

# PERFURAÇÃO ESOFÁGICA

Antônio José Maria Cataneo

Maria Aparecida Coelho de Arruda Henry

## INTRODUÇÃO

A perfuração esofágica pode ser dividida de acordo com sua etiologia em 3 tipos: Ruptura espontânea (S. Boerhaave); usualmente em decorrência de vômitos violentos e prolongados; Perfuração instrumental (iatrogênica), tanto em procedimentos diagnósticos como terapêuticos; e Secundária a trauma extraluminal (ferimento penetrante) ou intraluminal, provocado por corpo estranho (CE) deglutido.

### Ruptura espontânea de esôfago

Felizmente, evento raro, descrito pela primeira vez, em 1724, por Hermann Boerhaave, pelos achados de autópsia do Barão Wassenaer, que havia morrido após farta alimentação regada a vinho e cerveja, seguida de vômito provocado. Teve intensa dor torácica, choque e morte. O gradiente de pressão transesofágico aumentado seria o responsável pela ruptura esofágica. No momento do vômito, ocorre aumento da pressão gástrica provocada pela contração dos músculos abdominais e descida do diafragma. Neste momento, o piloro estaria contraído e o cárdia e o esfíncter circofaríngeo dilatados, para que o conteúdo gástrico seja expulso. Acredita-se que a incoordenação entre o esfíncter superior e inferior do esôfago manteria o superior contraído e, com isso, a pressão transesofágica aumentaria muito, levando à ruptura. Essa incoordenação poderia ser provocada tanto pelo efeito local da regurgitação ácida, como central, pela fadiga do centro do vômito ou efeito do próprio álcool sobre ele. O quadro nem sempre é clássico, pois são descritos casos sem sintomas precedentes, sem vômitos ou mesmo sem relação com alimentação. A perfuração espontânea pode ocorrer também devido a lesões esofágicas ou contíguas ao esôfago, como úlcera de Barrett, neoplasia de esôfago, linfoma, carcinoma brônquico, leiomioma, aneurisma de aorta, infecções esofágicas, etc.

## Trauma

Ferimentos penetrantes tanto cervicais como torácicos podem levar a perfuração de esôfago, e raramente na contusão torácica, mas as compressões torácicas bruscas também podem levar à perfuração do esôfago, devido ao aumento da pressão do ar alçaponado dentro dele. Também é descrita ruptura cervical do esôfago em trauma contuso cervical, com ou sem fratura vertebral. Traumas decorrentes da ingestão ou remoção de CE esofágicos também podem levar à perfuração esofágica. A maioria delas ocorre mais de 24 horas após ingestão e são devidos à inflamação transmural no sítio de impactação do CE. Em perfurações provocadas por espinhos de peixe (1), estão descritas inclusive perfurações de aorta (2). A perfuração também pode ocorrer no momento da retirada do CE impactado.

A perfuração esofágica pode também ocorrer em pacientes na vigência de medicação anti-inflamatória (fig. 1 A) e naqueles que ingerem substâncias cáusticas ou corrosivas.

### Perfuração instrumental

É a etiologia mais freqüente de perfuração esofágica. Tem incidência alta quando é utilizado esofagoscópio rígido, mas, com flexível, a incidência é bem menor. O risco aumenta quando é feita biopsia, dilatação ou remoção de CE. O risco também é maior quando a intubação é dificultada por doença em coluna cervical, divertículo de Zenker, pacientes idosos e não cooperativos. Na ultrassonografia endoscópica também existe risco de perfuração . Endoscopias terapêuticas aumentam o risco de perfuração, sendo o tratamento paliativo do câncer esofágico o de maior risco, mas algumas casuísticas mostram que a maior incidência de perfuração está relacionada à remoção de C.E. , sendo a extração das próteses dentárias um procedimento de alto risco de perfuração. Perfuração também tem ocorrido como complicação de escleroterapia em varizes de esôfago, e a literatura mostra que a maioria destas perfurações só é descoberta na autópsia .

Outras perfurações iatrogênicas podem ocorrer em várias intervenções como ressuscitação neonatal, intubação endotraqueal , traqueostomias percutâneas, inserção de

sondas nasogástricas e enterais, e até em realizações de esofagograma com duplo contraste. Na cirurgia do esôfago ou próximas dele, como cirurgias cervicais, mediastinais e torácicas, também pode ocorrer perfuração esofágica.

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

1) Ruptura espontânea - A dor está quase sempre presente e geralmente é retroesternal, mas pode estar localizada na região abdominal alta ou torácica anterior baixa, e inclusive nas costas. A dor geralmente está associada à dispnéia e pode preceder ou suceder a ocorrência de vômito, mas este nem sempre está presente. Enfisema subcutâneo é um dos últimos achados, e geralmente está ausente nas primeiras 24 a 48 horas. Apesar do vômito poder ter estrias de sangue, a hematêmese maciça é incomum. A febre ocorre com frequência.

A dificuldade e demora no diagnóstico é comum, devido ser uma patologia rara, pela dificuldade de tirar história adequada pelas condições críticas do paciente, e pela ausência das características clássicas na apresentação.

Os diagnósticos diferenciais mais comuns são úlcera péptica perforada, pancreatite aguda, aneurisma de aorta, pneumonia, infarto do miocárdio, pericardite, pneumotórax espontâneo e embolia pulmonar. A perfuração esofágica pode ocorrer em associação com úlcera duodenal perforada.

A radiografia de tórax raramente é diagnóstica (fig.2 A), apesar de geralmente ser anormal. Pode ser encontrado hidrotórax, hidropneumotórax ou pneumotórax (fig. 2 E), mais comumente à esquerda, mas podem ser também à direita ou bilateral, infiltrado pulmonar inespecífico, enfisema mediastinal e pneumoperitônio.

A toracocentese geralmente revela líquido de odor fétido e aspecto purulento, geralmente com pH bastante ácido (próximo de 6), mas já foram descritos casos com pH alcalino. A amilase pleural está elevada estando de 1,5 a 9 vezes maior que a amilase sérica, que costuma estar normal, diferenciando da pancreatite, que tem a amilase sérica também elevada. A presença de alimento não digerido no líquido faz o diagnóstico, mas é raramente observado.

A ruptura geralmente ocorre no terço distal do esôfago, sendo dez vezes menos freqüente no terço médio, e muito mais raro no terço proximal. Anatomicamente, a ruptura é longitudinal sendo maior na mucosa que na serosa. Os homens são afetados 4 vezes mais que as mulheres, e as várias séries da literatura mostram mortalidade variando em torno de 20 a 60%.

2) Perfuração Instrumental- O diagnóstico rápido em uma perfuração instrumental está relacionado à capacidade do profissional de reconhecer os primeiros sinais e sintomas, e isto pode ocorrer após uma intubação endotraqueal difícil, em uma cirurgia que envolva diretamente ou por contigüidade o esôfago, em uma endoscopia diagnóstica ou terapêutica, portanto diversas especialidades médicas estão envolvidas, e devem aceitar a possibilidade de perfuração esofágica, para que medidas terapêuticas possam ser rapidamente tomadas.

As perfurações instrumentais ocorrem com maior freqüência no esôfago cervical e distal, no primeiro caso relacionado à dificuldade de intubação, e no segundo relacionado à doença esofágica, onde ocorre geralmente imediatamente proximal à zona estenótica ou mais raramente na própria lesão.

Como na perfuração espontânea, a dor é um sintoma freqüente, geralmente localizada na altura do local de perfuração. Contrariamente à ruptura espontânea, o vômito não é comumente associado, e a dispnéia ocorre menos freqüentemente. Nas perfurações cervicais são mais freqüentes a dor cervical, disfagia e enfisema cervical. Febre e leucocitose podem estar ausentes. Radiografia de tórax e esofagograma são mais freqüentemente interpretados como normal na perfuração instrumental que na espontânea.

#### DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO (fig 2)

Na ruptura espontânea, alguma alteração radiológica deve ser encontrada. São elas: hidrotórax (geralmente à esquerda); hidropneumotórax, pneumotórax, pneumomediastino, enfisema subcutâneo, alargamento mediastinal, infiltrado pulmonar inespecífico e pneumoperitônio.

Na perfuração instrumental do esôfago cervical, o ar escapa através do tecido periesofágico e nota-se enfisema prevertebral e subcutâneo e pode-se notar nível hidro-aéreo retro visceral deslocando a traquéia para frente. Na perfuração instrumental do

esôfago torácico, podem ser encontradas as alterações descritas para a ruptura espontânea, mas em menor grau, com achado radiológico mais próximo do normal.

O esofagograma é preferível à endoscopia para diagnóstico de perfuração esofágica, devido a menor sensibilidade deste último. Além disso, existe a hipótese de que a insuflação de ar durante o procedimento endoscópico pode aumentar o tamanho da perfuração e aumentar a contaminação do tecido periesofágico. Entretanto, no trauma penetrante de esôfago, a endoscopia tem conseguido alta especialidade e sensibilidade sem complicações adicionais.

Estudos têm demonstrado que a sensibilidade do esofagograma na perfuração instrumental do esôfago torácico é próxima de 100%, mas no esôfago cervical é menor que 60%, provavelmente devido à alta velocidade do trânsito neste nível. A escolha do contraste é controversa, muitos preferem começar com agentes hidrossolúveis, e se for negativo, passar para o Bário.

A tomografia computadorizada tem vantagem sobre o esofagograma, por mostrar o tecido periesofágico alterado no local da perfuração, além de guiar a passagem do dreno nos casos onde se prefere o tratamento conservador.

## TRATAMENTO

A perfuração esofágica foi, por muito tempo, considerada patologia fatal, desde a descrição de Boerhaave. Em 1948, Jemerin descreve mortalidade próxima de 70%, quando feito tratamento clínico (18). Barret descreve o primeiro tratamento cirúrgico com sucesso em 1947 .

Posteriormente, várias séries são publicadas com mortalidade variando de 10 a 30%, quando o tratamento cirúrgico era feito precocemente. Concomitantemente a isso, com a antibioticoterapia eficaz, a mortalidade diminuiu mesmo com o tratamento conservador em casos selecionados. Alguns autores relatam mortalidade de 6% em perfuração instrumental com tratamento conservador (20, 21), indo até 0% em trabalhos mais recentes.

O tratamento conservador consiste em suspensão de toda ingestão oral, antibióticos de amplo espectro, ativos inclusive para anaeróbios, suporte nutricional e drenagem. Existem trabalhos recentes mostrando a eficácia do tratamento conservador chamado de agressivo, onde além da drenagem da cavidade pleural é feita também drenagem guiada por TC no local da fístula. Os autores acreditam que a perfuração e a contaminação pleural, uma vez controlada por drenagem adequada, simplesmente se tornam uma fístula esofagocutânea, com capacidade de cicatrização semelhante a qualquer fístula gastrointestinal. Estes autores não tiveram óbitos com este tipo de tratamento, mas os primeiros só o fizeram em crianças com perfuração instrumental, cujo prognóstico costuma ser melhor, e a maioria dos pacientes tratados por Vogel, que eram adultos, já estavam há mais de 36 horas com a perfuração, tendo passado, portanto, pelo teste do tempo e sobrevivido. No tratamento cirúrgico, além das medidas acima, é feito também reparo, remoção ou exclusão da zona lacerada.

Os guias para a decisão sobre o tipo de tratamento devem levar em conta:

1) Se a perfuração é iatrogênica ou espontânea: Na ruptura espontânea, existe intensa contaminação mediastinal pelos restos alimentares e conteúdo gástrico, enquanto que na perfuração instrumental, que ocorre geralmente com o paciente em jejum, a contaminação da ferida é menor. Sendo assim, o primeiro caso requer um tratamento mais agressivo, com limpeza cirúrgica e drenagem adequada, enquanto que, no segundo caso, poderia ser suficiente o tratamento conservador. Existem trabalhos mostrando que até a clipagem endoscópica é eficaz.

2) A localização da perfuração: As perfurações cervicais poderiam ser tratadas de forma conservadora mais freqüentemente que as torácicas, mas intervenções cervicais são de tão baixa morbimortalidade que talvez não valeria a pena deixar de fazer uma exploração cirúrgica, no momento da drenagem. Já nas perfurações torácicas, conforme já foi dito, pode ser optado por um ou outro tratamento, dependendo das circunstâncias. Nas perfurações do esôfago distal intra-abdominal, o tratamento deve ser sempre cirúrgico.

3) A extensão da perfuração e comprometimento adjacente: A extensão da lesão e o comprometimento adjacente são os elementos mais importante para a decisão terapêutica, pois uma ruptura onde haja pneumomediastino difuso, hidrotórax, pneumotórax, hidropneumotórax ou pneumoperitônio devem ser tratados cirurgicamente, com limpeza ampla do mediastino, enquanto aqueles que têm a lesão bem contida poderiam ser somente drenados, desde que isto seja possível somente com o auxílio da radiografia. Se existe retenção de corpo estranho também está indicada a limpeza cirúrgica.

4) Condições prévias do esôfago: Quando existe doença maligna esofágica avançada e ocorre a perfuração durante a passagem de uma endoprótese, o tratamento conservador deve ser o preferido, pois além de evitar a agressividade de uma cirurgia num tumor inoperável, geralmente com a passagem da endoprótese pode haver oclusão da lesão, e a própria infiltração neoplásica parece limitar a extensão da contaminação ao redor. Diferente seria se a patologia esofágica já tivesse indicação cirúrgica na ausência da perfuração, como câncer esofágico pouco avançado, acalasia ou estenose não dilatável. Neste caso, a opção pela cirurgia imediatamente após a perfuração instrumental poderia resolver o problema do doente.

5) O tempo decorrido da perfuração ao diagnóstico: Este deve ser o menor possível, pois a demora pode levar à mediastinite necrotizante, que exigiria agressiva intervenção cirúrgica com abertura de ambos os hemotórax e limpeza de toda a gordura mediastínica necrosada. Por outro lado, um diagnóstico tardio pode ser um indicativo da escolha de tratamento conservador. Estes pacientes já passaram pelo teste do tempo e sobreviveram. Por outro lado, existem casos bem sucedidos de reparo de lesão com mais de 36 horas de perfuração em crianças.

6) A presença ou ausência de sinais de sepse: Os sinais de sepse, como instabilidade da pressão sangüínea e necessidade de drogas inotrópicas, devem ser levados em consideração para indicar um tratamento mais agressivo, enquanto o tratamento conservador seria indicado em pacientes que permanecem clinicamente bem e estáveis, mesmo após demora no diagnóstico.

## Tratamento cirúrgico

Em perfurações com diagnóstico feito até 24 horas, deve-se tentar a sutura primária da lesão. Após o desbridamento dos tecidos necróticos, a sutura deve ser realizada em dois planos: o mucoso e o muscular. Para reduzir a chance de deiscência, a sutura deve ser protegida com tecidos circunvizinhos, podendo ser utilizados gordura pericárdica, pleura, diafragma e músculos intercostais, ou tecidos à distância como omento ou peitoral maior.

Quando a sutura primária não é possível, pode ser feita a esofagectomia, com esofagostomia cervical e gastrostomia para alimentação. A esofagectomia, preconizada por muitos autores, deve ser realizada o mais precoce possível, visando minimizar as conseqüências da mediastinite.

A reconstrução do trânsito pode ser feita no mesmo tempo ou posteriormente, quando as condições do paciente estiverem adequadas. O ideal é a realização da cirurgia por duas equipes que devem atuar simultaneamente, o que reduz o tempo cirúrgico de maneira significativa, pois enquanto uma equipe realiza a exeresse do esôfago, a outra prepara o órgão a ser transposto para o tórax. Os detalhes técnicos que utilizamos de rotina em nosso serviço são os seguintes: O acesso venoso é feito pelo braço esquerdo, a intubação traqueal com sonda de Carlens, a qual permite insuflação seletiva dos pulmões. São feitas sondagens vesical e nasogástrica. O paciente fica em decúbito dorsal horizontal, porém com o tórax desviado para a esquerda, expondo o hemitórax direito. O braço direito é elevado e a cabeça em ligeira rotação para a direita. O tempo torácico inicia-se com toracotomia no 5<sup>o</sup> espaço intercostal direito, com ventilação monopulmonar à esquerda. É feita a confirmação diagnóstica; aspiração das secreções provenientes da perfuração esofágica; ligadura da veia ázigos; posteriormente, são ligados os vasos que irrigam o esôfago torácico e feito isolamento do mesmo. O tempo abdominal inicia-se com laparotomia mediana supra-umbilical, do apêndice xifóide até a cicatriz umbilical, ligadura dos vasos gástricos, deixando íntegras as artérias e veias gastroepiplóica direita e esquerda. É confeccionado o tubo gástrico, usando-se duas cargas do grampeador cortante de 75mm, e feita piloroplastia. A transposição do tubo gástrico para a cavidade torácica é feita sem



tensão (fig. 1B). O tempo cervical inicia-se com cervicotomia longitudinal à esquerda, na borda anterior do músculo esternocleidomastoideo, onde é feito isolamento do esôfago cervical com dreno de Penrose número 2 e seccionado o esôfago cervical. A anastomose esôfago-gástrica é feita em dois planos, sutura contínua, sendo a adventícia-muscular com mono nylon 3-0 e a total com vicryl 3-0; colocado dreno sentinela próximo da sutura (Penrose número 2) e exteriorização do dreno por contra-abertura. Na complementação do tempo abdominal, é feita jejunostomia dupla (Levine numero 20), direcionando uma sonda para o estômago (para drenar as secreções gástricas) e a outra para o jejuno, servindo como via de alimentação, enquanto a via oral não pode ser utilizada. O pós-operatório é feito em unidade de terapia intensiva, com fisioterapia respiratória precoce aliada a adequado suporte hidroeletrolítico, antibioticoterapia e profilaxia da trombose venosa profunda.

As complicações mais freqüentes são a pneumonia e a fistula cervical. Para o diagnóstico desta última complicação, realizamos o teste ao redor do 4<sup>o</sup> dia de pós-operatório. Este consiste na administração, via oral, de 50 a 100ml de solução de azul de metileno. A recuperação do mesmo pelo dreno cervical é indicativo de fístula cervical. Além do jejum absoluto, nenhuma outra conduta deve ser tomada frente a este diagnóstico, pois o aporte nutricional está garantido pela jejunostomia. A dieta pela jejunostomia deve ser iniciada o mais precoce possível, assim que apareçam os ruídos hidroaéreos propulsivos, administrada de 3 em 3 horas, iniciando com 50ml por refeição e aumentando progressivamente (1 ml da dieta fornece 1 caloria de aporte nutricional). A fístula costuma ocluir, espontaneamente, ao redor do 15<sup>o</sup> dia de pós-operatório.

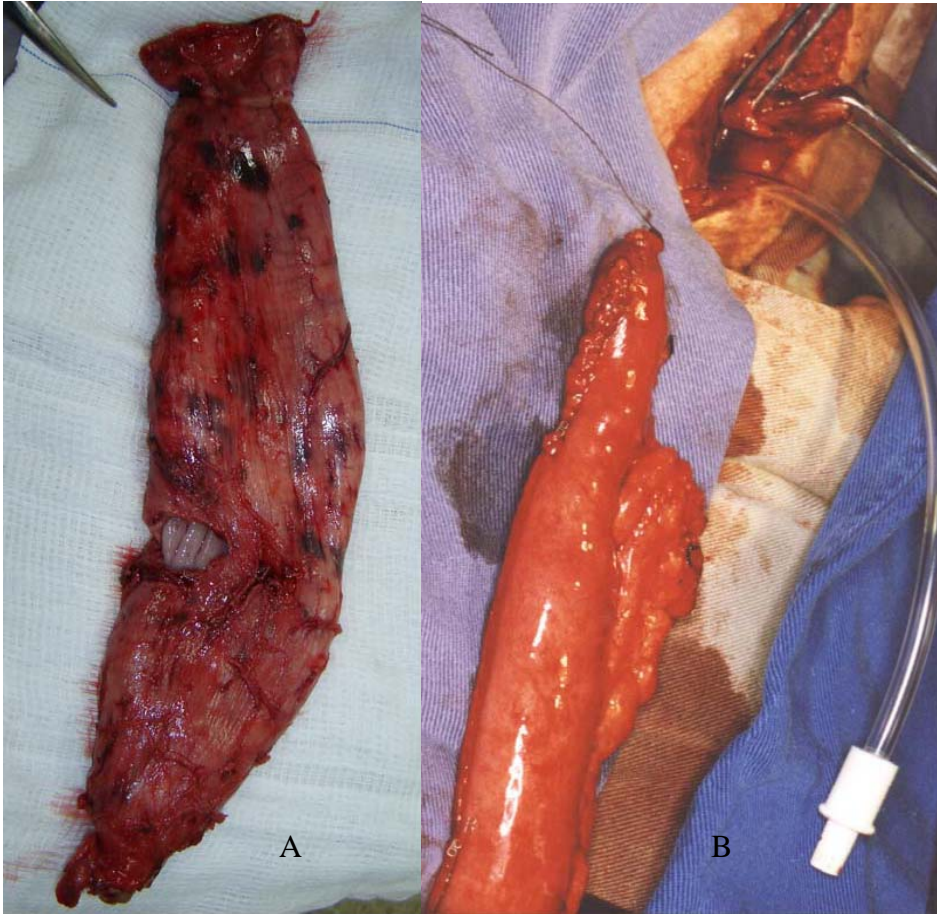
Pode ocorrer complicação tardia desta operação pela estenose da anastomose esôfago-gástrica, obtendo-se resposta satisfatória através de dilatações com sondas de Savary-Gillard.

## REFERÊNCIAS

1. Barillo JL, Fontes LES, Koury Filho M, Guimaraes RI, Silveira OH. Mediastinite após deglutição de espinha de peixe. *Rev Col Bras Cir* 2005;32 (supl 2):500.
2. D'Costa H, Bailey F, McGavigan B, George G, Todd B. Perforation of the oesophagus and aorta after eating fish: an unusual cause of chest pain. *Emergency Medicine Journal*. 2003 Jul;20(4):385-6.
3. Henry MACA, Lercó MM, Oliveira WK, Dias FG. Perfuração do esôfago causada pela ingestão de anti-inflamatórios. *Rev Col Bras Cir* 2005;32(supl 2):372.
4. Henry M ACA, Lercó MM, Oliveira WK, Batalha PKM. Lesões esofágicas causadas pela ingestão de substâncias cáusticas ou corrosivas. *Arq Bras Cir Dig* 2005;18(1):3-7
5. Stojakov D, Sabljak P, Bjelovic M, Simic A, Nenadic B, Karamatollah E, Spica B, Velickovic D, Djukic V, Pesko P. Perforation of the esophagus and pharynx: 5 year of experience. *Dis Esophagus* 2004;17(supl 1):A51.
6. Kerbaul F, Renard S, Guidon C, Gouin F, Villacorta J, Collart F, Mouly-Bandini A, Kreitmann B, Metras D, Ville E, Doddoli C. Acute esophagoarterial perforation and hemorrhagic shock during transesophageal echocardiography that occurs after heart-lung transplantation. *Journal of Heart & Lung Transplantation*. 2004 Apr;23(4):509-11.
7. Henry MACA, Mendes E F, Saad LHC, Rodrigues PA, Gonçalves Jr I. Histoplasmose do esôfago. Relato de caso. *Arq Gastroenterol* 1996;33(1):26-28.
8. Stojakov D, Sabljak P, Bjelovic M, Dunjic M, Nenadic B, Ebrahimi K, Spica B, Velickovic D, Dukic V, Saranovic D, Djuric-Stefanovic A, Pesko P. [Iatrogenic perforations of the esophagus and hypopharynx--5 year experience at the Center for Esophageal Surgery]. [Serbian] *Acta Chirurgica Iugoslavica*. 2004;51(1):93-101.
9. Nwaorgu OG, Onakoya PA, Sogebi OA, Kokong DD, Dosumu OO. Esophageal impacted dentures. *Journal of the National Medical Association*. 2004 Oct;96(10):1350-3.
10. Korula J, Pandya K, Yamada S. Perforation of esophagus after endoscopic variceal sclerotherapy. *Dig Dis Sci* 1989;34:324.

11. Van Thiel DH, et al. Prophylactic versus emergency sclerotherapy or large esophageal varices prior to liver transplantation. *Dig Dis Sci* 1993;38:1505.
12. Waked A, Murakami HLB, Bastos AAC. Perfuração do esôfago cervical durante a entubação oro traqueal. *Rev Col Bras Cir* 2005;32(supl 2):520.
13. Altorjay A, Szilágyi A, Sárkány A, Varga I, Jachymczyk G, Paal B, Kecskés G. Synchronous spontaneous perforation of the esophagus and a duodenal ulcer. *Dis Esophagus*, 2005;18:207-10.
14. Pate JW, et al. Spontaneous rupture of the esophagus: a 30-year experience. *Ann Thorac Surg* 1989;47:689.
15. Horwitz B, et al. Endoscopic evaluation of penetrating esophageal injuries. *A M J Gastroenterol* 1993;88:1249.
16. Moghissi K, Pender D. Instrumental perforations of the oesophagus and their management. *Thorax* 1988;43:642.
17. Sarr MG, Pemberton JH, Payne WS. Management of instrumental perforations of the esophagus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1982;84:211.
18. Jemerin EE. Results of treatment of perforation of the esophagus. *Ann Surg* 1948;128-971.
19. Barrett NR. Report of a case of spontaneous perforation of the oesophagus successfully treated by operation. *Br J Surg* 1947;35:216.
20. Mengoli LR, Klassen KP. Conservative management of esophageal perforation. *Arch Surg* 1965;91:238.
21. Wesdorp I, et al. Treatment of instrumental oesophageal perforation. *Gut* 1984;25:398.
22. Martinez L, Rivas S, Hernandez F, et al. Aggressive conservative treatment of esophageal perforations in children. *J Pediatr Surg* 2003;38:685-689.
23. Vogel SB, Rout WR, Martin TD, Abbitt PL. Esophageal perforation in adults: aggressive, conservative treatment lowers morbidity and mortality. *Annals of Surgery*. 2005 Jun;241(6):1016-21; discussion 1021-3.
24. Shimizu Y, Kato M, Yamamoto J, Nakagawa S, Komatsu Y, Tsukagoshi H, Fujita M, Hosokawa M, Asaka M. Endoscopic clip application for closure of esophageal perforations caused by EMR. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2004 Oct;60(4):636-9.

- 25.** Machmouchi MA. Bakhsh KA. Al-Harbi MA. Al-Shareef ZH. Pleural flap for delayed presentation of intrathoracic esophageal perforation. Saudi Medical Journal. 2004 Sep;25(9):1267-9.
- 26.** Reid RR. Dutra J, Conley DB, Ondra SL. Dumanian GA. Improved repair of cervical esophageal fistula complicating anterior spinal fusion: free omental flap compared with pectoralis major flap. Report of four cases. Journal of Neurosurgery. 2004 Jan;100(1 Suppl Spine):66-70.
- 27.** Cuesta M. Surgical treatment of thoracic esophageal perforation: treatment of thoracic esophageal perforation pose the surgeon for a great challenge. Dis Esophagus, 2004;17(supl 1):A51.
- 28.** Athanassiadi K, Gerazounis M, Kalantzi N, Skotis I. Esophageal perforation: etiology, diagnosis and management. Dis Esophagus 2004;17(supl 1):A51.
- 29.** Sallum RA, Lupinacci RM, Teixeira DB, Da Rocha JRM, Ceconello I. Perfuração esofágica insuspeita durante ecoendoscopia. Relato de caso e revisão de literatura. Rev Col Bras Cir 2005;32(supl 2):519.



**Figura 1** - Perfuração em esôfago torácico decorrente do uso de anti-inflamatório em paciente com megaesôfago chagásico (A). Transposição do tubo gástrico a ser anastomosado no esôfago (B).

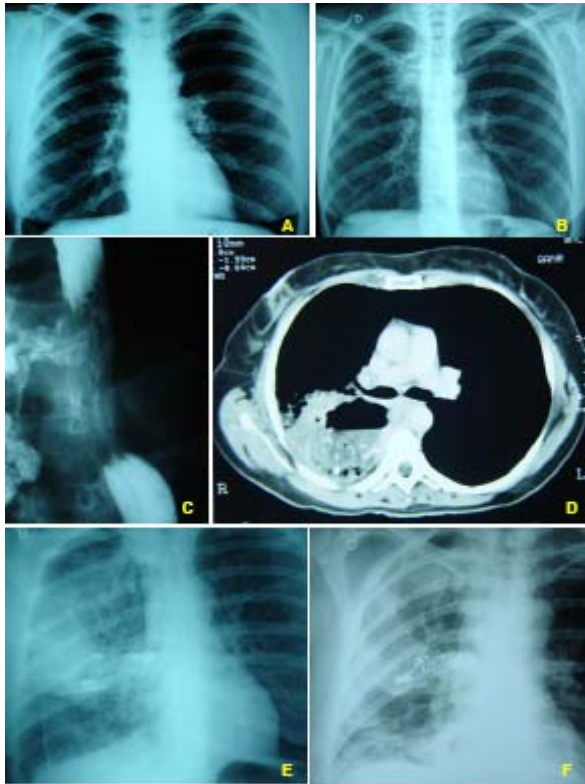


Figura 2 – Paciente com disfagia há seis meses e dor em coluna torácica há um mês (A).  
RX três dias após (B). Esofagograma com falha de enchimento devido a neoplasia.  
Notar fístula (C). Tomografia feita no mesmo dia (D). Pneumotórax horas após a  
realização da tomografia (E). Radiografia uma semana após drenagem torácica lateral  
e drenagem no local da fistula posterior (F).