

Síndrome de Boerhaave com tratamento conservador

Autores: Victor Antônio Brocco; João Paulo Carlotto Bassotto; Eduardo José Bravo Lopez; Mayara Christ Machry; Pedro Luis Maldonado y Muñoz; Rodrigo dos Santos Falcão; Fábio Herrmann; Roberto Pelegrini coral

Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Boerhaave é definida como uma ruptura completa da parede esofágica secundária ao aumento repentino da pressão esofágica intraluminal, mais comumente após vômitos persistentes. A ruptura espontânea é incomum e apresenta 15% de todas as rupturas esofágicas (1). Apresenta-se como quadro clínico grave em decorrência de complicações associadas como mediastinite e sepse. O desafio estabelece-se pelo diagnóstico tardio e por muitas vezes ser confundida com doenças igualmente graves, entretanto mais prevalentes como pancreatite aguda e infarto agudo do miocárdio (2). A seguir relataremos caso de paciente que foi optado por manejo conservador.

RELATO DE CASO

Masculino, jovem, usuário abusivo de bebida alcoólica e cocaína, que após uso de entorpecentes no dia anterior, iniciou com dor abdominal intensa, associada a náuseas e hematêmese, após inúmeros episódios de vômitos. Foi atendido em unidade de baixa complexidade e referendado à Santa Casa de Porto Alegre por abdômen agudo. Ao exame clínico apresentava-se estável hemodinamicamente, com enfisema subcutâneo em região cervical, sem disfunção ventilatória e com dor a palpação de andar superior do abdômen, sem sinais de irritação peritoneal. Exames de laboratório da chegada (Hemoglobina: 19/ Creatinina: 1,5/ Sódio: 138/ Potássio: 3,2/ Amilase: 101/ TGP: 28/ TGO: 28/ Leucograma: 20900 com desvio de 4%/ Plaquetas: 400 mil). Tomografia de tórax (Figura 1 e 2) com extenso enfisema cervical e torácico, este especialmente no mediastino, estendendo-se até a transição esôfago-gástrica que apresentavam maior proximidade com o lúmen, podendo eventualmente corresponder ao local da perfuração. Adotado manejo conservador com estabilização, NPO terapêutico e antibioticoterapia. Paciente permaneceu estável durante a internação e teve alta hospitalar em 10 dias após a admissão.



Figura1



Figura 2

DISCUSSÃO

Sabe-se que a maioria dos casos evoluem desfavoravelmente e com altas taxas de mortalidade 20-40% (3). Se o diagnóstico for realizado nas primeiras 48h, a abordagem escolhida depende da estabilidade clínica, sendo o tratamento cirúrgico favorecido na presença de sepse. O manejo conservador pode ser proposto em pacientes com diagnóstico tardio, sem sinais de sepse e com boa tolerância à contaminação pleural, apesar de escassa literatura sobre essa abordagem. Como também, sabe-se que a conduta cirúrgica de forma imperativa por muito tempo era a abordagem adotada na maioria dos casos de Boerhaave. No caso relatado, o paciente desde o diagnóstico inicial precoce manteve-se estável e com boa evolução clínica, laboratorial e de imagem sendo possível acompanhamento clínico rigoroso e conservador. Sendo assim, este caso representa a tendência atual da medicina que é tratar o paciente de forma pessoal e instituir medidas cada vez menos invasivas.

REFERÊNCIAS:

- 1- Brinster CJ, Singhal S, Lee L, Marshall MB, Kaiser LR, Kucharczuk JC. Evolving options in the management of esophageal perforation. *Ann Thorac Surg.* 2004;77:1475–1483. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 2- Fell SC. Esophageal perforation. In: Pearson FG, Cooper JD, Deslauries J, Ginsberg RJ, Hiebert C, Patterson GA, et al., editors. *Esophageal Surgery*. New York: Churchill Livingstone, 2002. p. 615-36.
- 3- Rokicki M, Rokicki W, Rydel M. Boerhaave's syndrome - over 290 yrs of surgical experiences. Surgical, endoscopic and conservative treatment. *Pol Przegl Chir.* 2016;88:365–372. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]