

CASO CLÍNICO ARP Nº 1: RUPTURA ESOFÁGICA ESPONTÂNEA (SÍNDROME DE BOERHAAVE)

ARP CASE REPORT Nº 1: SPONTANEOUS ESOPHAGEAL RUPTURE (BOERHAAVE'S SYNDROME)

Jorge Brito

Serviço de Radiologia do Centro Hospitalar do Algarve

Abreviaturas

TC – tomografia computadorizada
MIP – *maximum intensity projection*

Respostas correctas ao Caso Clínico ARP Nº 1

Daniel Ramos Andrade
Carlos Francisco Silva
Pedro Santos Coelho

Um doente do sexo masculino, com 46 anos de idade, natural do Brasil mas a residir em Portugal há 15 anos, recorreu ao serviço de urgência por dor no hemitórax esquerdo e dispneia, com início súbito há menos de 24 horas, associado a episódio de vômito.

Nos antecedentes destacava-se o facto de ser fumador e consumidor de cocaína inalada.

O doente apresentava-se apirético, normotenso, com um ritmo cardíaco de 105 batimentos por minuto. Revelava murmúrio diminuído na auscultação e macicez na percussão da metade inferior do hemitórax esquerdo.

Realizou radiografia torácica posteroanterior em ortostatismo.



Fig. 1 - Radiografia torácica posteroanterior. Observam-se hidropneumotórax à esquerda, sinais de pneumomediastino e enfisema subcutâneo cervical.

Na sequência dos achados da radiografia torácica e da história clínica, o doente realizou TC torácica com administração oral de produto de contraste hipo-osmolar. Este exame revelou extravasamento do produto de contraste para o mediastino, através de uma solução de continuidade na vertente posterolateral esquerda do esófago distal. Estes achados permitiram o diagnóstico de ruptura esofágica espontânea (síndrome de Boerhaave).



Fig. 2 - TC torácica. Confirma-se a presença de hidropneumotórax esquerdo e pneumomediastino, revelando ainda pequeno derrame pleural direito.

Ruptura esofágica espontânea (síndrome de Boerhaave)

A ruptura esofágica é considerada a mais letal das rupturas do tubo digestivo, com uma taxa de mortalidade de aproximadamente 19,7%[1]. É frequentemente secundária a procedimentos endoscópicos, trauma ou neoplasia esofágica, podendo também ser espontânea, associada ao esforço do vômito (síndrome de Boerhaave)[2].

Na ruptura esofágica espontânea verifica-se uma laceração vertical que envolve toda a espessura da parede esofágica, na vertente posterolateral esquerda do seu segmento distal, 2-3 cm acima da junção esofagogástrica[3]. A ruptura ocorre devido a um aumento da pressão intraluminal durante o esforço do vômito, na ausência de relaxamento do esfíncter esofágico superior.



Fig. 3 - TC torácica após administração de produto de contraste oral. Observa-se extravasamento do produto de contraste oral para o espaço periesofágico.



Fig. 4 - Reconstrução MIP fina coronal oblíqua. Demonstra com vantagem o local da ruptura na vertente posterolateral esquerda do esôfago distal, com extravasamento do produto de contraste para o mediastino.

Quando não tratada, ocorre progressão para mediastinite e choque séptico em 24-48 horas[3]. Assim, a mortalidade e a morbidade dependem da rapidez do diagnóstico e da instituição da terapêutica[1,2].

Idealmente, o diagnóstico de ruptura esofágica espontânea deve ser aventado clinicamente quando um doente apresenta dor retroesternal e enfisema subcutâneo, após um episódio de

vômito (triade de Mackler)[4]. Infelizmente, os sinais clínicos são frequentemente inespecíficos e, por conseguinte, o diagnóstico depende amiúde da investigação radiológica[2]. A radiografia do tórax pode revelar sinais compatíveis com o diagnóstico de perfuração esofágica, como pneumomediastino, enfisema subcutâneo, pneumotórax e derrame pleural, com maior frequência à esquerda[4].

Dado que a apresentação clínica é com frequência atípica, muitos doentes realizam TC sem suspeita diagnóstica específica, por um quadro clínico confuso. Na TC torácica podem ser observados sinais adicionais sugestivos do diagnóstico, como espessamento da parede esofágica ou coleções líquidas e gasosas no mediastino, na proximidade do esôfago[4].

Estes achados devem conduzir à realização de esofagografia, onde o diagnóstico se torna evidente, pelo extravasamento do produto de contraste oral para o mediastino, com visualização directa do local da perfuração esofágica[3].

Tradicionalmente a esofagografia é realizada sob controlo fluoroscópico. Porém, o estado clínico frequentemente grave pode impedir a realização deste exame ou torná-lo tecnicamente deficiente, resultando em falsos negativos em 10-38% dos casos[1,2]. Por outro lado, pode ocorrer aspiração do produto ingerido, originando inflamação pulmonar severa ou edema pulmonar se for utilizado, respectivamente, bário ou um produto de contraste hidrossolúvel[1].

Actualmente, a esofagografia por TC, com administração oral de produto de contraste, pode substituir o esofagograma fluoroscópico na detecção de perfuração esofágica, com maior sensibilidade[1] e menor risco, utilizando uma solução aquosa de produto de contraste hipo-osmolar diluído em água, administrado por via oral[2].

No caso presente poderia levantar-se inicialmente a hipótese de um pneumomediastino espontâneo por ruptura alveolar, que constitui a causa mais frequente de pneumomediastino em situações não traumáticas[5]. Devemos notar que o quadro clínico iniciou-se com um episódio de vômito e o doente era consumidor de cocaína inalada, duas condições frequentemente associadas ao pneumomediastino espontâneo[5]. Este diagnóstico, porém, não justificaria a presença do volumoso hidropneumotórax. Por outro lado, o diagnóstico de pneumomediastino espontâneo deve ser de exclusão, após descartar outras entidades de maior gravidade.

Assim, na presença de sinais clínicos e radiológicos compatíveis com ruptura esofágica espontânea, deverá ser realizada prontamente esofagografia para confirmação do diagnóstico e adopção das medidas terapêuticas adequadas, com um impacto positivo na morbidade e na mortalidade.

Referências

- 1 - Wu, C. H.; Chen, C. M.; Chen, C. C.; Wong, Y. C.; Wang, C. J.; Lo, W. C.; Wang, L. J. - *Esophagography after pneumomediastinum without CT findings of esophageal perforation: is it necessary?* AJR Am J Roentgenol, 2013, 201:977-84.
- 2 - Fadoo, F.; Ruiz, D. E.; Dawn, S. K.; Webb, W. R.; Gotway, M. B. - *Helical CT esophagography for the evaluation of suspected esophageal perforation or rupture.* AJR Am J Roentgenol, 2004, 182:1177-9.

- 3 - Tonolini, M.; Bianco, R. - *Spontaneous esophageal perforation (Boerhaave syndrome): Diagnosis with CT-esophagography.* J Emerg Trauma Shock, 2013, 6:58-60.
- 4 - Backer, C. L.; LoCicero, J. 3rd; Hartz, R. S.; Donaldson, J. S.; Shields, T. - *Computed tomography in patients with esophageal perforation.* Chest, 1990, 98:1078-80.
- 5 - Banki, F.; Estrera, A. L.; Harrison, R. G.; Miller, C. C. 3rd; Leake, S. S.; Mitchell, K. G.; Khalil, K.; Safi, H. J.; Kaiser, L. R. - *Pneumomediastinum: etiology and a guide to diagnosis and treatment.* Am J Surg, 2013, 206:1001-6.