

Hematoma espontâneo do esófago – caso clínico

Spontaneous haematoma of the oesophagus – a clinical case report

Sofia Santos*, Ana Almeida**, Ana Costa***, Conceição de Sousa§, João de Deus§§, J.Mascarenhas Araújo§§§

Resumo

O Hematoma Espontâneo do Esófago é uma entidade rara, tendo sido associado a um aumento rápido da pressão intra-esofágica ou a um mecanismo de deglutição anómalo, particularmente na presença de defeitos da hemóstase. É apresentado o caso de uma doente internada por epigastralgia e hematemeses, cuja avaliação endoscópica revelou a existência de um hematoma do esófago associado a uma laceração da mucosa. Revê-se a literatura sobre Hematomas Espontâneos do Esófago.

Palavras chave: Hematoma intramural espontâneo esófago.

Abstract

Oesophageal haematoma is a rare condition, which has been associated with a rapid increase of intra-oesophageal pressure or to an abnormal swallowing mechanism, particularly in the presence of coagulation disorders. We report a case of a patient who presented with epigastric pain and haematemesis, in whom oesophagoscopy revealed an oesophageal haematoma associated with a mucosal laceration. A review of Spontaneous Intramural Haematoma of the oesophagus is presented.

Key words: spontaneous intramural haematoma oesophagus.

Introdução

O Hematoma Espontâneo do Esófago é uma entidade rara, geralmente associada a um aumento rápido da pressão intra-esofágica. Segundo alguns autores, faz parte do espectro de doenças esofágicas que compreendem a Síndrome de Mallory-Weiss e a Síndrome de Boerhaave, embora com algumas diferenças relevantes. Caracteriza-se por dor retro-esternal ou epigástrica súbita, podendo associar-se a odinofagia, hematemeses e disfagia. No diagnóstico diferencial devem ser consideradas a Síndrome de Mallory-Weiss, Síndrome de Boerhaave, enfarte agudo do miocárdio e dissecação da aorta, podendo também simular uma neoplasia esofágica. O diagnóstico pode ser feito por Radiografia (RX) contrastada do esófago, podendo a Endoscopia agravar lacerações existentes. Nos casos

em que há dúvidas a Tomografia Computorizada (TC), Ressonância Magnética Nuclear (RMN) e Eco-endoscopia podem também possibilitar o diagnóstico. A terapêutica na maioria dos casos é conservadora, sendo a cirurgia reservada para as complicações.

Apresentamos o caso de uma doente de 70 anos, com toma esporádica de anti-inflamatórios não esteróides, que iniciou um quadro súbito de dor epigástrica, seguida de hematemeses, tendo o exame endoscópico do esófago e TC torácica revelado a presença de laceração da mucosa associada a hematoma da porção distal do esófago. A evolução foi favorável com terapêutica conservadora.

Caso clínico

Mulher de 70 anos, internada em Agosto de 1998 por dor epigástrica e hematemeses.

A doente referia início súbito de moínha epigástrica, constante, sem irradiação, factores de alívio ou agravamento, seguida de hematemeses de cor escura. Negava náuseas, vômitos, disfagia, enfartamento, azia, regurgitação, alteração do trânsito intestinal ou coloração das fezes, hematomas ou equimoses fáceis, outras perdas hemáticas como epistaxes, gengivorragias, hematoquezias ou metrorragias. Negava também perda de conhecimento, tonturas, palpitações, dor torácica, diaforese.

Nos antecedentes pessoais havia a referir ingestão

*Interna do Complementar de Gastroenterologia do Hospital Fernando Fonseca

**Interna do Complementar de Medicina Física e Reabilitação do Hospital da Força Aérea

***Assistente Hospitalar de Imagiologia do Hospital Fernando Fonseca

§Assistente Hospitalar de Medicina Interna do Hospital SAMS

§§Assistente Graduado de Gastroenterologia do Hospital Fernando Fonseca

§§§Director do Serviço de Medicina I

Serviço de Medicina I, Hospital Fernando Fonseca

Recebido para publicação a 03.06.05

Aceite para publicação a 28.02.06

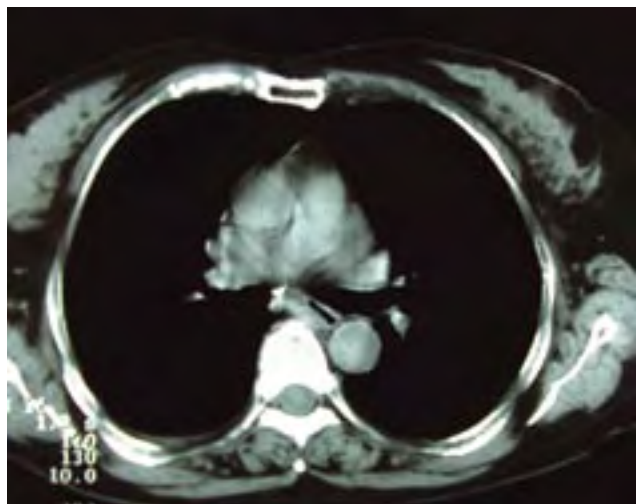


FIG. 1

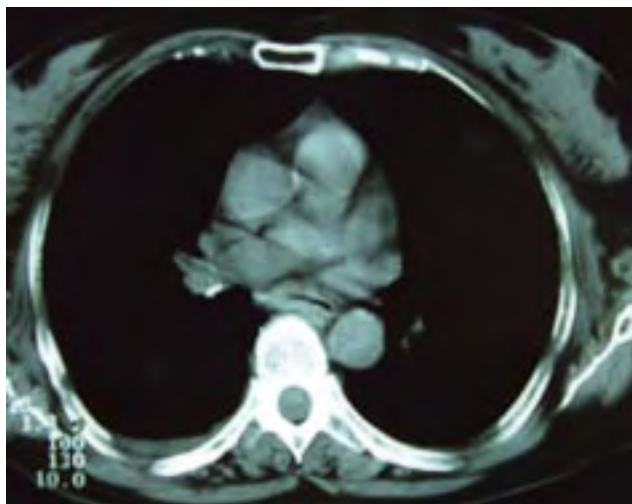


FIG. 2

ocasional de piroxicam, por patologia osteo-articular, e tireoidectomia parcial do lobo esquerdo, por bócio multinodular com hipertiróidismo. Negava outras cirurgias ou internamentos, realização recente de exames endoscópicos, ingestão de corpos estranhos ou cáusticos e outras patologias, como hipertensão arterial, cardiopatia, hemopatias, diabetes.

Na admissão a doente encontrava-se normalmente corada, hemodinamicamente estável, verificando-se a presença de sangue digerido na entubação nasogástrica.

Dos exames laboratoriais efectuados destacavam-se: Hemoglobina 12,9 g/dl, Hematócrito 37,3%, Volume Globular Médio 86,9 fl, Hemoglobina Globular média 30,1 pg; Leucócitos 11 800/mm³ (Neutrófilos 75,6%); Plaquetas 241 000/m³; Tempo de protrombina 89,5% (INR de 1,04); Ureia sérica 38 mg/dl. Rx do Tórax e Electrocardiograma sem alterações.

Realizou um exame endoscópico, ao 2º dia de internamento, que revelou, aos 23 cm da arcada dentária, cordão de hemorragia submucosa (hematoma) estendendo-se até à transição esófago-gástrica, com existência de laceração longitudinal da mucosa a este nível e aos 25 cm, tendo o exame sido interrompido.

No 3º dia de internamento uma TC torácica sem contraste (Fig. 1 e 2) demonstrou espessamento parietal dos 2/3 distais do esófago com ligeira distensão do terço proximal e mínimo derrame pleural direito.

Foi medicada com omeprazole e metoclopramida, tendo, ao 4º dia, iniciado dieta líquida e, posteriormente, dieta mole, com boa tolerância.

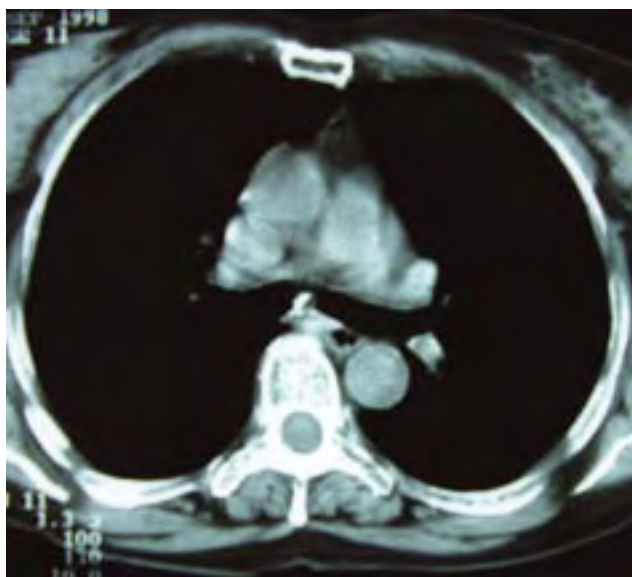


FIG. 3

Ao 31º dia uma nova TC torácica mostrou diminuição do espessamento parietal dos 2/3 distais e da distensão proximal (Fig. 3 e 4), com espaços pleurais livres.

Durante todo o internamento permaneceu estável, sem perdas hemáticas e sem diminuição do valor de hemoglobina ou necessidade de suporte transfusional.

Teve alta ao 32º dia de internamento assintomática, com Hemoglobina de 12,6g/dl e Hematócrito de 36,9%, com indicação para manter dieta mole e omeprazole e referenciada para Consulta Externa.

O Rx do Esófago ao 75º dia de seguimento demonstrou ondas terciárias do terço inferior do esófago (Fig.

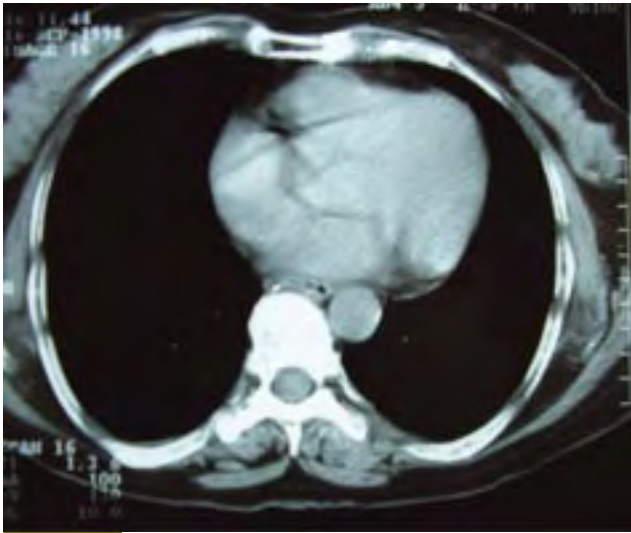


FIG. 4



FIG. 5

5). Alta da consulta ao 85º dia sem queixas, sob dieta geral e mantendo terapêutica com omeprazole.

Discussão

Os hematomas do esôfago são raros, podendo ser primários ou espontâneos, ou secundários a traumatismos, ingestão de tóxicos ou terapêutica endoscópica. Os hematomas espontâneos ocorrem mais frequentemente em mulheres de meia idade,^{1,2} ao contrário das Síndromes de Mallory-Weiss e Boerhaave, mais comuns em homens.

Em cerca de 66% dos casos ocorre dor retro-esternal ou epigástrica súbita, geralmente agravada pela deglutição; em 70% dos doentes surgem hematemeses, em 10% com necessidade de suporte transfusional.² A tríade dor torácica, disfagia e hematemeses ocorre em 30% dos doentes e a disfagia de forma isolada em 26%. Sintomas e sinais obstructivos podem surgir se houver progressão do hematoma.² Em cerca de 50% dos casos foram descritos como precipitantes náuseas, vômitos, tosse, espirros e impaction de corpos estranhos.³

Perante dor torácica, a exclusão de patologia isquêmica cardíaca é importante, dado o potencial agravamento dos hematomas pela anticoagulação/antiagregação.^{1,3} No diagnóstico diferencial também devem ser consideradas a Síndrome de Mallory weiss, Síndrome de Boerhaave, dissecação da aorta e neoplasia do esôfago.¹⁻⁴

O vômito, ao condicionar um aumento da pressão intra-esofágica, pode ser responsável por lesão da mucosa (Síndrome de Mallory-Weiss), transmural (Síndrome de Boerhaave) ou hematoma intramural do esôfago (com ou sem laceração mucosa);¹ daí a analogia estabelecida entre estas entidades por alguns autores^{1,5}. No entanto, este mecanismo não explica os casos que ocorrem na ausência de vômitos, tendo sido proposto também um mecanismo de deglutição anômalo.¹

Grande parte dos doentes sem factores precipitantes identificáveis estão sob anticoagulação,³ surgindo os hematomas em localização mais proximal, ao contrário dos casos em que há associação ao vômito, em que a localização é distal.^{1,2,3,5} A coexistência de hematoma e perfuração do esôfago é rara.¹

O diagnóstico pode ser dado por esofagograma, endoscopia, TC ou RMN. No Rx contrastado do esôfago, pode observar-se um defeito de repleção com estenose do lúmen,^{4,5} ou um aspecto em duplo lúmen se existir

laceração.^{1,3,5} A endoscopia não deve ser realizada se os dados clínicos e radiológicos forem sugestivos, dado poder conduzir à progressão do hematoma ou mesmo à perfuração.^{1,5} A TC e RMN são excelentes métodos não só para estudar o lúmen e parede esofágica (permitindo avaliar a extensão da dissecação ou a presença de perfuração esofágica^{3,5}), mas também a aorta e outras estruturas mediastínicas;¹ no entanto, dado a RMN ser mais dispendiosa e menos acessível que a TC, e particularmente em comparação com o contributo da TC espiral, torna-se um método de 2ª linha para o diagnóstico.¹ Quando o diagnóstico não é claro, perante um espessamento da parede esofágica na ausência de laceração, ou existência de ulceração e necrose sugerindo uma lesão neoplásica, a ecoendoscopia pode ser útil, surgindo o hematoma como uma massa hipocogénica, diferenciável da aorta e tecidos mediastínicos.²

Ao contrário da Síndrome de Boerhaave, o Hematoma Espontâneo do Esófago e Síndrome de Mallory-Weiss têm excelente prognóstico,^{1,3} com resolução completa em 80% dos casos apenas com terapêutica conservadora;² sendo a única alteração descrita o aparecimento de ondas terciárias do esófago,³ verificada na nossa doente.

Conclusões

O Hematoma Espontâneo do Esófago é uma entidade rara, que surge mais frequentemente em mulheres de meia idade, particularmente se sob anticoagulação, podendo estar associado a náuseas, vômitos, espirros, tosse e impactação alimentar. Como manifestações clínicas surgem dor torácica, disfagia e hematemeses, sendo importante a diferenciação com patologia isquémica cardíaca. Se a clínica for sugestiva, o diagnóstico deve ser efectuado por Rx contrastado do esófago, dados os riscos associados à endoscopia. O prognóstico é excelente com terapêutica conservadora. ■

Bibliografia

1. Hiller N, Zagal I, Halpern I. Spontaneous Intramural Hematoma of the Esophagus. *Am J Gastroenterol* 1999;94(8):2282-2284.
2. Younes Z, Johnson D. The Spectrum of Spontaneous and Iatrogenic Esophageal Injury. *J Clin Gastroenterol* 1999;29(4):306-317.
3. Meininger M, Bains M, Yusuf S, Gerdes H. Esophageal intramural hematoma: a painful condition that mimic an esophageal mass. *Gastrointest Endosc* 2002;56(5):767-770.
4. Adeonigbagbe O, Khademi A, Washington M, Karowe M, Gautieri N, Robilotti J. Spontaneous Esophageal Hematoma. *Am J Gastroenterol* 1999;94(12):3655.
5. Sleisenger & Fordtran's *Gastrointestinal and Liver Disease* 7th edition. Saunders 2002:640.