

FÍSTULA ESÔFAGO-BRONCO-PLEURAL PÓS PNEUMONECTOMIA DIREITA

ESOPHAGOPLEURAL FISTULA AFTER PNEUMECTOMY

Manoel Ximenes Netto, TCBC - DF¹; Ulisses Eduardo Ramiro²; Humberto Alves de Oliveira³

INTRODUÇÃO

A incidência de fístula broncopleurais (FBP) pós pneumonectomia varia de 1% a 4.6% e a fístula esôfago pleural (FEP), mais rara, de 0.5% a 0.65%^{1,2}. A ocorrência simultânea de FBP e FEP é mais rara ainda e tem sido relatada ocasionalmente após pneumonectomia ou lobectomia³. Até a década de 60 a comunidade científica não tinha conhecimento de FEP pós pneumonectomia. O trabalho inicial de Takaro e colaboradores descreveu 33 casos de FEP e os casos de FEP foram agrupados em três tipos: (I) definido como ocorrendo pós qualquer operação intratorácica; (II), como complicação de procedimentos extrapleurais e tipo (III), ocorrendo como resultado de empiema crônico não associado a cirurgia torácica⁴. É uma complicação de ocorrência rara potencialmente letal representando um desafio constante para o cirurgião torácico.

RELATO DO CASO

Uma paciente de 42 anos de idade deu entrada no serviço emergência do Hospital de Base do Distrito Federal em 14 de setembro de 2000 com quadro de infecção grave na cavidade pleural direita. Quinze anos atrás foi tratada para tuberculose pulmonar que culminou com destruição do pulmão direito. Em janeiro de 1998 foi submetida a pneumonectomia direita em outra instituição. Em Janeiro de 1999 foi novamente atendida no hospital original e uma broncoscopia demonstrou trajeto fistuloso brônquico de 3 a 4 mm. Na admissão apresentava queda do estado geral, diminuição do nível de consciência. Utilizava cateter nasogástrico. Apresentava tosse com expectoração fétida e purulenta. A radiografia de tórax mostrou nível hidroaéreo. A Toracocentese revelou líquido francamente purulento. Foi submetida à drenagem pleural fechada havendo saída de alimento pelo dreno. A drenagem fechada foi transformada em aberta permanente pelo retalho pleurocutâneo. A alimentação por sonda nasogástrica permitiu melhora considerável do estado geral. O esofagograma mostrou fístula esofagopleural e a broncoscopia confirmou a presença de fístula brônquica (Figura 1, 2).



Figura 1 - Esôfagograma mostrando fístula esofagopleural.

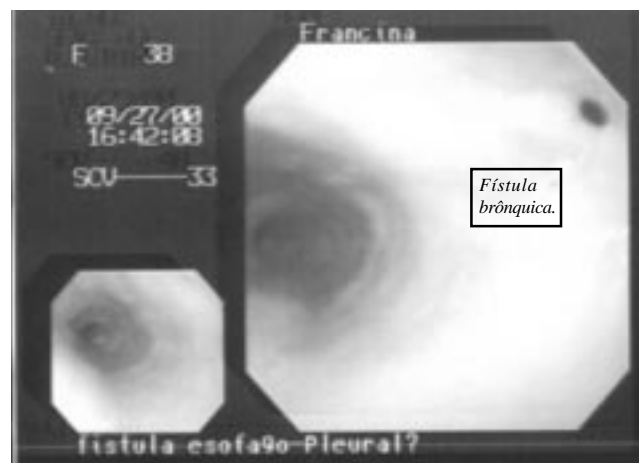


Figura 2 - Endoscopia mostrando fístula brônquica.

1. Professor Livre Docente; Chefe da Unidade de Cirurgia Torácica do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF.

2. Ex-Residente, atualmente Cirurgião Torácico em Ribeirão Preto, SP.

3. Cirurgião Torácico do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF.

Recebido em 03-12-2004

Aceito para publicação em 06-06-2005

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Trabalho da Unidade de Cirurgia Torácica do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília- DF. Apresentado no XII Congresso Brasileiro de Cirurgia Torácica, Maceió, AL, março 26-29/03/2003.

Sessenta e quatro dias após admissão, foi submetida ao fechamento da fístula esofágica em duas camadas, reamputação e sutura do coto brônquico, seguido de broncomioplastia com o grande peitoral. O procedimento foi complementado pela toracoplastia do 2º. ao 6º. arcos costais. Um esôfagograma comprovou o fechamento do trajeto fistuloso e a broncoscopia mostrou o coto brônquico cicatrizado. A paciente permanece assintomática mais de três anos depois.

DISCUSSÃO

A FEP é uma complicação rara, podendo ocorrer entre 0.5% e 0.65% dos casos e 70% das vezes pós pneumonectomia direita. A explicação para a maior incidência à direita pode ser explicada por fatores anatômicos. No lado direito o esôfago está próximo ao hilo pulmonar e à pleura mediastinal, enquanto no lado esquerdo a aorta está interposta entre a cavidade pleural e o esôfago.

A FEP pode ser arbitrariamente dividida em duas apresentações, uma precoce, que surge até três meses após o procedimento e uma tardia que ocorre após este período. Qualquer que seja a cronologia, as consequências imediatas da FEP são (a) empiema causado por uma grande variedade de microorganismos e (b) desnutrição progressiva devido a ambos, infecção crônica e vazamento de conteúdo

esôfagogástrico para a cavidade pleural.

Os mecanismos patogênicos da FEP precoce podem ser sumarizados como (a) trauma direto, (b) lesão de divertículo, (c) uso exagerado de eletrocautério, (d) dissecação linfonodal excessiva e (e) dissecação pulmonar até a muscular do esôfago. Nas FEP tardias (>três meses), os fatores mencionados são (a) recidiva mediastinal do câncer de pulmão, (b) câncer de esôfago perfurado, (c) perfuração de divertículo de tração, (d) abscesso mediastinal, (e) nódulos caseosos e (f) radionecrose^{3,4}.

O diagnóstico clínico de FEP é sugerido após a toracocentese que pode mostrar flora bacteriana do orofaringe e células em levedura. A radiografia do tórax mostra nível líquido, a broncoscopia evidencia o local da FEP e a presença de fístula brônquica. O esôfagograma é o padrão ouro no diagnóstico e deve ser realizado em várias posições especialmente em decúbito lateral no lado operado. O tratamento da FEP associada ou não à fístula do coto brônquico objetiva: (1) controle da infecção pleural através da drenagem aberta, (2) manter estado nutricional por sonda nasogástrica, (3) reduzir o refluxo gastroesofágico e (4) erradicação do empiema pela obliteração do espaço pleural, pelo reparo do esôfago e do coto brônquico. Em algumas circunstâncias o esôfago pode ser excluído de forma bipolar e reconstruído tardiamente por alguma forma de gastroplastia ou coloplastia⁵.

ABSTRACT

We report the case of a 42 years old female that presented a simultaneous bronchial and esophagopleural fistula 32 months following a right pneumonectomy for pulmonary tuberculosis. The clinical findings were mainly related to pleural sepsis. The treatment consisted initially in clearing the pleural infection, followed by closure of both fistulae, using muscle flaps and thoracoplasty. The post operative course was uneventful and the patient is doing well over three years later (Rev. Col. Bras. Cir. 2006; 33(3): 198-199).

Key words: *Esophageal fistula; Bronchial fistula; Tuberculosis, pulmonary; Pneumonectomy.*

REFERÊNCIAS

1. Fuentes PA. Pneumonectomy: historical perspective and prospective insight. *Eur J Cardio-Thorac Surg.* 2003; 23(4):439-45.
2. Massard G, Wihlm JM. Early complications. Esophagopleural fistula. *Chest Surg Clin N Am.* 1999; 9(3):617-31.
3. Santos MIR. Fístula esôfagopleural. *Rev Paul Med.* 1969; 75:153-60.
4. Takaro T, Walkup HE, Okano T. Esophagopleural fistula as a complication of thoracic surgery. A collective review. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1960; 40:179-93.
5. Ximenes Netto M, Silva RO, Fleury I Jr. Fístula traqueoesofágica benigna: tratamento pela exclusão bipolar e reconstrução pelo tubo gástrico invertido. *Rev Bras Cir.* 1985;75(3):151-3.

Como citar este artigo:

Ximenes Netto M, Ramiro EU, Oliveira HA. Fístula esôfago-bronco-pleural pós pneumonectomia direita. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2006 Mai-Jun; 33(3). Disponível em URL: <http://scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Manoel Ximenes Netto
SHIN QI – Cj. 12 – casa 21
71515-120 – Brasília – DF
E-mail: Ximenes@cd-graf.com.br