

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DE BOERHAAVE EM HOSPITAL TERCIÁRIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO – RELATO DE CASO

Morato M. Q.¹, Matsuzaki L. K.¹, Gallani S. K.², Silva P. C. B. A. C.², Hasimoto C. N.³, de Oliveira W. K.³, Lerco M. M.⁴, Henry M. A. C. A.⁴

1. Residentes de cirurgia geral da Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho
2. Residentes de cirurgia do aparelho digestivo da Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho
3. Preceptores da disciplina de cirurgia do aparelho digestivo da Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho
4. Chefes da Disciplina cirurgia do aparelho digestivo da Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho – Departamento de esôfago e vias biliares

Introdução

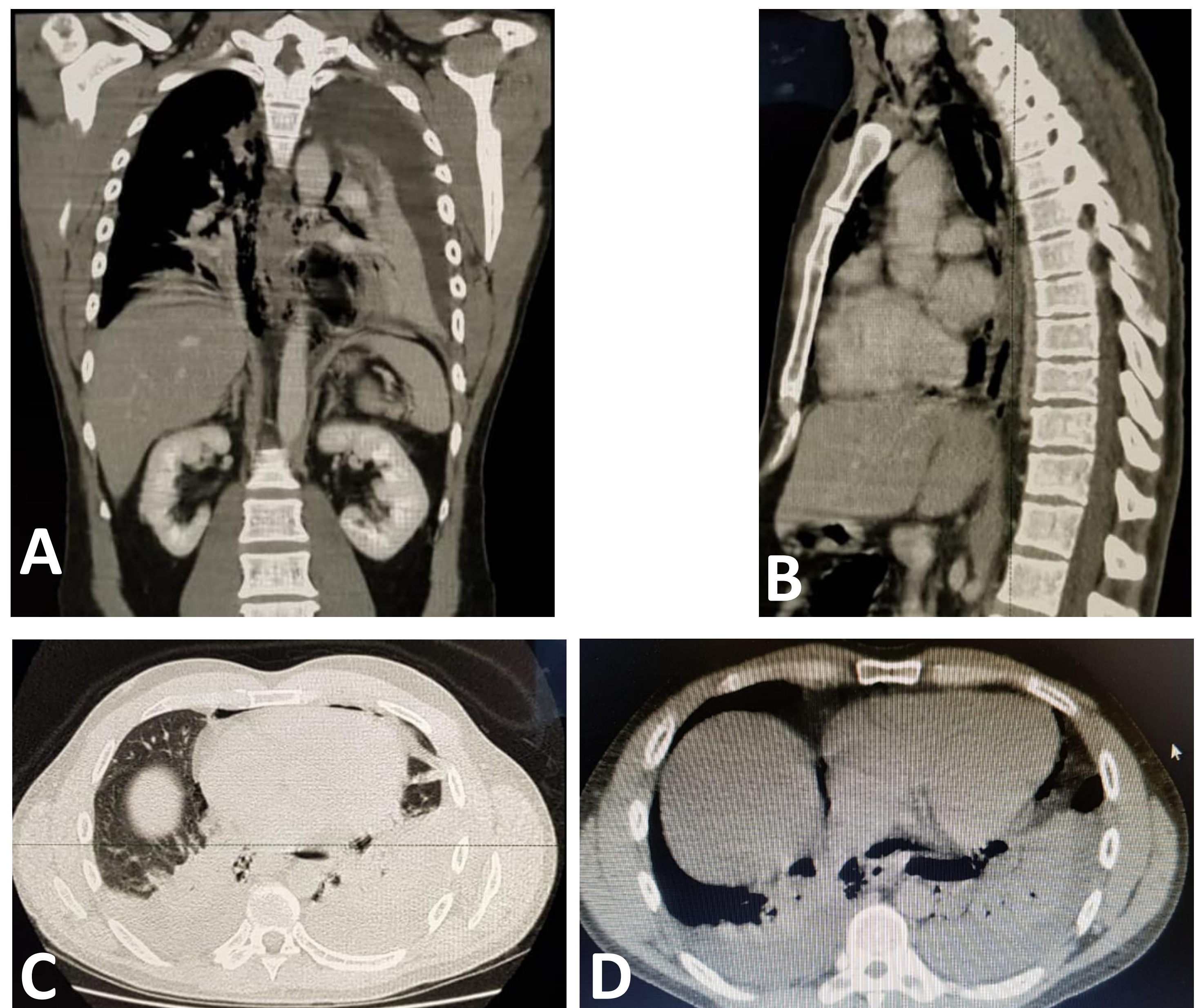
A síndrome de ruptura espontânea do esôfago foi inicialmente descrita por Hermann Boerhaave, em 1724. (1) Ocorre um aumento súbito da pressão intraluminal do esôfago, precipitada por vômitos, associada a uma incoordenação do músculo cricofaríngeo (9). Em 90% dos casos, ocorre no terço distal, na porção lateral esquerda, onde acredita-se ser a área de maior fragilidade. (8) A apresentação clínica de vômitos, principalmente secundários a libação alcoólica e/ou alimentar, dor torácica ou epigástrica súbita e enfisema subcutâneo caracteriza a tríade de Mackler, presente em 50% dos casos. (2, 5, 6, 7). Se não realizado diagnóstico precoce e tratamento adequando pode levar a severas e fatais complicações, sendo as infecções subsequentes as principais causas de óbito. (10, 11).

Relato de caso

F. P. D. A. J. 37 anos, masculino deu entrada na emergência de hospital secundário com quadro de dor epigástrica de forte intensidade após libação alcoólica e alimentar seguidas de 2 episódios intensos de êmese. Foi realizado radiografias e tomografia de tórax, evidenciando pneumomediastino e derrame pleural bilateral. Submetido toracostomia e drenagem torácica em selo d'água bilateral, com saída de líquido achocolatado, com posterior transferência para hospital terciário. Em nosso serviço foi submetido a esofagectomia distal + esofagostomia proximal + gastrostomia + toracotomia com decorticação pulmonar bilateral 5 dias após o primeiro sintoma. Permaneceu em leito de terapia intensiva até o 13º dia de P.O e recebeu alta no 21º P.O para seguimento ambulatorial e programação de esofagoplastia. Após 3 meses foi submetido a procedimento eletivo de reconstrução esofágica com tubo gástrico e anastomose esôfago-gástrica + fechamento da gastrostomia e esofagostomia prévias + jejunostomia. Permaneceu em leito de semi-intensiva até o 6º P.O e recebeu alta no 16º P.O. Ambulatorialmente, no 4º mês pós operatório, retorna sem queixas, com boa aceitação de dieta via oral, inclusive para sólidos, já sem jejunostomia e com endoscopia de controle sem alterações, demonstrando anastomose esôfago-gástrica ampla e pérvia à 20 cm da arcada dentária superior.

Discussão

A síndrome de Boerhaave é a perfuração mais letal do trato gastrointestinal, com taxas de mortalidade que podem chegar a 40% (2, 3), sendo o diagnóstico precoce e o tratamento adequando os principais fatores prognósticos. Antes de 24 horas, um tratamento cirúrgico bem indicado leva a uma taxa de sobrevida de 75%, o que após esse período cai para 50% e para 10% após 48 horas. (5) Existem diversos métodos diagnósticos, como o radiografias, esofagografias, endoscopia e tomografia, porém o achados dependem do tempo de evolução, local da perfuração e integridade da pleura mediastinal, podendo levar a altas taxas de exames falso negativo. Além disso, o exame endoscópico pode agravar a lesão devido a dilatação aérea necessária. Atualmente a tomografia é considerado o melhor método para o diagnóstico precoce da síndrome. (12) O tratamento ainda permanece controverso e não foi definido uma abordagem padrão, havendo 3 abordagens possíveis: conservadora, endoscópica ou cirúrgica. (13) A decisão leva em conta o intervalo, localização, tamanho da lesão, contaminação da cavidade torácica e estabilidade clínica do paciente. No entanto, os princípios são os mesmos: controle infeccioso, drenagem adequada, antibioticoterapia e reparo da lesão. (12)



Figuras: Tomografia de tórax no corte coronal (A) e sagital (B) evidenciando coleção para-esofágica, pneumomediastino adjacente à área de rotura esofágica e enfisema de tecido subcutâneo cervical e parede torácica. Tomografia de tórax em cortes axiais na janela de pulmão (C) e de mediastino (D), evidenciando derrame pleural bilateral e pneumomediastino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albert B, Lowenfels MD. Famous patients, famous operations, 2002 – Part 1: The case of the aristocrat with indigestion. Medscape Surgery [online]. 2002;4.
2. Curci JJ, Horman MJ. Boerhaave's syndrome: The importance of early diagnosis and treatment. Ann Surg. 1976;183(4):401-8.
3. Vallböhmer D, Hölscher AH, Hölscher M, Bludau M, Gutschow C, Stippel D, et al. Options in the management of esophageal perforation: analysis over a 12-year period. Dis Esophagus. 2010;23(3):185-90.
4. de Schipper JP, Pull ter Gunne AF, Oostvogel HJ, van Laarhoven CJ. Spontaneous rupture of the oesophagus: Boerhaave's syndrome in 2008. Literature review and treatment algorithm. Diag Surg. 2009;26(1):1-6.
5. Liebermann-Meffert D, Brauer RB, Stein HJ. Boerhaave's syndrome: the man behind the syndrome. Dis Esophagus. 1997;10(2):77-85.
6. Garas G, Zarogoulidis P, Efthymiou A, et al. Spontaneous esophageal rupture as the underlying cause of pneumothorax: early recognition is crucial. J Thorac Dis. 2014;6(12):1655-8.
7. Veno S, Eckardt J. Boerhaave's syndrome and tension pneumothorax secondary to Norovirus induced forceful emesis. J Thorac Dis. 2013;5(2):E38-40.
8. Callaghan J: The Boerhaave syndrome. Br J Surg 1972; 59: 41–50.
9. Liebermann-Meffert D, Brauer RB, Stein HJ. Boerhaave's syndrome: the man behind the syndrome. Dis Esophagus. 1997;10(2):77-85.
10. Dellon ES, Shaheen NJ. Miscellaneous diseases of the esophagus: foreign bodies, physical injury and systemic and dermatological diseases. In: Yamada T, editor. Textbook of Gastroenterology. 5th ed. Chichester: Blackwell Publishing; 2009. p. 871-88
11. Reardon ES, Martin LW. Boerhaave's syndrome presenting as a mid-esophageal perforation associated with a right-sided pleural effusion. J Surg Case Rep. 2015(11). pii: rjv142.
12. D. Han, Z. Huang, J. Xiang, H. Li, J. Hang, The role of operation in the treatment of Boerhaave's syndrome, BioMed Res. Int. 2018 (2018) 5
13. J. Spapen, J. De Regt, K. Nieboer, G. Verfaillie, P.M. Honoré, H. Spapen, Boerhaave's syndrome: still a diagnostic and therapeutic challenge in the 21st century, Case Rep. Crit. Care 2013 (2013) 161286