

## TRATAMENTO CONSERVADOR TARDIO PARA PERFURAÇÃO ESOFÁGICA POR CORPO ESTRANHO

*Late conservative treatment for esophageal perforation by foreign body*

Victor Alexander Fialho **ROCHA**<sup>1</sup>, Wesley da Costa **REIS**<sup>1</sup>,  
Kévin da Silva **SOUZA**<sup>1</sup>, Reyner Abrantes **STIVAL**<sup>2</sup>,  
Cristiano de Magalhães **NUNES**<sup>2</sup>, Wellington José dos **SANTOS**<sup>2</sup>.

Como citar este artigo: Rocha VAF, Reis WC, Souza KS, Stival RA, Nunes CM, Santos WJ. Tratamento conservador tardio para perfuração esofágica por corpo estranho. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2019;32(4):e1467. DOI: /10.1590/0102-672020180001e1467

Trabalho realizado na <sup>1</sup>Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil e <sup>2</sup>Hospital de Urgências de Goiânia, Goiânia, GO, Brasil

### Correspondência:

Victor Alexandre Fialho Rocha  
E-mail: victoralexanderfr@hotmail.com

**DESCRIPTORIOS** – Corpos estranhos. Endoscopia gastrointestinal. Perfuração esofágica.

**HEADINGS** - Foreign bodies. Endoscopy, gastrointestinal. Esophageal perforation.

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesse: não há

Recebido para publicação: 08/10/2018

Aceito para publicação: 20/08/2019

## INTRODUÇÃO

O manejo da perfuração traumática do esôfago constitui situação desafiadora, visto que é condição incomum; o diagnóstico é dificultado pela sintomatologia inespecífica ou discreta e a padronização do tratamento é dificultada pela diversidade de causas e suas consequências<sup>3,4,6,10</sup>.

Dentre as causas o corpo estranho constitui cerca de 10% dos casos. Já quanto à topografia do ferimento, a porção esofágica mais comumente lesada é a torácica, seguida pela cervical e abdominal<sup>7</sup>.

O diagnóstico pode ser firmado pela associação das manifestações clínicas e da avaliação por exames radiológicos<sup>5,9,10</sup>. A endoscopia digestiva alta também pode ser utilizada para diagnóstico e tratamento; contudo, o atraso deles está relacionado com maior morbimortalidade<sup>7</sup>. Além disso, devido ao caráter individualizado da conduta terapêutica, a escolha de um tratamento conservador em detrimento da abordagem cirúrgica ainda é controversa<sup>4</sup>.

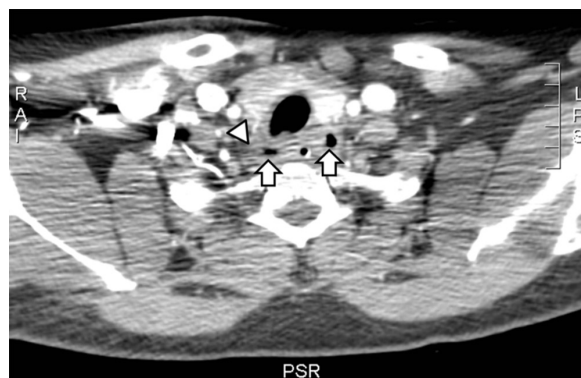
O presente relato tem o objetivo de evidenciar desfecho atípico e suscitar condições alternativas para o bom manejo do trauma perfurante do esôfago. Este relato foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Urgências de Goiânia.

Homem de 25 anos de idade foi admitido no Pronto Socorro do Hospital de Urgências de Goiânia com relato de ingestão de corpo estranho e impactação dele no esôfago superior com cinco dias de evolução. Foi submetido à endoscopia digestiva alta na cidade de origem com tentativa frustrada de retirada do corpo estranho neste mesmo dia da admissão. Apresentava-se estável hemodinamicamente e afebril no momento da admissão, com pressão arterial normal, frequência cardíaca de 72 bpm e SatO<sub>2</sub> de 94%. Foi realizada vídeoendoscopia digestiva alta onde evidenciou-se a presença de corpo estranho perfurando o esôfago cervical superior (Figura 1).



**FIGURA 1** – Vídeoendoscopia digestiva alta demonstrando fragmento ósseo filiforme, profundamente encaixado em parede esofágica lateral esquerda e observa-se sonda nasogástrica na parede lateral direita

O corpo estranho foi retirado utilizando-se o aparelho endoscópico, e logo após o paciente foi submetido à tomografia computadorizada, a partir da qual notou-se a presença de enfisema e processo inflamatório perilesional, porém ausência de coleções (Figura 2). O hemograma mostrou eosinofilia relativa e absoluta de 18% e 1170/mm<sup>3</sup> (valores referenciais: 1-4%, 45-400/mm<sup>3</sup>), respectivamente. Também foram feitas radiografias simples do tórax, porém não foram notadas alterações.



**FIGURA 2** - Tomografia computadorizada cervical (corte axial, com contraste, fase venosa) evidenciando enfisema (setas longas) e processo inflamatório perilesional (cabeça de seta).

Optou-se por tratamento conservador, procedendo-se a sondagem nasogástrica por endoscopia e a instituição de antibioticoterapia com ciprofloxacina 400 mg endovenosa a cada 12 h e metronidazol 500 mg EV a cada 8 h por dez dias e monitorização semi-intensiva. Também foi instalado dreno cervical que drenava líquido claro e sem sangue. O paciente apresentou boa evolução e recebeu alta hospitalar após 15 dias de internação. Um mês após, encontrava-se em acompanhamento ambulatorial e em bom estado de saúde.

## DISCUSSÃO

Sabe-se que em casos nos quais o diagnóstico e o tratamento são iniciados após 24 h da ocorrência da lesão esofágica, ou seja, tardios, maiores complicações estão relacionadas, as quais demandam operações agressivas e maior morbimortalidade<sup>5,7,9</sup>.

A confirmação diagnóstica da perfuração esofágica pode ser obtida pela endoscopia digestiva alta, que também pode ser utilizada para fins terapêuticos e por exames radiológicos contrastados, como a tomografia computadorizada, a qual evidenciou enfisema e processo inflamatório perilesional. Objetos pontiagudos impactados no esôfago cervical devem ser removidos por endoscopia digestiva alta, a qual apresenta taxa de sucesso de 95%<sup>8</sup>.

Feito o diagnóstico, os objetivos preconizados para o tratamento da perfuração esofágica são: controle da infecção, manutenção nutricional e reparo do trato digestivo lesionado, com reforço da rafia<sup>5</sup>. Contudo, em uma série de casos, os procedimentos adotados para tratamento de um paciente com perfuração esofágica diagnosticada com dez dias de evolução foram: remoção do corpo estranho sem rafiar a lesão, administração de antibioticoterapia e nutrição enteral com boa evolução clínica, semelhante ao caso descrito neste relato de caso<sup>2</sup>.

Em casuística realizada em um hospital público brasileiro, a mortalidade foi menor por perfuração cervical do que a torácica e abdominal, bem como estatisticamente significante menor em pacientes que receberam tratamento cirúrgico, o qual foi considerado pelos autores como mais eficaz e seguro em relação ao tratamento conservador<sup>7</sup>. Contudo, se a perfuração esofágica estiver tamponada, sem evidência de sepse ou comunicação com a cavidade pleural ou peritoneal, recomenda-se jejum, hidratação, suporte nutricional, preferencialmente enteral, e antibioticoterapia de amplo espectro por 14 dias<sup>11</sup>.

A cirurgia está indicada em casos com lesão periesofágica extensa, associada ao quadro clínico sugestivo de sepse, pneumotórax, enfisema de mediastino e insuficiência respiratória. Enquanto em pacientes com lesões pequenas e estáveis, não há demanda de reparo cirúrgico imediato, mas recomenda-se monitorização intensiva e acompanhamento por cirurgião experiente e com exames radiológicos<sup>1,8,10,11</sup>.

Victor Alexander Fialho ROCHA: 0000-0001-5251-8520

## REFERÊNCIAS

1. Altorjay A, Kiss J, Voros A. A. 15. Nonoperative management of esophageal perforations is it justified? *Ann Surg*. 1997;225(4):415–21.
2. Andrade AC de, Andrade APS de. A.O. Perfuração de esôfago: análise de 11 casos. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. outubro de 2008 [citado 26 de março de 2015];35(5):292–7. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912008000500004&lng=pt&nrm=iso&tng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912008000500004&lng=pt&nrm=iso&tng=pt)
3. Andrade-Alegre R. A. 6. Surgical treatment of traumatic esophageal perforations: analysis of 10 cases. *Clinics* [Internet]. outubro de 2005 [citado 26 de março de 2015];60(5):375–80. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-59322005000500005&lng=en&nrm=iso&tng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322005000500005&lng=en&nrm=iso&tng=en)
4. Aquino J, Aquino Neto P, Reis Neto J. A. 12. Perfuração esofágica. *Rev Col Bras Cir*. 1986;13(4):125–31.
5. Braghetto M I, Rodríguez N A, Csendes J A, Korn B O. A. 5. Perforación esofágica: Experiencia clínica y actualización del tema. *Rev Med Chil* [Internet]. outubro de 2005 [citado 26 de março de 2015];133(10):1233–41. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872005001000014&lng=en&nrm=iso&tng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005001000014&lng=en&nrm=iso&tng=en)
6. Gupta NM, Kaman L. A. 4. Personal management of 57 consecutive patients with esophageal perforation. *Am J Surg* [Internet]. janeiro de 2004 [citado 26 de março de 2015];187(1):58–63. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14706587>
7. Hasimoto CN, Cataneo C, Eldib R, Thomazi R, Pereira RS de C, Minossi JG, et al. B. 0. Efficacy of surgical versus conservative treatment in esophageal perforation: a systematic review of case series studies. *Acta Cir Bras* [Internet]. abril de 2013 [citado 19 de março de 2015];28(4):266–71. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23568234>
8. Kroepil F, Schauer M, Raffel AM, Kröpil P, Eisenberger CF, Knoefel WT. G. 0. Treatment of early and delayed esophageal perforation. *Indian J Surg* [Internet]. dezembro de 2013 [citado 19 de março de 2015];75(6):469–72. Recuperado de: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3900754&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
9. Marsico G, Montessi J, Capone D. A. 10. Lesões do esôfago. *J Bras Med*. 1996;71(1):83–90.
10. Marsico GA, Azevedo DE de, Guimarães CA, Mathias I, Azevedo LG, Machado T. A. 7. Perfurações do esôfago. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. junho de 2003 [citado 26 de março de 2015];30(3):216–23. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912003000300009&lng=pt&nrm=iso&tng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912003000300009&lng=pt&nrm=iso&tng=pt)
11. Vogel SB, Rout WR, Martin TD, Abbitt PL. B. 37. Esophageal perforation in adults: aggressive, conservative treatment lowers morbidity and mortality. *Ann Surg* [Internet]. junho de 2005 [citado 28 de março de 2015];241(6):1016–23. Recuperado de: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1357179&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>