The ARSA originates below the left subclavian artery and courses to the right, crossing posteriorly to the esophagus in up to 80% of cases. Although most patients are asymptomatic, symptoms can occur in up to 33% of cases, more commonly in adults and rarely in children. In pediatric patients, early identification is crucial to prevent complications such as difficulty in weight gain, gastroesophageal reflux disease (GERD), and aspiration pneumonia. The diagnosis is confirmed through imaging studies such as esophagography, CT scans, and magnetic resonance imaging (MRI). In the case described, a 6-year-old patient was diagnosed with dysphagia after experiencing difficulty swallowing solid foods and a significant choking episode. Exams revealed GERD and esophageal compression caused by the ARSA. Management of dysphagia lusoria can be conservative or require surgery, depending on the severity of symptoms. In this case, initial treatment was conservative, opting for medication to control GERD and the use of prokinetics, resulting in complete symptom improvement after three months of follow-up.

[1] Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, Cirurgia Pediátrica - São Paulo - São Paulo - Brasil.

Endereço para correspondência:
Cauê Fedrigo Loyola-Batista
Hospital Municipal Infantil Menino Jesus. R. dos Franceses, 250 - Bela Vista, São Paulo - SP, 01329-010. E-mail: caue.cipe@gmail.com

DOI: http://doi.org/10.25060/residpediatr-2026-1476

Creative Commons. Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International.

INTRODUÇÃO

Disfagia lusória é uma condição congênita rara descrita inicialmente como resultado da compressão extrínseca do esôfago por uma artéria subclávia direita aberrante (ASDA)[1,2].

A ASDA é a variação anatômica congênita mais comum do arco aórtico, estando presente em 0,4-1,8% da população[1,2]. Nessa condição, o vaso se origina no lado esquerdo do arco aórtico, abaixo da artéria subclávia esquerda e se direciona para a direita em sentido posterior ao esôfago em até 80% dos casos[1,2].

Apesar de a maioria dos pacientes ser assintomática, sintomas podem estar presentes em até 33% dos casos[1,2]. As manifestações costumam surgir principalmente na quarta década de vida, sendo incomum sintomatologia em idades precoces. Na faixa etária pediátrica, os sintomas mais comuns envolvem manifestações respiratórias, como estridor e pneumonia de repetição, devido a graus variados de traqueomalácia[2]. Conforme o paciente cresce, o aumento de espessura e rigidez da parede esofágica favorece o surgimento de disfagia propriamente dita[2]. Sinais indiretos dessa condição em crianças incluem perda ou dificuldade de ganho de peso, tempo de refeição prolongado e baixa aceitação de alimentos previamente aceitos[1].

Dessa forma, a identificação precoce da etiologia da disfagia é importante para evitar complicações como desordem/recusa alimentar, dificuldade no ganho de peso, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e pneumonias aspirativas[1]. O diagnóstico é feito a partir da apresentação clínica associada a exames de imagem como esofagografia e ressonância nuclear magnética (RNM)[1].

O objetivo do estudo é relatar o caso de um paciente pediátrico com disfagia lusória a partir de informações obtidas em avaliações ambulatoriais e registros de prontuário. O relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do serviço, sob o número CAAE 87734125.7.0000.5639.

RELATO DE CASO

LSS, 6 anos, sexo feminino, procurou atendimento com história de disfagia para alimentos sólidos há aproximadamente 6 meses, aceitando sem dificuldades dieta pastosa e líquida. Sem relatos prévios de disfagia, perda ponderal, vômitos ou sintomas respiratórios. Há cerca de 1 mês antes de chegar ao nosso serviço, foi atendida em caráter de urgência em serviço externo por apresentar engasgo e impactação com pedaço de maçã, resolvido sem necessidade de procedimentos invasivos. Antecedentes pessoais sem fatores relevantes. Durante investigação, paciente foi submetida a exames de imagem para complementação diagnóstica. A radiografia contrastada de esôfago-estômago-duodeno (EED) identificou doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e imagem sugestiva de compressão extrínseca em terço médio do esôfago (Figura 1). Já a tomografia de tórax com contraste endovenoso (EV) evidenciou artéria subclávia direita aberrante, sendo ramo direto da aorta após a emergência da artéria subclávia esquerda, com trajeto retroesofágico (Figura 2). Por fim, paciente foi submetida a uma endoscopia digestiva alta (EDA) com o achado de discreta diminuição da luz do esôfago a cerca de 16cm da arcada dentária superior (ADS), provavelmente associada à compressão extrínseca. Inicialmente, foi optado por tratamento conservador com o uso de domperidona (0,25ml/kg três vezes ao dia) e omeprazol (1mg/kg uma vez ao dia) via oral. Cerca de três meses após a introdução das medicações, a paciente tornou-se assintomática, com boa aceitação de dieta via oral, incluindo alimentos sólidos.

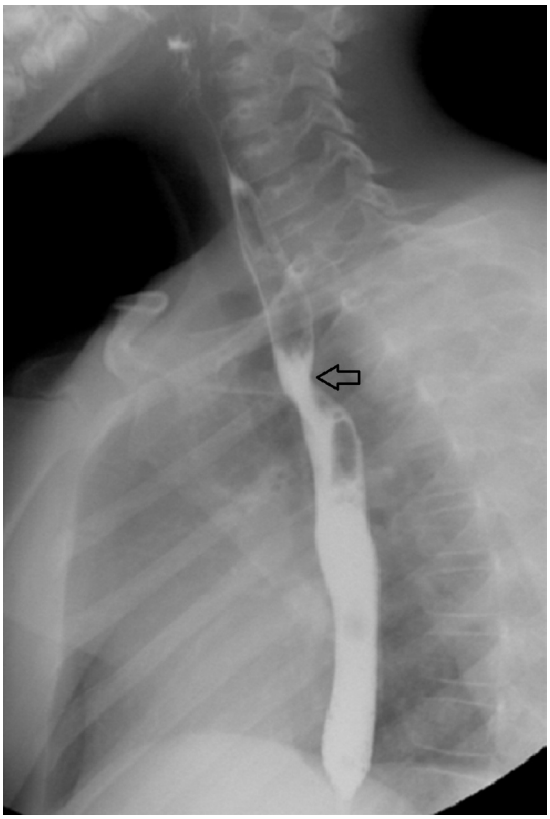


Figura 1. EED com imagem sugestiva de compressão extrínseca em terço médio do esôfago.

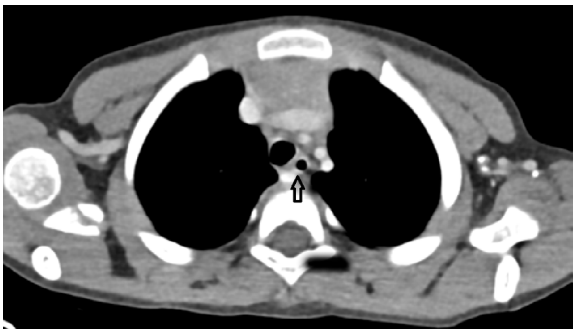


Figura 2. Tomografia de tórax com contraste endovenoso (EV) evidenciando artéria subclávia direita aberrante, ramo direto da aorta após a emergência da subclávia esquerda, com trajeto retroesofágico.

DISCUSSÃO

As anomalias congênitas mais comuns do arco aórtico incluem arco aórtico duplicado, artéria pulmonar esquerda anômala e arco aórtico esquerdo com ASDA. Além de a ASDA poder estar associada com outras malformações como tetralogia de Fallot e atresia da artéria pulmonar, tal condição foi correlacionada com até 36% dos fetos com trissomia do cromossomo 21. Portanto, ASDA deve ser pesquisada em toda criança com síndrome de Down e disfagia[1].

A ASDA surge abaixo da artéria subclávia esquerda e se direciona para a direita posteriormente ao esôfago em 80% dos casos[1]. Embora seja raramente associada como causa de disfagia, essa condição deve ser considerada como diagnóstico diferencial na faixa etária pediátrica para evitar potenciais complicações[1].

A investigação pode ser iniciada com radiografia com contraste baritado do esôfago (esofagografia), pois trata-se de um exame de fácil acesso, sem necessidade de sedação, seguro em caso de aspiração e que permite identificar a compressão extrínseca do órgão[1].

A RNM consegue diferenciar estruturas vasculares, traqueia e esôfago. A tomografia computadorizada (TC) deve ser evitada em crianças devido à radiação, porém é uma ferramenta útil e eficaz quando a RNM não está disponível (situação do caso em questão) ou não conclui o diagnóstico com segurança[1].

A decisão da conduta terapêutica deve ser baseada de forma individualizada, considerando a intensidade dos sintomas e suas complicações. Pacientes assintomáticos não devem ser tratados cirurgicamente, ao passo que disfagia progressiva, aspirações recorrentes e estridor importante podem ser considerados fatores de indicação cirúrgica[1].

O manejo da disfagia lusória em crianças pode ser conservador, incluindo modificações dietéticas, ou evoluir com necessidade de abordagem cirúrgica a depender da gravidade dos sintomas[3,4]. O tratamento farmacológico não é bem estabelecido na literatura, sendo utilizado muitas vezes para controlar os sintomas da disfagia lusória e não para tratar a alteração anatômica em si[4,5].

Já o tratamento cirúrgico consiste na ressecção da ASDA e sua reimplantação através de anastomose com a artéria carótida direita ou com o arco ascendente da aorta, e tal procedimento pode ser realizado por via supraclavicular, torácica ou ainda envolver ferramentas endovasculares[1-3,6-8]. Devido à dificuldade técnica envolvendo a vascularização arterial e o próprio diâmetro da artéria, o momento ideal para realização do procedimento cirúrgico é quando a criança for maior de 1 ano de idade ou com peso maior de 10kg[1]. Em centros especializados, a taxa de complicação é baixa e os resultados são satisfatórios a longo prazo[1].

O tratamento de disfagia lusória na faixa etária pediátrica deve contar com equipe multidisciplinar envolvendo gastropediatria, nutrição, enfermagem e cirurgia pediátrica[1]. A paciente do caso relatado foi manejada com a introdução de inibidor de bomba de prótons devido à DRGE associada à disfagia lusória, acrescentado de uma classe pró-cinética. Está em acompanhamento ambulatorial há 3 meses com melhora completa dos sintomas de disfagia e com boa aceitação de dieta em qualquer grau de consistência, evitando, por enquanto, a necessidade de abordagem cirúrgica.

REFERÊNCIAS

1. Schweighofer N, Dolinšek J, Rupreht M. Arteria lusoria as a cause of dysphagia in an infant. J Pediatr Health Care. 2023;37(6):702-5. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2023.07.001.
2. Bizhga M, Velmishi V, Sila L, Koja A, Hoxha S. Dysphagia lusoria caused by aberrant right subclavian artery associated with truncus bicaroticus in an 8 month old girl: case report and review of literature. Pediatr Med Chir. 2024;46(1):332. DOI: https://doi.org/10.4081/pmc.2024.332.
3. Nelson JS, Hurtado CG, Wearden PD. Surgery for dysphagia lusoria in children. Ann Thorac Surg. 2020;109(2):e131-3. DOI: https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2019.05.058.
4. Epperson MV, Howell R. Dysphagia lusoria: problem or incidentaloma? Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2019;27(6):448-52. DOI: https://doi.org/10.1097/MOO.0000000000000583.
5. Dieffenbach BV, Sharma G, Shah SK, Menard MT, Belkin M. Aberrant subclavian artery division and revascularization by a supraclavicular approach for definitive or staged treatment of dysphagia lusoria. J Vasc Surg. 2020;72(1):219-25. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jvs.2019.09.037.
6. Czerny M, Pacini D, Amat-Santos IJ, Benedetto U, Beyersdorf F, Chieffo A, et al. EACTS/STS guidelines for diagnosing and treating acute and chronic syndromes of the aortic organ. Ann Thorac Surg. 2024;118(1):5-115. DOI: https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2024.01.021.
7. Tallarita T, Milner R, Eagleton MJ, Peterson BG, Rzucidlo EM, Schneider DB, et al. Characterization and surgical management of aberrant subclavian arteries. J Vasc Surg. 2023;77(4):1006-15. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jvs.2022.12.018.
8. Janssen M, Baggen MG, Veen HF, Smout AJ, Bekkers JA, Ouwendijk RJ, et al. Dysphagia lusoria: clinical aspects, manometric findings, diagnosis, and therapy. Am J Gastroenterol. 2000;95(6):1411-6. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2000.02071.x.