

SÍNDROME DE BOERHAAVE - RELATO DE CASO

BOERHAAVE SYNDROME - CASE REPORT

ANDRESSA GONÇALVES CASTELO BRANCO **BARCELOS**¹, MARCELLE SOUZA ALVES DA **SILVA**^{2*}, ANTONIO OLAVO VIEIRA **BREIJÃO**³, MARCELO FERNANDES MAIA DE **LIMA**⁴

1. Acadêmica do curso de Medicina, Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES/UNIVAÇO, Ipatinga, MG; 2. Docente do curso de Medicina, Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES/UNIVAÇO, Cirurgia Geral, Prefeitura Municipal de Ipatinga, Cirurgia Vascular, Hospital Márcio Cunha - Fundação São Francisco Xavier, Ipatinga, MG; 3. Médico do Serviço de Terapia Intensiva e Oncologista Clínico, Hospital Márcio Cunha - Fundação São Francisco Xavier, Ipatinga, MG; 4. Cirurgião Geral, Prefeitura Municipal de Ipatinga, Cirurgião Geral, Hospital Márcio Cunha - Fundação São Francisco Xavier, Ipatinga, MG.

* Rua João Patrício Araújo, 179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil CEP: 35164-251. marcelle.med@gmail.com

Recebido em 09/12/2020. Aceito para publicação em 05/02/2020

RESUMO

A síndrome de Boerhaave é definida como ruptura espontânea do esôfago, devido ao aumento súbito da pressão esofágica, geralmente associada a episódios de vômitos. É um evento raro, porém sua importância se deve a elevadas taxas de mortalidade, sendo fatal em mais de 20% dos casos. Este artigo relata o caso de um homem, 54 anos, que iniciou quadro de dor torácica súbita após um único episódio de vômito.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Boerhaave, ruptura espontânea de esôfago.

ABSTRACT

Spontaneous rupture of the esophagus (Boerhaave's syndrome) occurs with a sudden rise in intraesophageal pressure, usually due to vomiting. The condition is rare and it is associated with high mortality (more than 20% of cases). A case of a 54-year-old male was admitted with sudden chest pain after a single episode of vomiting is reported.

KEYWORDS: Boerhaave's syndrome, spontaneous esophageal rupture.

1. INTRODUÇÃO

A síndrome de Boerhaave é definida como ruptura espontânea do esôfago secundária ao aumento súbito da pressão esofágica, geralmente associada a episódios de vômitos¹. A ruptura espontânea é rara, correspondendo a cerca de 15% das rupturas esofágicas², porém de grande importância e gravidade, sendo fatal em mais de 20% dos casos³. Sua apresentação clínica é inespecífica, podendo ser confundida com enfermidades mais frequentes como infarto agudo do miocárdio ou úlcera péptica perfurada. Isso retarda o diagnóstico e interfere diretamente no tratamento e prognóstico do caso⁴. Quando não tratada em até 48 horas do início do quadro, a taxa de mortalidade pode chegar a 89%².

2. CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 54 anos, com história de hipertensão arterial sistêmica controlada e obesidade

grau I, deu entrada em uma unidade de pronto atendimento (UPA) com queixa de dor torácica súbita associada a dispneia após único episódio de vômito. Iniciado protocolo de síndrome coronariana aguda, com diagnóstico diferencial para tromboembolismo venoso. Exames laboratoriais e eletrocardiograma iniciais sem alterações. Radiografia de tórax com pequeno pneumomediastino diagnosticado retrospectivamente (Figura 1).

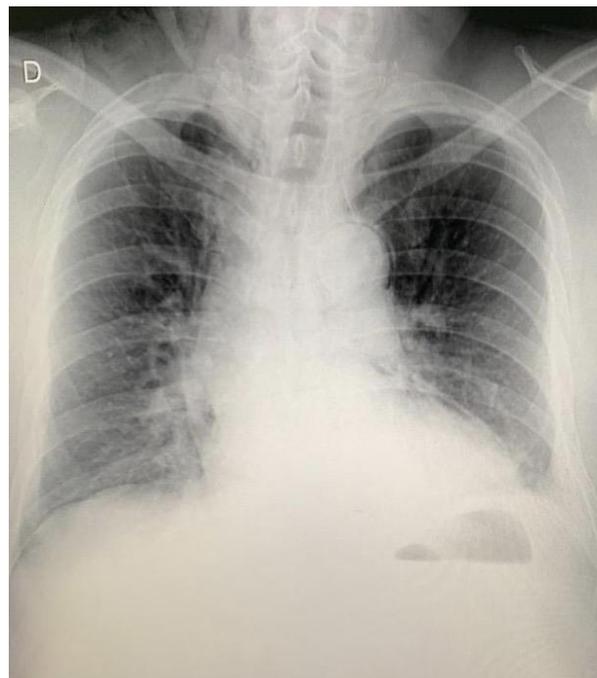


Figura 1. Radiografia de tórax evidenciando pneumomediastino.

Paciente evoluiu com piora da dispneia após 6 horas da admissão, sendo solicitada angiotomografia de tórax, que evidenciou ausência de sinais de tromboembolismo venoso e volumoso hidropneumotórax à esquerda associado a pneumomediastino (Figura 2).

Encontrava-se afônico, com extenso enfisema de partes moles em hemitórax direito e piora do padrão respiratório. Submetido a drenagem torácica em selo d'água com saída de 1.200 mL de líquido turvo e escuro com restos alimentares (Figura 3).

Mediante diagnóstico de ruptura espontânea de esôfago, o paciente foi transferido para unidade de cuidados terciários, sendo submetido a esofagostomia cervical com cerclagem do cárdia, gastrostomia descompressiva e jejunostomia para suporte nutricional após 14 horas do início dos sintomas. Apresentou quadro de sepse secundária a mediastinite, evoluindo a óbito 59 dias após a intervenção.



Figura 2. Tomografia de tórax evidenciando volumoso hidropneumotórax à esquerda associado a pneumomediastino.



Figura 3. Reservatório do dreno torácico.

3. DISCUSSÃO

A fisiopatologia da síndrome de Boerhaave constitui-se no aumento súbito da pressão esofágica intraluminal, mais comum após ingestão alimentar ou etílica excessiva, podendo também ocorrer na ausência de fatores predisponentes^{2,5}.

A alta mortalidade da ruptura esofágica se deve ao quadro de mediastinite e sepse, causado pelo extravasamento de secreção digestiva no mediastino e cavidade pleural. O prognóstico do quadro depende diretamente do tempo de diagnóstico, sendo menor a taxa de óbito quando instituído tratamento precoce.⁴ A abordagem cirúrgica em até 12 a 24 horas do diagnóstico

minimiza os riscos de evolução desfavorável^{6,7}.

A tríade de Mackler (vômitos, dor torácica baixa e enfisema subcutâneo), característica do quadro de ruptura esofágica, está presente em 50% dos casos.² Hematêmese e melena também podem estar associados.³ Hipotensão, taquicardia, taquipneia, cianose e febre são sinais tardios².

A radiografia de tórax constitui a propedêutica inicial na suspeita de ruptura espontânea de esôfago, que evidencia sinais indiretos como pneumomediastino, hidrotórax, pneumotórax e enfisema subcutâneo a depender do tempo de evolução do quadro⁷. Nos casos de ruptura distal, o hidrotórax é mais comum à esquerda. Já nos pacientes em que a perfuração ocorre no terço médio do esôfago, derrame pleural à direita é um achado mais frequente². Se houver líquido no espaço pleural, o diagnóstico pode ser estabelecido através de toracocentese, que evidenciará restos alimentares e secreção digestiva com níveis aumentados de amilase e pH abaixo de 6⁸.

A esofagografia com contraste hidrofílico pode ser utilizada para confirmar o diagnóstico e o local exato da perfuração, visto que o contraste baritado causa severa irritação do mediastino^{2,3}. Tomografia computadorizada com contraste hidrofílico também é uma opção diagnóstica para evidenciar o local de ruptura⁸.

Achados laboratoriais séricos são inespecíficos e têm papel pouco decisivo no diagnóstico desta enfermidade². O uso de endoscopia digestiva alta é questionável, porém deve ser considerado em casos de impossibilidade técnica para realização de tomografia ou outro exame de imagem contrastado em pacientes com radiografia de tórax negativa³.

O tratamento para a ruptura espontânea de esôfago envolve início precoce de antibioticoterapia de largo espectro, além de reposição de fluidos e eletrólitos⁹. Apesar de controversa, medidas conservadoras podem ser utilizadas em alguns casos, porém deve-se atentar para as altas taxas de mortalidade, sendo preferível portanto a abordagem cirúrgica^{5,10}.

As próteses esofagianas têm demonstrado maior eficácia dentre as medidas conservadoras, sendo o método minimamente invasivo com melhor resultado quando comparado a outros da mesma classe¹⁰.

A técnica cirúrgica escolhida varia com o tempo de evolução, o local de ruptura e habilidade do cirurgião, sendo respeitados os princípios de desbridamento de tecido necrótico e lavagem exaustiva da cavidade pleural e mediastino^{9,10}. A reconstrução do trânsito pode ser feita no ato cirúrgico inicial ou em um segundo momento. A abordagem mais utilizada é a esofagorrafia, porém nos casos tardios, com quadro de mediastinite já em curso, pode ser necessária esofagectomia^{5,10}.

Independente da técnica escolhida, é importante a confecção de uma via para suporte nutricional, sendo a jejunostomia o método de escolha¹⁰.

4. CONCLUSÃO

A síndrome de Boerhaave, apesar de rara, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de dor torácica

aguda principalmente quando associada a vômitos. O estabelecimento de um diagnóstico precoce e de um tratamento adequado está diretamente relacionado à redução da morbimortalidade.

No caso descrito, o paciente foi submetido a esofagostomia cervical com cerclagem do cárdia, gastrostomia descompressiva e jejunostomia para suporte nutricional após 14 horas do início dos sintomas. Apesar de a conduta adotada para o caso estar de acordo com a literatura revisada, os esforços não foram suficientes para evitar a desfavorável evolução do quadro, corroborando com os dados que indicam alto índice de mortalidade desta condição.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Godinho M, *et al.*, Ruptura espontânea do esôfago Síndrome de Boerhaave. Rev Col Bras Cir. 2012; 39(1).
- [2] Dinic BR, *et al.*, Boerhaave syndrome – case report, Sao Paulo Med J. 2017; 135(1):71-5.
- [3] Søreide and Viste: Esophageal perforation: diagnostic work-up and clinical decision-making in the first 24 hours. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2011; 19(66).
- [4] Mota HJ, Ximenes Netto M, Medeiros AC, Ruptura pós-emética do esôfago: a síndrome de Boerhaave, J Bras Pneumol. 2007; 33(4):480-483.
- [5] Blencowe NS, Strong S, Hollowood AD. Spontaneous oesophageal rupture, BMJ 2013; 346:38-39.
- [6] Azevedo Filho, Síndrome de Boerhaave: um relato de caso e suas considerações diagnósticas e terapêuticas, Rev Med Minas Gerais 2009; 19(2 Supl 3):S75-S78.
- [7] Nehra D, Beynon J, Pye JK. Spontaneous rupture of the oesophagus (Boerhaave's syndrome), Postgrad Med J 1993; 69:214-216.
- [8] Pinto MJ, Rodrigues P, Almeida L, Leitão A, Flores L, Gomes A, Rocha G, Friões F. Boerhaave syndrome in an elderly man. EJCRIM 2018; 5.
- [9] Rokicki M. *et al.*, Boerhaave's syndrome. Surgical, endoscopic and conservative treatment Polski Przegląd Chirurgiczny, 2016; 88(6):365–372.
- [10] Normando Jr. *et al.*, Mediastinite por Perfuração e Ruptura do Esôfago Torácico, Rev. Col. Bras. Cir. 2006; 33(6).