

Síndrome de Boerhaave: relato de caso

Boerhaave syndrome: a case report

Rodrigo Helou ¹, Teófilo Alvarenga Netto ¹, Ana Livia Prado de Meneses Lopes ²,
Gleim Dias de Souza ³, Luciana Rodrigues Queiroz Souza ⁴

Universidade Católica de Brasília

Resumo

As emergências esofágicas - esofagites, impactação de corpo estranho, lesões traumáticas, perfuração e suas complicações - apresentam elevada morbimortalidade quando diagnosticadas tardiamente. É apresentado um caso diagnosticado de ruptura espontânea do esôfago – Síndrome de Boerhaave - em que ressalta-se a importância e o impacto do diagnóstico precoce desta entidade rara e de manifestações clínicas variáveis.

Palavras chave: perfuração esofágica, ruptura espontânea, esofagopatias, pneumomediastino

Abstract

Esophageal emergencies such as esophagitis, foreign body impaction, traumatic esophageal injury, and complications of perforation often result in high morbidity and mortality when not diagnosed and treated early. The presented case is an esophageal spontaneous rupture – Boerhaave Syndrome - which emphasizes the importance and impact of early diagnosis of this rare entity and clinical variables.

Key words: esophageal perforation, rupture, spontaneous, esophageal diseases, mediastinal emphysema

Introdução

A ruptura espontânea do esôfago, descrita em 1724 como síndrome de Boerhaave, constitui-se numa entidade de manifestações clínicas variáveis, onde um terço dos pacientes apresenta a clássica tríade de Mackler –

vômitos, dor torácica e enfisema subcutâneo cervicomediastinal.¹ A ruptura da parede esofágica parece ocorrer após episódios de vômitos, quando ocorre o relaxamento incompleto do músculo cricofaríngeo e consequente aumento abrupto da pressão

1. Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

2. Médica, residente, do serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital de Base do Distrito Federal

3. Médico, doutor, radiologista do Hospital de Base do Distrito Federal, docente do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

4. Médica, mestre, radiologista do Hospital de Base do Distrito Federal

E-mail do primeiro autor: rodrigohelou@gmail.com

Recebido em 10/07/2013

Aceito, após revisão, em 04/08/2013

intraluminal esofágica e sua ruptura espontânea.² O local mais comum desta ruptura é no segmento distal posterior esquerdo.³

Após episódios de vômitos, história de abuso alcoólico, associada à clínica de dor torácica, a radiografia de tórax – primeiramente realizada - traz altos índices de suspeição quando demonstra pneumomediastino, pneumo e hidropneumotórax, associadas às efusões pleurais do lado esquerdo e/ou enfisema subcutâneo.⁴ A investigação deve prosseguir com esofagograma contrastado ou tomografia computadorizada de tórax para confirmação diagnóstica.

A fim de evitar complicações, mais comumente: mediastinites, pneumonia, empiema e abscessos pulmonares, o tratamento deve ser instituído o mais cedo

possível. A terapia de escolha é cirúrgica, alternativamente endoscópica ou conservadora.

Relato de caso

Paciente, masculino, 33 anos, admitido em 2013 no Pronto Socorro do HBDF com quadro de hematêmese volumosa. Refere episódio de libação alcoólica e vômitos repetidos a 24 horas do início do quadro.

Foi realizada endoscopia digestiva alta no momento da admissão, evidenciando laceração extensa em esôfago distal, sem sangramento ativo, não se podendo descartar perfuração. Prosseguiu-se investigação com tomografia computadorizada de tórax, no dia seguinte, que demonstrou pneumomediastino dissecando a aorta e o esôfago nos seus terços médio e distal (Figuras 1 e 2).

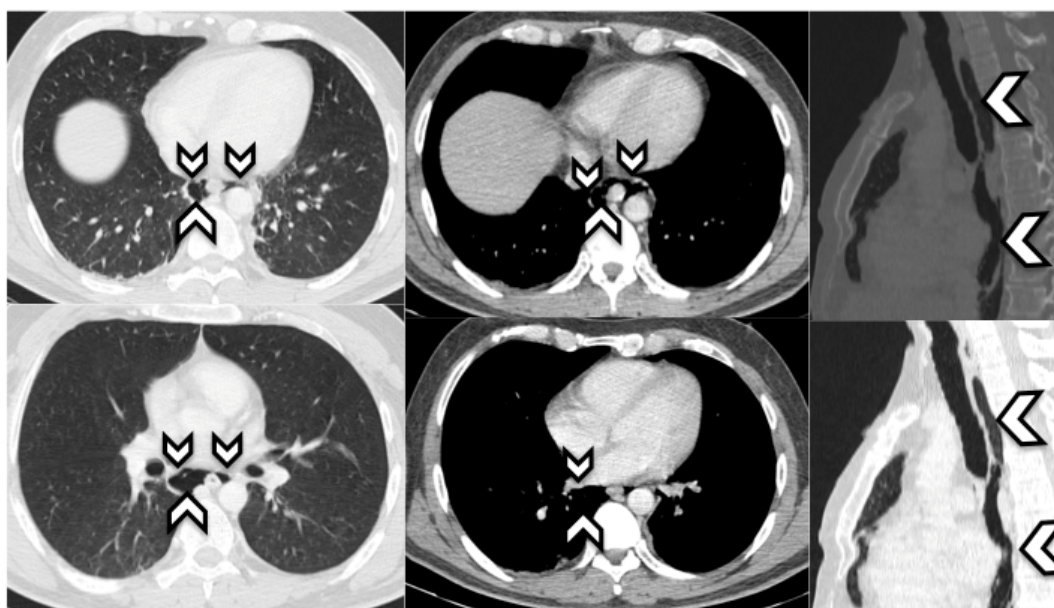


Figura 1 - Aquisições axiais e sagitais antes e após a infusão de meio de contraste endovenoso e com janela para mediastino e pulmão, onde observamos (cabeças de setas) pneumomediastino dissecando a aorta e o esôfago.

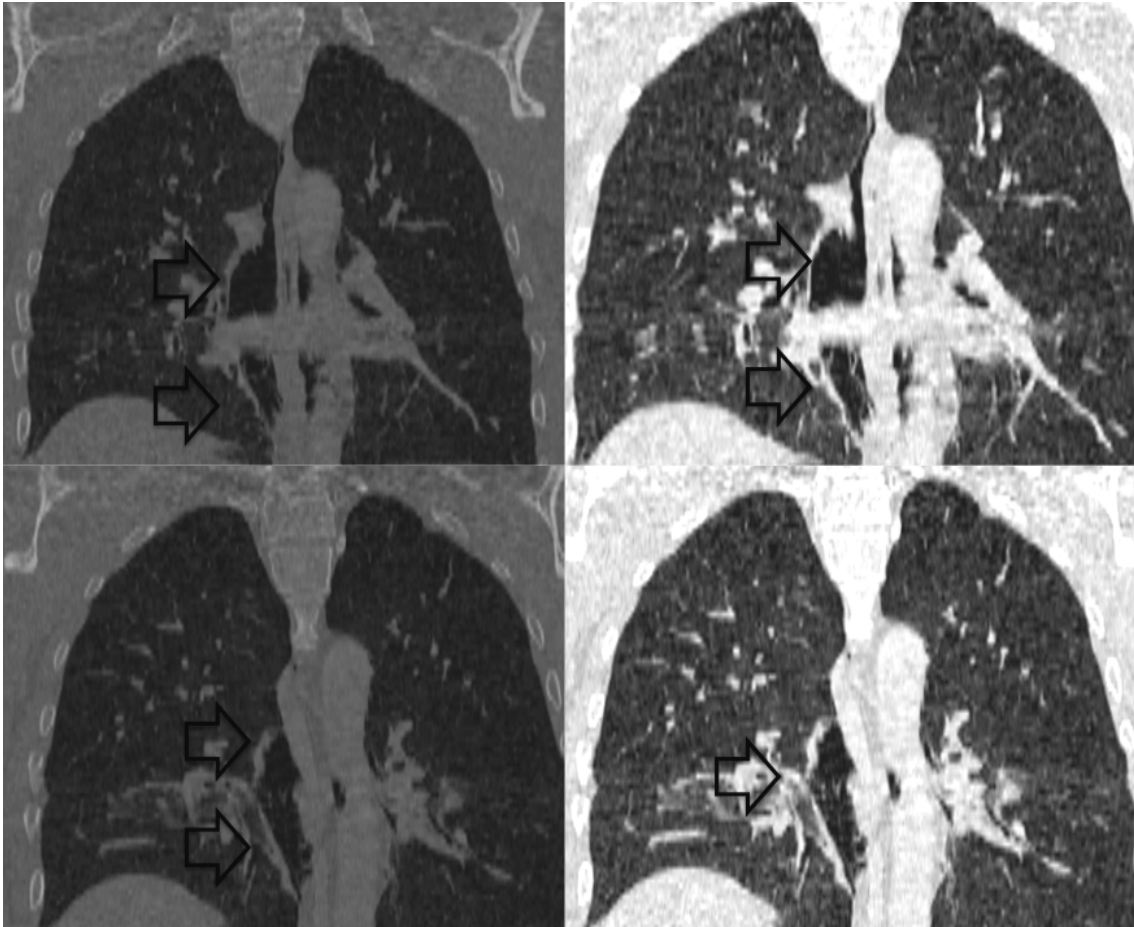


Figura 2 - Aquisições coronais antes e após a infusão de meio de contraste endovenoso e com janela para mediastino e pulmão, onde observamos (setas) pneumomediastino dissecando a aorta e o esôfago.

Foi realizada transfusão sanguínea e o paciente permaneceu em dieta zero e assintomático. Ao esofagograma, realizado no quarto dia de evolução, não houve evidência de extravasamento do meio de contraste. Mediante esse resultado, foi introduzida dieta de prova, com boa aceitação. O paciente permaneceu assintomático e, após evolução lenta e gradual da dieta, teve alta hospitalar no sétimo dia de internação. Duas semanas após a alta, retornou para realização de tomografia computadorizada de tórax de controle,

confirmando a cicatrização completa da laceração e o desaparecimento do pneumomediastino.

Discussão

A Síndrome de Boerhaave se mostra mais comum em homens na meia-idade, em 50% dos casos o alcoolismo ou episódio de libação alcoólica está presente. Em um estudo com 114 casos de ruptura esofágica, Blandergröen et al encontrou que 55% dos casos são de origem iatrogênica, 15% de origem

espontânea, 14% foram devido a corpo estranho, 10% são por causas traumáticas.⁵ A ruptura espontânea do esôfago é a causa mais letal dentre as rupturas do trato gastrointestinal, apresentando taxas de morbimortalidade entre 35 a 40%.⁶

O fato de maior importância para redução da taxa de mortalidade é o diagnóstico precoce e a instauração da terapia cirúrgica adequada. É observado um aumento de 75% na sobrevivência se essas medidas são tomadas dentro das 24 horas iniciais, decaindo em 50% nas próximas 24 horas e de 10% depois de 48 horas.⁶ A síndrome de Boerhaave deve ser suspeitada em casos em que a história da doença é compatível, existe enfisema subcutâneo em região cervical ou sinais de pneumomediastino à radiografia de tórax. Nesses casos o esofagograma contrastado é necessário para avaliar a ruptura, devendo mostrar extravasamento do contraste, coleção submucosa de contraste e/ou fístula esofagopleural. Nos casos suspeitos, em que essas alterações são encontradas, o método diagnóstico de escolha é a Tomografia Computadorizada cervical e torácica (figuras 1 e 2) tendo como sinais comuns, afilamento da parede esofágica, coleções aéreas periesofágicas, pneumomediastino, efusões pleurais, extravasamento do contraste e fístulas esofagopleurais. A presença de coleção aérea supradiaphragmática localizada na parede posterior do terço distal do esôfago

é um achado característico de Síndrome de Boerhaave.⁴

A forma de tratamento depende da duração do quadro e das manifestações clínicas, podendo ser abordagens cirúrgicas, endoscópicas ou conservadoras. A abordagem cirúrgica, em geral esofagectomia distal, apresenta o melhor prognóstico, contudo, nos últimos anos técnicas conservadoras como a colocação de próteses esofágicas têm se mostrado efetivas, gerando discussões sobre qual a melhor opção terapêutica, demandando maiores estudos a longo prazo.¹

O óbito geralmente ocorre por complicações infecciosas da perfuração, como mediastinite, empiema, abscesso mediastinal e pneumonia.

Conclusão

A síndrome de Boerhaave, doença de manifestação aguda, configura uma urgência esofágica rara, com apresentações clínicas variáveis e grande quantidade de diagnósticos diferenciais, o que dificulta o diagnóstico precoce. É necessário o conhecimento da doença para que se tenha elevado índice de suspeição e estabelecimento precoce da terapêutica adequada.

Referências

1. Silva AP, Carvalho J, Pinho R, Fernandes S, Fraga J. Síndrome de boerhaave: um

achado endoscópico inesperado. *J Port Gastrenterol.* 2006; 13(2): 113-4.

2. Young CA, Menias CO, Bhalla S, Prasad SR. CT features of esophageal emergencies. *Radiographics.* 2008;28 (6):1541–53.

3. Kanne JP, Rohrmann Jr CA, Lichtenstein JE. Eponyms in Radiology of the Digestive Tract: Historical Perspectives and Imaging Appearances: Part I. Pharynx, Esophagus, Stomach, and Intestine *Radiographics* January-February 2006; 26(1): 129-42.

4. Katabathina VS, Restrepo CS, Martinez-Jimenez S, Riascos RF. Nonvascular,

Nontraumatic Mediastinal Emergencies in Adults: A Comprehensive Review of Imaging Findings. *RadioGraphics* 2011; 31(1):1141-60.

5. Giménez A, Franquet T, Erasmus JJ, Martínez S, Estrada P. Thoracic complications of esophageal disorders. *Radiographics.* 2002; 22:S247–58.

6. Godinho M, Wiesel EHB, Marchi E, Módena SF, Paula RA. Ruptura espontânea do esôfago – Síndrome de Boerhaave. *Rev Col Bras Cir.* 2012; 39(1): 83-84.