



SÍNDROME DE BOERHAAVE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

ALVES, BP¹; MOURA, GM¹; TREVISANI, GF¹; SOUZA, CL¹; KUNIZAKI, ESB²; RUSSOWSKY, VA²; KETZER, BM³.

ILIAS, EJ⁴

¹ Acadêmicas da Faculdade de Medicina da Universidade Santo Amaro

² Residentes de Cirurgia Geral da Universidade Santo Amaro

³ Coordenador da Cirurgia Geral do Hospital Geral do Grajaú e Professor da Universidade Santo Amaro

⁴ Professor Chefe do departamento de Cirurgia Geral da Universidade Santo Amaro



INTRODUÇÃO

A Síndrome de Boerhaave é uma emergência cirúrgica rara, com incidência de 1/6.000,⁽¹⁾ que representa cerca de 15% de todas as rupturas esofágicas.⁽²⁾ A taxa de mortalidade pode variar de 25-85% dependendo, dentre outros fatores, da rapidez com que é feita a intervenção.⁽³⁾

OBJETIVO

Relatar um caso de Síndrome de Boerhaave e correlacionar com os dados obtidos a partir de revisão da literatura.

METODOLOGIA

Relato de caso associado à revisão da literatura a partir de estudos disponíveis como descritor “Boerhaave Syndrome”, “Esophageal Perforation” no período 2019-2020.

RELATO DE CASO

Paciente CMDR, 60 anos, masculino, admitido com dor torácica há 3 horas, em aperto, de forte intensidade, sem irradiação, associada a 3 episódios de vômitos e dor pleurítica. Início do quadro após episódio de vômito, precedido de libação alcóolica há 2 dias e grande ingesta alimentar à noite anterior. Previamente sem comorbidades conhecidas, etilista crônico de destilados e ex-tabagista. Ao exame físico apresentava-se hipocorado, desidratado, cianótico, afebril e com sinais de má perfusão periférica. Aos sinais vitais, hipertenso, dispneico, taquicárdico e saturação de oxigênio em ar ambiente 95%. Exame pulmonar com murmúrio vesicular presente bilateralmente à ausculta, com leve diminuição em bases e roncosp difusos. Sem alterações nos demais sistemas. Paciente evoluiu com rápida queda da saturação e piora da dor. Realizou tomografia com contraste endovenoso em caráter de urgência e foram iniciadas medidas para tratamento de sepse.

Após estabilização clínica, optou-se pela abordagem via endoscópica, a qual evidenciou laceração esofágica total de aproximadamente 3 cm na parede lateral esquerda. Foi realizada colocação de clips na lesão em toda sua extensão. No primeiro dia pós-endoscopia o paciente apresentou piora hemodinâmica sendo optado por abordagem cirúrgica com toracotomia à esquerda. Foi encontrada grande quantidade de secreção seropurulenta em cavidade torácica. Realizada exploração do mediastino com achado de laceração de aproximadamente 3 cm da camada muscular da parede lateral esquerda do esôfago e presença de restos alimentares. Foi realizada pericardiotomia com achado de secreção seropurulenta no saco pericárdico. Feita drenagem do mediastino e torácica bilateral. Paciente manteve internação hospitalar prolongada devido diversas complicações, falecendo no 56º dia.

DISCUSSÃO

A Síndrome de Boerhaave consiste na rotura longitudinal e espontânea do esôfago quando há um relaxamento incompleto do músculo cricofaríngeo resultando em aumento súbito da pressão intraluminal principalmente, mas não exclusivamente, pela motilidade descoordenada do esôfago durante o vômito.^(1,2,3,4) A perfuração esofágica leva ao extravasamento de conteúdos orais e gástricos, como ácidos, enzimas digestivas e microorganismos, no mediastino e espaço pleural.⁽⁵⁾ Os principais fatores de risco associados são o etilismo e a alimentação excessiva.⁽²⁾ O principal grupo etário acometido são homens de meia idade, em cerca de 80% dos casos⁽³⁾, sendo que a maioria ocorre em pacientes sem doenças do esôfago.

A tríade clássica de Mackler: (1) vômitos, (2) dor na região inferior do peito e (3) enfisema subcutâneo é patognomônica para perfuração de esôfago, mas presente em apenas cerca de 14% dos casos de Boerhaave^(1,6).

O “*over the scope clip*” (OTSC) é um tratamento endoscópico que consiste em compressão mecânica dos tecidos no trato gastrointestinal, sendo efetivo para o tratamento de perfurações esofágicas como na Síndrome de Boerhaave. Mostrou-se mais eficaz que os convencionais por gerar maior compressão entre os tecidos, além de ser de simples colocação.⁽⁸⁾ Ambos os procedimentos, *stents* e OTSC, não são necessariamente tratamento definitivo. Há a possibilidade de abordagem cirúrgica por complicações, tal como demonstrado nesse relato.⁽⁸⁾

O melhor prognóstico é encontrado em perfurações diagnosticadas entre 12-24 horas. A cirurgia nas primeiras 24 horas representa taxa de sobrevivência em torno de 75%.^(2,6)

Se o diagnóstico preciso e intervenção adequada forem postergados por mais de 48 horas, a taxa de mortalidade pode chegar a 100%.⁽⁶⁾

Não obstante, mesmo com diagnóstico e intervenção em tempo adequado, a morbimortalidade ainda é elevada devido à contaminação do mediastino e espaço pleural por conteúdo gástrico.⁽⁹⁾

As principais formas de tratamento são operatória e não operatória. A endoscopia é necessária para avaliar a extensão da lesão e, para aquelas pequenas, pode bastar como tratamento.⁽²⁾ O reparo primário da lesão esofágica complementada por drenagem torácica e mediastinal tem taxa de sucesso de 90%, principalmente se esôfago previamente sem patologias e abordagem em menos de 24 horas.⁽⁵⁾

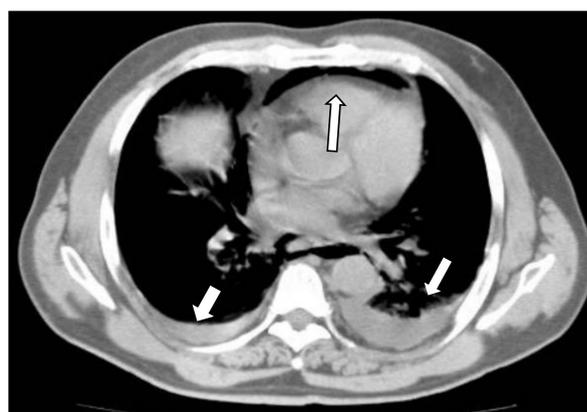


imagem 1

A Tomografia computadorizada de tórax evidenciou pneumomediastino, (imagem 1) sugerindo perfuração no terço médio esofágico, cardiomegalia e derrame pleural bilateral.

Seta apontando pequena coleção líquida junto à parede posterior do esôfago (imagem 2).



imagem 2

imagem 3



Seta apontando focos de enfisema subcutâneo na região cervical (imagem 3).

A Tomografia toracoabdominal é o exame padrão ouro com sensibilidade entre 92-100%.⁽¹⁾ Geralmente demonstra pneumomediastino, coleções periesofágicas e edema da parede do esôfago⁽¹⁾, podendo ainda avaliar o extravasamento de contraste através da lesão.⁽³⁾

CONCLUSÃO

Por ser uma condição rara, a Síndrome de Boerhaave é um diagnóstico de difícil suspeição clínica, o que é corroborado pela apresentação muitas vezes inespecífica. A alta mortalidade desses pacientes pode ser atribuída ao choque séptico subjacente causado pelo extravasamento do conteúdo gástrico para o mediastino e espaço pleural. Dessa forma, o diagnóstico urgente, idealmente realizado nas primeiras 24 horas seguintes da rotura, e a intervenção imediata são imperativos para a sobrevivência do paciente.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

- Carozza F, Dragan C. Spontaneous Esophageal Rupture or Boerhaave's Syndrome. *J Belg Soc Radiol.* 2020; 104(1):1. Available from: <https://www.ijbsr.be/articles/10.5334/ijbsr.1882/>
- Turner AR, Turner SD. Boerhaave Syndrome. In: *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430808/>
- Ali D, Detroz A, Gorur Y, et al. A Sudden Severe Chest Pain and Vomiting: Remember to Think of a Ruptured Oesophagus (Boerhaave Syndrome). *Eur J Case Rep Intern Med.* 2019; 6(10):001265. Available from: <https://www.ejcrim.com/index.php/EJCRIM/article/view/1265>
- M. Tzeng CH, Chen WK, Lu HC, et al. Challenges in the diagnosis of Boerhaave syndrome: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2020; 99(2):e18765. Available from: https://journals.lww.com/md-journal/FullText/2020/01100/Challenges_in_the_diagnosis_of_Boerhaave_syndrome_91.aspx
- Dichtl K, Koepffel MB, Walner CP, Marx T, Wagener J, Ney L. Food poisoning: an underestimated cause of Boerhaave syndrome. *Infection.* 2020; 48(1):125-128. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s2315010-019-01367-6>
- Aref H, Yunus T, Alhallaq O. Laparoscopic Management of Boerhaave's syndrome: a case report with an intraoperative video. *BMC Surg.* 2019; 19(1):109. Available from: <https://bmc Surg.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12893-019-0576-7>
- Al-Zahir AA, Al-Saif OH, Al-Naimi MM, Almomen SAM, Meshikhes AN. Boerhaave's Syndrome: Delayed Management Using Over-the-Scope Clip. *Am J Case Rep.* 2019. Available from: <https://www.amjcaserep.com/abstract/index/idArt/916320>
- Olivero R. Boerhaave syndrome: A rare postoperative complication. *JAAPA.* 2019; 32(8):1-3. Available from: https://journals.lww.com/jaapa/Abstract/2019/08000/Boerhaave_syndrome_A_rare_postoperative_14.aspx