

PERFURAÇÕES DO ESÓFAGO

L. CANAVEIRA MANSO, A. MILHEIRO, F. CASTRO E SOUSA

Serviço de Cirurgia III. Hospital da Universidade de Coimbra. Coimbra

RESUMO

A oportunidade de termos tratado com êxito, um doente com perfuração intra-torácica do Esófago, apesar das várias complicações surgidas no pós-operatório, levou-nos a rever a literatura sobre o tema, discutindo depois as vantagens e inconvenientes de várias opções técnicas, concluindo que a Esofagectomia imediata, será a melhor solução para reduzir as complicações cirúrgicas e a mortalidade, neste tipo de perfurações com várias horas de evolução e mediastinite grave.

SUMMARY

Perforations of the oesophages. A case study

The opportunity of having successfully treated a patient with intrathoracic perforation of the Oesophagus and many surgical complications, led us to review the literature on the subject. We then discussed the advantages and disadvantages of the various technical options, concluding that immediate Oesophagectomy is the best solution for this type of perforation, with several hours of evolution and serious mediastinitis, to reduce surgical complications and mortality.

INTRODUÇÃO

A perfuração espontânea do Esófago, é uma raridade, regra geral resultante de vômitos intensos, reflexos ou provocados, com consequente hiperpressão local, agravada pela presença de bolo alimentar volumoso ou corpo estranho ou então por fragilidade da parede, devida a patologia associada.

Porque o doente habitualmente só recorre ao Médico, quando surge a dor retroesternal e a disfagia total por mediastinite, a situação, é sempre grave e a maior parte das vezes fatal (>50%), nomeadamente nas localizações intra-torácicas.

A raridade dos casos, determina pouca experiência pessoal de cada Cirurgião e numerosas propostas terapêuticas, de resultados nem sempre brilhantes.

A possibilidade de tratar o caso que apresentamos, levou-nos a discutir as várias propostas terapêuticas que encontramos na literatura e a considerar qual será a melhor, para situações semelhantes.

CASO CLÍNICO

A.R.O. de 57 anos de idade, solteiro, sem profissão, alcoólico, fumador, com acentuado déficit mental por

meningite em criança, vivendo sozinho numa Quinta nos arredores de Viseu, por recusar tratamento psiquiátrico e convívio com familiares.

HISTÓRIA PREGRESSA

Em 9/1/91, durante uma refeição, parece ter-se engasgado com a comida, tendo provocado deliberadamente o vômito.

Como não melhorasse, recorreu ao Hospital de Viseu onde lhe foi realizado um trânsito esofágico com bário, o qual parecia mostrar alterações do Esófago terminal, compatíveis com processo tumoral ou corpo estranho encravado.

Por falta de meios, para melhor estudo ou extracção do corpo estranho, foi enviado aos Hospitais da Universidade de Coimbra, onde deu entrada já de madrugada.

Foi pedida de imediato a colaboração da Gastroenterologia, para Endoscopia de urgência, na qual, foi considerada a hipótese de neoplasia do terço distal do Esófago, sendo difícil o exame devido à presença de restos bário.

O doente ficou internado com dieta absoluta, para repetir o exame no dia seguinte.

Sendo difícil compreender o doente, pelas suas dificuldades em falar e em se exprimir, não entendendo também

as nossas perguntas e tomando atitudes agressivas se insistíamos no interrogatório, não nos foi possível esclarecer sobre antecedentes de disfagia ou de outras queixas, que pudessem mostrar patologia esofágica anterior.

EVOLUÇÃO

Ao fim da tarde do dia do internamento, somos alertados pelo Enfermeiro de Serviço, para o facto do doente estar muito agitado dispneico e com grande edema da face e pescoço.

Deslocando-nos ao Serviço, constatámos acentuado enfisema subcutâneo da face, do pescoço e já do tórax, cianose e dispneia, que impedia o doente de permanecer deitado e febre elevada.

Por ser indiscutível, face aos sintomas e aos antecedentes, a existência de uma perfuração do Esófago, já com mediastinite, decidimos operar imediatamente o doente.

Como no Rx do tórax não havia lesões pleuropulmonares e como a perfuração devia estar no 1/3 inferior, optámos por fazer uma toracotomia esquerda, pelo 5º espaço intercostal.

A anestesia do doente, teve de ser iniciada com ele sentado, por não tolerar o decúbito, tal era a insuficiência respiratória.

Após abrímos o tórax, deparámos com algum derrame castanho esverdeado, na cavidade pleural e um grande edema e tumefacção da pleura mediastínica, a qual estava íntegra.

Aberta a pleura mediastínica, desde a crossa até ao diafragma, saiu bastante pus e serosidade purulenta, mas não conseguimos identificar o Esófago, no meio dos tecidos friáveis e supurados, pelo que o Anestesista introduziu uma sonda nasogástrica de dupla via, a qual nos serviu de tutor, para o identificar e isolar.

Verificámos então, que não havia patologia tumoral a nível do Esófago terminal, mas apenas uma pequena hérnia do hiato por deslizamento. Também não conseguimos identificar o local da perfuração.

Intróduziu-se azul de metileno pela sonda, com a ponta colocada no 1/3 médio do Esófago, o que tornou possível ver uma zona um pouco acima do diafragma, mais fina e azulada, mas sem evidente fuga ou fístula.

Resolvemos dar dois pontos a reforçar a zona da possível perfuração e proceder a uma laqueação do Esófago, abaixo dela, com um fio grosso, reabsorvível, com o objectivo de evitar o refluxo gástrico e de posteriormente poderem ser feitas dilatações, para recuperar o trânsito.

Drenámos em seguida a cavidade pleural, com dois drenos tubulares grossos, ficando um na goteira costal vertebral e outro ao longo do mediastino.

Encerrado o tórax, mudou-se a posição do doente para decúbito dorsal e avançámos para uma cervicotomia lateral esquerda.

Após isolamento do Esófago cervical, realizámos uma Esófagostomia lateral, pois desse modo, mais tarde seria possível fazer a recuperação do trânsito esofágico, após o encerramento da fístula cervical e a dilatação da laqueação distal.

Colocámos ainda uma sonda de Foley no sentido da faringe com o balão insuflado, para aspirar a saliva e secreções, de modo a manter em repouso o restante Esófago.

Passámos em seguida para o abdómen, para colocação de sonda de gástronomia de drenagem, por pequena incisão paramediana esquerda transrectal.

Quando porém abrímos o peritонеu, encontrámos abundante derrame turvo, vindo da zona do hiato, o que nos obrigou a uma laparotomia mediana, para exploração.

Verificámos que um processo inflamatório envolvia o cárdia, proveniente da mediastinite, o qual nos limitámos a drenar, aproveitando para realizar também uma jejunostomia, para alimentar enteralmente o doente, o mais cedo possível.

No final, dada a situação de insuficiência respiratória e choque séptico, que o doente apresentava, foi transferido para o Serviço de Reanimação.

Aqui permaneceu em ventilação assistida durante 6 dias, com recuperação positiva, pelo que voltou para o Serviço de Cirurgia III em 16/1/91.

Como a supuração pelos drenos torácicos esquerdos se mantinha, embora radiologicamente o pulmão estivesse bem expandido, decidimos efectuar uma fistulografia, pelo dreno torácico que ficara junto ao mediastino, verificando que existia uma fístula Esófago pleural constituída, mas bem drenada e que também havia passagem de algum produto para o estômago, através da zona laqueada do Esófago.

Pela Esófagostomia cervical, saía abundante quantidade de saliva, apesar da presença da sonda de Foley (mesmo depois de colocada em aspiração contínua).

Procurámos manter o doente semi sentado a 25°, para reduzir o possível refluxo e com aspiração contínua, reduzindo a passagem de saliva pelo interior do Esófago, substituindo a sonda de Foley por dreno tubular fino, colocado no interior da parte média daquele.

Alguns dias depois, durante a noite, apesar de todos os cuidados, o doente teve uma crise de maior agitação e confusão, tendo arrancado o dreno torácico!

Voltámos a colocar outro mais fino, cujo controle radiológico, mostrou que ficara um pouco distante do mediastino, não sendo possível colocá-lo melhor, por falta de progressão no interior do trajecto.

A situação começou a agravar-se, surgindo febre, maior agitação e aumento de secreções bronquicas, com muita expectoração, que o doente deglutia, apesar dos nossos esforços em o evitar.

Chegou-se assim a um ponto de evolução para uma nova sépsis, que nos obrigou a decidir, por nova intervenção cirúrgica.

Duas opções se apresentavam: Proceder á excisão do Esófago por toracotomia direita e Esófagostomia cervical terminal, ou exclusão bipolar, com Esófagostomia cervical terminal e abordagem do cárdia, para secção e encerramento, com drenagem distal do Esófago, através de dreno, para o exterior.

Face á insuficiência respiratória com hipóxia que se estava instalando, considerámos que a toracotomia certamente a agravaria e representaria maiores riscos de sobrevivência, mesmo com a garantia de ventilação assistida no pós-operatório, pelo que optámos pela segunda hipótese.

Em 1/2/91, realizámos uma laparotomia pela anterior incisão mediana.

Na exploração encontrámos acentuada fibrose em torno do hiato esofágico que tornou extremamente difícil isolar

o esôfago abdominal e o cárdia e levou a perfuração do fundo gástrico, junto àquele.

Seccionado o Esôfago a nível do cárdia, encerrou-se a abertura gástrica e colocou-se uma sonda de Pezer no Esôfago, exteriorizando-a depois do abdômen, pelo hipocôndrio direito.

Realizámos também uma piloroplastia, uma vez que a secção do Esôfago provocara uma vagotomia troncular.

Encerrado o abdômen, procedemos, á libertação do esôfago cervical a nível da anterior Esôfagostomia lateral, seccionando-o por completo e encerrando o topo distal com uma pinça agrafadora TA. Em seguida procedemos a uma Esôfagostomia cervical terminal.

O doente voltou para a Reanimação em ventilação assistida, mais 2 dias, tendo recuperado bem, desaparecendo o quadro toxicoinfecioso e a insuficiência respiratória e deixando praticamente de drenar pelo dreno pleural.

Regressado ao Serviço em 3/2/91, continuou a melhorar com alimentação I.V. e depois enteral, o que permitiu aos 10 dias retirar o dreno pleural, após confirmação de a fístula estar encerrada, por introdução de contraste no Esôfago, através da sonda de Pezer.

Entretanto também foi melhorando da sua agitação e confusão mental, com o tratamento Psiquiátrico instituído, colaborando melhor, o que contudo não impedia que bebesse água e chupasse laranjas, que saiam como é natural pela Esôfagostomia... o que a certa altura, ocasionou uma erupção cutânea acentuada, apesar de usar um saco de colostomia no local!!!

As melhoras e recuperação do estado geral foram tão acentuadas, que se nos pôs a necessidade de actuar de novo, agora para substituir o Esôfago, de modo a reconstruir o trato digestivo alto.

Como o estômago estava detriorado pela gástronomia, encerramento do cárdia e fibrose intensa da supuração, só nos restava usar o colon.

Antes porém foi necessário, convencer o doente a deixar de ingerir alimentos pela boca e com pomadas, desinflamar a pele em torno da estomia cervical, para ser possível abordar a região, na altura da intervenção.

Finalmente conseguiram-se condições e em 18/4/91, (47 dias depois) o doente foi de novo operado, utilizando as anteriores incisões, abdominal e cervical.

A nível do abdômen, além de prepararmos o cólon transversal para usar como plastia do Esôfago, também tentámos libertar e isolar o coto abdominal esofágico, com a finalidade de o anastomosar a uma ansa em Y e assim obter uma drenagem interna em boas condições. Tal veio a revelar-se impossível, dada a fibrose que o envolvia, assim como á sonda de Pezer, a qual foi substituída por um dreno mais fino, colocado no interior do coto esofágico.

Isolado o cólon, passado por via retroesternal até ao pescoço, foi anastomosado ao esôfago cervical e á face anterior do estômago, após prévia libertação e encerramento da gástronomia.

O pós-operatório foi muito bom, tendo iniciado alimentação oral aos 14 dias, depois de controle radiológico das anastomoses, com ingestão de gastrografina.

Houve contudo supuração da sutura da parede abdominal, com deiscência parcial aponevrótica, mas sem evisceração, o que arrastou o internamento até completa cicatrização.

Quanto á sonda introduzida no esôfago, manteve-se com lavagens diárias de Betadine ou Dakin e quando nos pareceu já não haver supuração, drenando apenas uma pequena quantidade de muco esbranquiçado, resolvemos retirá-la (45 dias), depois de controle radiológico, que mostrou ausência de qualquer fístula pleural e um esôfago de dimensões reduzidas.

Como não houve subida térmica, dores ou sinais radiológicos, de supuração, nesse coto esofágico abandonado no tórax, o doente teve alta em 11/6/91, cerca de 5 meses depois do acidente, após ouvida a opinião da Psiquiatria sobre o seu estado mental e com a colaboração de um irmão, para evitar o seu abandono futuro e sobretudo, o voltar a alcoolizar-se.

Em Consulta de *Followup*, aos 2; 6 e 12 meses, o doente apareceu-nos bem nutrido, a fazer uma vida normal, referindo apenas ligeira dificuldade de passagem de alimentos mais grosseiros, na anastomose cervical.

A cicatriz abdominal mostra uma eventração total, supra-umbilical, mas é bem tolerada.

Ausência de qualquer queixa que se possa relacionar com o coto esofágico abandonado.

Infelizmente voltou a viver sozinho e em más condições, parecendo contudo continuar a tomar os medicamentos psiquiátricos e não ter voltado a beber álcool.

DISCUSSÃO

A **PERFURAÇÃO INTRA-TORÁCICA** do Esôfago é uma situação sempre perigosa, por ocasionar uma **MEDIASTINITE**, que põe em risco a vida do doente e onde as tentativas de conservar o trânsito esofágico, estão regra geral, condenadas ao fracasso.

Realmente em face de uma mediastinite com várias horas de evolução, a friabilidade das paredes esofágicas, a dificuldade em localizar a perfuração e a pior vascularização local, determinam quase sempre o falhanço das suturas, mesmo que um patch de pleura seja colocado a protegê-las.

O aparecimento de uma fístula para a pleura é frequente, cuja cura é quase impossível, devido á pressão negativa intra-pleural, á dificuldade em obter uma drenagem eficaz e prolongada, á passagem de saliva e ao refluxo gástrico.

Para resolver estes problemas são várias as atitudes propostas na literatura:

Uns preferem manter o esôfago, explorando e suturando a perfuração e laqueando-o logo abaixo, dentro do tórax, para evitar o refluxo. Drenam em seguida a pleura e mediastino e associam depois uma Esôfagostomia cervical, lateral ou terminal.

A laqueação do esôfago, se associada á Esôfagostomia lateral, na perspectiva de recuperar posteriormente o trânsito com dilatações ou plastia local, retém contudo a saliva e mantém a fístula pleural e a supuração, como sucedeu no caso descrito, pelo que a fazê-lo, será melhor imediatamente abaixo da estomia cervical, para que a saliva não passe para baixo.

Se for acompanhada de Esôfagostomia cervical terminal, determina a exclusão bipolar, com o risco de o Esôfago intermédio, ao não ficar bem drenado, poder originar no seu interior um abcesso, além de obrigar mais tarde, a uma plastia do Esôfago, que assim fica inutilizado.

Por estes motivos, o esófago intratorácico talvez não deva ser laqueado em nenhuma situação.

Para resolver o problema do refluxo, outros autores procedem á secção e drenagem do topo distal intrabdominal, por sonda de Pezer ou anastomose a ansa jejunal em Y de Roux, o que obriga a uma abordagem abdominal e torna mais complicada e traumatizante a intervenção.

Esta, drenagem, a ser realizada, deveria ser feita por detrás do estômago, o qual seria logo libertado dos vasos curtos e da coronária estomáquica, para ficar preparado parcialmente, para uma futura esofagoplastia, se o doente sobreviver.

Hoje em dia parece-nos contudo, que o possível refluxo poderá ser evitado, com posição semi sentada, estimulantes do tonus cárdico e antagonistas H₂, o que evitaria a necessidade teórica de laquear ou drenar o topo distal sistemáticamente, como é proposto por estes autores.

Face aos resultados e consequências observados no caso que apresentamos e para evitar maiores riscos sépticos e necessidade de reentrevir no doente, para os resolver, além da plastia final, se sobreviver, consideramos que a melhor atitude, será a de se ser mais radical, conforme vários autores ultimamente também propõem.

Na primeira intervenção, deverá ser feita imediatamente a ESOFAGECTOMIA, por toracotomia direita, mesmo que um derrame pleural se verifique á esquerda.

Desta forma, não só todo o mediastino é limpo da supuração, como a excisão do esófago, resolve de uma vez, o problema da fístula pleural, da manutenção do foco séptico e da necessidade de recorrer á exclusão bipolar do esófago ou á drenagem do topo distal e suas possíveis consequências e dificuldades.

É evidente que deste modo, se fará sempre a Esófagostomia cervical terminal e uma laparotomia, para excisar o esófago abdominal e encerrar o cárdia, libertando logo parcialmente o fundo gástrico, preparando-o para uma futura esofagoplastia.

Uma piloroplastia será também realizada e uma sonda fina, inicialmente para descompressão e drenagem e depois para alimentação enteral, deve ser colocada no estômago á Witzell, o mais próximo possível do cárdia, numa zona a excisar quando se realizar a tubulização gástrica na futura esofagoplastia.

Esta localização da sonda e a libertação parcial do fundo gástrico, permitirá posteriormente utilizar o estômago para plastia do esófago. Assim não o estragamos, com uma vulgar gástrostomia com sonda de Pezer na face anterior, o que obriga como vimos, a depois termos de utilizar o cólon, muito mais difícil e trabalhoso.

O facto de o derrame pleural poder ser á esquerda e a via de acesso ser á direita, não levanta problemas, pois não só podemos abrir a pleura esquerda mediastínica e aspirar o derrame contralateral, como devemos deixar sempre drenados os dois lados.

Se a situação clínica do doente contraindicar uma toracotomia, um Stripping do Esófago ou a sua excisão por via Transhiatal, será também possível e permitirá igualmente bons resultados, desde que o mediastino fique bem drenado, assim como as cavidades pleurais.

Esta técnica, tem ainda a vantagem de tornar muito menos demorado e complicado o acto cirúrgico, num doente em mau estado ou moribundo, pois é mais simples, mais rápida e menos sujeita a complicações futuras.

Por outro lado, se houver patologia esofágica associada, ela também a vai resolver em simultâneo.

CONCLUSÃO

A experiência vivida com este doente, e a revisão da literatura leva-nos a considerar, que procederíamos de outro modo se nos deparasse agora a mesma situação.

De facto, a melhor atitude seria realizar de imediato uma Esófagectomia por toracotomia direita, com limpeza e drenagem do mediastino, seguida de Esófagostomia cervical terminal e de Píloroplastia e libertação do fundo gástrico, para nele realizar Gástrostomia e preparação parcial do estômago, para futura Gastroplastia do Esófago.

Certamente as complicações teriam sido menos, as intervenções para as resolver não teriam existido e a Gastroplastia seria de mais fácil execução do que a Coloplastia.

Por todos os motivos apontados, encontramos que, nas perfurações intra-torácicas do Esófago a opção de proceder de imediato á Esófagectomia, é a que poderá resolver melhor o problema, com menos morbidade e mortalidade, face aos conhecimentos actuais de Técnica Cirúrgica, na Patologia do Esófago e na sua Plastia com Estômago.

BIBLIOGRAFIA

1. ATTAR S et al.: Esophagel perforation: a therapeutic challenge. *Ann Thorac Surg* 1990; 50: 45-9.
2. BURNETT C.M et al.: Life-threatening acute posterior mediastinitis due to esophageal perforation. *Ann Thorac Surg* 1990; 49: 979-83.
3. FLYNN A.E et al: Esophageal perforation. *Arch Surg*, 1989; 124: 1211-4.
4. GAVRILIU D et al: L'Oesophagoplastie. *Encicl Med Cirurg Techin Cirurg Appar Digest* 1992; T-I 40215.
5. GAYET B et al: Mechanical sutures in perforation of the toracic esophagus. *Surg Gynecol Obstet*, 1991; 172: 125-8.
6. LEE Y.C et al.: New technique of esophageal exclusion for chronic esophageal perforation. *Ann Thorac Surg* 1991; 51(6): 1020-2.
7. MAILLARD JN et al: Les oesophagectomies. *Encicl Med Cirurg Techin Cirurg Appar Digest* 1992; T-I 40195.
8. MATTHEWS HR et al: Emergency subtotal esophagectomy. *Br J Surg*, 1989; 76: 918-20.
9. MICHEL C et al: Spontaneous and instrumental perforation of the esophagus. *Ann Chir* 1991; 45: 570-5.
10. MOGHISSI K et al: Instrumental perforation of the esophagus and their management. *Thorax* 1988; 43: 642-6.
11. NIEZGODA JA, et al: Pharyngoesophageal perforation after blunt neck trauma. *Ann Thorac Surg*, 1990; 50: 615-7.
12. ORRINGER M.B et al: Esophagectomy for esophageal disruption. *Ann Thorac Surg* 1990; 49: 35-42.
13. SCHEIN M et al: Thoracic empyema - a delayed complication of exclude benign thoracic esophagus. *Acta Chir Scand* 1990; 156: 575-6.
14. TILANUS H.W et al: Treatment of esophageal perforation. *Br J Surg* 1991; 78: 582-5.