

REPARO PRIMÁRIO DE PERFURAÇÃO TARDIA DE ESÔFAGO TORÁCICO POR CORPO ESTRANHO: RELATO DE CASO

BÁRBARA DE OLIVEIRA BRITO SIEBRA^{1*}; RAMIRO ROLIM NETO¹; LUCYANO ROCHA DA SILVA FERRAZ¹; GEORGE LUCAS VIEIRA FLORÊNCIO¹; CAROLINE CELESTINO GIRÃO NOBRE²; JOSÉ RICARDO BARBOSA DE AZEVEDO³.

1 - Médico Residente de cirurgia geral do Instituto Dr. José Frota (IJF)

2 - Cirurgiã Geral do Instituto Dr. José Frota (IJF)

3 - Cirurgião Pediatra do Instituto Dr. José Frota (IJF) e do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS)

Artigo submetido em: 20/04/2019

Artigo aceito em: 25/11/2019

Conflitos de interesse: não há.

RESUMO

Embora pouco prevalentes, as lesões esofágicas têm alto índice de letalidade, sendo a demora no diagnóstico e o retardo do tratamento adequado o principal fator de mal prognóstico. Constituem-se como um desafio aos cirurgiões, pouco habituados à abordagem desse tipo de lesão. A ingestão de corpo estranho é uma das causas de emergência esofágica, podendo ser necessária abordagem cirúrgica nos casos de perfuração ou outras complicações. O presente relato de caso narra o reparo primário de lesão tardia de esôfago torácico por corpo estranho.

Palavras-chave: Perfuração esofágica; Esôfago; Corpos estranhos.

ABSTRACT

Although not very prevalent, esophageal lesions have a high lethality rate, being the delay in diagnosis and the delay of adequate treatment the main factor of worse prognosis. They are a challenge for surgeons, especially those not used to approach this type of injury. Foreign body ingestion is one of the causes of esophageal emergency and may require surgical approach in cases of perforation or other complications. This article reports a case of primary repair of late thoracic esophageal injury by foreign body.

Keywords: Esophageal Perforation; Esophagus; Foreign Bodies.

Introdução

As lesões esofágicas (LE), embora pouco prevalentes, têm elevado índice de letalidade, em especial se há atraso no diagnóstico: 10-25% de mortalidade quando tratadas nas primeiras 24 horas versus 40-60% após esse período ⁽¹⁾. Outro fato que merece atenção é a anatomia desse órgão, que atravessa três compartimentos nobres do corpo (pescoço, tórax e abdome), exigindo que seja realizado um manejo multidisciplinar de suas lesões, com médicos emergencistas, cirurgiões gerais, torácicos e o trauma, otorrinolaringo-

logistas, endoscopistas, radiologistas e gastroenterologistas ⁽²⁾.

Algumas das principais causas de LE são perfurações iatrogênicas secundárias a procedimentos endoscópicos (mais comum), trauma, perfurações por arma branca ou projéteis de arma de fogo, ingesta de corpo estranho ou substâncias cáusticas, evolução de tumores esofágicos, rupturas espontâneas (síndrome de Boerhaave) ou intubação endotraqueal difícil ^(1,3).

Por sua baixa prevalência, mesmo com os avanços tecnológicos nas áreas de diagnóstico e tratamento, as LE continuam apresentando-se

como um desafio para os cirurgiões, pouco habituados ao manejo destas ⁽¹⁾.

Neste trabalho, faz-se relato de caso de perfuração de esôfago torácico secundária a ingestão de corpo estranho (CE) e o tratamento empregado.

Relato do Caso

Paciente feminino, 4 anos, parda, admitida no Instituto Dr. José Frota (IJF, Fortaleza/CE) acompanhada da mãe com relato de dor torácica à direita e em todo abdome, associada a hiporexia, odinofagia e febre havia cinco dias de evolução. Sem alterações do hábito intestinal. Ao exame físico admissional, encontrava-se febril (38,4° C), frequência cardíaca de 150 batimentos por minuto, abdome tenso e difusamente doloroso à palpação.

Ultrassonografia abdominal total dentro da normalidade e radiografia de tórax com opacificação peri-hilar à direita. Durante internamento, criança referiu ter ingerido CE, motivando realização de tomografia de tórax sem contraste que evidenciou hidropneumotórax direito (Figura 1).

Paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico para avaliação por endoscopia digestiva alta (EDA). No momento da indução anestésica, houve queda da saturação de oxigênio (Sat O₂ 58%); por suspeita de agravo do pneumotórax, realizou-se drenagem torácica fechada em selo d'água de urgência com saída imediata de ar e de pequena quantidade líquido pleural turvo. Após toracostomia, paciente evoluiu com estabilização da saturação e melhora do padrão ventilatório.

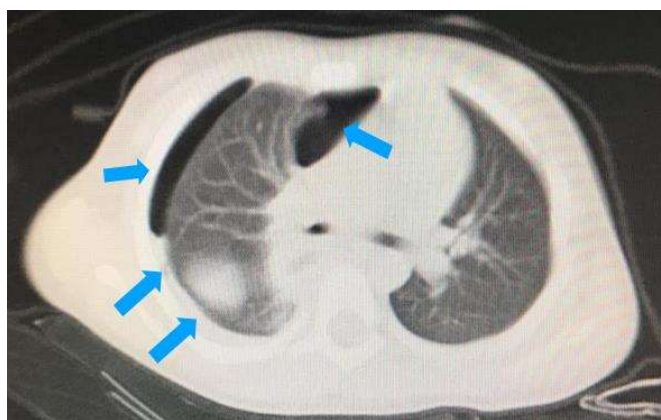


Figura 1 - Tomografia computadorizada de tórax evidenciando hidropneumotórax à direita (setas azuis).

Na EDA, identificou-se CE (escova de dentes - Figura 2) impactado na transição esofagogástrica, provocando perfuração da parede látero-posterior do esôfago com penetração para cavidade pleural direita. Após a retirada do objeto e passagem de sonda nasoentérica, seguiu-se toracotomia aberta com incisão transversa entre 5 o espaço intercostal direito, visualizando-se grande quantidade de fibrina aderida ao pulmão ipsilateral, espessamento da pleura parietal e lesão de aproximadamente 4cm de extensão em esôfago torácico (Figura 3).



Figura 2 - Corpo estranho impactado em junção esofagogástrica, extraído por via endoscópica.

Realizou-se limpeza da cavidade torácica e reparo primário da lesão esofágica com sutura contínua com fio de poliglactina, reforçada com patch pleural e aposição de hemostático absorvível. Foi colocado e fixado um segundo dreno torácico, posicionado mais anteriormente.

Paciente evoluiu com fístula esôfago-pleural dirigida pelos drenos e de tratamento conservador bem sucedido com antibioticoterapia de amplo espectro, recebendo alta hospitalar com aceitação de dieta via oral no 14º dia pós-operatório.

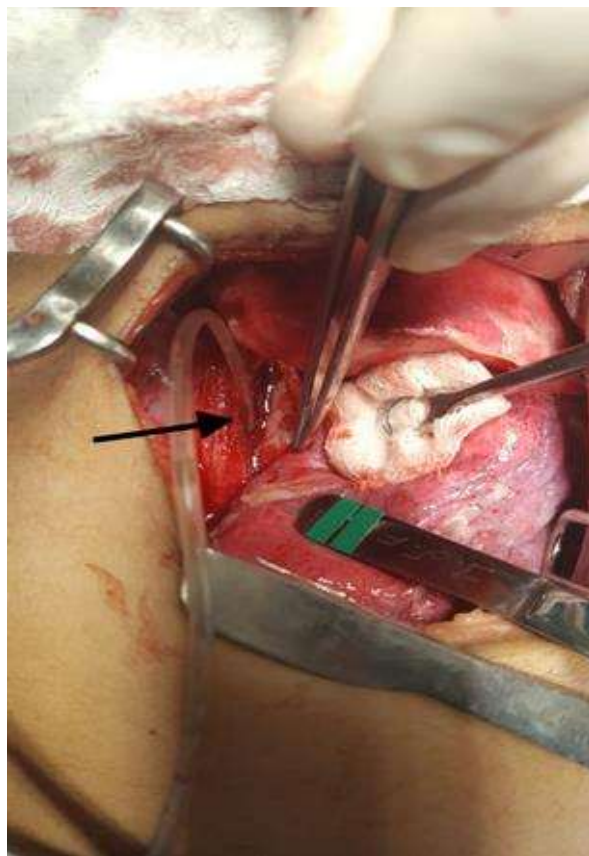


Figura 3 - Lesão de esôfago torácica (seta preta).

Discussão

O primeiro reparo cirúrgico bem sucedido de perfuração esofágica (secundária à síndrome de Boerhaave) data de 1947 e foi realizado por Norman Barrett, em Londres ⁽³⁾. Apesar dos avanços da medicina desde então, as LE seguem desafiando os cirurgiões, uma vez que a baixa prevalência da afecção limita o contato e o desenvolvimento de habilidades específicas no ato operatório ⁽¹⁾.

Os princípios gerais da abordagem esofágica são: boa exposição do esôfago, debridamento adequado dos tecidos desvitalizados, fechamento primário da lesão, reforço das suturas com retalho e drenagem adequada. Os objetivos do tratamento consistem em controlar o processo infeccioso, manter o estado nutricional do paciente e restaurar a integridade do trato digestivo. Embora o reparo primário seja o padrão, o cirurgião deve individualizar cada caso e ser flexível para garantir o sucesso da terapêutica utilizada ^(1,2).

A presente publicação visa reforçar a esofagorrafia primária como procedimento de escolha mesmo em caso de lesões tardias de esôfago, definidas como aquelas diagnosticadas

mais de 24 horas depois ^(4,5). Para tanto, realizamos busca de relatos de caso publicados nos últimos 5 anos nas plataformas da MEDLINE, utilizando-se como palavras-chave “perfuração esofágica”, “esôfago torácico”, “corpo estranho” e limitando-se a pesquisa em espécies humanas. Foi encontrado o total de 30 publicações, das quais 4 consistiam em relatos de casos. Selecionamos como de relevância 2 destes, por tratarem da faixa etária pediátrica.

Um dos relatos afirma que a sobrevivência de crianças com injúria esofágica na porção torácica associada a mediastinite, empiema ou sepse é bastante rara, especialmente nos casos em que a abordagem cirúrgica tarda mais de 10 dias. Ressalta, contudo, que a inexistência de guidelines bem estabelecidos para casos dessa natureza dificulta a tomada de decisões, já que não se tem certeza de qual a conduta mais apropriada ⁽⁶⁾.

O mesmo trabalho aponta que houve sucesso na condução de duas crianças que cursaram com perfuração de esôfago torácico após ingestão de CE, ambas identificadas depois de mais de 24 horas do ocorrido e, no momento da admissão, apresentando sinais de sepse. O tratamento escolhido foi abordagem cirúrgica com limpeza da cavidade, reparo primário sem dissecação do tubo esofágico (devido grau de inflamação dos tecidos circunjacentes) e posicionamento de sonda nasogástrica. Outras medidas consideradas de suma importância para o êxito dessa terapêutica foram o emprego de antibióticos de amplo espectro (Imipenem) e início precoce de alimentação (no 1º pós-operatório por sonda nasogástrica e por via oral a partir do 7º dia). Os dois pacientes evoluíram sem desenvolvimento de fístulas esofágicas, um dos quais recebeu alta no 10º dia pós-procedimento, sem intercorrências. A segunda paciente seguiu com empiema complicado, necessitando ser readmitida para reabordagem operatória do empiema ⁽⁶⁾.

O segundo, trouxe sete pacientes pediátricos (idades variando entre 5 meses e 5 anos e 4 meses), todos admitidos por ingestão de CE, cinco deles permanecendo impactados em esôfago torácico. Destes, quatro foram submetidos a reparo primário da perfuração com confecção de *patch* pleural após extração do objeto por meio de esofagoscopia rígida; o outro, por ter desenvolvido fístula traqueoesofágica

ainda no pré-operatório, foi submetido a gastrostomia seguida de rafia da lesão após 6 semanas de descanso esofágico. O tempo de hospitalização variou entre 8-21 dias, sendo o internamento mais longo relativo ao infante de reparo mais tardio. Não houve registro de fístulas esofágicas pós-cirúrgicas⁽⁵⁾.

Ao compararmos o presente relato com os casos encontrados na literatura, percebe-se concordância nas condutas e resultados, implicando na importância do reparo primário esofágico na população pediátrica para proporcionar desfecho positivo ao paciente, ainda que em lesões tardias. Tal conclusão foi também alcançada por revisão de literatura, que, baseada em estudos retrospectivos, encontrou resultados satisfatórios quando empregada a esofagorrafia primária em perfurações com mais de 72 horas de evolução, inclusive sem achados de aumento significativo da mortalidade^(5,7).

Há maior registro de fístulas esofágicas nas suturas tardias. Porém o tamanho dessas fístulas e a severidade da infecção são reduzidos em relação às perfurações primárias não abordadas. A ocorrência de menos complicações, como vazamentos anastomóticos, e menor tempo de hospitalização foram observados nos pacientes submetidos a reparo primário em comparação aos pacientes que passaram por ressecção e reconstrução esofágica⁽⁵⁾.

Um dos trabalhos visitados repostava caso de mulher de 68 anos com dupla perfuração em esôfago torácico por CE, diagnosticada sete dias após deglutição de osso de carne, e foi elegida para tratamento a combinação entre abordagem endoscópica e cirúrgica. Tal escolha apresentou como benefícios maior facilidade na identificação e isolamento da lesão e extração guiada do osso, prevenindo traumas iatrogênicos às estruturas vizinhas. Bem como permitiu, além do reparo primário com suturas e retalho muscular exteriores à luz esofágica, o uso de clips endoscópicos na mucosa perfurada, trazendo à mesa uma nova maneira de mixar essas terapêuticas e dar mais resistência às rafia de esôfago. Outras medidas instituídas foram passagem de sonda nasogástrica após o local lesionado e drenagem deste, para controle de infecção⁽⁸⁾.

A perfuração de esôfago secundária a CE ocorre devido a inflamação transmural no sítio de

impactação do objeto, levando a necrose por pressão, sendo tanto mais grave quanto maior o tempo de permanência do objeto. Por manifestar-se de maneira insidiosa, pode levar a identificação e reparo tardios da lesão, agravando o prognóstico, uma vez que as taxas de mortalidade passam de 10-20% para 40-60% quando as lesões são encontradas mais de 24 horas depois. Portanto, manter alto índice de suspeição é condição sine qua non para diagnóstico em momento oportuno^(1-3,9).

Nos Estados Unidos, a prevalência de ingestão de corpo estranho (CE) é de 100.000 casos por ano e é comumente acidental na população infantil; entre os adultos e idosos, há mais casos de engasgo com ossos de galinha ou espinhas de peixe. Pacientes psiquiátricos também somam nas estatísticas⁽²⁾.

Na faixa etária pediátrica, associa-se a alta prevalência da ingestão de corpo estranho ao espírito curioso típico do desenvolvimento da criança, que tende a explorar o mundo colocando objetos na boca^(3,10). Não há relação como o gênero, havendo uma proporção de 1:1 entre meninos e meninas. O pico de incidência ocorre entre 6 meses e 4 anos de vida e os objetos mais frequentemente ingeridos são radiopacos: moedas, pregos, baterias, pilhas, partes de brinquedos⁽¹⁰⁾.

A maioria dos CE ingeridos consegue passar naturalmente pelo trato gastrointestinal sem causar lesões. Apenas cerca de 20% necessitam de intervenção não cirúrgica e menos de 1% requer abordagem operatória⁽¹¹⁾.

Os principais pontos de impactação do CE são ao nível da hipofaringe, do osso cricofaríngeo ou do arco aórtico. Em se tratando de crianças maiores e adultos com cognitivo preservado, é possível que estes pacientes consigam localizar e indicar o ponto de obstrução. De maneira geral, as manifestações clínicas consistem em disfagia aguda e dificuldade de engolir saliva, além de odinofagia, sensação de CE impactado, vômitos, cervicalgia, dor de garganta ou retroesternal. Engasgos, estridores e dispneia podem ser vistos em pacientes com acometimento da via aérea⁽²⁾.

Um estudo de 61 casos de ingestão de CE em crianças identificou que os principais sintomas relatados foram dor abdominal (55,73%) e vômitos (34,42%), bem como infantes assintomáticos (29,5%). Também conseguiu

relacionar tanto a forma do objeto engolido como o tempo decorrido da ingesta com a intensidade desses sintomas, que são igualmente exacerbados quando em menores de 5 anos⁽¹¹⁾.

Exames complementares podem e devem ser solicitados para auxiliar no diagnóstico, bem como definir a conduta. Em 2019, na tentativa de padronizar o atendimento médico às emergências esofágicas, a World Society of Emergency Surgery convocou especialistas das mais diversas áreas para discutir a criação de guidelines, nos quais orientam que sejam solicitadas radiografias de pescoço, tórax e abdome, bem como realização de estudo tomográfico nos casos de suspeita de perfuração ou em pacientes que apresentem-se com algum outro tipo de complicação. Quanto aos exames com contraste oral, estes são contraindicados devido o risco de broncoaspiração. A endoscopia digestiva alta flexível é apontada como a terapêutica de primeira linha para os casos de CE impactados, ficando o tratamento cirúrgico reservado para os casos de perfuração, CE próximo a estruturas vitais ou de remoção impossível endoscopicamente. Nos casos de perfuração e consequente mediastinite ou pleurite, deve-se proceder com abordagem cirúrgica de emergência, obedecendo aos princípios gerais da abordagem esofágica^(2,12).

Referências

1. de Andrade AC, de Andrade APS. Perfuração de esôfago: análise de 11 casos. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2008; 35(5): 292-297.
2. Chirica M, Kelly MD, Siboni S, Aiolfi A, Riva CG, Asti E, et al. Esophageal emergencies: WSES guidelines. *World Journal of Emergency Surgery.* 2019; 14(26): 1-15.
3. Henry MACA, Lerco MM, de Oliveira WK, Cataneo AJM, Cataneo DC, Ruiz Jr. RL, et al. Perfurações esofágicas. *Arq Bras Cir Dig.* 2007; 20(2):73-76.
4. Peters NJ, Mahajan JK, Bawa M, Chhabra A, Garg R, Rao, KLN. Esophageal perforations due to foreign body impaction in children. *Journal of Pediatric Surgery.* 2015; 50(8): 1260-1263.
5. Huang Y, Lu T, Liu Y, Zhan C, Ge D, Tan L, et al. Surgical management and prognostic factors in esophageal perforation caused by foreign body. *Esophagus.* 2019; 16(2): 188-193.
6. Bernadette NN, Ze JJ, Pondy AO, Kalla CM, Kamgaing N, Handy Eone, D. Long Standing Esophageal Perforation due to Foreign Body Impaction in Children: A Therapeutic Challenge in a Resource Limited Setting. *Case reports in pediatrics.* 2017; 2017.
7. Huu Vinh V, Viet Dang Quang N, Van Khoi, N. Surgical management of esophageal perforation: role of primary closure. *Asian Cardiovascular and Thoracic Annals.* 2019; 27(3): 192-198.
8. Ugenti I, Digennaro R, Martines G, Caputi lambrenghi O. Double esophageal perforation by ingested foreign body: Endoscopic and surgical approach. A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2015; 17: 55-57.
9. Aronberg RM, Puneekar SR, Adam SI, Judson BL, Mehra S, Yarbrough WG SO. Esophageal perforation caused by edible foreign bodies: a systematic review of the literature. *Laryngoscope.* 2015; 125(2):371-378.
10. Carvalho BCN, Talini C, Antunes LA, Aranha Junior AA, Alves ALF, Almeida GC. Ingestão de corpo estranho (prego) por crianças - manejo conservador. *Relatos Casos Cir.* 2017;(2):1-3.
11. Diaconescu S, Gimiga N, Sarbu I, Stefanescu G, Olaru C, Ioniuc I, et al. Foreign bodies ingestion in children: experience of 61 cases in a pediatric gastroenterology unit from Romania. *Gastroenterology research and practice.* 2016; 1-6.
12. Castro DV, Ortiz MA, Luz M, Naufel-Junior CR. Ingestão de corpo estranho atípico em paciente psiquiátrico: relato de caso. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva.* 2018; 1(1): 1-2.

* Autor correspondente:

BÁRBARA DE OLIVEIRA BRITO SIEBRA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro, Fortaleza
- CE, 60025-061