


Perfuração cervical por corpo estranho: Relato de caso

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.012-007>

Rafaela Moreira Hasse

Graduanda em Medicina
Centro Universitario Integrado, Brasil, 2024.
E-mail: rafaelahasse@gmail.com

João Pedro Michelato Passareli

Centro Universitario Integrado, Brasil, 2024.

Natália Guelfi Brogiatto

Centro Universitario Integrado, Brasil, 2024.

Vitoria Agliardi Resmini

Centro Universitario Integrado, Brasil, 2024.

Matheus Henrique Corbalan Barbosa Del Cistia

Centro Universitario Integrado, Brasil, 2024.

Bruno Bueno Pimenta

Residente de cirurgia do aparelho digestivo do Hospital das clínicas da Universidade de São Paulo –RB, Brasil, 2024.

Wanderlister Duque Tavares

Hospital Santa Casa de Campo Mourão

Bruno Barros da Silva

Hospital Santa Casa de Campo Mourão

Denis Figueiredo Bonato

Hospital Santa Casa de Campo Mourão

Vinicius Pereira Colman

Hospital Santa Casa de Campo Mourão

Vinicius Felipe Dantas de Paula

Hospital Santa Casa de Campo Mourão

Eufanio Estefano Saqueti

Hospital Santa Casa de Campo Mourão

RESUMO

As perfurações esofágicas cervicais por corpos estranhos são incomuns. Sua abordagem cirúrgica depende do grau de lesão das estruturas cervicais e do desenvolvimento de sinais e sintomas de infecção cérvico-mediastinal³. O aumento da pressão intraluminal nos locais anatômicos de estreitamento, bem como nos locais estreitados por malignidade, corpo estranho ou disfunção fisiológica, pode levar à ruptura do esôfago. Os pacientes geralmente apresentam dor cervical que pode ser acompanhada de disfagia, rouquidão, disfonia ou enfisema subcutâneo.

Palavras-chave: Perfuração de cervical, Perfuração de esôfago, Abscesso cervical, Corpo estranho, Cervicotomia exploratória.

1 INTRODUÇÃO

As perfurações esofágicas cervicais por corpos estranhos são incomuns. Sua abordagem cirúrgica depende do grau de lesão das estruturas cervicais e do desenvolvimento de sinais e sintomas de infecção cérvico-mediastinal³. O aumento da pressão intraluminal nos locais anatômicos de estreitamento, bem como nos locais estreitados por malignidade, corpo estranho ou disfunção fisiológica, pode levar à ruptura do esôfago. Os pacientes geralmente apresentam dor cervical que pode ser acompanhada de disfagia, rouquidão, disfonia ou enfisema subcutâneo.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o parecer nº 6.202.077.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

O.F.M, 64 anos, feminino, apresentada sem comorbidades. Buscou atendimento no Hospital Santa Casa de Campo Mourão após, após ter engasgado com um osso de carne em sua residência há aproximadamente 3 dias. Durante o atendimento queixava-se somente de disfagia. Realizada EDA de emergência, sendo visualizado laceração de mucosa longitudinal de aproximadamente 3 cm, em esôfago cervical. Presença de perfuração de aproximadamente 1 cm com tecido necrótico e corpo estranho impactado, retirada de corpo estranho com pinça, sendo então optado por cervicotomia exploratória.

Figura 1 - EDA com laceração de mucosa.



Fonte: prontuário do paciente.

Durante o procedimento foi realizado incisão cervical oblíqua à direita sob a borda medial do músculo esternocleidomastoideo, abertura do platisma por campo, dissecação dos músculos pré-laríngeos, evidenciando um abscesso cervical, associado a perfuração esofágica, realizado dissecação do esôfago cervical, com acesso a fáscia pré-vertebral.

Realizada drenagem de abscesso, lavagem com soro fisiológico 0.9%, colocação de dreno tubo-laminar com exteriorização por contra incisão, revisão da hemostasia, fechamento dos planos e curativo. Foi necessário passagem de sonda nasoenteral sob visão direta por EDA.

Figura 2 - Corpo estranho.



Fonte: prontuário do paciente.

A paciente precisou de cuidados na Unidade de Terapia Intensiva, sendo realizada cultura do conteúdo em dreno tubo-laminar e antibioticoterapia profilática, necessitando de ventilação invasiva por tubo orotraqueal.

Após estabilização e extubação da mesma, em espera para resultado de cultura, foi evidenciado a presença do crescimento de *Klebsiella Pneumoniae* e teste de triagem para detecção carbapenemase positivo.

Em antibiograma foi evidenciado sensibilidade à amicacina. Optou-se então pela droga antimicrobiana. Após o uso obteve melhora significativa do quadro, recebendo alta hospitalar após 30 dias de internação.

Figura 3 - Sítio cirúrgico.



Fonte: prontuário do paciente.

3 DISCUSSÃO

O esôfago está localizado no mediastino posterior e se estende desde o nível da 7ª vértebra cervical para a 11ª vértebra torácica. É dividido em regiões, incluindo o esôfago cervical, esôfago torácico e esôfago intra-abdominal, que têm influência no diagnóstico e tratamento de lesões esofágicas. O esôfago é composto por mucosa, submucosa, muscular externa e adventícia. O suprimento arterial inclui a artéria tireóidea inferior (esôfago cervical), artérias brônquicas, aorta (esôfago torácico), ramos da artéria gástrica esquerda e artéria frênica inferior (esôfago abdominal). A drenagem venosa se dá pela veia tireoidiana inferior (esôfago cervical), a veia ázigo, a veia hemiáximo ou as veias brônquicas (esôfago torácico), e a veia coronária (esôfago abdominal).

Quando a lesão esofágica é diagnosticada por esofagoscopia ou esofagografia, ou há forte suspeita em paciente hemodinamicamente instável, o paciente necessitará de exploração e reparo cirúrgico urgente¹. Contudo, devido à multiplicidade de lesões associadas nesta população de pacientes, as lesões devem ser triadas de acordo com a gravidade e a abordagem cirúrgica deve ser planejada em conformidade. O manejo inicial inclui proteção das vias aéreas, ressuscitação volêmica apropriada e avaliação laboratorial⁴.

O paciente deve permanecer em jejum, ou seja, “nada por via oral” (NPO), no momento da esofagoscopia, uma sonda nasogástrica deve ser colocada sob visão direta para proporcionar decompressão gastrointestinal, se possível⁵. A inserção cega de uma sonda nasogástrica nunca deve ser tentada em um paciente com suspeita de lesão esofágica. Antibióticos intravenosos de amplo espectro devem ser administrados abrangendo aeróbios e anaeróbios². Se o paciente estiver em terapia de longa data com um inibidor da bomba de prótons, a terapia antifúngica também deve ser administrada, particularmente para lesões do esôfago inferior.



REFERÊNCIAS

Onat S, Ulku R, Cigdem KM, et al. Fatores que afetam o resultado da perfuração esofágica cervical traumática não iatrogênica tratada cirurgicamente: 28 anos de experiência em um único centro. *J Cardiorac Surg* 2010; 5:46.

Johnson JT. Abscesses and deep space infections of the head and neck. *Infect Dis Clin North Am* 1992; 6:705-717.

Cooke DT, Lau CL. Reparo primário da perfuração esofágica. *Oper Tech Thorac Cardiovasc Surg* 2008; 13:126.

Skinner DB, Little AG, DeMeester TR. Manejo da perfuração esofágica. *Sou J Surg* 1980; 139:760.

Nandi P, Ong GB. Corpo estranho no esôfago: revisão de 2.394 casos. *Ir J Surg* 1978; 65:5.