



# LESÃO DE ESÔFAGO TORÁCICO: UM RELATO DE CASO DE PERFURAÇÃO POR ESPINHA DE PEIXE

Rodrigo Chultz<sup>1</sup>; Carolina Siciliani Aranchipe<sup>1</sup>; Laura Gomes Pereira<sup>1</sup>; Giulia Frantz Silveira<sup>1</sup>; João Pedro Zortéa da Campo<sup>1</sup>; Yuri Thomé Machado Petrilo<sup>2</sup>; Guilherme Pisoni Queiroz<sup>2</sup>; Mauro Siebert Junior<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Acadêmicos da escola de Medicina, PUCRS; <sup>2</sup>Médico residente em cirurgia geral - HPS Porto Alegre; <sup>3</sup>Preceptor do programa de residência médica em cirurgia geral - HPS Porto Alegre.

## INTRODUÇÃO

As lesões esofágicas, embora raras, são consideradas as mais graves do trato digestivo, principalmente quando envolvem a porção torácica do esôfago. As taxas de morbidade e de mortalidade nesse tipo de trauma se elevam consideravelmente quando o tratamento não é estabelecido nas primeiras 24 horas. Os fatores mais importantes que afetam o prognóstico de perfurações de esôfago são o diagnóstico tardio e a localização da perfuração.

## RELATO DE CASO

Masculino, 54 anos, HAS, admitido no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS) por queixa de desconforto torácico após ingestão de espinha de peixe há 2 dias. Na avaliação inicial, o paciente relatou importante dor do tipo pontada em topografia retroesternal a nível de esôfago torácico que piorava à movimentação. Negou episódios de dispneia, tosse, dores abdominais e febre. Ao exame clínico, consciente, eupneico, PA 176/101 e demais sinais vitais estáveis. Foi realizada uma tomografia computadorizada (TC) de esôfago que identificou a presença de corpo estranho (CE) medindo 3,7 x 0,4 cm no interior do esôfago torácico ao nível de T3-T4 com eixo maior no sentido latero-lateral, associado a bolhas

gasosas adjacentes ao esôfago e a infiltração da gordura adjacente. Encaminhado à cirurgia para toracotomia direita com retirada de CE e drenagem de tórax. No transoperatório, houve fratura de arco costal em abertura de cavidade, retirada do CE, drenagem de tórax anterior e posterior e realizado teste com azul de metileno para pesquisa de laceração, que não demonstrou evidências de lesão significativa. No pós-operatório, foi realizada antibioticoterapia profilática, retomada de medicamento anti-hipertensivo, manteve-se progressão de dieta por sonda nasoentérica com plano de 7 dias sem nada por via oral. Apresentou episódios de queda de saturação (89%), constipação e dor torácica à direita durante a recuperação. Após 8 dias, foi solicitado raio x de esôfago contrastado, que não manifestou sinais de extravasamento do contraste, foi retirado o dreno de tórax e feita progressão de dieta branda via oral. Recebeu alta no 9º dia do pós-operatório.

## DISCUSSÃO

Pacientes com perfuração de esôfago torácico podem apresentar pneumotórax e hemotórax devido a lesões associadas ao pulmão e a estruturas vasculares, além de contaminação dos espaços circundantes com conteúdos digestivos, que pode evoluir para sepse grave e até óbito,

se diagnóstico tardio e tratamento não adequado. Na suspeita de lesão esofágica, a TC deve ser utilizada na avaliação para definir a localização e extensão do ferimento, possíveis contaminações e lesão de estruturas adjacentes. A literatura atual aconselha o manejo não operatório sem necessidade de reparo primário quando não há lesão significativa, paciente estável, contaminação mínima dos espaços circundantes e rompimento esofágico contido. No caso apresentado, a localização alta da lesão inviabilizou seu acesso e se optou pela toracotomia lateral direita para remoção do CE e para drenagem da lesão com dreno de tórax.



Figura 1: Tomografia computadorizada de tórax mostrando CE em esôfago.



Figura 2: Corpo estranho 3,7 x 0,4 cm

**Palavras-chave:** perfuração esôfago torácico - lesão esofágica - trauma por corpo estranho - espinha de peixe

### REFERÊNCIAS:

1. Feliciano, DV; Mattox, KL; Moore, EE, eds. Trauma, 9e. McGraw Hill; 2020.
2. Chirica, M., Kelly, M.D., Siboni, S. et al. Esophageal emergencies: WSES guidelines. World J Emerg Surg 14, 26 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0245-2>.