

IMPACTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA NO ESÓFAGO TORÁCICO: TRATAMENTO CIRÚRGICO. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Henrique Alexandrino, Miguel Fernandes, Luís Ferreira, J. Guilherme Tralhão, Francisco Castro e Sousa

Serviço de Cirurgia A dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Clínica Universitária de Cirurgia 3 da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Resumo

A impactação de corpos estranhos a nível esofágico é frequentemente resolvida com recurso a endoscopia flexível, sem necessidade de cirurgia. Contudo, quando a impactação é de longa duração ou por objecto de grandes dimensões ou irregular, a remoção endoscópica pode redundar em perfuração, tornando a opção cirúrgica inevitável.

Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 55 anos de idade, com antecedentes de atraso mental moderado, que, após deglutição de uma prótese dentária, ocorreu ao Serviço de Urgência com um quadro clínico de disfagia para sólidos e regurgitação com um mês de evolução. Após tentativa de remoção por Endoscopia Digestiva Alta foi submetida a esofagotomia, extracção do corpo estranho e esofagorrafia por toracotomia postero-lateral direita. O pós-operatório foi complicado por deiscência da sutura com fístula esófago-pleural, tratada com dupla exclusão esofágica. A doente teve alta ao 40º dia do pós-operatório a tolerar dieta pastosa; actualmente (oito meses após a intervenção inicial) encontra-se assintomática.

Summary

Denture impaction in the thoracic esophagus: Surgical treatment – A case report

Esophageal foreign body impaction is mostly managed with endoscopic retrieval. However, in cases of large or irregularly shaped foreign bodies, or in cases of long standing impaction, this technique carries a high risk of perforation and a surgical approach is often mandatory.

The authors report the case of a 55 year old woman, with a past history of mental retardation, presenting with dysphagia for solid food and regurgitation beginning one month earlier. After failed extraction by flexible esophagoscopy, the denture was removed by esophagotomy through a postero-lateral thoracotomy. In the postoperative period the patient developed a leakage of the suture line with resultant esophago-pleural fistula which was managed with double esophageal exclusion. She was discharged on the 40th postoperative day on semi-solid diet and is presently (eight months after the first surgery) symptom free.

INTRODUÇÃO

A impacção de corpos estranhos a nível esofágico ocorre habitualmente em crianças e adultos com atraso mental ou em idosos com problemas de dentição¹. É uma entidade nosológica frequentemente resolvida por Endoscopia Digestiva Alta (EDA) ou, excepcionalmente, com recurso ao tratamento cirúrgico; sobretudo quando, pelas dimensões e forma do objecto ou pela duração da impacção, as manobras endoscópicas podem implicar risco significativo de perfuração.²⁻⁴

CASO CLÍNICO

M. A. C. A., do sexo feminino, de 55 anos de idade, com antecedentes de atraso mental moderado e epilepsia, recorreu ao Serviço de Urgência com queixas de disfagia progressiva para sólidos e regurgitações alimentares com um mês de evolução. Os familiares deram conta do desaparecimento da prótese dentária que habitualmente utilizava coincidindo com o aparecimento dos sintomas.

Uma radiografia do tórax confirmou a presença de corpo estranho localizado a nível do mediastino, imediatamente abaixo da carina (Fig. 1). A doente foi submetida a EDA de urgência, que confirmou o diagnóstico. A extracção não foi tentada devido ao risco de perfuração pelos grampos da prótese.



Figura 1

Radiografia do tórax demonstrando corpo estranho metálico em posição mediastínica, compatível com prótese dentária.

A doente foi então submetida a toracotomia postero-lateral direita, sob anestesia geral com intubação selectiva, tendo-se observado um importante processo inflamatório a nível do esófago torácico médio e distal. A prótese foi removida por esofagotomia longitudinal (Fig. 2), sendo igualmente realizada biópsia da mucosa; a incisão foi encerrada em dois planos (mucosa e muscular) e a

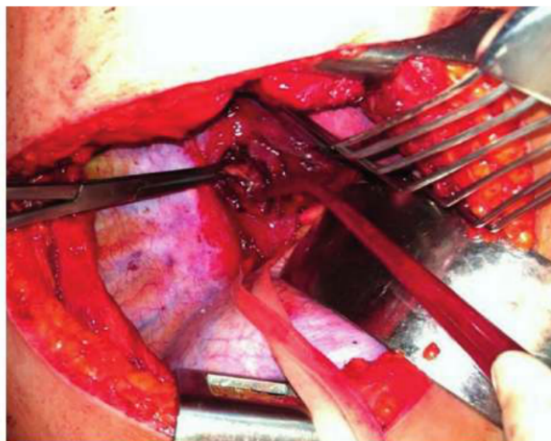


Figura 2

Aspecto intra-operatório (toracotomia postero-lateral direita) com remoção de prótese dentária por esofagotomia longitudinal; de notar o exuberante processo inflamatório.

cavidade pleural foi drenada e encerrada. O pós-operatório imediato decorreu sem intercorrências, sendo a doente extubada às seis horas.

No terceiro dia pós-operatório a doente iniciou quadro séptico e a drenagem pleural adquiriu um aspecto turvo. Uma deiscência da sutura esofágica com fístula esófago-pleural foi confirmada pela administração de azul-de-metileno. Foi então reoperada e realizada uma dupla exclusão esofágica com esofagostomia cervical, utilizando uma sonda de Foley e encerramento distal com agrafador linear (DST Series TA™, Covidien Surgical, Mansfield MA, USA) (Fig. 3); bem como uma gastrostomia descompressiva e uma jejunostomia de alimentação. O pós-operatório decorreu de forma favorável, sendo extubada ao sexto dia.

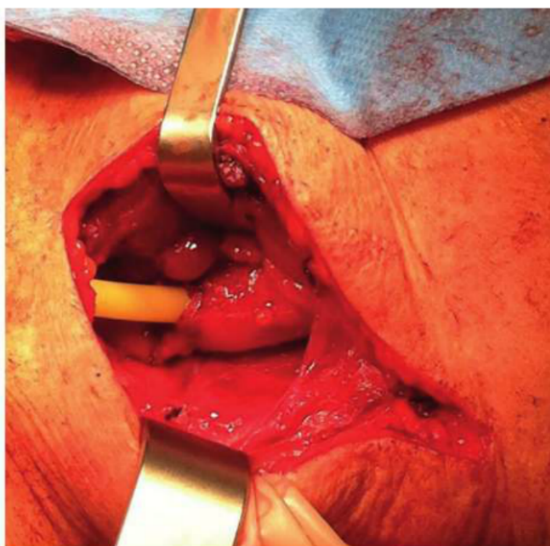


Figura 3

Aspecto final da esofagostomia cervical com sonda de Foley colocada proximalmente e encerramento do esófago distal com sutura mecânica.

Ao 30º dia foi realizado um trânsito esofágico com produto de contraste hidrossolúvel que pôs em evidência uma impermeabilização do esôfago e encerramento da fístula esôfago-pleural. A sonda de esofagostomia foi removida e, sete dias depois, foi realizado novo estudo contrastado que mostrou cicatrização do local de inserção da sonda. A doente iniciou dieta líquida e pastosa, tendo alta ao 40º dia. A biópsia da mucosa revelou processo inflamatório agudo.

Em consultas de seguimento referiu disfagia para sólidos por estenose no local de encerramento do esôfago cervical. Estas queixas desapareceram após três sessões de dilatação endoscópica, encontrando-se a doente assintomática ao 8º mês.

DISCUSSÃO

Este caso ilustra alguns aspectos da dificuldade terapêuticas que a impactação esofágica de corpos estranhos pode condicionar. Por um lado, o presumido longo tempo de evolução da impactação (um mês), que atribuímos ao atraso mental da doente, poderá ter condicionado o importante processo inflamatório peri-esofágico e a resultante deiscência da sutura realizada na intervenção inicial. Por outro lado, as próprias características do objecto, pelas suas dimensões e forma, nomeadamente a presença de grampos metálicos, impossibilitaram a sua remoção endoscópica. Poderá ser questionado se a extracção não poderia ter sido executada com esofagoscópio rígido, mas esta técnica não é habitualmente utilizada no nosso hospital. De facto, numa série de 32 doentes² o esofagoscópio rígido foi a técnica de escolha permitindo resolver trinta casos; só dois doentes tiveram que ser sujeitos a tratamento cirúrgico. A raridade da opção cirúrgica é confirmada por outra série³ de 482 impactações esofágicas, em que apenas uma necessitou de resolução cirúrgica urgente.

No estudo de Sung e col⁴ defende-se a abstenção das tentativas de remoção endoscópica; de facto, numa análise dos factores de risco associados com complicações da impactação esofágica numa população de 316 doentes, a análise multivariada demonstrou que a duração da impactação, bem como o tipo e tamanho do objecto eram factores determinantes de provável perfuração aquando da endoscopia.

Se a opção cirúrgica por nós perfilhada se afigura consensual – até por falta de alternativas terapêuticas – a técnica escolhida poderá ser sujeita a discussão. Se a via de abordagem por que optámos, toracotomia postero-lateral direita, parece incontestável, já a opção por realizar uma esofagotomia, extracção e encerramento directo poderão ser questionadas no contexto da inflamação e fragilidade que apresentava o esôfago; apesar da doente não se encontrar desnutrida ou em sépsis. Na realidade, esta foi a opção preferida na série de 5 casos de impactação esofágica por corpos estranhos de Paulo Costa e col⁵, em que a maioria foi resolvida com sutura directa e “patch” pleural.

Poderiam, com efeito, discutir-se duas alternativas: ressecção esofágica, ou exclusão esofágica *ab initio*. A ressecção, esofagectomia subtotal com esofagogastroplastia cervical, seria, porventura, excessiva visto tratar-se de uma entidade benigna; para além disso, seria uma opção tecnicamente mais difícil e com risco de lesão da traqueia, ou do canal torácico. A exclusão esofágica, com a técnica por nós descrita, sem recurso a nova intervenção, poderia, neste contexto, ter representado uma opção válida.

Já a atitude tomada após o diagnóstico da deiscência com resultante fístula esôfago-pleural, nos parece correcta e adequada. De facto, a morbilidade associada a uma fístula esôfago-pleural impõe, na maioria dos casos uma dupla exclusão esofágica⁶, a qual foi, no caso que descrevemos, realizada com recurso a uma técnica adaptada^{7,8}. Assim, a derivação salivar foi realizada por colocação de sonda a montante e a exclusão proximal foi realizada pela sutura mecânica com agrafos não-absorvíveis do esôfago cervical distal. A grande vantagem desta técnica é a fácil e espontânea impermeabilização do esôfago, sem recurso a nova intervenção cirúrgica, ou à utilização de segmento cólico.

Em conclusão, este caso parece ilustrativo das dificuldades que a impactação esofágica por corpo estranho pode condicionar, sobretudo em casos de diagnóstico tardio, bem como da necessidade de assegurar um tratamento agressivo a uma das mais temidas complicações da cirurgia esofágica: a fístula esôfago-pleural. Parece-nos igualmente importante a apresentação da técnica de exclusão esofágica utilizada, não só pela simplicidade mas, sobretudo, pela facilidade do restabelecimento do trânsito, sem necessidade de reintervenção.

BIBLIOGRAFIA

1. Silva A, Castanheira A. Ingestão de Cásuticos e Corpos Estranhos. Em: Pedrosa J editor. Situações Urgentes em Gastroenterologia. Núcleo de Gastroenterologia dos Hospitais Distritais. 2006:27-51.
2. Weissberg D, Refaely Y. Foreign bodies in the esophagus. *Annals of Thoracic Surgery* 2007;84: 1854-7.
3. Sperry SLW, Crockett SD, Miller CB et al. Esophageal Foreign-Body impactions: epidemiology, time trends and the impact of the increasing prevalence of eosinophilic esophagitis. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2011; 74-5: 985-991.
4. Sung SH, Jeon SW, Son HS et al. Factors predictive of risk for complications in patients with oesophageal foreign bodies. *Digestive and Liver Diseases*. 2011; 43: 632-635.
5. Costa P, Carraca J, Brito AS. Soluções de Continuidade do Esôfago. *GE – J Port Gastroenterologia* 2002; 9:160-170.
6. Rothagi A, Papanikitas J, Sutcliffe R et al. The role of oesophageal diversion and exclusion in the management of oesophageal perforations. *International Journal of Surgery*. 2009; 7: 142-144.
7. Lee YC, Lee ST, Chu SH. New technique of esophageal exclusion for Chronic Esophageal Perforation. *Annals of Thoracic Surgery*. 1991; 51: 1020-2.
8. Parames V, Rumisek J, Chang F. Spontaneous recanalization of the esophagus after exclusion using non-absorbable staples. *Annals of Thoracic Surgery*. 1995; 59:1214-6.