

ESOFAGECTOMIA NA PERFURAÇÃO ESOFÁGICA COM DIAGNÓSTICO TARDIO

ESOPHAGECTOMY FOR THE ESOPHAGEAL PERFORATION WITH DELAYED DIAGNOSTIC

Aderivaldo Coelho de Andrade, TCBC-PI¹; Luiz Joaquim Fonseca Marinho Filho²;
Marco Antônio Ayres Corrêa Lima Filho³; Adriano Rocha Alencar⁴

INTRODUÇÃO

A perfuração do esôfago torácico tem altos índices de morbidade e mortalidade¹. Devido à situação anatômica do esôfago, há extravasamento de seu conteúdo para o mediastino, levando ao desenvolvimento de mediastinite e sepse¹⁻³.

A raridade da condição e da sua apresentação inespecífica atrasam o diagnóstico em mais de 50% dos casos¹, e o intervalo entre o início dos sintomas e a instituição da terapia está diretamente relacionado à mortalidade^{1,3-5}, podendo chegar a 60% após 24 horas^{1,3,5}.

Este trabalho relata um caso de perfuração de esôfago após ingestão de substância cáustica submetido ao tratamento radical com bom resultado apesar de grande atraso diagnóstico.

RELATO DO CASO

L.B.S.L., 30 anos, ingeriu voluntariamente grande volume de detergente e medicamentos que não sabe especificar. Foi admitida no Hospital Getúlio Vargas (HGV) em Teresina (PI), sendo diagnosticada pneumonia por aspiração, na base esquerda. Instituiu-se antibioticoterapia. Teve alta no 6º dia. Retornou com febre, dor torácica e dispnéia. A radiografia do tórax revelou pneumonia com derrame pleural à esquerda. Realizou-se drenagem torácica, com débito purulento. Após a melhora do caso clínico retirou-se o dreno. Voltou vinte dias após a tentativa de suicídio, com febre, dispnéia, saída de pus e restos alimentares pelo orifício do dreno. A endoscopia revelou esôfago superior normal, processo inflamatório intenso com obstrução do esôfago médio, o endoscópio não conseguiu ultrapassar o local da lesão. Esofagograma mostrou extravasamento do material de contraste para o tórax (Figura 1). Os exames laboratoriais revelaram anemia e hipoalbuminemia acentuadas, desequilíbrio eletrolítico e alte-

rações da coagulação sanguínea. Em vista desses achados, bem como da infecção em atividade, optou-se por iniciar antibioticoterapia e correção das alterações laboratoriais. Após a melhora inicial, realizou-se drenagem torácica e jejunostomia alimentar, a fim de que esses procedimentos permitissem melhora no controle da infecção e do estado nutricional da paciente, uma vez que, naquele momento não se considerou a paciente apta a realizar operação de maior porte. Uma semana



Figura 1 – Esofagograma mostrando extravasamento de contraste para o tórax, evidenciando perfuração em esôfago torácico proximal a zona de estreitamento do lúmen esofágico.

1. Cirurgião-Assistente da Clínica Cirúrgica do Hospital Getúlio Vargas - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Piauí.

2. Residente de Cirurgia Geral do Hospital Getúlio Vargas - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Piauí.

3. Residente de Cirurgia Geral do Hospital Santa Maria - Teresina - PI.

4. Médico formado pela Universidade Federal do Piauí.

Recebido em 10/11/2005

Aceito para publicação em 15/01/2006

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Trabalho Realizado na Clínica Cirúrgica do Hospital Getúlio Vargas, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Piauí.



Figura 2 – Resultado final de esôfago-cólon-duodenostomia, mostrando livre fluxo do contraste para o duodeno e ausência de áreas de estenose, comprovando resultado satisfatório do procedimento realizado.

depois, após adequado preparo mecânico do cólon, procedeu-se a uma esôfago-gastrectomia por via cervico-abdominal. transdiafragmática. O trânsito alimentar foi reconstruído com interposição do cólon esquerdo por via retroesternal, com esôfago-cólon-duodenostomia em um só tempo cirúrgico (Figura 2). A paciente evoluiu bem, sem qualquer complicação. O pulmão esquerdo expandiu-se totalmente. Teve alta no 15º dia, sem queixas.

DISCUSSÃO

A conduta em perfurações do esôfago torácico é controversa¹⁻⁵, devido à heterogeneidade de causas e estratégias de tratamento reportadas na literatura^{1-3,5}. Diversos fatores influenciam a decisão do cirurgião: intervalo entre o início dos sintomas e o diagnóstico, idade do paciente, doença sistêmica associada, empiema pleural, sepse e doença esofágica intrínseca^{3,5}. Várias são as opções cirúrgicas: 1- drenagem torácica simples 2-esofagorrafia simples ou associada a retalhos pleurais, musculares, de epíplon ou o próprio estômago protegendo a sutura; 3- desvio esofágico, onde se secciona o esôfago acima e abaixo da perfuração, realizando-se uma esofagostomia e gastrostomia; 4- drenagem do orifício esofágico com dreno em T; 5- esofagectomia.

Considerando-se pacientes com acentuada destruição da parede esofágica, constrição do lúmen esofágico, mediastinite disseminada e choque séptico, a ressecção se

mostrou o tratamento mais eficaz^{1,3,5}. A mortalidade varia de 68% a 83% em paciente não esofagectomizados, onde são realizados procedimentos menos agressivos, contra 9% a 18% em pacientes submetidos à esofagectomia^{1,5}. Esta abordagem elimina definitivamente o foco de sepse intratorácico, a perfuração no esôfago, e o próprio esôfago doente^{4,5}, resultando em resolução precoce da sepse⁴. Quanto mais criticamente debilitado estiver um paciente com perfuração de esôfago torácico, mais forte o argumento para esofagectomia⁵. Antes do ato operatório, o tempo gasto com o preparo adequado do paciente, ou seja a correção dos distúrbios hidro-eletrolíticos, ácido-básicos, anemia, desproteinemia e discrasias sanguíneas é válido, mesmo que isso signifique um atraso maior².

Pode-se optar por um acesso trans-torácico ou trans-hiatal, dependendo da experiência do cirurgião e da necessidade de procedimento associado como decorticação pleural e drenagem^{1,5}. Em casos tardios com sepse mediastinal, recomenda-se a abordagem transtorácica por permitir melhor limpeza da cavidade e posicionamento exato dos tubos de irrigação^{3,5}. Entretanto, tem-se mostrado que o acesso trans-hiatal também funciona bem nestas circunstâncias³. Esofagectomia trans-hiatal evita toracotomia em pacientes debilitados e a incidência de complicações pulmonares pós-operatórias é minimizada¹. A irrigação intra-operatória mediastinal e pleural através do hiato diafragmático efetivamente limpa as áreas contaminadas⁵.

Após uma esofagectomia de urgência realizada para perfuração esofágica, o trânsito digestivo pode ser reconstruído imediatamente por meio de esôfago-gastrostomia cervical ou pode ser realizada uma esofagostomia associada a uma gastrostomia ou jejunostomia alimentar, sendo a reconstrução utilizando o cólon ou o estômago feita em um segundo tempo. As condições clínicas do paciente, o grau de contaminação mediastinal, bem como as condições locais dos órgãos que serão anastomosados, orientarão o cirurgião para uma operação em um ou em dois tempos^{4,5}. A anastomose deve ser feita ao nível do pescoço, fora da área contaminada, aumentando as indicações de anastomose primária⁵. A existência de tecidos viáveis para uma boa anastomose é o fator mais importante para se definir a reconstrução primária⁴.

Nos casos mais complexos, onde é feita a esôfago-gastrectomia, a opção de reconstrução é o cólon. Geralmente, nesses casos, a operação é realizada em dois tempos, pois além do porte cirúrgico ser maior, há a necessidade do cólon estar adequadamente limpo, o que é inviável em situação de emergência.

O caso apresentado mostrou uma paciente com comprometimento acentuado do esôfago médio e inferior, bem como do estômago, mas com preservação do esôfago superior. Embora, desde o início, com base nos achados da endoscopia e do esofagograma, a ressecção já estivesse definida, optou-se, em um primeiro tempo, por se realizar de urgência apenas a drenagem torácica e a jejunostomia alimentar. Uma vez melhoradas as condições, realizou-se o preparo adequado do cólon e procedeu-se, de forma eletiva, à esôfago-gastrectomia com esôfago-cólon-duodenostomia em um só tempo cirúrgico. Dessa forma, em uma só internação, pôde-se resolver da melhor maneira possível o problema da paciente.

ABSTRACT

Esophageal perforations are related to high mortality rates, especially if there is a delayed diagnostic and treatment. We report an esophageal perforation caused by caustic ingestion, in a suicidal attempt, successfully treated by esophagectomy after a long period of misdiagnosis that lead to infectious complications (Rev. Col. Bras. Cir. 2007; 34(6): 432-434).

Key words: *Esophagus; Esophageal perforation; Esophagectomy.*

REFERÊNCIAS

1. Gupta NM, Kaman L. Personal management of 57 consecutive patients with esophageal perforation. *Am J Surg.* 2004;187(1):58-63.
2. Lawrence DR, Ohri SK, Moxon RE, Townsend ER, Foutain SW. Primary esophageal repair for Boerhaave's syndrome. *Ann Thorac Surg.* 1999;67(3):818-20.
3. Salo JA, Isolauri JO, Heikkilä LJ, Markkula HT, Heikkinen LO, Kivilaakso EO, Mattila SP. Management of delayed esophageal perforation with mediastinal sepsis. Esophagectomy or primary repair? *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1993;106(6):1088-91.
4. Altorjay Á, Kiss J, Vörös A, Szirányi E. The role of esophagectomy in the management of esophageal perforations. *Ann Thorac Surg.* 1998;65:1433-6.
5. Orringer MB, Stirling MC. Esophagectomy for esophageal disruption. *Ann Thorac Surg.* 1990;49(1):35-42; discussion 42-3.

Como citar este artigo:

Andrade AC, Marinho Filho LJ, Alencar AR, Lima Filho MAA. Esofagectomia na perfuração esofágica com diagnóstico tardio. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2007; 34(6). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Aderivaldo Coelho de Andrade
Rua Pedro Vasconcelos, 1790, apartamento 501
Bairro Noivos
64045-050- Teresina - PI
E-mail: domderi@hotmail.com