

Mediastinite secundária a perfuração de esôfago

Secondary mediastinitis due to esophageal perforation

Kênia Teixeira

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
201811118@unifoa.edu.br

Nataly Tolentino

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
nataly_tolentino@hotmail.com

Lucas Motta

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
lucas.motta.oliveira@gmail.com

Pedro Czarnobay

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
pedroczarnobay@yahoo.com

Thales Parussoli

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
thales.g.bm@hotmail.com

Vitor Grubell

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
vitorgrubell@gmail.com

Gustavo Oliveira

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
rezende1999@hotmail.com

RESUMO

O presente relato de caso explora um diagnóstico diferencial importante em paciente com dor precordial e epigástrica, destacando o tempo de evolução da mediastinite por perfuração esofágica. A perfuração do esôfago é uma condição rara e frequentemente ignorada e tem como uma das maiores complicações como a mediastinite bacteriana aguda por contaminação da flora esofágica. Neste caso, o paciente foi inicialmente diagnosticado com uma infecção de sítio a esclarecer, mas a investigação adicional revelou um engasgo por espinha de peixe há duas semanas antes da internação. O relato enfatiza a relevância de uma avaliação minuciosa e ágil, incluindo exames de imagem de tórax, para um diagnóstico correto e direcionamento do tratamento, visando evitar a evolução aguda desta doença que pode ser fatal.

Palavras-chave: Mediastinite, esôfago, perfuração.

ABSTRACT

This case report explores an important differential diagnosis in a patient presenting precordial and epigastric pain, emphasizing the timeline of mediastinitis resulting from esophageal perforation. Esophageal perforation is a rare and often overlooked condition, with one of its most severe complications being acute bacterial mediastinitis due to contamination by the esophageal flora. In the case presented, the patient was initially diagnosed with an infection of undetermined origin; however, further investigation revealed a history of choking on a fish bone several weeks prior. This report underscores the importance of a thorough and prompt clinical evaluation, including thoracic imaging, to achieve an accurate diagnosis and guide appropriate treatment, thereby aiming to prevent the acute progression of this potentially fatal condition.

Keywords: Mediastinitis; Esophagus; Perforation.

1 CONTEXTO

Segundo Brunicardi et al. (2019), a mediastinite por perfuração esofágica é uma forma grave e potencialmente fatal de mediastinite que ocorre quando há uma ruptura do esôfago, permitindo que ar, fluidos gástricos e bactérias entrem no mediastino, causando uma infecção rápida e intensa. Trata-se de um quadro clínico com baixa incidência, a qual varia, de acordo com a literatura, entre 0,2% e 5% dos pacientes submetidos a esternotomia mediana, porém de alta morbimortalidade, sendo esta estimada entre 15,4% e 50% nos trabalhos mais recentes. Dentre os agentes infecciosos encontrados nas culturas colhidas do tecido mediastinal inflamado, destacam-se o *Staphylococcus aureus*, o *Staphylococcus epidermidis*, as *Pseudomonas* sp e a *Escherichia coli*, sendo esta última associada a um alto índice de mortalidade. (Fatureto et al., 2005). A perfuração de esôfago pode cursar com sintomas inespecíficos que dificultam o diagnóstico precoce e prevenção da evolução fatal da mediastinite. Dessa maneira, relatamos o caso de uma paciente que deu entrada na emergência queixando-se de dor precordial e epigástrica e que rapidamente evoluiu para mediastinite grave e óbito. Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente, sexo masculino, 80 anos, aposentado, apresenta-se ao pronto socorro com queixa de dor precordial e epigástrica com início há 08h, relata inapetência e sensação de febre. No exame físico paciente estável, em bom estado geral, lúcido e orientado em tempo espaço, hiporcorado, hidratado, acianótico, anictérico e afebril ao toque. Aparelho cardiovascular ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas sem ruídos adventícios. Aparelho respiratório com murmúrio vesicular universalmente audível e sem ruídos adventícios nem sinais de esforços respiratórios. Abdômen flácido, timpânico e indolor a palpação superficial e profunda sem sinais de irritação peritonial e sem visceromegalias. Pressão arterial admissional não documentada. Exame neurológico admissional não documentado. A conduta inicial foi a internação e transferência para sala vermelha do Hospital Municipal Dr Munir Rafful, sendo também solicitado exames laboratoriais e eletrocardiograma. De história patológica pregressa, o paciente havia infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica, em uso de AAS 100mg, clopidogrel 75mg, forxiga 10mg, losartana 50mg 12 em 12h, espironolactona 25mg, bisoprolol 2,5mg, rosuvastatina 20mg e insulina regular 18 UI. História social e familiar sem demais informações.

Inicialmente, foram solicitados exames de rotina, gasometria arterial, eletrocardiograma e hemocultura para identificar uma possível causa das queixas do paciente. Após internação na clínica médica, familiar relata engasgo do paciente por espinha de peixe há 2 semanas e que desde então apresenta disfagia por alimentos sólidos. Posteriormente paciente manteve quadro de taquipneia e ausculta pulmonar com roncocalcos difusos. Apesar de solicitado TC de tórax, paciente não se encontrava estável para realizar exame, até então, por conta da deterioração clínica e rebaixamento de consciência. Então foi solicitado vaga para sala vermelha. Após estabilização clínica, foi realizada tomografia computadorizada (TC) de tórax, que evidenciou nódulos centrolobulares difusos bilateralmente, associados a espessamento dos septos interlobulares e infiltrado em vidro fosco adjacente, confluyente, formando focos de consolidação. Esses achados podem corresponder a processo inflamatório e infeccioso, devendo ser correlacionados com dados clínicos e laboratoriais. Observou-se ainda pneumomediastino, esôfago dilatado em sua porção médio-superior, com conteúdo heterogêneo e focos gasosos que se estendem ao mediastino e aos planos mioadiposos cervicais, podendo estar relacionados a perfuração e obstrução. Traqueia e brônquios-fonte sem alterações. Presença de calcificações parietais vasculares, inclusive coronarianas. Linfonodos aumentados no mediastino, sem derrame pleural. Diante desses resultados, foi solicitado parecer de urgência da equipe de cirurgia geral. O principal objetivo, a partir dos achados obtidos, foi acionar a equipe de cirurgia torácica para avaliação e possível intervenção cirúrgica de urgência, com a finalidade de conter a progres-

são do quadro clínico. Após transferência em ambulância para o hospital de referência do município, o paciente foi submetido a procedimento cirúrgico. No entanto, infelizmente, não houve sucesso, e o paciente evoluiu a óbito.

3 DADOS COMPLEMENTARES

Inicialmente, foram solicitados exames laboratoriais de rotina, gasometria arterial, eletrocardiograma e hemocultura, com o objetivo de investigar a possível causa das queixas apresentadas. Durante a internação na clínica médica, familiares relataram episódio de engasgo por espinha de peixe ocorrido há cerca de duas semanas, desde quando o paciente passou a apresentar disfagia para alimentos sólidos. Na evolução, manteve quadro de taquipneia e à ausculta pulmonar evidenciaram-se roncosp difusos. Apesar da indicação de tomografia computadorizada (TC) de tórax, o exame não pôde ser realizado de imediato devido à instabilidade clínica e ao rebaixamento do nível de consciência, sendo necessária transferência para a sala vermelha. Após estabilização, a TC de tórax evidenciou nódulos centrolobulares difusos bilateralmente, associados a espessamento dos septos interlobulares e infiltrado em vidro fosco adjacente, confluyente, formando focos de consolidação. Tais achados foram sugestivos de processo inflamatório e infeccioso, devendo ser interpretados em conjunto com os dados clínicos e laboratoriais. Observou-se ainda pneumomediastino, esôfago dilatado em sua porção médio-superior, com conteúdo heterogêneo e focos gasosos que se estendem ao mediastino e aos planos mioadiposos cervicais, podendo estar relacionados a perfuração e obstrução. Traqueia e brônquios-fonte sem alterações. Presença de calcificações parietais vasculares, inclusive coronarianas. Linfonodos aumentados no mediastino, sem derrame pleural. Diante desses resultados, foi solicitado parecer de urgência da equipe de cirurgia geral. Diante dos achados, a principal conduta foi acionar a equipe de cirurgia torácica para avaliação e possível intervenção de urgência, com o intuito de conter a progressão do quadro clínico. O paciente foi transferido em ambulância para o hospital de referência do município, onde foi submetido a procedimento cirúrgico. Entretanto, apesar das medidas adotadas, não houve êxito terapêutico e o paciente evoluiu a óbito.



Tomografia Computadorizada do Pescoço

Aquisição volumétrica dos dados, antes e após a administração de contraste venoso. Administrado contraste iodado por via oral.

Coleção contendo material hipo denso e focos de gás de permeio, formando níveis hidroaéreos, com impregnação periférica pelo meio de contraste, medindo cerca de 15,9 x 3,9 x 5,0 cm (LxAPxT) no mediastino posterior, desviando anteriormente o esôfago. Focos de gás no espaço cervical retrofaríngeo. Não foram identificados nas imagens obtidas trajetos fistulosos na parede esofágica, entretanto não se pode excluir pelo método a possibilidade de perfuração esofágica.

Fossetas de Rosenmüller e toros tubários sem alterações.

Glândulas parótidas e submandibulares sem alterações.

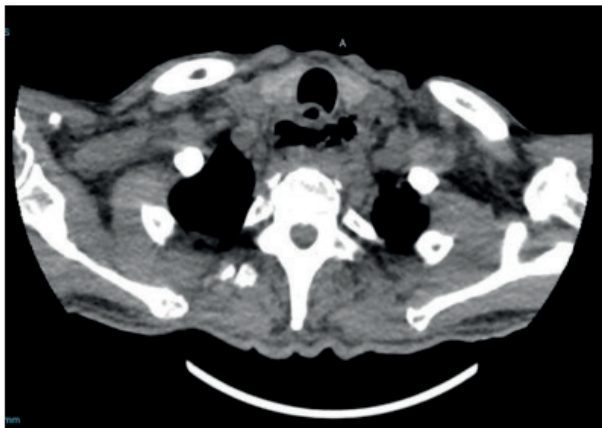
Tireóide com dimensões e densidade preservadas.

Espaço aéreo da faringe, laringe e traquéia com amplitude preservada.

Demais planos musculares e adiposos sem alterações.

Ausência de linfonomegalias.

Fonte: do autor, 2025



TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX

Aquisição volumétrica dos dados em aparelho multidetectores, antes e após administração de contraste venoso. Administrado contraste iodado por via oral.

Algumas imagens degradadas por artefatos de movimento respiratório do paciente. Coleção contendo material hipoecênico e focos de gás de permeio, formando níveis hidroaéreos, com impregnação periférica pelo meio de contraste, medindo cerca de 15,9 x 3,9 x 5,0 cm (LxAPxT) no mediastino posterior, desviando anteriormente o esôfago. Focos de gás no espaço cervical retrofaringeo. Não foram identificados nas imagens obtidas trajetos fistulosos na parede esofágica, entretanto não se pode excluir pelo método a possibilidade de perfuração esofágica.

Discreto espessamento pleuroapical bilateral.

Nódulo com densidade de partes moles, de contornos espiculados, com impregnação heterogênea pelo meio de contraste, medindo 1,5 x 1,5 cm no lobo superior esquerdo, de aspecto suspeito.

Múltiplas opacidades em vidro fosco predominando nos lobos médio e inferiores.

Bandas parenquimatosas nos lobos inferiores.

Traqueia e brônquios fontes sem alterações.

Aorta de calibre preservado. Calcificações parietais aórticas e coronarianas.

Tronco e artérias pulmonares de calibre preservado.

Ausência de linfadenomegalias.

Discreta reação pleural posterior esquerda.

Alterações degenerativas na coluna torácica.

Fonte: do autor, 2025

4 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

A apresentação clínica inicial do paciente, com dor precordial e epigástrica, associada a sintomas inespecíficos como inapetência e sensação febril, levou inicialmente à hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio (IAM). De fato, o IAM representa uma das principais causas de dor torácica em serviços de emergência, sendo caracterizado por isquemia miocárdica decorrente de obstrução coronariana, com manifestações clínicas típicas, como dor torácica em aperto, irradiada, acompanhada de sudorese, náuseas e alterações eletrocardiográficas (BRUNICARDI et al., 2019). No entanto, é importante ressaltar que diversas outras condições clínicas podem mimetizar a dor torácica isquêmica. Entre essas, destacam-se a dissecção de aorta, a pericardite, o tromboembolismo pulmonar, a pancreatite aguda e, como no caso aqui descrito, a perfuração esofágica. Esta última é uma condição rara, porém com elevada letalidade, cuja apresentação clínica pode ser facilmente confundida com síndromes coronarianas agudas, especialmente em pacientes idosos ou com múltiplas comorbidades. O diagnóstico diferencial com a estenose aórtica também deve ser considerado, especialmente em pacientes com histórico cardiovascular prévio. Embora a estenose aórtica seja caracterizada por sintomas como dor torácica, dispneia e síncope, sua apresentação costuma ser mais arrastada e relacionada ao esforço, o que não se observou de forma clara neste caso (RANGEL et al., 2006). Outro ponto relevante foi a ausência, na admissão, de sintomas digestivos claros ou história de deglutição de corpo estranho, que só foi relatada posteriormente por familiares. Esse fato postergou a formulação da hipótese diagnóstica de perfuração esofágica. A disfagia progressiva para sólidos, manifestada após o episódio de engasgo, e os achados tomográficos posteriores foram determinantes para o reconhecimento do diagnóstico correto.

A presença de pneumomediastino na tomografia, associada a espessamento do esôfago, focos gasosos cervicais e consolidações pulmonares, foi compatível com mediastinite secundária à perfuração esofágica, excluindo as demais hipóteses cardiovasculares e corroborando a importância da investigação por imagem nos casos de dor torácica atípica (FATURETO et al., 2005). Dessa forma, este caso evidencia a necessidade de uma abordagem clínica ampla, especialmente diante de sintomas inespecíficos. O diagnóstico diferencial deve sempre considerar condições menos prevalentes, mas com alto potencial de gravidade, como a perfuração esofágica, cuja identificação precoce pode ser decisiva para a sobrevivência do paciente.

5 RESULTADO

Como resultado do caso clínico, o paciente em questão foi transferido para outro serviço hospitalar (HSJB), em que após intervenção cirúrgica da mediastinite, não obteve sucesso e veio a óbito.

6 DISCUSSÃO

A mediastinite aguda secundária à perfuração esofágica configura-se como uma condição infecciosa grave e de rápida progressão, associada a altas taxas de morbimortalidade. Embora rara na prática clínica, essa afecção demanda reconhecimento e intervenção imediatos, uma vez que atrasos no diagnóstico estão diretamente correlacionados a desfechos fatais (BRUNICARDI et al., 2019). No presente relato, um paciente idoso, inicialmente avaliado com sintomas inespecíficos de dor precordial e epigástrica, evoluiu rapidamente para mediastinite grave. A ausência de sinais clínicos específicos e a sobreposição sintomática com doenças cardiovasculares, como o infarto agudo do miocárdio (IAM), dificultaram o diagnóstico precoce. Conforme Fatureto et al. (2005), a perfuração esofágica pode mimetizar condições cardíacas e, frequentemente, é inicialmente interpretada de forma equivocada, o que atrasa a conduta adequada. A história pregressa de ingestão de espinha de peixe, relatada tardiamente por um familiar, foi determinante para a reavaliação diagnóstica. A literatura aponta que a ingestão de corpos estranhos Página 11 pontiagudos é uma causa subestimada, porém significativa, de perfuração esofágica, sobretudo em pacientes idosos com declínio cognitivo ou disfagia (FATURETO et al., 2005). A ausência de sintomas típicos, como odinofagia ou febre persistente, contribui para a subnotificação e o retardo na investigação por imagem. A tomografia computadorizada (TC) de tórax representou o ponto de virada diagnóstica, evidenciando sinais clássicos de mediastinite: pneumomediastino, conteúdo esofágico heterogêneo, focos gasosos nos planos mioadiposos cervicais e infiltrado pulmonar sugestivo de infecção. A TC é considerada o método de imagem de escolha para detecção de perfurações esofágicas e suas complicações, sendo essencial na conduta médica (BRUNICARDI et al., 2019). Do ponto de vista microbiológico, a flora esofágica contém bactérias gram-positivas, gram-negativas e anaeróbias. A contaminação do mediastino por esse conteúdo promove uma resposta inflamatória exacerbada. Entre os principais patógenos isolados estão *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas* spp. e *Escherichia coli*, esta última associada a maior letalidade (FATURETO et al., 2005). Brunicardi et al. (2019) apontam que o tempo entre a perfuração e a intervenção cirúrgica é o principal fator prognóstico: quando a abordagem é realizada nas primeiras 24 horas, a mortalidade gira em torno de 10%, mas pode ultrapassar 50% após esse período. No presente caso, o intervalo de aproximadamente duas semanas entre o evento inicial (engasgo) e a intervenção foi determinante para o óbito, evidenciando o impacto do diagnóstico tardio. Adicionalmente, o paciente apresentava comorbidades significativas, como hipertensão arterial sistêmica e histórico de infarto, o que pode ter contribuído para a pior resposta ao quadro séptico e à abordagem cirúrgica. A idade avançada também é um fator de risco relevante, tanto para complicações infecciosas quanto para redução da reserva fisiológica.

Este caso reforça a necessidade de um raciocínio clínico abrangente na abordagem de dor torácica atípica, particularmente em pacientes idosos. A inclusão da hipótese de perfuração esofágica no diagnóstico diferencial de dor torácica é fundamental, especialmente quando há disfagia, história de corpo estranho ou falha de resposta ao tratamento inicial. A anamnese detalhada, aliada à utilização precoce de exames de imagem torácica, pode ser decisiva para o prognóstico do paciente. A atuação multiprofissional, envolvendo clínica médica, cirurgia torácica e unidade de terapia intensiva, é indispensável para o manejo adequado. Protocolos de investigação de dor torácica devem contemplar causas menos frequentes, como a mediastinite, principalmente em casos de evolução rápida e refratária ao tratamento convencional.

7 CONCLUSÃO

O presente relato evidencia a complexidade e a gravidade da mediastinite secundária à perfuração esofágica, especialmente em pacientes idosos com comorbidades preexistentes. A evolução rápida do quadro clínico, associada à apresentação inicial inespecífica de dor precordial e epigástrica, reforça a importância de se manter um alto grau de suspeição para condições menos frequentes, mas potencialmente fatais. Este caso demonstra que a detecção precoce, por meio de anamnese detalhada e exames de imagem de alta sensibilidade, como a tomografia computadorizada, é determinante para o prognóstico, uma vez que atrasos na intervenção cirúrgica estão associados a mortalidade significativamente elevada. Além disso, destaca-se a relevância da integração multiprofissional, envolvendo clínica médica, cirurgia torácica e suporte intensivo, para otimizar a conduta e reduzir complicações. Finalmente, este relato reforça a necessidade de protocolos clínicos que considerem perfuração esofágica e mediastinite no diagnóstico diferencial de dor torácica atípica, incentivando a educação contínua de profissionais de saúde para reconhecimento precoce e manejo efetivo dessas condições raras, porém letais.

REFERÊNCIAS

BRUNICARDI, F. C. et al. **Schwartz: princípios de cirurgia**. 11. ed. Porto Alegre: AMGH, 2019.

FATURETO, M. C. et al. Mediastinite pós-esternotomia: análise de fatores de risco. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 20, n. 3, p. 280-285, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-76382005000300011>. Acesso em: 30 ago. 2025.

MEDIASTINITE aguda: análise retrospectiva de 21 casos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Uberaba, ano 2005, v. 31, ed. (4), p. 237-243, 31 ago. 2005. DOI 10.1590/S1806-37132005000400007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/5NWqFsyyHbqK65TNm8qtjF/?lang=pt#back10>.

MEDIASTINITE Aguda e Abscesso Cervical Secundários à lesão superficial da Hipofaringe por ingestão de corpo estranho. **BrazilianApplied Science Review**, Curitiba, ano 2020, v. 4, n. 6, p. 3507-3510, 18 nov. 2020

RANGEL, D.; OLIVEIRA, C. C.; BARBOSA, P. R. Diagnóstico diferencial da dor torácica em pronto-socorro. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 20-27, 2006.

SHAQRAN, Tariq M.; ABDALLA, Esra M. O Manejo da Perfuração Esofágica: Uma Revisão Sistemática. **Revista Cureus de Ciências Médicas**, [S. l.], ano 2024, v. 16, n. 63651, p. 2-4, 2 jul. 2024.