



## CERVICOTOMIA EXPLORADORA ESQUERDA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO EM TERÇO SUPERIOR DO ESÔFAGO

Thiago Tiessi Suzuki<sup>1</sup>, Rafael Faversani de Araújo<sup>2</sup>, Ualid Saleh Hatoum<sup>3</sup>, Carlos Edmundo Fontes<sup>4</sup>, Joaquim Branco Fernandes<sup>5</sup>, Ivan Murad<sup>6</sup>

**RESUMO:** O presente trabalho descreve o caso de um paciente, 67 anos, tratado no HUM após ter engolido acidentalmente sua prótese dentária. Não sendo possível sua retirada através da EDA, foi submetido à cervicotomia exploradora esquerda, esofagotomia, retirada da prótese e rafia primária do órgão. Foi alimentado por 31 dias através de sonda nasoenteral, evoluindo satisfatoriamente sem sinais de mediastinite.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cervicotomia exploradora; esofagostomia; esôfago/corpo estranho.

### 1 INTRODUÇÃO

O esôfago é o único órgão do aparelho digestivo que atravessa três compartimentos do corpo humano: pescoço, tórax e abdome. Quando do seu lúmen extravasam secreções digestivas para o interior do tórax, a contaminação bacteriana se instala em poucas horas e ocorrem sérios danos ao organismo, podendo inclusive levar à morte em até 68% dos casos. A este evento denomina-se mediastinite.

Entre as lesões do trato digestivo, as do esôfago são consideradas as mais graves e letais. A mortalidade aumenta, quando o tratamento é tardio. A evolução, o prognóstico e o tratamento das perfurações de esôfago, são influenciados por vários fatores: a) causa da lesão; b) localização da perfuração; c) existência de lesão concomitante em outros órgãos; d) estado prévio do esôfago; e) extensão da ferida e a contaminação causada; f) diagnóstico tardio; g) estado clínico do paciente. Os mais importantes são o retardo no diagnóstico e a localização da perfuração.

Jones *et al.* revisaram 450 pacientes com lesões no esôfago. A mortalidade nas causas iatrogênicas e instrumentais foi de 19%, na perfuração espontânea 39% e nas lesões traumáticas 9%. Nesta última, a taxa menor de mortalidade foi atribuída ao diagnóstico e tratamento precoces.

### 2 RELATO DE CASO

Paciente masculino, 67 anos, deu entrada no pronto-socorro do Hospital Universitário de Maringá relatando disfagia há duas horas, após ingestão acidental de sua prótese dentária. No momento da admissão, foi realizada radiografia de tórax PA, evidenciando a presença do corpo estranho (prótese dentária) no terço superior do esôfago conforme ilustra a Figura 1.

Imediatamente foi submetido à endoscopia digestiva alta (EDA) através da qual se confirmou a presença e o local onde estava localizada a prótese. Foram realizadas duas tentativas de retirada utilizando pinça endoscópica de biópsia gástrica, porém em ambas tentativas não se obteve sucesso.





Figura 1: Radiografia de tórax PA evidenciando presença da prótese dentária em terço superior do esôfago.

Cerca de aproximadamente seis horas após o evento, o paciente foi submetido à cervicotomia lateral esquerda exploradora e através deste acesso foi realizado esofagotomia longitudinal lateral esquerda que permitiu acesso à luz do órgão e visualização direta do objeto. Também percebeu-se a presença de três perfurações esofágicas puntiformes causadas de dentro para fora. Foi então posicionada sonda nasoenteral através do órgão, seguido da esofagorrafia primária, inclusive das lesões puntiformes.

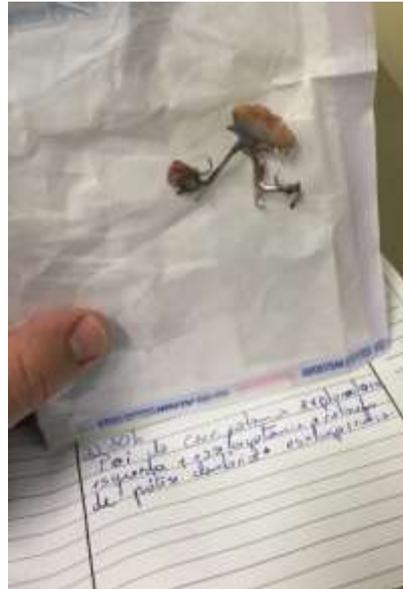


Figura 2: Prótese dentária medindo aproximadamente 5cm em sua maior dimensão.

Optou-se por alocar dreno tubular no sítio da esofagorrafia, exteriorizando pela ferida operatória.

Foi instituído esquema antibiótico composto por Ceftriaxone 1g EV 12/12h e Clindamicina 600mg EV 6/6h por 14 dias, devido à possibilidade de evolução para mediastinite.

Um dia após a cirurgia, iniciou esquema nutricional com dieta enteral através da sonda nasoenteral, que evoluiu satisfatoriamente e dez dias depois, foi sacado o dreno laminar.

Paciente permaneceu internado por trinta e um dias na enfermaria da clínica cirúrgica do Hospital Universitário de Maringá (HUM), alimentando-se via sonda nasoenteral e, realizando hemograma 3/3 dias e recebendo monitoração diária da temperatura corporal, temendo a possibilidade de evolução desfavorável.

Como não houve intercorrência durante o pós-operatório, completados trinta dias da cirurgia, o paciente foi submetido à Vídeodeglutograma que garantiu a ausência de fístulas ou estenoses, sendo então sacada a sonda nasoenteral e oferecida dieta pastosa via oral.

Como houve boa aceitação a reintrodução da dieta pastosa pela boca, recebeu alta hospitalar referenciado ao retorno ambulatorial em uma semana, quando então foi liberada dieta geral via oral.



Figura 3: Aspecto da ferida operatória, 30 dias após a cirurgia.

### 3 DISCUSSÃO

Muitos tópicos relacionados às perfurações esofágicas, especialmente ao tratamento ainda despertam controvérsias. A falta de uma sintomatologia específica confunde a doença com outras de ocorrência mais comuns, como problemas no coração ou no pulmão, dificultando o seu diagnóstico. A sintomatologia varia desde graves quadros sépticos, com dor torácica intensa e dispnéia a quadros clínicos com pouca sintomatologia. Além disso, em virtude da baixa frequência das perfurações esofágicas, poucos são os cirurgiões que adquirem experiência suficiente com esse tipo de lesão

A localização anatômica do esôfago garante proteção contra agravos externos, o que ajuda a justificar a pequena incidência das perfurações desse órgão, porém, quando ocorrem, observa-se alto índice de letalidade principalmente quando seu diagnóstico é tardio.

A mortalidade de 10% a 25% é encontrada quando o tratamento é instituído nas primeiras 24 horas e chega a 40 a 60% quando o tratamento é realizado após as 24 horas.

Quando do seu lúmen extravasam secreções digestivas para o interior do tórax, a contaminação bacteriana se instala em poucas horas e ocorrem sérios danos ao organismo, podendo inclusive levar à morte em até 68% dos casos.

O caso em questão chamou atenção pela capacidade do paciente deglutir sua prótese dentária acidentalmente já que além de ter aproximadamente 5 cm (em seu maior diâmetro) possui formato irregular, com diversas formações puntiformes. E justamente por isto, não foi possível retirá-la através da EDA, método bem menos invasivo.

Embora seja um caso inusitado, a equipe cirúrgica agiu precocemente no caso, realizando a cervicotomia exploradora, esofagotomia, retirada do corpo estranho e esofagorrafia primária. A precocidade da intervenção cirúrgica foi fundamental para evolução favorável do caso já que haviam três perfurações causadas pelo objeto e consequentemente extravasamento de secreções digestivas.

A dieta através da sonda nasoenteral mostrou-se eficiente porque foi capaz de nutrir adequadamente o paciente por 31 dias.

### 4 CONCLUSÃO

A cervicotomia exploradora esquerda mostrou ser uma boa opção para retirada de corpo estranho do terço superior do esôfago, mas só deverá ser utilizada quando houver falha com uso de métodos menos invasivos, como a EDA.

Conforme contido nas referências consultadas, a precocidade da intervenção cirúrgica garantiu a evolução satisfatória do caso.

A alimentação através da sonda nasoenteral é uma boa opção para casos de intervenções cirúrgicas em que for empregada esofagorrafia.



## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Aderivaldo Coelho de e ANDRADE, Ana Paula Santos de. Perfuração de esôfago: análise de 11 casos. *Rev. Col. Bras. Cir.* [online]. 2008, vol.35, n.5, pp. 292-297. ISSN 1809-4546

ARSICO, Giovanni Antonio et al. Perfurações do esôfago. *Rev. Col. Bras. Cir.* [online]. 2003, vol.30, n.3, pp. 216-223. ISSN 1809-4546

NORMANDO JR., Geraldo Roger et al. Mediastinite por perfuração e ruptura do esôfago torácico. *Rev. Col. Bras. Cir.* [online]. 2006, vol.33, n.6, pp. 361-364. ISSN 1809-4546

SANTOS, Cynthia Clabunde dos et al. **Perfuração de mucosa esofágica por sonda entérica: relato de caso.** *Rev. bras. ter. intensiva* [online]. 2006, vol.18, n.1, pp. 104-108. ISSN 1982-4335.

T-PING, Cheng et al. **Ingestão acidental de moedas por crianças: atuação do Setor de Otorrinolaringologia do Hospital João XXIII.** *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* [online]. 2006, vol.72, n.4, pp. 470-474. ISSN 0034-7299.