

Ruptura espontânea do esôfago - síndrome de Boerhaave

Spontaneous rupture of the esophagus - boerhaave's syndrome

MAURÍCIO GODINHO, ACBC-SP¹; EDUARDO HENRIQUE BUSCHINELLI WIEZEL²; EVALDO MARCHI³; SÉRGIO FERREIRA MÓDENA, TCBC-SP⁴; ROBERTO ANANIA DE PAULA, ECBC-SP⁵

INTRODUÇÃO

Em 1724, Hermann Boerhaave durante a realização de uma autópsia encontrou carne de pato na cavidade pleural e descreveu a ruptura espontânea do esôfago conhecida posteriormente como Síndrome de Boerhaave¹. Atualmente a síndrome é considerada a perfuração mais letal do trato gastrointestinal, com elevada taxa de mortalidade girando entre 35 a 40%^{2,3}.

A ruptura esofágica é decorrente de um súbito aumento na pressão interna do esôfago precipitada durante o ato de vomitar, observada em 77% dos casos, como resultado de uma incoordenação neuromuscular do músculo cricofaríngeo⁴.

A Síndrome de Boerhaave é uma doença de manifestação clínica variável, levando muitas vezes a um diagnóstico tardio e à sérias complicações³.

A apresentação clínica típica é de dor súbita, de localização torácica ou epigástrica, após episódio de vômito antecedido por um abuso alimentar e ou alcoólico⁴. Normalmente está associada com enfisema cervicomedial e na forma da tríade de Mackler (vômito, dor torácica, enfisema subcutâneo). A hematêmese não é um sinal fidedigno de ruptura, pois foi demonstrada em apenas 30% de casos².

A apresentação atípica e a raridade desta entidade, normalmente conduzem à demora no diagnóstico e requerem exames especializados para identificar a fístula esofágica. O diagnóstico precoce aliado a um tratamento cirúrgico adequado pode diminuir as taxas de morbimortalidade desta importante afecção⁵.

RELATO DE CASOS

Três pacientes que sofreram ruptura espontânea de esôfago, foram tratados no Serviço de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina de Jundiaí, Serviço do Professor Roberto Anania de Paula, no Hospital de Ensino São Vicente de Paulo de Jundiaí SP.

Caso I – Paciente de 30 anos, masculino, com histórico de importante etilismo deu entrada na emer-

gência com uma forte dor torácica após vômitos alimentares seguidos de raia de sangue e no terceiro dia de evolução apresentou disfagia. A endoscopia digestiva superior e o esofagograma (Figura 1) confirmaram a fístula. Foi realizada esofagectomia transpleural direita, com esofagostomia cervical e jejunostomia. Recebeu alta no 16º de pós operatório. Posteriormente foi submetido à esofagoplastia para reconstrução do trânsito digestivo.

Caso II – Paciente, masculino, 40 anos, também etilista, deu entrada no pronto-socorro com intensa dor súbita no epigástrico que surgiu após vômito acompanhado de coágulos sanguíneos. Recebeu alta, aparentemente bem, porém três dias após foi reinternado com derrame pleural. Foi tratado, sem sucesso, por drenagem torácica. No 43º dia após a drenagem diagnosticou-se perfuração esofágica com auxílio de endoscopia e de esofagrama. Realizou-se toracotomia esquerda (Figura 2), sutura em um plano da fístula e colocação de um “patch” de pericárdio protegendo a sutura. Paciente evoluiu bem, com alta no 104º dia de internação hospitalar.

Caso III – Paciente, 74 anos, masculino, etilista, deu entrada na emergência com queixa de dor abdominal e vômitos. Evoluiu com derrame pleural

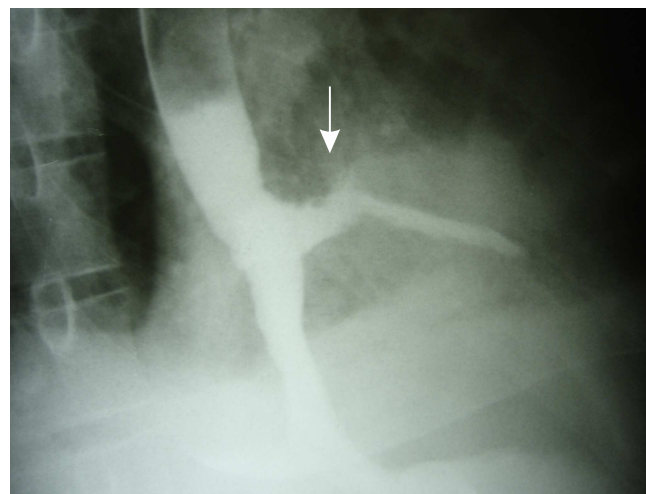


Figura 1 – Esofagograma evidenciando a fístula esôfago pleural.

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Hospital de Ensino São Vicente de Paulo-SP-BR.

1. Cirurgião Assistente da Disciplina de Cirurgia do Trauma da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP);— SP-BR; 2. Médico Residente de Coloproctologia do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti-SP-BR; 3. Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Jundiaí-SP-BR; 4. Professor Assistente do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Jundiaí-SP-BR; 5. Professor Titular de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina de Jundiaí-SP-BR.

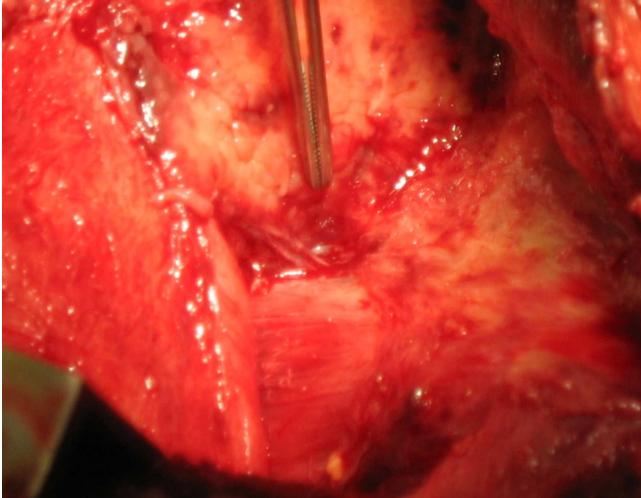


Figura 2 – Aspecto da lesão no intra-operatório.

e empiema e o diagnóstico foi feito apenas no 13º dia de internação, com auxílio da endoscopia e do esofagograma. Adotou-se conduta conservadora na tentativa de estabilizar o paciente, porém o tratamen-

to não foi eficaz e o paciente evoluiu para sepse e óbito no 18º dia de internação.

DISCUSSÃO

Apesar do longo tempo em que esses pacientes ficaram internados e dos custos elevados, a evolução foi satisfatória com o tratamento cirúrgico adotado em dois pacientes. O terceiro paciente evoluiu para uma sepse fulminante e faleceu em insuficiências múltiplas. Talvez uma atitude agressiva com a esofagectomia subtotal precoce pudesse mudar o prognóstico. Concluiu-se que dentre as várias possibilidades de tratamento, há necessidade de adequação de métodos em função da variedade de possibilidades clínicas e suas dificuldades diagnósticas. O diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico dentro de 24 horas levam a um aumento em 75% na taxa de sobrevivida. Isto cai em aproximadamente 50% depois de 24h e aproximadamente 10% depois de 48 horas⁴. A situação exige conhecimento da doença em questão e, sobretudo experiência cirúrgica no tratamento das afecções esofágicas.

ABSTRACT

Boerhaave's syndrome, the spontaneous rupture of the esophagus, is associated with a 35% death rate. Perforated esophagus is a surgical emergency; it is the most serious, and frequently the most rapidly lethal, perforation of the gastro-intestinal tract. Three cases of Boerhaave's syndrome are presented, with their variants and resolutions. Treatment and outcome are largely determined by the time of presentation. We reviewed our experience with esophageal perforations to determine the overall mortality and whether the time of presentation should influence management strategy.

Key words: Rupture, spontaneous. Esophagus. Esophageal perforation. Gastrointestinal tract. Fatal outcomes.

REFERÊNCIAS

1. Albert B, Lowenfels MD. Famous patients, famous operations, 2002 – Part 1: The case of the aristocrat with indigestion. *Medscape Surgery* [online]. 2002;4(1). Disponível em <http://www.medscape.com/viewarticle/424817>
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 Esophageus.* 2010;23(3):185-90.
4. Liebermann-Meffert D, Brauer RB, Stein HJ. Boerhaave's syndrome: the man behind the syndrome. *Dis Esophagus.* 1997;10(2):77-85.
5. 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.

Recebido em 02/03/2007

Aceito para publicação em 08/05/2007

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhum

Como citar este artigo:

Godinho M, Wiezel EHB, Marchi E, Módena SF, Paula RA. Ruptura espontânea do esôfago – Síndrome de Boerhaave. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2012; 39(1). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Maurício Godinho

E-mail: godinho.mauricio@gmail.com