

SÍNDROME DE BOERHAAVE: RELATO DE CASO

BOERHAAVE SYNDROME: CASE REPORT

MARCUS ALMEIDA; LEANDRO MOURA; TIMÓTEO VERÍSSIMO; RODRIGO CARVALHO; GUILHERME SOUZA;
RENATA GUERRA; GUILHERME ARANTES; LEONARDO SANTOS; BRUNO SILVA; HENRIQUE LIMA

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Boerhaave (SB) é definida como a ruptura espontânea do esôfago, uma condição rara, mas potencialmente fatal com elevado índice de morbimortalidade, constituindo a perfuração mais letal do trato gastrointestinal.

RELATO DE CASO: Paciente, masculino, 49 anos, etilista, apresenta quadro de dor torácica de cinco dias de evolução, desencadeados por êmese devido à libação alcoólica. Apresenta-se normotenso, normocárdico, afebril e eupneico. Expansibilidade torácica preservada, enfisema subcutâneo torácico e cervical à esquerda, e redução do murmúrio vesicular ipsilateral. Solicitado Tomografia Computadorizada (TC) de tórax e evidenciado enfisema de partes moles nos espaços cervicais, derrame pleural à esquerda e pneumomediastino. Paciente submetido a esofagostomia cervical em dupla boca, gastrostomia (GTT) convencional, drenagem pleural fechada à esquerda e terapia complementar com vácuo endoscópico. Ocorreu boa evolução pós-operatória com reconstrução do trânsito esofágico na mesma internação.

DISCUSSÃO: O diagnóstico da SB representa um verdadeiro desafio, e seu tratamento, seja ele cirúrgico ou não, deve ser instituído imediatamente, visto elevada morbimortalidade. Embora o Tratamento Não Operatório (TNO) seja reservado para pacientes selecionados, existe uma tendência em adotar Tratamento Operatório (TO) agressivo para paciente com diagnóstico tardio, complicações locais ou sistêmicas. Terapias complementares como stent esofágico ou vácuo endoscópico, têm mostrado resultados promissores com menor invasividade e redução da taxa de mortalidade.

CONCLUSÃO: A SB deve ser lembrada como diagnóstico diferencial de dor torácica no departamento de emergência. Apesar da escassa casuística, o diagnóstico e tratamento precoces constitui o fator prognóstico de maior relevância.

PALAVRAS CHAVE: SÍNDROME DE BOERHAAVE; PERFURAÇÃO ESOFÁGICA; MEDIASTINITE.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Boerhaave Syndrome (BS) is defined as a spontaneous rupture of the esophagus, a rare but potentially fatal condition with a high morbidity and mortality rate, constituting the most lethal perforation of the gastrointestinal tract.

CASE REPORT: Male patient, 49 years old, alcoholic, presents with chest pain that has lasted for five days, triggered by emesis due to alcoholic beverages. He is normotensive, normocardic, afebrile and eupneic. Preserved chest expansion, left thoracic and cervical subcutaneous emphysema, and reduction in ipsilateral breath sounds. Computed tomography of the chest was requested and evidenced soft tissue emphysema in the cervical spaces, pleural effusion on the left and pneumomediastinum. Patient underwent double-mouth cervical esophagostomy, conventional gastrostomy, closed pleural orientation on the left and complementary therapy with endoscopic vacuum. There was good postoperative evolution with esophageal transit remaining during the same hospitalization.

DISCUSSION: The diagnosis of BS represents a real challenge, and its treatment, whether surgical or not, must be instituted immediately given the high morbidity and mortality. Although Non-Operative Treatment is reserved for selected patients, there is a tendency to adopt aggressive Operative Treatment for patients with late diagnosis, local or systemic complications. Complementary therapies such as esophageal stent or endoscopic aspirator present promising results with less invasiveness and reduced mortality rate.

CONCLUSION: SB should be remembered as a differential diagnosis of chest pain in the emergency department. Despite the scarce case series, early diagnosis and treatment constitute the most relevant prognostic factor.

KEYWORDS: BOERHAAVE SYNDROME; ESOPHAGEAL PERFORATION; MEDIASTINITIS.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Boerhaave é definida como a ruptura espontânea do esôfago, uma condição rara mas potencialmente fatal, que embora se apresente em baixa densi-

dade de incidência, 3,1 : 1.000.000, sua taxa de mortalidade é elevada, correspondendo 35% a 40%, constituindo a perfuração mais letal do trato gastrointestinal.¹

Foi descrita pela primeira vez em 1724 pelo cirurgião

1. Hospital Estadual de Aparecida de Goiânia.

ENDEREÇO

MARCUS ALVES CAETANO DE ALMEIDA
Endereço: Av. Diamante, s/n - St. Conde dos Arcos,
Aparecida de Goiânia - GO, 74969-210.
Email: marcuscaetanomed@gmail.com

holandês Hermann Boerhaave, no qual relata em sua monografia os sintomas experimentados pelo almirante Von Wassenauer, uma dor torácica repentina e excruciante após episódio de êmese decorrente de refeição copiosa, que o levou a óbito. A patologia foi confirmada por necropsia, a qual evidenciava uma perfuração esofágica.²

O mecanismo fisiopatológico envolvido nesta entidade decorre de um aumento abrupto na pressão intraluminal esofágica com ausência do relaxamento do esfíncter esofágico superior, produzindo ruptura total de todas as camadas do esôfago (Haba et al, 2020). Os principais sintomas relatados são dor torácica, vômitos, febre, enfisema subcutâneo e dispneia. São descritos classicamente pela tríade de Mackler composta por vômitos, dor torácica e enfisema subcutâneo.¹

A propedêutica diagnóstica exige história clínica que contenha fatores de risco para SB com manifestações sugestivas. Dentre os exames complementares pode-se lançar mão desde radiografia (RX) de tórax, constituindo método com alta sensibilidade, até TC de tórax e abdome com contraste oral, constituindo o método mais específico, com capacidade de identificar o local da perfuração esofágica, assim como extensão e complicações associadas. Outros exames como esofagograma contrastado e endoscopia digestiva alta (EDA) podem ser utilizados para pacientes selecionados.³

O manejo pode ser instituído por TO ou TNO, embora tenha se destacado mais recentemente as terapias endoscópicas, especialmente aquelas que utilizam modalidade de terapia a vácuo ou com colocação de stent, correspondendo a terapia principal ou adjuvante.¹

O diagnóstico precoce constitui um verdadeiro desafio e é um dos principais fatores prognósticos, sobretudo aqueles diagnosticados nas primeiras 24 horas, visto que a taxa de mortalidade aumenta consideravelmente naqueles com evolução tardia, podendo corresponder até 65% de mortalidade em virtude de mediastinite e rápida evolução para quadros sépticos.⁴

RELATO DE CASO

Paciente, masculino, 49 anos, asmático e etilista, encaminhado para avaliação da equipe de cirurgia geral, por quadro de dor torácica ventilatório-dependente e enfisema subcutâneo torácico com cinco dias de evolução. Os sintomas foram desencadeados após êmese devido à libação alcoólica. Ausência de dispneia, náuseas, vômitos ou febre à admissão. Paciente em curso de terapia antimicrobiana em unidade de origem.

Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, corado, hidratado, normotenso, normocárdico, afebril, e eupneico em ar ambiente. Ao exame do aparelho respiratório evidencia-se expansibilidade torácica preservada, enfisema subcutâneo a palpação, com predomínio torácico e cervical à esquerda, e em ausculta redução do

murmúrio vesicular ipsilateral. Sistemas neurológico, cardiovascular e abdominal sem alterações.

Diante da hipótese diagnóstica de SB foi solicitado TC de pescoço, tórax e abdome com contraste endovenoso, no qual foi evidenciado acentuado enfisema de partes moles nos espaços cervicais anteriores e paravertebrais (Figura 01) além de derrame pleural à esquerda associado a pneumomediastino (Figura 02). Exame tomográfico do abdome dentro da normalidade. Exames laboratoriais com evidência de leucocitose (15.370/mm³), bastonetes dentro da normalidade, e elevação de proteína C reativa (65.1 mg/L).

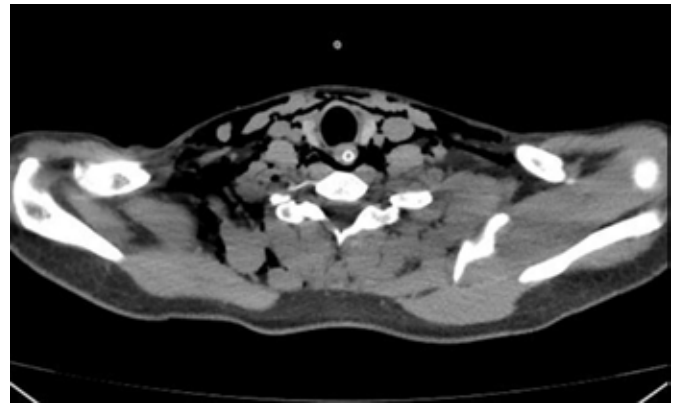


Figura 01 - Extenso enfisema de partes moles em compartimentos cervical e paravertebral. Fonte: Acervo pessoal.



Figura 02 - Sinais tomográficos de pneumomediastino, seta branca. Volumoso derrame pleural à esquerda, seta amarela. Fonte: Acervo pessoal.

Após reavaliação clínica foi indicado drenagem pleural fechada em selo d'água à esquerda seguido de endoscopia digestiva alta de urgência, que mostrou perfuração esofágica em parede lateral esquerda de dois centímetros de diâmetro, localizada a 40 cm da arcada dentária superior e a 1 cm da transição esôfagogástrica, a qual comu-

nicava-se com espaço pleural esquerdo notando extensa contaminação deste compartimento (Figura 03).

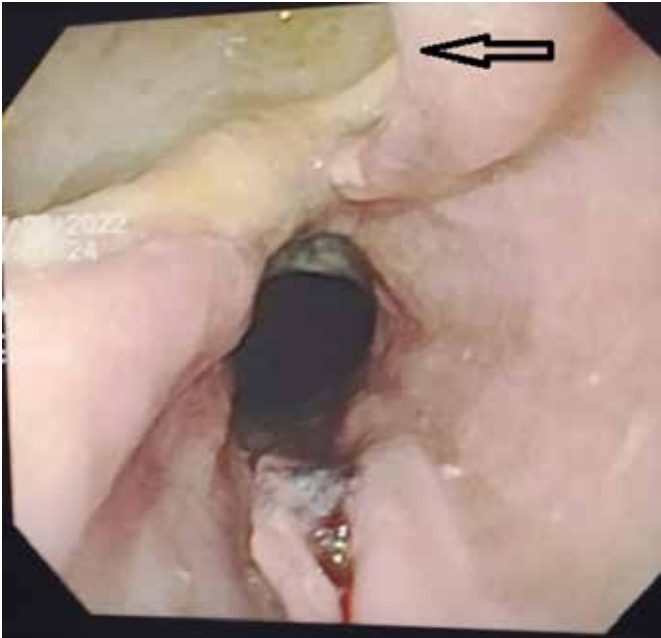


Figura 03 - Evidência endoscópica de lesão transmural do esôfago na parede lateral esquerda, seta preta. Fonte: Acervo pessoal.

Foi indicado no mesmo tempo cirúrgico a realização de esofagostomia cervical em dupla boca para desvio de trânsito associado a GTT convencional para nutrição enteral (figura 04).



Figura 04 - Paciente em pós-operatório imediato. Fonte: Acervo pessoal.

Em evolução pós-operatória apresentou débito de dreno torácico de aspecto enteral, evidenciando presença de

fístula esôfago-pleural à esquerda. Em razão de sua persistência foi indicado no 12º dia de pós-operatório (DPO) a terapia de vácuo endoscópico associado a dieta por Nutrição Parenteral Total (NPT) e GTT descompressiva. Após quatro dias desta modalidade terapêutica houve redução significativa de débito do dreno torácico com subsequente resolução da fístula, sendo retirado dreno torácico e vácuo endoscópico precocemente.

Submetido a nova EDA de controle em 31º DPO, o qual demonstrava lesão esofágica cicatrizada e em bom aspecto. Desta forma, em 48 horas foi realizada reconstrução de trânsito esofágico com anastomose término-terminal primário em um plano associado a drenagem laminar cervical. O paciente recebeu alta médica em 72 horas do procedimento após teste de azul de metileno negativo.

DISCUSSÃO

A SB é uma rara causa de perfuração esofágica na população geral mas que está associada a fatores de riscos conhecidos, que envolvem o aumento da pressão intraluminal esofágica, tais como vômitos incoercíveis, estes classicamente decorrente de libação alcoólica, crise asmática, defecação e levantamento de peso.⁵ No presente estudo é possível identificar pelo menos dois desses fatores: episódios eméticos e asma, além da importante associação com o etilismo.

Apesar da alta taxa de mortalidade decorrente da SB em diagnósticos tardios, este caso demonstra uma evolução clínica arrastada, contrapondo-se a história natural da doença, com pelo menos 96 horas de evolução da perfuração esofágica, apresentando-se em departamento de emergência com quadro clínico estável e ausência de pontuação em triagem séptica pelo quick Sequential Organ Failure Assintment (qSOFA). Tal fato pode ser atribuído a terapia antimicrobiana venosa instituída em unidade de origem, além do suporte clínico e provável contaminação progressiva porém retardada dos compartimentos mediastinal e pleural. Em evolução clássica é esperado rápida instalação de quadro séptico em virtude da mediastinite, com aproximadamente 12 a 24 horas, além de disfunção orgânica progressiva além de 48 horas de evolução. Apesar deste fato o quadro de dor torácica, dispneia e enfisema subcutâneo tornou a ruptura espontânea do esôfago uma hipótese diagnóstica factível.

Do ponto de vista anatômico, é possível destacar que durante exame endoscópico, a perfuração esofágica ocorreu em parede lateral esquerda, localizada a um centímetro da transição esofagogástrica e com extensão de dois centímetros. Tais dados reforçam e corroboram com a literatura, exceto pela grande proximidade com a transição esofagogástrica.²

Diante caso apresentado, nota-se a impossibilidade de adoção de TNO em virtude de apresentação clínica tardia, com pelo menos cinco dias de evolução, extensa contaminação de compartimentos mediastinal e pleural,

além de sinais de desconforto ventilatório e dor torácica. Diante critérios objetivos, como proposto pelo escore de Pittsburgh, é calculado o somatório de seis pontos, sendo estes leucocitose, derrame pleural, fistula não contida e diagnóstico tardio, o que também corrobora para a necessidade de adoção de tratamento cirúrgico agressivo.^{3,6}

Desta forma foi confeccionado a GTT alimentar, como método de nutrição enteral de longo prazo, esofagostomia cervical em dupla boca, como princípio de controle da fonte de contaminação, além de drenagem pleural fechada à esquerda. Embora não realizada, a confecção de funduplicatura a Nissen com bloqueio de perfuração, também representou uma opção factível visto proximidade com transição esofagogástrica.⁴

Durante manejo pós-operatório, a despeito da terapia cirúrgica instituída, foi evidenciado persistência de fístula esofagopleural a esquerda, surgindo então a possibilidade da utilização de terapia endoscópica a vácuo, que representa uma opção pouco invasiva e com resultados comparáveis a rafia primária, apesar da baixa casuística. Na literatura atual, as taxas de sucesso são de 70 a 100%, com taxas de mortalidade de 7 a 18% e taxas de complicações de 10 a 14%.⁷ Após 96 horas de aplicação, sob princípio de redução de contaminação e condicionamento da lesão, houve fechamento da fístula e cicatrização da perfuração, objetivamente avaliada por endoscopia de controle.⁸

A reconstrução do trânsito esofágico ocorreu na mesma internação e constituiu um importante marco para qualidade de vida do paciente no pós-operatório, uma vez que a dieta via oral se tornou possível.

CONCLUSÃO

A SB, apesar de sua raridade, deve ser aventada como diagnóstico diferencial em quadros de dor torácica no departamento de emergência, sobretudo em pacientes que apresentem fatores de risco conhecidos.

Muito se discute sobre a modalidade terapêutica ideal, e dentre suas possibilidades é conveniente objetivar e estratificar riscos, sendo recomendado escores como o de Pittsburgh, para definição de terapia cirúrgica ou não. Independente da abordagem terapêutica é necessário seguir princípios para tratamento desta grave moléstia, são eles: tratamento e controle de contaminação local, via de nutrição enteral e drenagem ampla, se necessário.

O tratamento cirúrgico padrão-ouro é a rafia primária da lesão para pacientes elegíveis, outras modalidades alternativas, como exclusão e desvio de trânsito, são opções em cenário clínico desfavorável. Notoriedade é dada a modalidade de tratamento endoscópico, seja terapia a vácuo ou stent auto-expansível, que em alguns estudos têm desfechos similares ao tratamento padrão-ouro. Por fim, apesar da escassa literatura e casuística em SB, é demonstrado que o fator prognóstico mais relevante é o diagnóstico e tratamento precoces.

REFERÊNCIAS

1. Allaway MGR, Morris PD, B. Sinclair J, Richardson AJ, Johnston ES, Hollands MJ. Management of Boerhaave syndrome in Australasia: a retrospective case series and systematic review of the Australasian literature. *ANZ Journal of Surgery*. 2020 Dec 14;91(7-8):1376–84.
2. Salvador-Ibarra IJ, Pizaña-Davila A. Síndrome de Boerhaave: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Cirugía y Cirujanos*. 2021 Dec 21;89(92).
3. Chirica M, Kelly MD, Siboni S, Aiolfi A, Riva CG, Asti E, et al. Esophageal emergencies: WSES guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*. 2019 May 31;14(1).
4. Dias P, Martins De Freitas V, Medina Da Fonseca C. REVISÃO DE LITERATURA: MANEJO NA PERFURAÇÃO DE ESÔFAGO. *REVISTA EMESCAM DE ESTUDOS EM SAÚDE*. 2019 Jan;1(1).
5. Haba Y, Yano S, Akizuki H, Hashimoto T, Naito T, Hashiguchi N. Boerhaave syndrome due to excessive alcohol consumption: two case reports. *International Journal of Emergency Medicine*. 2020 Nov 30;13(1).
6. Schweigert M, Santos Sousa H, Solymosi N, Yankulov A, Fernández MJ, Beattie R, et al. Spotlight on esophageal perforation: A multinational study using the Pittsburgh esophageal perforation severity scoring system. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2016 Apr;151(4):1002–11.
7. Pattynama LMD, Eshuis WJ, van Berge Henegouwen MI, Bergman JJGHM, Pouw RE. Vacuum-stent: A combination of endoscopic vacuum therapy and an intraluminal stent for treatment of esophageal transmural defects. *Frontiers in Surgery*. 2023 Feb 22;10.
8. Loske G, Schorsch T. Endoskopische Vakuumtherapie beim Boerhaave-Syndrom. *Der Chirurg*. 2016 Jun 3;87(8):676–82.