

Relato de Caso

Ruptura espontânea de esôfago: relato de um raro caso da Síndrome de Boerhaave

Luis Fernando Rosati ^{1,*}, Ana Luiza Rosati ², Ana Paula Rosati ³

- 1 Médico Cirurgião do Hospital Municipal Ronaldo Gazzola, Rio de Janeiro, RJ, Brazil. TCBC, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD), Brasil.
- 2 Interna da Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá -UNESA, Brasil.
- 3 Médica Radiologista e Cirurgiã Geral, Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia e ACBC, Brasil.

* Correspondence: lfrosati@yahoo.com.br.

Citação: Rosati LF, Rosati AL, Rosati AP. Spontaneous rupture of the esophagus: a rare case of Boerhaave Syndrome in an elderly person Brazilian Journal of Case Reports. 2023 Oct-Dec;03(4):36-40.

Recebido: 31 Fevereiro 2023

Aceito: 22 Junho 2023

Publicado: 24 Junho 2023

Resumo: A Síndrome de Boerhaave (SB) é uma condição rara e com risco de vida, que é caracterizada por uma ruptura espontânea do esôfago, causado pelo aumento da pressão esofageana, consequente a diversas causas. A principal causa são os vômitos forçados muito embora outras causas já foram descritas na literatura como ruptura durante o parto, lesão por ar comprimido, crise convulsiva, trauma abdominal, lesão por ar comprimido também já foram descritos. A sua apresentação clássica é caracterizada pela tríade de Mackler: dor torácica, vômitos e enfisema subcutâneo. No entanto, raramente apresenta todas as características da tríade. A doença de Boerhaave tem baixa incidência e mortalidade de 7 até 25 %, seguindo os protocolos de tratamento descritos em literatura. A abordagem cirúrgica agressiva é essencial para o reparo da lesão esofagiana, contudo ainda associado a resultados razoáveis. A escolha do método de tratamento ajustado ao estágio de infecção mediastinal e pleural ainda é questão de debate.

Palavras-Chaves: Síndrome Boerhaave; Esôfago; Ruptura Espontânea.



Copyright: Este trabalho é licenciado por uma licença Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

A síndrome de Boerhaave foi descrita pela primeira vez em 1724, recebe esse nome em referência ao médico Alemão Hermann Boerhaave, professor de medicina da Universidade de Leiden. Em uma de suas publicações, intitulada "*História de uma doença grave não descrita anteriormente*", ele discutiu o caso do Barão Jan von Wassenaer, um almirante holandês, que, após libação alcoólica durante uma festa, começou a vomitar e sofreu dores no peito do lado esquerdo e morreu pouco depois [1].

É uma doença do trato gastrointestinal, com alta taxa de mortalidade de até 40% [2-3]. Os sintomas podem variar e o diagnóstico pode ser difícil de ser realizado, não é suspeitada inicialmente por sua raridade. Além disso, alguns fatores, incluindo a dificuldade de avaliação do esôfago contribuem para a dificuldade no diagnóstico [4] e com isso ocorre alta morbidade e mortalidade, devido ao diagnóstico tardio. Para isso é importante que o diagnóstico já esteja no pensamento do médico quando atender um paciente com sintomas de vômitos e dor torácica após libação alcoólica ou alimentar.

Essa síndrome rara, ocorre devido à ruptura do esôfago devido ao súbito aumento da pressão dentro do esôfago, ocasionada pelo esforço da êmese [5, 6]. O dessincronismo entre a abertura e fechamento dos esfíncteres esofagianos superior e inferior, faz com que a pressão intra-esofageana aumente bruscamente [1], o que provoca a ruptura do órgão na região pósterio-lateral esquerda, pois é a região de maior fraqueza do órgão devido à

disposição de suas fibras musculares. A ruptura do esôfago, é um quadro dramático e pode apresentar-se, inicialmente com sintomas vagos, o que pode não só dificultar como retardar o seu diagnóstico.

A forma clássica de apresentação é com a presença da tríade clássica de Mackler [7], que é caracterizada por vômitos, dor torácica e enfisema subcutâneo, porém ela só está presente em metade dos casos. Quanto mais precoce o diagnóstico, melhores os resultados. Se tratada antes de 24h da ruptura, os resultados são melhores [1], após 24h, a mortalidade é bem maior, devido às complicações torácicas como mediastinite [5] e pneumonia.

Em 1979, Cameron descreveu três critérios para indicar o tratamento não operatório das lesões: 1- a ruptura do esôfago é limitada ao mediastino; 2- a cavidade está bem drenada para o esôfago; e 3- o paciente deve apresentar sintomas mínimos e nenhuma evidência de sepse clínica. Este trabalho relatou taxa de mortalidade de 38% em pacientes tratados cirurgicamente e de apenas 9% em pacientes tratados de forma conservadora [8].

Atualmente, a cirurgia é indicada apenas quando o diagnóstico é precoce, sendo deixado o tratamento conservador restrito aos casos com diagnóstico tardio, devido à alta taxa de insucesso [9]. Assim, buscamos com o presente caso clínico tornar a Síndrome de Boerhaave uma doença cada vez mais estudada, de modo a ser sempre uma possibilidade a ser pensada, em casos de dor torácica pós esforço de vômitos, para que os pacientes com essa Síndrome tenham mais possibilidades de diagnóstico precoce e com isso reduzam as altas taxas de mortalidade.

2. Relato de Caso

Trata-se de um paciente masculino de 69 anos, etilista e tabagista. Portador de HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), em uso de Enalapril e portador de Cirrose hepática sem acompanhamento regular. Relata que apresentava quadro recorrente de êmese, com idas recorrentes à emergência. Transferido da Unidade Básica de Saúde de Marechal Hermes para o Hospital Carlos Chagas, com quadro de hematêmese, após vômitos incoercíveis que se seguiram após abuso de bebida alcoólica.

Foi inicialmente colocado Sonda nasogástrica (SNG) em sifonagem, passada na unidade de origem. Na avaliação primária do paciente, ele relatava taquipnéia súbita e apresentava taquicardia e instabilidade hemodinâmica (hipotensão arterial) e dor torácica. Ao exame físico murmúrio vesicular abolido em hemitórax esquerdo, pulso filiforme, pressão arterial baixa (70x40 mmHg) e taquicardia com FC de 156 bpm e sat O₂ de 88%. Foi identificado pneumotórax no RX do tipo hipertensivo, sendo realizada toracostomia à esquerda, para colocação de dreno de tórax, na sala de emergência (Figura 1). Durante o procedimento, foi identificada saída de secreção gástrica pelo dreno de tórax.

Após realização do procedimento, o paciente teve restabelecimento da Pressão arterial e melhora da dispnéia e da dor torácica, bem como normalização da saturação do oxigênio. Foi então encaminhado para realização de Tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve que evidenciou contraste oral na base do tórax à esquerda (Figura 1), com presença de dreno tubular torácico bem-posicionado. A passagem do contraste do esôfago para o tórax evidencia a perfuração esofágica. Laboratório: Hb: 8,9; Hematócrito: 27,0%; Wbc: 10.500 Leucócitos; Cr: 1,4; Ur: 70; TGO: 80; TGP: .92; INR: 1,1.

Após a realização da tomografia foi indicada cirurgia de emergência. A técnica escolhida foi a via abdominal para o acesso, sendo realizada laparotomia por incisão mediana. Realizamos acesso ao hiato esofageano e realizamos a manobra de Pinotti para exposição do esôfago com abertura do hiato e vagotomia troncular anterior e posterior para melhor exposição do esôfago. Então evidenciou-se a lesão de aproximadamente 5 cm em esôfago distal do lado esquerdo. Realizamos reparo do esôfago com dreno de penrose, para melhor tração caudal. Então realizamos desbridamento ao redor da lesão e retirada de restos alimentares e coágulos do esôfago e suturamos a lesão com fio de prolene 3.0 sendo com pontos separados (Figura 2A e 2B).

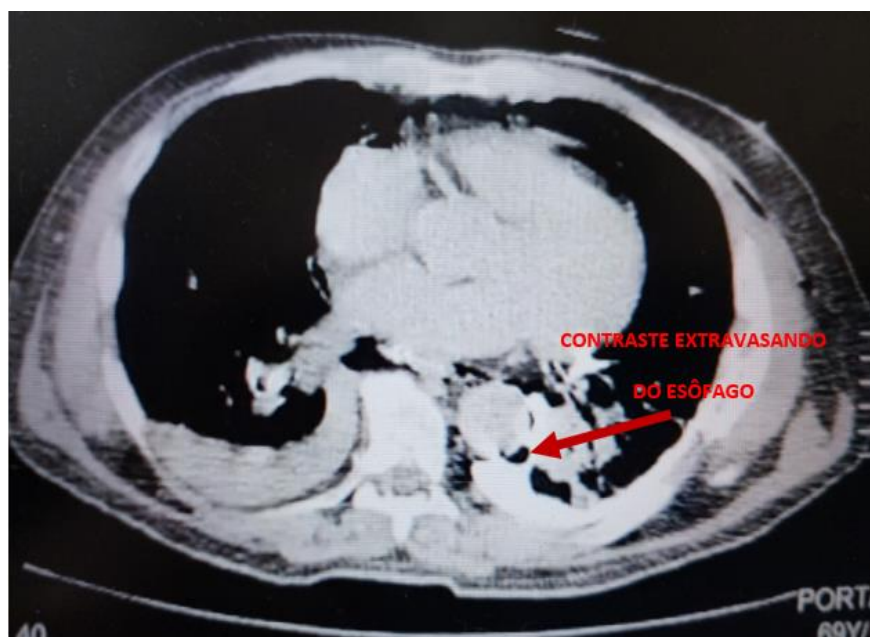


Figura 1: TC de tórax com extravasamento de contraste no esôfago.

Confirmamos a ausência de orifício fistuloso com a manobra do borracheiro, e colocação de azul de metileno via SNG sem extravasamento do corante. Realizamos então a proteção da rafia esofageana confeccionando uma funduplicatura à Nissen (Figura 4), seguida de piloroplastia à Heinecke-Miculicz e gastrostomia alimentar. Finalizado o tempo abdominal realizamos esofagostomia em alça por cervicotomia à esquerda (Figuras 5A e 5B).

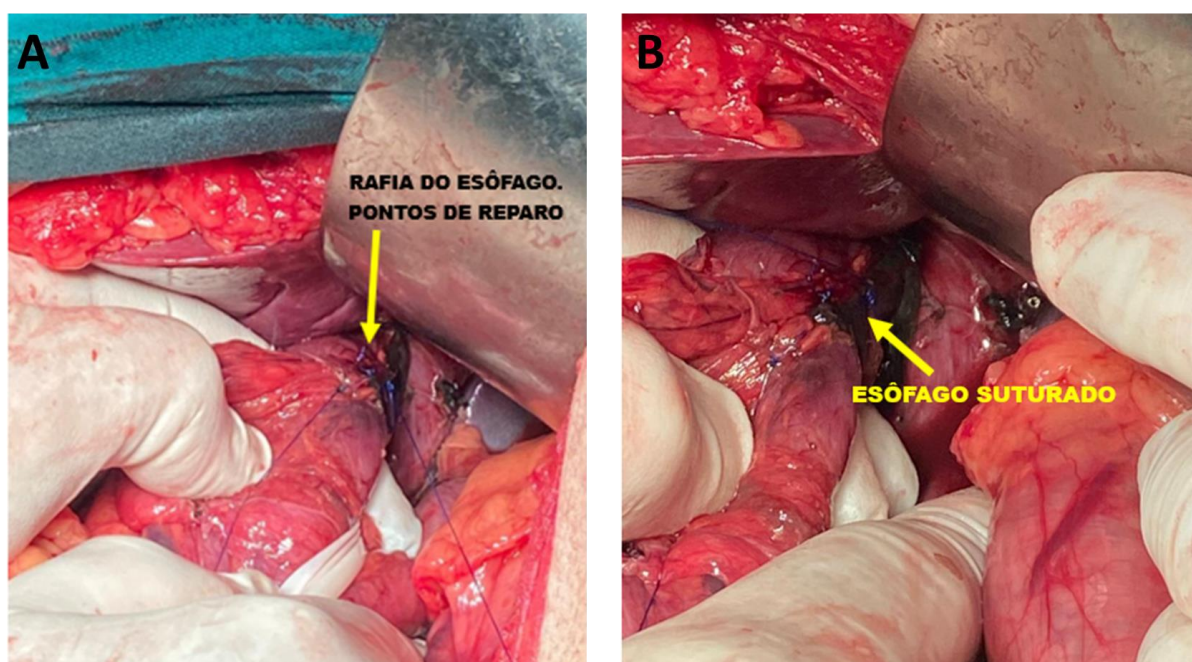


Figura 2: A. Esôfago reparado com penrose e rafia da lesão. B. Esôfago já suturado.

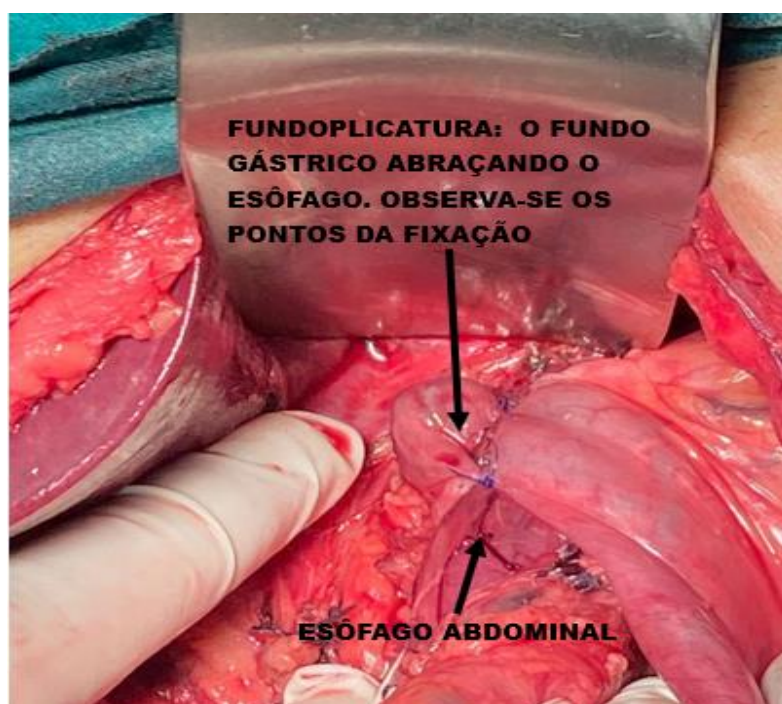


Figura 4: Fundoplicatura à Nissen.

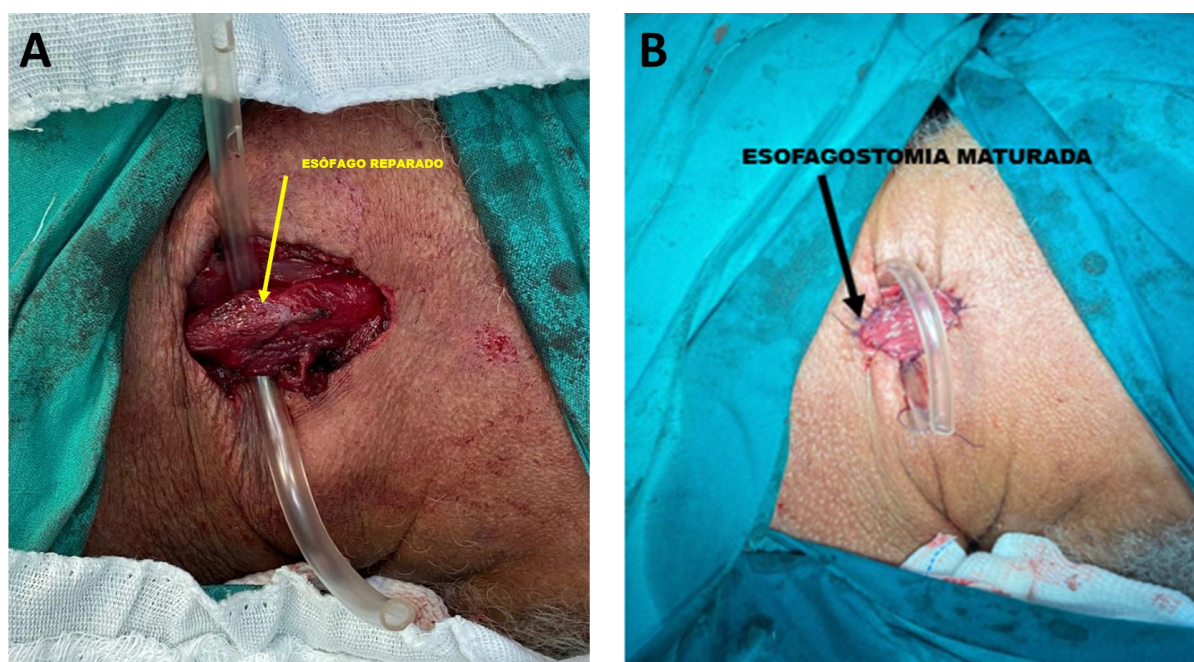


Figura 5. A. Cervicotomia com esôfago reparado. B. Esofagostomia maturada.

Paciente deixa sala operatória extubado, com aminas em dose baixa. Apresentou boa evolução no pós-operatório imediato em unidade intensiva e iniciado dieta por via parenteral plena. Foi retirado dreno de tórax após 5 dias, sem saída de nenhuma secreção de origem digestiva. Teve então alta para enfermaria, onde evoluiu bem, mas no 10º dia ao levantar-se e caminhar para o banheiro teve síncope súbita seguida de parada cardiorrespiratória (PCR) sendo a mesma revertida de imediato, porém mantendo instabilidade hemodinâmica. Realizada Angio TC de tórax, que evidenciou trombo-embolia Pulmonar (TEP) maciça. Evoluiu com nova PCR em assistolia, com posterior óbito apesar das medidas de ressuscitação.

3. Conclusões

A Síndrome de Boerhaave é uma condição rara e grave devido à sua dificuldade de diagnóstico e por falta de rápida suspeição e identificação dos sintomas. A gravidade de suas manifestações ocorre, pois, a perfuração esofageana produz complicações fatais se não diagnosticada, como por exemplo a mediastinite. É importante que o médico ao atender esse tipo de paciente já tenha em mente a possibilidade desse diagnóstico, para não haver atraso no tratamento. Apesar do diagnóstico e do tratamento precoce, apresenta ainda muitas complicações, como fístulas e infecções respiratórias, pois o esôfago é um órgão sem serosa e, portanto, a sutura nesse órgão é passível de deiscência. Fica claro a necessidade de um diagnóstico precoce e de uma rápida abordagem cirúrgica, por equipe especializada.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: Declaramos que o paciente aprovou o estudo assinando um termo de consentimento informado e o estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Declaração de Helsinki.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de interesse: Nenhum.

Materiais suplementares: Nenhum.

Referências

1. Turner AR, Turner SD. Boerhaave Syndrome. 2023 jun 1. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-.
2. Okamoto H, Onodera K, Kamba R, Taniyama Y, Sakurai T, Heishi T, Teshima J, Hikage M, Sato C, Maruyama S, Onodera Y, Ishida H, Kamei T. Tratamento da ruptura espontânea do esôfago (síndrome de Boerhaave) usando cirurgia toracoscópica e sivelestat hidrato de sódio. 2018 Abr;10(4):2206-2212.
3. Biancari F, D'Andrea V, Paone R, Di Marco C, Savino G, Koivukangas V, Saarnio J, Lucenteforte E. Current treatment and outcome of esophageal perforations in adults: systematic review and meta-analysis of 75 studies. World J Surg. 2013 May;37(5):1051-9.
4. Jagminas L, Silverman RA. Síndrome de Boerhaave apresentando-se com dor abdominal e hidropneumotórax à direita. Am J Emerg Med. 1996 Jan;14(1):53-6.
5. Obretenov E, Popkharitov A, Dimov G. Spontanni perforatsii na khranoprovoda--s prinos ot edin sluchaï i obzor [Perfuração espontânea do esôfago--relato de caso e revisão]. Khirurgiia (Sofia). 2003;59(6):40-4. Búlgaro.
6. Haba Y, Yano S, Akizuki H, Hashimoto T, Naito T, Hashiguchi N. Boerhaave syndrome due to excessive alcohol consumption: two case reports. Int J Emerg Med. 2020 Nov 30;13(1):56.
7. Godinho M, Wiesel EHB, Marchi E, Módena SF, Paula RA. Ruptura espontânea do esôfago: síndrome de Boerhaave. Rev. Col. Bras. Cir. 2012; 39(1).
8. Cameron JL, Kieffer RF, Hendrix TR, Mehigan DG, Baker RR. Selective nonoperative management of contained intrathoracic esophageal disruptions. Ann Thorac Surg 1979; 27:404-408.
9. Venø S, Eckardt J. Síndrome de Boerhaave e pneumotórax hipertensivo secundário a emese forçada induzida por Norovírus. 2013 Abr;5(2): E38-40.