

Perfurações e roturas do esôfago

Perforations and rupture of the esophagus

Giovanni Antonio Marsico*, Dirceo Edson de Azevedo**,
Carlos Alberto Guimarães***, Ivam Mathias****

RESUMO

Relatamos nos últimos 13 anos (1987-2000) 37 casos de perfurações de esôfago. Em 18 pacientes, as lesões estavam localizadas no esôfago cervical, 17 no tórax e 2 na parte abdominal. Vinte e cinco sofreram ferimentos por arma de fogo e dois por arma branca; em cinco as roturas foram causadas por procedimentos endoscópicos; em um devido a corpo estranho; dois após a realização de esclerose de varizes de esôfago; em dois ocorreu por rotura espontânea; um por iatrogenia durante artrodese de coluna cervical e um após pneumonectomia. O fator prognóstico mais importante no tratamento desses pacientes foi o tempo. Quando o tratamento foi realizado nas primeiras 24 horas, a mortalidade foi de 5%. O intervalo entre a perfuração e o tratamento foi menor que 24 horas em 20 (54%) pacientes e acima de 24 horas em 17 (46%). Dentre os pacientes vistos tardiamente, 8/17 (47%) morreram. No grupo dos que foram atendidos nas primeiras 24 horas, ocorreu 1/20 (5%) óbito.

ABSTRACT

During the past 13 years (1987-2000) a series of 37 oesophageal perforations is reported. Eighteen cases were localized in the cervical esophagus, 17 in the thoracic portion and 2 to the intraabdominal segment. Twenty five sustained gunshot wounds and 2 suffered stab wounds, 5 followed oesophageal endoscopy, one was due to foreign body, 2 patients due perforation after sclerotherapy for esophageal varices, 2 was spontaneous, one during fixation of spinal column and one was postpneumonectomy. The most important item in the treatment of these patients was the time factor. In the first 24 hours the mortality was 5%. The interval from perforation to operation was less than 24 hours in 20(54%) patients, and more than 24 hours in 17(46%). Among those patients seen later, there was a high mortality rate 8/17(47%). Among those patients seen in the first 24 hours, the mortality rate was 1/20(5%).

Palavras-chaves: rotura de esôfago, perfuração do esôfago, esôfago mortalidade.
Key-words: rupture esophageal, esophageal perforation, esophagus mortality.

*Cirurgião de Tórax do Hospital Municipal do Andaraí - RJ, Chefe do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Geral de Bonsucesso - RJ.

**Chefe do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Municipal do Andaraí - RJ.

***Cirurgião de Tórax do Hospital Municipal do Andaraí - RJ, Professor Adjunto da UFRJ. Cirurgião de Tórax do Instituto de Doenças do Tórax - UFRJ.

****Cirurgião de Tórax do Hospital Geral do Andaraí - RJ, Chefe do Departamento de Cirurgia e Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ.

Local onde foi realizado o trabalho: Hospital Municipal do Andaraí-RJ - Serviço de Cirurgia Torácica.

Correspondência: Giovanni Antonio Marsico, Hospital Municipal do Andaraí - Cirurgia Torácica, 7º andar, Rua Leopoldo 280, Andaraí - CEP: 21541-170 - Tel. 21 5757035 - E-mail: marsicog@gbl.com.br.

Artigo recebido para publicação no dia 11/05/2001 e aceito no dia 12/07/2001, após revisão.

Introdução

Nos grandes centros de trauma nível 1, ocorrem menos de cinco lesões do esôfago por ano. Na primeira guerra mundial, foram descritas quatro feridas penetrantes de esôfago. Durante a segunda grande guerra mundial, guerra da Coréia e Vietnam, dentre 6000 grandes traumatizados de tórax, foram relatadas 18 perfurações de esôfago. Relativamente, as perfurações e roturas do esôfago são ocorrências pouco freqüentes, o que implica na pouca experiência da maioria dos cirurgiões no trato desse tipo de trauma. Das lesões que ocorrem no trato digestivo, as do esôfago são consideradas as mais graves e letais. Conforme dados da literatura, a mortalidade tem se mantido alta e estável nos últimos 25 anos, variando de 20% a 50%^(1,2,3).

Diversos são os fatores que interferem na evolução, prognóstico e tratamento das perfurações no esôfago: a) causa da lesão; b) estado prévio do esôfago; c) existência de lesão concomitante em outros órgãos; d) localização da perfuração; e) extensão da ferida e a contaminação que ela provoca; f) tempo decorrido entre a perfuração e o tratamento adequado; g) estado clínico do paciente. Os aspectos considerados mais importantes são o retardo no diagnóstico e a localização da perfuração^(2,3).

Nas perfurações do esôfago, em que o tratamento é instituído nas primeiras 24 horas, tempo considerado ideal e "precoce" pela maioria dos autores, a mortalidade gira em torno de 25%. Após 24 horas, pode atingir o dobro. Na fase aguda da lesão, o grau de contaminação local e o dano tissular são menos intensos. Eventualmente, mesmo com poucas horas de perfuração, podemos nos defrontar com mediastinite avançada, empiema pleural e necrose dos tecidos^(1,3,4).

O estudo tem por finalidade avaliar a mortalidade relacionada ao tempo decorrido entre a perfuração esofágica e o tratamento.

Pacientes e Método

No período compreendido entre janeiro de 1987 e novembro de 2000, foram atendidos no Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Municipal do Andaraí- RJ, 37 pacientes com perfuração no esôfago.

A idade dos pacientes variou de 15 a 72 anos (média de 35 anos), 33 eram do sexo masculino. Dezoito perfurações estavam localizadas no esôfago cervical, 17 no esôfago torácico e 2 no esôfago

abdominal. Em 27 (75%) a lesão foi causada por ferimentos penetrantes, 25 por projétil de arma de fogo e 2 por arma branca. Em três pacientes, as perfurações ocorreram durante a realização de endoscopia digestiva diagnóstica. Em dois, a perfuração aconteceu durante a esclerose de varizes no esôfago. Uma lesão foi causada pela ação direta do corpo estranho na luz do esôfago. Um paciente teve a perfuração diagnosticada no vigésimo oitavo dia do pós-operatório de pneumonectomia direita. Ocorreu uma lesão iatrogênica no esôfago cervical, durante a realização de artrodese de coluna cervical. Duas roturas espontâneas do esôfago foram causadas por vômitos incoercíveis; um no quinto dia do pós-operatório de pneumonectomia esquerda e outro após libação alcoólica e uso de tóxicos (Tabela 1).

Três pacientes apresentavam doença prévia no esôfago: dois com varizes no esôfago e outro com estenose cáustica.

Resultados

O diagnóstico inicial foi obtido de várias maneiras. O estudo radiológico do esôfago, contrastado com sulfato de bário, foi realizado em 7 das 18 perfurações do esôfago cervical. O exame evidenciou a perfuração em todos. Outras seis perfurações foram identificadas durante explorações cirúrgicas, praticadas em virtude da suspeita prévia de lesão no esôfago cervical ou em estruturas vizinhas. Em três, a exteriorização de líquidos ou alimentos pela solução de continuidade existente na parede do esôfago, firmou o diagnóstico. A saída de azul de metileno pela ferida cervical, após ingestão oral, selou o diagnóstico em dois casos (Tabela 2).

Os métodos iniciais de diagnóstico, das 17 perfurações no esôfago torácico, são descritos a seguir. A perfuração foi identificada em todos os 10 pacientes estudados inicialmente com sulfato de bário. Duas foram achados intra-operatórios durante toracotomia exploradora realizada por outras causas. Um paciente eliminou alimento através do dreno de tórax. Em uma ocasião a perfuração foi detectada após a ingestão oral de azul de metileno e a saída da substância pelo dreno de tórax, previamente existente no espaço pleural. Três pacientes foram transferidos de outros hospitais e não foi possível obter o relato do método inicial de diagnóstico (Tabela 2).

As duas lesões no esôfago abdominal, oriundas de ferimentos toracoabdominais por projétil de arma de fogo, foram encontradas durante laparotomia

exploradora. Em um paciente, o exame contrastado com bário foi falso negativo (Tabela 2).

Consideramos como diagnóstico e tratamento precoces, quando são realizados nas primeiras 24 horas após a perfuração no esôfago. Nas 18 localizadas no esôfago cervical, o diagnóstico foi precoce em 12(67%) pacientes. Das 17 perfurações situadas no esôfago torácico, 7(41%) tiveram diagnóstico precoce. Nas duas lesões do segmento abdominal, uma foi identificada antes de decorridas 24 horas e a outra, após este período (Tabela 3).

Lesões associadas em um órgão ou mais, foram encontradas em 23(85%) dos 27 pacientes que sofreram ferimentos penetrantes. Isto ocorreu em 12(80%) dos 15 com feridas penetrantes do esôfago cervical. A traquéia foi atingida em 8(53%) pacientes, a carótida em um, a jugular em um e a área raquimedular – causando paraplegia, em dois.

Dos 10 pacientes com ferimentos penetrantes no esôfago torácico, 9(90%) sofreram lesões concomitantes, em um ou mais órgãos. A traquéia em 5 (50%) ocasiões, o pulmão em 8 (80%) e a veia cava superior em um. Nos dois casos de lesão da parte abdominal do esôfago, foram encontrados ferimentos no pulmão, diafragma, baço, estômago e alças de intestino delgado.

No tratamento cirúrgico inicial, estiveram envolvidos diferentes cirurgias e as condutas foram variadas, não permitindo portanto maiores conclusões. Todavia, os pacientes operados nas primeiras 24 horas, basicamente, foram submetidos à sutura primária da lesão e drenagem. Os que foram tratados tardiamente, a principal opção foi a drenagem ampla e eventual derivação. Nos três pacientes, em que a perfuração ocorreu no esôfago previamente doente, não foi necessário nenhuma medida adicional em virtude dessa condição que não fosse única e exclusivamente relacionada com o tratamento da perfuração. As aderências pleurais e pulmonares existentes favoreceram a conduta conservadora.

Dos 12 pacientes com lesões localizadas na parte cervical do esôfago, diagnosticadas e tratadas precocemente, quatro evoluíram com complicações. Dois com fístulas na região cervical, um com fístula esôfagopleural e empiema pleural e outro somente com empiema pleural. O tratamento consistiu em drenagem ampla, visando orientar a fístula e a cura da infecção pleural. Todos tiveram evolução favorável. Dentre os cinco que foram tratados tardiamente, três complicaram com

mediastinite, empiema pleural, sepse e óbito (Tabela 3).

Dentre os sete pacientes com feridas no esôfago torácico, tratados precocemente, dois apresentaram complicações. Um evoluiu com fístula esôfagopleural, corrigida definitivamente com mioplastia e toracoplastia. No outro paciente, com fístula esôfagopleural e empiema bilateral, foi realizado pleurostomia bilateral e houve fechamento espontâneo da fístula esofágica. Dos 10 pacientes, nos quais o tratamento foi instituído tardiamente, oito apresentavam mediastinite e empiema no momento do diagnóstico, quatro morreram em sepse (Tabela 3).

Sobreviveram todos os 12 pacientes com lesões no esôfago cervical, cujo diagnóstico e tratamento foram precoces. Dentre os seis, que tiveram as perfurações detectadas tardiamente, 3(50%) curaram e 3(50%) evoluíram com sepse e morte. Dentre os 7 pacientes com lesões no esôfago torácico, que foram tratados precocemente, 6(86%) tiveram evolução favorável. O único óbito foi causado por sepse. Dentre os 10, com diagnóstico e tratamento tardios, 4(40%) morreram em sepse e 6(60%) sobreviveram. Dos dois pacientes com ferimentos localizados no esôfago abdominal, sobreviveu o que foi tratado de imediato (Tabela 3).

Ocorreram 9(24%) óbitos do total de 37 pacientes com perfuração no esôfago. Correlacionando o número de mortes, com a presteza do tratamento, constatamos que nos 20(54%) indivíduos em que o tratamento foi precoce, ocorreu 1(5%) óbito. No grupo de 17(46%) pacientes em que foi tardio, 8(47%) morreram (Tabela 3).

Discussão

Independente do agente agressor, são idênticos os acontecimentos que se seguem após a perfuração esofagiana. Inicialmente, nos tecidos ao redor do esôfago ocorre agressão química, causada pelo conteúdo esofágico proveniente da orofaringe. Nas perfurações do terço distal do esôfago, é passível de ocorrer refluxo do conteúdo gástrico para o mediastino e espaço pleural, adicionando-se assim, mais um efeito deletério. A microbiota da orofaringe é altamente patogênica, constituída por várias espécies diferentes de bactérias anaeróbias e aeróbias, na proporção de 10:1. Em poucas horas, a somação desses fatores é capaz de causar inflamação, destruição, necrose e gangrena dos tecidos⁽²⁾.

Os procedimentos endoscópicos ocupam o primeiro lugar como causa de lesão esofágica, afetando 0,3% a 0,9% dos pacientes manipulados. Geralmente, a suspeita e/ou o diagnóstico são estabelecidos por quem realiza o exame^(3,5). Encontramos em nossa casuística quatro pacientes.

Nos casos em que o esôfago já se encontra previamente doente, a perfuração geralmente, resulta de procedimentos endoscópicos e dilatações. As perfurações diminutas, em áreas de estenose, principalmente, nas lesões cáusticas e neoplasias malignas do esôfago, nem sempre resultarão em mediastinite. O derramamento do conteúdo esofágico pode ser impedido por aderências peri-esofágicas e sínfises pleuropulmonares regionais. Estas têm a

capacidade de favorecer o fechamento espontâneo da perfuração, com pouca repercussão clínica^(2,3,4). Esta condição permitiu a conduta conservadora em dois dos nossos pacientes com perfuração pequena do esôfago, devido a realização de esclerose de varizes no esôfago.

Em torno de 4% a 10% das feridas penetrantes do pescoço atingem o esôfago cervical, representando cerca de 70% das lesões do esôfago. Nesta região, o prognóstico costuma ser melhor quando a comparação é feita com as perfurações do esôfago torácico e abdominal. Os ferimentos penetrantes do tórax, lesam o esôfago torácico em 0,5% a 2% dos casos. As provocadas por arma branca são incomuns e raras as originadas de trau-

Tabela 1 - Causas e localização das perfurações e roturas do esôfago 37 pacientes.

Causas	Localização			n ^o
	Cervical	Torácico	Abdominal	
Arma de fogo	13	10	2	25
Arma branca	2	-	-	2
Procedimentos endoscópicos	1	4	-	5
Corpo estranho	1	-	-	1
Rotura espontânea	-	2	-	2
Artrodese de coluna	1	-	-	1
Pós-pneumectomia	-	1	-	1
Total	18	17	2	37

Tabela 2 - Perfurações e roturas do esôfago - 37 pacientes
Método Inicial de diagnóstico

Diagnóstico inicial	Cervical	Tórax	Abdome	n ^o
Extravasamento de bário	7	10	-	17
Durante operação	6	2	2	10
Saída de azul de metileno	2	1	-	3
Saída de alimento	3	1	-	4
Desconhecido	-	3*	-	3
Total	18	17	2	37

*Pacientes transferidos de outros hospitais sem informação do método inicial de diagnóstico

Tabela 3 - Perfurações e roturas do esôfago - 37 pacientes
Fase do diagnóstico e óbitos

Diagnóstico	Cervical	Torácico	Abdominal	Total
Precoce	12/0*	7/1*	1/0	20/1*
Tardio	6/3*	10/4*	1/1*	17/8*
Total	18/3*	17/5*	2/1*	37/9*

*óbitos

ma fechado. Continuamente, as feridas do esôfago por armas de fogo estão associadas a lesões em outros órgãos, principalmente a traquéia, em cerca de 50% dos casos^(6,7,8).

Nós acompanhamos 27/36(75%) pacientes com perfurações no esôfago que foram causadas por ferimentos penetrantes; 25 por armas de fogo e dois por arma branca. Ocorreram lesões associadas em 22(81%), e a traquéia foi atingida em 11(41%) pacientes.

A rotura espontânea do esôfago (síndrome de Boerhaave) é fato incomum, capaz de ocorrer após qualquer aumento súbito na pressão intraluminal. Geralmente, o local acometido é a parede póstero-lateral esquerda do esôfago torácico inferior, logo acima do diafragma. Manifesta-se, principalmente, em pacientes alcoolizados portadores de esofagite crônica. A rotura é sempre precedida de vômitos violentos, responsáveis pelo grande e súbito aumento da pressão na luz esofágica. Os sintomas costumam simular outras doenças, como: úlcera péptica perfurada, pancreatite, infarto do miocárdio e aneurisma dissecante da aorta. Cerca de 60% dos doentes tiveram o diagnóstico retardado, e 20% foram submetidos a laparotomia com o diagnóstico errôneo de úlcera perfurada^(2,6).

Atendemos dois pacientes com síndrome de Boerhaave. Um deles com 65 anos, que iniciou o quadro com vômitos freqüentes no pós-operatório imediato de pneumonectomia esquerda. O diagnóstico foi realizado somente após cinco dias de evolução. O outro paciente, com 28 anos, veio removido de outro hospital com evolução já de seis dias. Antecedendo a rotura, relatava libação alcoólica, uso de drogas e vômitos incoercíveis. Em ambos, durante a toracotomia esquerda, foi encontrada lesão longitudinal de esôfago com cerca de 6cm de extensão, apresentando as características e topografia semelhantes às da síndrome de Boerhaave. O paciente pneumonectomizado morreu e o outro sobreviveu após várias complicações infecciosas.

O esôfago pode ser acidentalmente lesado durante procedimentos praticados nas estruturas vizinhas, tais como: acesso anterior a coluna vertebral, mediastinoscopia, vagotomia troncular, correção de hérnia hiatal, pneumonectomia e outros⁽²⁾.

Um dos nossos pacientes teve o esôfago cervical lesado durante a realização de artrodese de coluna cervical por via anterior. O diagnóstico foi realizado após 72 horas de evolução, e o trata-

mento consistiu apenas na drenagem cervical, suficiente para a resolução do problema.

Em um paciente que havia sido submetido a pleuropneumonectomia direita, por doença pleuropulmonar inflamatória, o diagnóstico de fístula esôfago-pleural foi estabelecido no vigésimo-oitavo dia de pós-operatório. O relato desta complicação é infreqüente, quase sempre após pneumonectomia à direita em doença pulmonar inflamatória. A fístula que surge tardiamente é causada, principalmente, pela dissecação difícil e intensa nas proximidades do esôfago, com prejuízo do suprimento sanguíneo. Provavelmente, foi o que ocorreu neste caso. A fístula precoce, ao contrário, indica lesão direta do esôfago. A existência de divertículo esofágico favorece o risco⁽⁴⁾.

Nem sempre são necessários exames radiológicos contrastados para diagnosticar a lesão esofágica. As radiografias simples possibilitam alto grau de suspeição em boa parte dos casos. A identificação de pneumotórax, pneumoperitônio ou de ar no espaço pré-vertebral e retrofaríngeo, após instrumentação endoscópica, são altamente sugestivos de perfuração no esôfago. É usual o achado de enfisema mediastinal e subcutâneo na região cervical e terço superior do tórax. O ar no mediastino tende a propagar-se no sentido cefálico e, raramente, o faz no sentido caudal^(2,9).

A exteriorização de saliva, alimento ou de azul de metileno pelo trajeto estabelecido pelo agente agressor ou pelo dreno de tórax, definem o diagnóstico^(2,9). Em três dos nossos pacientes, o diagnóstico inicial foi realizado pela saída de saliva na região cervical e em um, ocorreu eliminação de alimento pelo dreno de tórax. Em dois ocorreu saída de azul de metileno na região cervical e em um pelo dreno de tórax.

Na busca da perfuração no esôfago, o contraste radiológico que nós empregamos é o sulfato de bário. Dessa forma, inicialmente, foram estudados 16 pacientes e a perfuração diagnosticada em 15 (94%). O exame foi falso negativo em um paciente com lesão no esôfago abdominal. O estudo com esôfago contrastado é obrigatório em todos os ferimentos que transfixam o mediastino posterior e a região cervical. A repetição do exame se impõe caso a suspeita clínica persista⁽²⁾.

O contraste considerado ideal é aquele que não causa dano ao paciente e forneça o diagnóstico. Os mais utilizados no estudo radiológico do esôfago perfurado são o sulfato de bário e o diatrizoato de sódio. O sulfato de bário possui

como principais características: boa aderência à mucosa do esôfago e por conseguinte aos trajetos fistulosos; é inerte na cavidade pleural e mediastino, embora a sua absorção seja mais lenta. Quando não é retirado, a formação de granuloma é excepcional; possui maior densidade radiológica; causa maior distensão na luz do esôfago; é considerado menos agressivo à mucosa brônquica e não aumenta a contaminação carreando bactérias. O diagnóstico é obtido em cerca de 95% dos casos^(2,10,11,12).

O diatrozoato de sódio adere menos à mucosa, pois passa rapidamente pelo esôfago e tem menor densidade radiológica. Em virtude da sua alta osmolaridade, é mais agressivo à mucosa brônquica e o contato pode causar edema pulmonar e pneumonia. O extravasamento para o mediastino, causa fortes dores. O diagnóstico é obtido em 70% a 75% dos casos. Alguns autores sempre iniciam o estudo com o diatrozoato de sódio, quando negativo ou inconclusivo prosseguem a investigação com o sulfato de bário^(2,10).

A esofagoscopia não é usada de rotina na identificação das lesões do esôfago. A rígida é mais precisa do que a flexível, mas a sua realização nos traumatizados, com freqüência é impraticável. É falha na identificação de pequenas perfurações, envolve trauma adicional num órgão previamente lesado e aumenta o risco de mediastinite transportando material infectado da boca. A associação, esofagografia e esofagoscopia, aumenta o rendimento diagnóstico^(10,12,13).

O azul de metileno, administrado por via oral, definiu inicialmente o diagnóstico da perfuração no esôfago em três pacientes impossibilitados de realizarem o estudo radiológico. A exteriorização pela ferida, em dois casos na região cervical e pelo dreno de tórax em uma ocasião, evidenciou a perfuração. A saída do azul de metileno pode não ocorrer de imediato, e eventualmente ele pode permanecer retido em loculações na cavidade pleural. O seu uso é importante, inclusive como método de controle da cicatrização e comprovação do fechamento da perfuração⁽²⁾.

Nos casos de fístula traumática esôfago-respiratória, a broncoscopia possibilita o diagnóstico e a localização topográfica. As fístulas pequenas, poderão ser descobertas introduzindo-se azul de metileno no esôfago por um catéter nasogástrico. Havendo comunicação, a substância se faz presente na árvore traqueobrônquica⁽²⁾.

A tomografia computadorizada, não é método definitivo no diagnóstico da perfuração esofagiana,

contudo, tem valor na localização e identificação das complicações que ela acarreta, tais como: abscessos do mediastino, derrames pleurais loculados ou derrames pericárdicos^(2,14).

Os projéteis de arma de fogo, que liberam alta energia cinética no trajeto próximo ao esôfago, podem causar lesões semelhantes a uma queimadura, que aparentemente compromete apenas à camada muscular. Entretanto, durante explorações intra-operatórias, a certeza da integridade da mucosa é verificada somente pela abertura da camada muscular. A mesma atitude é aplicada nos casos de hematoma na parede do esôfago. As perfurações na mucosa podem passar despercebidas e o rompimento tardio é uma possibilidade. As pequenas perfurações são pesquisadas introduzindo-se ar no esôfago, através de um cateter nasogástrico. O escape de ar pelo pertuito produz borbulhas no campo operatório, já previamente preenchido com soro fisiológico. O azul de metileno pode substituir o ar^(2,12,15).

Weigelt et al.⁽¹²⁾ acompanharam 33 pacientes com lesões no esôfago cervical cuja etiologia foi trauma ou iatrogenia; dentre os que foram tratados nas primeiras 12 horas após a injúria, 9% faleceram. Nos 10 pacientes, em que o diagnóstico e o tratamento foram retardados, 40% morreram. Attar et al.⁽¹⁶⁾ estudaram 64 pacientes com perfuração no esôfago; dos 31 que foram tratados nas primeiras 24h, sobreviveram 27(87%). Após 24h de evolução foram tratados 33 pacientes, sobreviveram 18(55%).

Os nossos resultados corroboram a importância do diagnóstico e tratamento precoces. Todos os 12 (100%) pacientes, com perfuração no esôfago cervical que foram tratados nas primeiras 24 horas, sobreviveram. Dos seis que tiveram a lesão identificada tardiamente, 3(50%) sobreviveram e 3(50%) morreram.

Dos 17 pacientes com perfuração no esôfago torácico, em 7(41%) o tratamento foi precoce; 6 (86%) evoluíram bem e 1(14%) faleceu. Nos 10 (59%) em que o tratamento foi tardio; em 6(60%) o tratamento foi resolutivo e 4(40%) morreram. Dentre os dois pacientes que apresentavam lesões no esôfago abdominal, apenas o que foi tratado de imediato sobreviveu.

Do total de 37 pacientes com perfuração no esôfago, 9(24%) morreram. Dos 20/37(54%) pacientes em que o diagnóstico e o tratamento foram precoces, ocorreu 1(5%) óbito. Dos 17/37(46%) que foram tratados tardiamente; 8(47%) faleceram.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Brichon PY, Couraud L, Velly JF, Martigne C, Clerc L. Les perforations et ruptures de l'oesophage. *Annales de Chirurgie* 1990; 44: 464-470.
- 2-Marsico GA, Montessi J, Capone D: Lesões do Esôfago. *J B M* 1996; 71: 83-90.
- 3-Cohn HE, Hubbard A, Patton G: Management of Esophageal Injuries. *Ann Thorac Surg* 1989; 48: 309-314.
- 4-Nashef SAM, Pagliero KM: Instrumental Perforation of the Esophagus in Benign Disease. *Ann Thorac Surg* 1987; 44: 360-362.
- 5-Shama BA & Odell JA: Esophagopleural fistula after pneumonectomy for inflammatory disease. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1985; 89: 77-81.
- 6-Brewer LA, Arter R, Mulder GA, Stiles QR : Options in the Management of Perforations of the Esophagus. *American Journal Surgery* 1986; 152: 62-69.
- 7-Kotsis L, Kostic S, Zubovits K. Multimodality Treatment of Esophageal Disruptions. *Chest* 1997; 112: 1304-1309.
- 8-Feliciano DV, Bitondo CG, Mattox KL, Romo T: Combined Tracheoesophageal Injuries. *American Journal of Surgery* 1985; 150: 710-715.
- 9-Randolph H, Melick DW, Grant AR: Perforation of the Esophagus from External Trauma or Blast Injuries. *Chest* 1967; 51: 121-124.
- 10-Dodds W, Stewart ET, Vlymen WJ : Appropriate Contrast Media for Evaluation of Esophageal Disruption. *Radiology* 1982; 144: 439-441.
- 11-Pass LJ, LeNarz LA, Schreiber JT, Estrera AS: Management of Esophageal Gunshot Wounds. *Ann Thorac Surg* 1987; 44: 253-256.
- 12-Weigelt JA, Thal ER, Snyder WH, Fry RE, Meier DE, Kilman WJ: Diagnosis of Penetrating Cervical Esophageal Injuries. *Am J Surg* 1987; 154: 619-622.
- 13-Sawyer R, Phillips C, Vakil N. Short- and long-term outcome of esophageal perforation. *Gastrointestinal Endoscopy* 1995; 41: 130-134
- 14-Backer CL, LoCicero J, Hartz RS, Donaldson JS, Shields T: Computed Tomography in Patients with Esophageal Perforation. *Chest* 1990; 98: 1078-1080.
- 15-Symbas PN, Hatcher CR, Vlasis SE: Esophageal Gunshot Injuries. *Ann Surg* 1980; 191: 703-707.
- 16-Attar S, Hankins JR, Suter CM, Coughlin TR, Sequeira A, McLaughlin JS: Esophageal Perforation: A Therapeutic Challenge. *Ann Thorac Surg* 1990; 50: 45-51. ■

Envie seu
artigo científico
 para publicação*
 na **PULMÃO RJ**

Endereço para envio:

Vitrô Comunicação

Praça XV de Novembro, 34/4º andar
 Centro - 20010-010 - Rio de Janeiro - RJ.
 E-mail: vitro@vitro.com.br

* Seu artigo será avaliado por nosso Conselho Editorial.



Luiza, 3 anos, diagnosticada aos 2 anos de idade.

Ela é um docinho.
Mas o seu suor é salgado.

Reza a lenda que, ao serem beijadas na fronte, as crianças que apresentassem sabor salgado morreriam precocemente. Tais crianças eram consideradas amaldiçoadas ou enfeitiçadas. Na França, Alemanha e Inglaterra não podiam ser batizadas. Mas isso foi há muito tempo. Felizmente, hoje, a história é outra. A ABRAM (Associação Brasileira de Assistência à Mucoviscidose) resolveu lembrar você não só para beijar a testa das crianças, mas para beijar uma causa mais importante: a vida delas. Porque a Fibrose Cística, conhecida como Grande Simuladora, é uma doença genética grave que, quando diagnosticada a tempo pelo Teste do Suor, pode ser tratada, melhorando a qualidade de vida da criança. No Brasil, existem cerca de 13 mil portadores de Fibrose Cística, mas apenas 1500 são tratados. Por isso, ao diagnosticar os sintomas típicos da doença, como diarreia crônica, desnutrição e infecções pulmonares, procure o apoio dos Centros de Referência que serão divulgados em clínicas, postos de saúde e hospitais de todo o País. Ou ligue para a ABRAM: (41) 224-0897. O tratamento é gratuito. Com certeza, sua atitude vai ser tão doce quanto um beijinho de criança.

FIBROSE CÍSTICA (MUCOVISCIDOSE)

ESSA DOENÇA EXISTE, É GRAVE E DEVE SER URGENTEMENTE DIAGNOSTICADA.



www.fibrose-cistica.com.br
abram@fibrose-cistica.com.br



Fibrose Cística.
Diagnosticar é
o primeiro passo.