

Tratamento de lesões esofágicas cervicais com uso do tubo de Montgomery

Treatment of cervical esophageal lesions using the montgomery tube

DOI:10.34119/bjhrv5n1-062

Recebimento dos originais: 08/12/2021

Aceitação para publicação: 13/01/2022

Fernando Luiz Westphal

Pós-doutor

Coordenador do Programa de Pós-graduação em Cirurgia da Universidade Federal do Amazonas (PPGRACI-UFAM)

R. Afonso Pena, 1053 - Centro, Manaus - AM, 69020-160

E-mail: f.l.westphal@gmail.com

Luiz Carlos de Lima

Doutor

Integrante do Programa de Pós-graduação em Cirurgia da Universidade Federal do Amazonas (PPGRACI-UFAM)

R. Afonso Pena, 1053 - Centro, Manaus - AM, 69020-160

E-mail: drluizclima@gmail.com

Breno Melo Catunda de Souza

Médico formado pela Universidade Nilton Lins

Parque das Laranjeiras, Av. Prof. Nilton Lins, 3259 - Flores, Manaus - AM, 69058-030.

E-mail: breno.catunda@hotmail.com

Renata Motoki Amorim Pereira

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Amazonas

R. Afonso Pena, 1053 - Centro, Manaus - AM, 69020-160.

E-mail: renata.motoki@gmail.com

José Corrêa Lima Netto

Doutor

Supervisor do Internato em Cirurgia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

R. Afonso Pena, 1053 - Centro, Manaus - AM, 69020-160

E-mail: limanetto@msn.com

Pedro Elias de Souza

Mestrando do Programa de Pós-graduação em Cirurgia da Universidade Federal do Amazonas (PPGRACI-UFAM)

R. Afonso Pena, 1053 - Centro, Manaus - AM, 69020-160

E-mail: pedroeliassouza@ufam.edu.br

João Gabriel Linhares Pulner

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Amazonas.

R. Afonso Pena, 1053 - Centro, Manaus - AM, 69020-160

E-mail: joaopulner@hotmail.com

Fernando Luiz Westphal Filho

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Amazonas
R. Afonso Pena, 1053 - Centro, Manaus - AM, 69020-160.
E-mail: fernandowestphal1@gmail.com

Maurissathler Abreu Nery

Especialista em Endoscopia Digestiva
Av. Álvaro Maia, 510 - Centro, Manaus - AM, 69025-050.
E-mail: maurissathler.abreu@gmail.com

RESUMO

Objetivos: Analisar a utilização do tubo T de Montgomery para o tratamento de lesões esofágicas cervicais tardias em um hospital terciário. **Metodologia:** Estudo observacional descritivo e retrospectivo de pacientes atendidos no serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Português Beneficente do Amazonas no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2020 por meio de análise de prontuários. Submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo CAEE: 34100920.0.0000.5020 e parecer de nº 4.131.284. Foram incluídos todos os pacientes tratados através da utilização de tubo T de Montgomery visando a correção de lesões cervicais tardias. Aqueles sem dados suficientes nos prontuários foram excluídos do estudo. **Resultado:** Foram estudados cinco pacientes com lesões esofágicas cervicais tardias tratados com a utilização do tubo T de Montgomery. Havia três (60%) pacientes do sexo feminino e dois (40%) do sexo masculino, com uma idade média de 44 anos. Os principais sintomas apresentados foram cervicalgia e disfagia. Em todos os casos, devido à contaminação e ao comprometimento do tecido, foi realizada cervicotomia com rafia de esôfago e colocação do Tubo de Montgomery culminando com o fechamento completo das fístulas. **Conclusão:** o prognóstico das lesões cervicais de esôfago depende do tempo de diagnóstico e da intervenção precoce. Quando o tratamento é feito tardiamente e na vigência de infecção, o tubo T de Montgomery se apresenta como uma alternativa obtentora de bons resultados.

Palavras-chave: Fístula Esofágica, Infecção, Órteses.

ABSTRACT

Objectives: To analyze the use of the Montgomery T-tube for the treatment of late cervical esophageal lesions in a tertiary hospital, **Methodology:** Observational descriptive and retrospective study of patients seen at the Thoracic Surgery service of the Hospital Português Beneficente do Amazonas from January 2008 to December 2020 through analysis of medical records, Submitted and approved by the Research Ethics Committee by CAEE: 34100920,0,0000,5020 and opinion number 4,131,284, All patients treated with Montgomery T-tube for the correction of late cervical lesions were included, Those without sufficient data in the medical records were excluded from the study, **Results:** Five patients with late esophageal cervical lesions treated using the Montgomery T-tube were studied, There were three (60%) female and two (40%) male patients, with a mean age of 44 years, The main symptoms presented were cervicalgia and dysphagia, In all cases, due to contamination and tissue compromise, cervicotomy was performed with esophageal shaving and placement of the Montgomery Tube culminating in complete closure of the fistulas, **Conclusion:** the prognosis of cervical esophageal lesions depends on the time of diagnosis and early intervention, When treatment is done late and in the presence of infection, Montgomery T-tube presents itself as an alternative obtaining good results,

Keywords: Esophageal fistula, Infection, Orthoses.

1 INTRODUÇÃO

A fístula esofágica, um pertuito anormal de comunicação entre o esôfago e as estruturas vizinhas, pode ocorrer no segmento cervical, mediastinal ou abdominal¹. Sua etiologia inclui complicações cirúrgicas, corpos estranhos, instrumentação e trauma direto. A maioria destas lesões quando abordadas precocemente, permite à equipe cirúrgica realizar o tratamento definitivo por meio da rafia primária. Portanto, o rápido diagnóstico dessa doença é fundamental para evitar que complicações como sepse e falência de órgãos ocorram, elevando a morbimortalidade do paciente².

Vários tratamentos são descritos nos últimos anos, envolvendo tanto opções cirúrgicas quanto conservadoras, entretanto não há um consenso quanto à melhor escolha no caso de fístulas abordadas tardiamente (com mais de 24 horas de evolução). Uma alternativa para esses casos é a utilização do tubo em T de Montgomery que permite a resolução da comunicação anômala e drenagem controlada de vazamentos residuais³.

Foram analisados 5 casos de pacientes, no período de 12 anos, com lesões esofágicas cervicais tardias tratados com a utilização do tubo T de Montgomery, interessando os tipos de traumas, as condições locais e os resultados obtidos.

2 MÉTODOS

Estudo observacional descritivo e retrospectivo de pacientes atendidos no serviço de cirurgia torácica do Hospital Português Beneficente do Amazonas no período de *janeiro de 2008 e dezembro de 2020* por meio de análise de prontuários. submetido ao Comitê de ética em Pesquisa pelo CAEE: 34100920.0.0000.5020, parecer de nº 4.131.284. Foram incluídos todos os pacientes tratados através da utilização de tubo T de Montgomery visando a correção de lesões cervicais tardias. Aqueles sem dados suficientes nos prontuários foram excluídos do estudo. Interessavam os seguintes dados dos prontuários: idade, sexo, tipo de trauma, condições locais, tempo decorrido do trauma ao tratamento final e resultados obtidos.

3 RESULTADOS

Em um período de 12 anos, foram estudados 5 pacientes com lesões esofágicas cervicais tardias tratados com a utilização do tubo T de Montgomery no Hospital Português Beneficente

do Amazonas. Havia 3 (60%) pacientes do sexo feminino e 2 (40%) do sexo masculino, com uma idade média de 44 anos (variando de 32 a 62 anos).

Os métodos diagnósticos utilizados, além do exame da ferida, foram tomografia computadorizada contrastada, radiografia de tórax, ingesta de azul de metileno e esofagoscopia, solicitados de acordo com a necessidade.

Dos 5 pacientes estudados, 3 (60%) desenvolveram a fístula após procedimentos: retirada de balão gástrico, tireoidectomia e anastomose esôfago-cólica. A ingesta de corpo estranho foi responsável por um dos casos e o remanescente, ocorreu devido a ferimento por arma branca (Tabela 1). Os sintomas apresentados incluíram cervicalgia e disfagia em todos os pacientes. Dentre os achados físicos, foram observados febre e drenagem de saliva pela lesão em dois pacientes.

As tomografias computadorizadas realizadas evidenciaram empiema pleural em 2 dos 5 pacientes (40%).

Dois pacientes tinham lesões cervicais passíveis de serem abordadas precocemente e foram tratados inicialmente com cervicotomia e rafia primária do esôfago. Evoluíram com fístula esofágica entre o 5º e o 7º dia de pós-operatório. Em todos os casos, Devido à contaminação e ao comprometimento do tecido, foi feita a escolha pela cervicotomia com rafia de esôfago e colocação do Tubo de Montgomery culminando com o fechamento completo das fístulas. A alimentação foi realizada por gastrostomia endoscópica

4 RELATO DOS CASOS

Foram atendidos 5 pacientes, dos quais 3 (60%) do sexo feminino e 2 (40%) do sexo masculino. A idade variou de 32 a 62 anos, sendo a média de 44 anos. As principais características estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Apresentação clínica, tratamento cirúrgico e evolução dos pacientes.

N	1	2	3	4	5
Idade	32	35	51	40	62
Sexo	F	M	F	M	F
Etiologia	Pós Tireoidectomia	Ferimento por arma branca	Pós retirada de balão gástrico	Deiscência de Anastomose esôfago-cólica	Corpo estranho – transição cervico-torácica
Quadro clínico	Fístula esofágica	Fístula esofágica	Fístula esofágica, empiema pleural e septicemia	Deiscência da anastomose com fístula esofágica	Fístula esofágica e empiema pleural
Tratamento	Esofagorrafia e colocação de Tubo de Montgomery	Esofagorrafia e colocação de Tubo de Montgomery	Esofagorrafia, colocação de Tubo de Montgomery + videotoroscopia	Esofagorrafia e colocação de Tubo de Montgomery	Esofagorrafia, colocação de Tubo de Montgomery + videotoroscopia

Fonte: Westphal F. L. et al., 2021

CASO 1

Paciente do sexo feminino, 32 anos, realizou uma tireoidectomia total para tratamento de carcinoma papilífero. No 5º dia de pós-operatório evoluiu com febre e disfagia e, após 24 horas, estes sintomas foram acrescidos de regurgitação, cervicalgia, edema facial e crepitações na porção anterossuperior do tórax. Ao exame da incisão operatória, observou-se drenagem espontânea de volumosa secreção purulenta. Posteriormente começou a apresentar extravasamento de líquido ingeridos através da ferida, o qual foi confirmado pela ingesta de azul de metileno. No 12º dia foi submetida à esofagorrafia e colocação de um Tubo de Montgomery número 12, com a extremidade proximal bem curta, visto que a mesma estava na orofaringe. A nutrição da paciente foi garantida pela realização de uma gastrostomia endoscópica. Paciente evoluiu com resolução completa da fístula e retirada do Tubo T após três meses.

CASO 2

Paciente do sexo masculino, 35 anos, foi admitido no serviço de emergência após ferimento à arma branca na região cervical anterior com lesão de veia jugular interna e esôfago. Foi realizado uma cervicotomia exploradora, rafia da veia jugular interna e esofagorrafia. Permaneceu na UTI por 25 dias, sendo submetido a traqueostomia. Manteve-se com fístula com drenagem salivar desde o 5º dia de pós-operatório. No 55º dia foi solicitado avaliação da cirurgia torácica que realizou cervicotomia com rafia de esôfago e colocação de tubo T de Montgomery. Após 3 meses, houve cicatrização e o tubo foi retirado e colocado plugue de Surgisis® com fechamento da fístula em 1 semana.

CASO 3

Paciente do sexo feminino, 51 anos, durante a retirada de balão gástrico para tratamento de obesidade mórbida apresentou perfuração esofágica no estreito superior por engate do balão no estreito esofágico superior, foi submetida a cervicotomia mais rafia do órgão, entretanto, após 7 dias, quando foi avaliada pelo serviço de cirurgia torácica, apresentava-se com fístula esôfago cutânea e empiema pleural direito, além de sepse. Foi submetida à exploração cervical onde foi observada perfuração esofágica contralateral a lesão rafiada. Foi realizado a colocação do tubo de Montgomery no local da fístula com rafia do restante da lesão esofágica e videotoracoscopia com desbridamento do empiema pleural, descorticação pulmonar e por fim, gastrostomia para alimentação. Permaneceu 10 dias na unidade de terapia intensiva e 20 dias

no hospital. Após 2 meses foi feita a retirada do tubo de Montgomery, com fechamento completo da fístula.

CASO 4

Paciente, masculino, 40 anos, portador de fenda palatina ingeriu durante refeição um pedaço de osso de galinha que perfurou o esôfago torácico e induziu a um quadro de mediastinite. O tratamento instituído foi toracotomia com desbridamento da cavidade pleural e descompressão do mediastino e pericárdio que apresentavam secreção purulenta. Foi também submetido à esofagostomia cervical com cerclagem do esôfago superior e abdominal, além da gastrostomia para alimentação. Após cerca de 11 meses foi submetido à reconstrução do trânsito alimentar através da técnica de Graviu retrógrado. No pós-operatório apresentou deiscência total da parede anterior da anastomose esofagogástrica com uma fístula de alto débito que foi tratada com a colocação do Tubo de Montgomery. Após 12 meses o tubo foi retirado e a esofagoscopia revelou bom trânsito alimentar pelo local da anastomose.

CASO 5

Paciente, feminino, 62 anos, ingeriu espinha de peixe com perfuração do esôfago no introito torácico. Realizou endoscopia sem conseguir a remoção do corpo estranho. Evoluiu com mediastinite e empiema pleural direito. Submetida à toracotomia anterior direita com liberação de lojas de empiema e drenagem do mediastino. No mesmo tempo anestésico, realizou-se cervicotomia esquerda com abordagem do esôfago e retirada do corpo estranho. No pós-operatório, evoluiu com fístula esôfago-cutânea. Após 30 dias foi submetida à reexploração cervical com rafia da lesão que se encontrava em terço superior do esôfago mediastinal e colocação do Tubo de Montgomery para proteção da sutura com ramo externo exteriorizado pela região cervical. No mesmo tempo anestésico foi submetida à videotoracoscopia bilateral para tratamento do empiema pleural e gastrostomia endoscópica para alimentação. Após 5 meses foi retirado o tubo de Montgomery e colocado SurgiSis na fístula para diminuição do vazamento pós-operatório.

5 DISCUSSÃO

As lesões esofágicas cervicais podem representar um risco à vida do paciente devido à topografia do esôfago, ao seu conteúdo contaminado e movimento contínuo associado à respiração e à deglutição. De etiologia multifatorial, a maioria das fístulas esôfago-cervicais em adultos é decorrente de iatrogenias (57,69%), mas outras causas incluem: corpo estranho,

trauma e neoplasias malignas⁴. Há vários fatores que podem predispor ao aparecimento desses canais comunicantes, sejam eles: técnica inadequada, desnutrição, utilização de corticoides, processo inflamatório prévio, irradiação prévia do paciente, entre outros¹. Neste estudo, as complicações de procedimentos esofágicos foram responsáveis por 60% dos casos. Os outros 40% foram devido à trauma direto ou à ingestão de corpo estranho.

Deve-se suspeitar de uma fistula esofágica cervical quando o paciente apresentar: disfagia, cervicalgia, enfisema subcutâneo e febre⁴. Em nosso estudo, todos os pacientes se apresentaram com cervicalgia e disfagia como sintomas iniciais, além de drenagem de saliva pela lesão. Há necessidade de exames que verifiquem a contaminação eventual do mediastino e cavidades pleurais, visto a associação alta de mediastinite e empiema pleural nas perfurações esofágicas cervicais. Observamos que 40% dos nossos pacientes apresentavam empiema pleural. Exames de imagem podem ser necessários para a confirmação diagnóstica e decisão terapêutica, entretanto, a drenagem de saliva ou de restos alimentares pela lesão já indicam a presença de comunicação entre o esôfago e o meio externo. Essa lesão pode ser confirmada pela ingesta de azul de metileno⁵.

Após a identificação, o tratamento da fístula deve ser realizado com brevidade e deve incluir hidratação venosa, cessação de ingesta por via oral, antibióticos de amplo espectro, analgésicos e nutrição parenteral total ou enteral por sonda de Dobhoff⁶. A alimentação também pode ser realizada por gastrostomia ou jejunostomia. Neste estudo, em 4 casos foi realizado gastrostomia endoscópica. A escolha do tipo de tratamento depende do tempo de confirmação diagnóstica, estado geral do paciente, etiologia e localização da lesão⁶.

Apesar de não haver uma técnica padrão de tratamento, a intervenção cirúrgica precoce continua sendo a mais utilizada. O reparo primário, com drenagem ampla de região cervical, oferece ao paciente uma maior chance de sobrevivência⁶. Contudo, caso a intervenção seja realizada com intervalo de maior que 24 horas, o reparo primário tem maior probabilidade de falhar e o tubo de Montgomery passa a ser uma opção ao tratamento, resultando em baixa mortalidade, semelhante à observada em perfurações agudas^{3,7}.

A criação de uma fístula controlada através do tubo T pode ser uma escolha para as lesões tratadas tardiamente, visto a alta incidência de deiscência do reparo e de vazamento recorrente, sendo as coleções não drenadas um dos principais contribuintes para sepse e morte^{3,7}. Em nosso estudo, devido à contaminação e ao comprometimento do tecido, foi feita a escolha pelo tubo de Montgomery e como resultado, obtivemos o fechamento completo da fístula em todos os casos.

A Sociedade Europeia de Endoscopia Gastrointestinal recomenda que endopróteses podem ser escolhidas para o tratamento temporário das fístulas esofágicas benignas⁸. A utilização de endopróteses de plástico autoexpansíveis parece ser segura e possui a vantagem de provocar dano tecidual mínimo. Entretanto, seu uso está limitado por sua possível migração, pelos resultados desfavoráveis no longo prazo e pelo alto custo. Uma solução seria a utilização das endopróteses autoexpansíveis de metal totalmente cobertas, mas ainda faltam estudos específicos que validem essas indicações⁹. Uma revisão recente demonstrou que a utilização de endopróteses para vazamentos anastomóticos e perfurações esofágicas é clinicamente segura e tem um bom sucesso tanto técnico quanto clínico¹⁰. Devido aos custos, as endopróteses ainda não se tornaram uma opção viável nos hospitais amazonenses, mas os bons resultados observados nesse trabalho com o tubo T e seu baixo custo, o tornam um bom substituto.

Em conclusão, o prognóstico das lesões cervicais de esôfago depende de muitos fatores, e entre eles destacam-se o tempo de diagnóstico e a intervenção precoce. Quando o tratamento é feito tardiamente e na vigência de infecção, o tubo T de Montgomery se apresenta como uma alternativa obtentora de bons resultados.

REFERÊNCIAS

1. Gomes CH, Almeida MF, Vieira D, Serpa GM. Fístulas digestivas–Revisão de literatura. *Unimontes científica*. 2008 Jun 25;6(2):113-22.
2. de Souza HP, Gabiatti G, Dotta F. Fístulas digestivas no trauma. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2018 Jan 1;28(2):138-45.
3. Linden PA, Bueno R, Mentzer SJ, Zellos L, Lebenthal A, Colson YL, Sugarbaker DJ, Jaklitsch MT. Modified T-tube repair of delayed esophageal perforation results in a low mortality rate similar to that seen with acute perforations. *The Annals of thoracic surgery*. 2007 Mar 1;83(3):1129-33.
4. Aghajanzadeh M, Porkar NF, Ebrahimi H. Cervical esophageal perforation: a 10-year clinical experience in north of iran. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. 2015 Mar 1;67(1):34-9.
5. Marsico GA, Azevedo DED, Guimarães CA, Mathias I, Azevedo LG, Machado T. Injuries of the esophagus. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 2003; 30(3), 216-223.
6. Kaman L, Iqbal J, Kundil B, Kochhar R. Management of esophageal perforation in adults. *Gastroenterology Research*. 2010 Dec;3(6):235.
7. Gill RC, Pal KI, Mannan F, Bawa A, Fatimi SH. T-tube placement as a method for treating penetrating oesophageal injuries. *International journal of surgery case reports*. 2016; 28, 255-257.
8. Spaander M, Baron T, Siersema P, Fuccio L, Schumacher B, Escorsell À, et al. Esophageal stenting for benign and malignant disease: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2016; 48(10):939–48.
9. Hindy P, Hong J, Lam-Tsai Y, Gress F. A comprehensive review of esophageal stents. *Gastroenterology & hepatology*. 2012 Aug;8(8):526.
10. Kamarajah SK, Bundred J, Spence G, Kennedy A, Dasari BV, Griffiths EA. (2019). Critical Appraisal of the Impact of Oesophageal Stents in the Management of Oesophageal Anastomotic Leaks and Benign Oesophageal Perforations: An Updated Systematic Review. *World journal of surgery*, 2019; 1-17.