



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 4 • Março 2008

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Síndrome de Boerhaave

Sousa, L., Garrido, R. & Santos, L.

Serviço de Cirurgia II – H.N.S.R., E.P.E. – Barreiro

Director de Serviço: *Dr. José Pereira*

INTRODUÇÃO

A síndrome de Boerhaave foi descrita em 1724 pelo médico e botânico holandês Hermann Boerhaave. É uma entidade rara com elevada mortalidade que continua a desafiar a nossa capacidade clínica de inverter um prognóstico tão sombrio.

CASO CLÍNICO

Homem de 22 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, que na sequência de vômito, após refeição copiosa acompanhada de bebidas alcoólicas, refere toracalgia esquerda súbita, intensa, com irradiação escapular esquerda. Recorreu ao Serviço de Urgência (S.U.) de outro hospital onde fez Radiografia do tórax que mostrou discreto apagamento do seio costo-frénico esquerdo. O doente teve alta medicado com analgésico. Cerca de 5 horas depois é admitido no S.U. do nosso hospital por agravamento da dor torácica, acompanhada de febre e dispneia. Repetiu a Radiografia de tórax que revelou um derrame pleural esquerdo e foi internado.

Durante as horas seguintes houve um agravamento progressivo do quadro e foi nessa altura solicitada a nossa colaboração, já após um novo radiograma que revelou hidropneumotórax esquerdo com colapso total do pulmão e desvio do mediastino (Fig.1).

No exame objectivo, o doente apresentava dispneia sem cianose, febre (38,5°C), taquicardia e hipotensão (90/60 mm Hg). Palpava-se discreta crepitação subcutânea ao nível da fúrcula esternal. Na auscultação pulmonar o murmúrio vesicular estava abolido no hemitórax esquerdo. O abdómen apresentava-se plano, indolor e sem organomegalias.

Face ao quadro clínico foi admitida a hipótese de rotura do esófago após vômito (síndrome de Boerhaave).

Realizou de imediato TAC torácico com ingestão oral de gastrografina, que confirmou a existência de uma perfuração ao nível do terço inferior do esófago, com passagem do contraste para a cavidade pleural esquerda e pneumomediastino, além de volumoso hidropneumotórax homolateral (Fig. 2).

Foi operado com cerca de 14 horas de evolução. Submetido a toracotomia pósterio-lateral esquerda, constatou-se importante contaminação da cavidade pleural com restos alimentares, mas



Fig.1– Rx do tórax PA - hidropneumotórax esquerdo

ainda sem mediastinite purulenta. Foi detectada uma perfuração de 2 cm no esófago distal, cerca de 1 cm acima do diafragma. Após “toilette” da cavidade pleural optou-se por esofagorrafia num plano, reforçada por “patch” pleural (Fig. 3). Associou-se tratamento intensivo na UCI, com ventilação mecânica, correcção do choque, antibioticoterapia de largo espectro e alimentação parentérica total.

Como complicações há apenas a mencionar atelectasia lobar inferior esquerda com pneumonia associada. A situação foi debelada.

Ao 9º dia do pós-operatório fez exame contrastado do esófago que não mostrou deiscência da esofagorrafia. Ao 16º dia repetiu TAC torácico que apenas revelou um pequeno derrame pleural septado. O doente teve alta com indicação de manter cinesioterapia em ambulatório e encontra-se bem passados dois meses.

DISCUSSÃO

A síndrome de Boerhaave, ou rotura espontânea do esófago é caracterizada pela tríade de Mackler: vômitos, dor torácica e enfisema subcutâneo. É uma entidade rara, ocorre predominantemente no sexo masculino (80 % dos casos) entre os 40 e 60 anos e tem mortalidade entre os 28 e os 85 %. [3] Este prognóstico sombrio e variável depende, primordialmente, da rapidez diag-





Fig. 2 – Fístula esofágica observada em TC Torácico

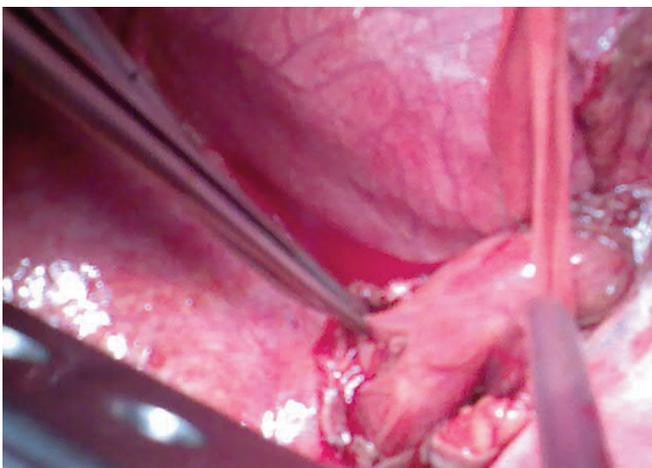


Fig. 3 – Rotura observada no esôfago

nóstica e terapêutica e, secundariamente, do estado geral, patologia associada e idade do doente.

A tríade patognomónica nem sempre está presente, sendo fundamental uma elevada suspeição diagnóstica. A história de um vômito violento nem sempre existe. Nalguns doentes nem é possível colher dados anamnésicos, porque estão em choque ou conectados a um ventilador. A atitude é sempre a de excluir a perfuração do esôfago através de um radiograma contrastado (meio de contraste hidrossolúvel) e se necessário com recurso a TAC torácica.

A esofagoscopia de princípio está contraindicada.

REFERÊNCIAS

- [1] D. Mutter, S. Evrard. Le syndrome de Boerhaave ou rupture spontanée de l'oesophage. J. Chir. (Paris) 1993; 130: n°5 p.231-236.
- [2] P.K. Agarwal, SEP Miller. Spontaneous rupture of the oesophagus: case report of a delayed diagnosis and subsequent management. J R Soc Med 1995; 88 : 149-150.
- [3] C. Dayen, H. Mishellany. La rupture spontanée de l'oesophage ou syndrome de Boerhaave. Rev Mal Respir. 2001; 18: 537-540.
- [4] Jacques Jougon. Primary esophageal repair for Boerhaave's syndrome whatever the free interval between perforation and treatment. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 2004; 25: 475-479.
- [5] Owen Korn, René López. Anatomy of the Boerhaave syndrome. Surgery Feb 2007; 141 n°2:222-228.

A rotura do esôfago é consequência de um aumento súbito da pressão intraesofágica, acima dos 200 mm Hg (5 vezes a pressão desencadeada no esforço habitual de um vômito) e localiza-se, maioritariamente, no terço distal e no bordo pósterolateral esquerdo, por duas razões anatómicas: o maior calibre do esôfago no 1/3 distal que determina a maior pressão nesse segmento e a rarefacção da camada muscular oblíqua que gera nesta zona um *locus* de *minor* resistência. [5]

Quase sempre a perfuração faz-se para a cavidade pleural esquerda.

A passagem de saliva com a flora anaeróbia, associada ao refluxo de secreções cloridropépticas e biliares, criam as condições para uma agressão química do mediastino, seguida de mediatinite purulenta e necrótica frequentemente com piotórax.

O tratamento é cirúrgico salvo raras exceções (colocação de prótese esofágica e drenagem pleural) [2] e as técnicas dependem das condições locais e do tempo de rotura. A maioria dos autores actualmente defende que se os bordos da brecha esofágica não apresentam grande edema ou necrose e se ainda não existe uma mediatinite purulenta o procedimento ideal consiste na esofagorrafia que pode ser apoiada por “patch” pleural muscular ou com funduplicatura, independentemente do tempo de rotura, se bem que, estas condições ocorram habitualmente nos casos com menos de 24 horas. [4] Em casos de maior conspurcação ou tempo de evolução a rafia da rotura deve ser protegida pela exclusão bipolar do esôfago, com sutura automática associada a esofagostomia cervical lateral, gastrostomia e jejunostomia de alimentação. Neste caso se não ocorrer deiscência da esofagorrafia é possível manter o órgão, pois ocorre a reperfuração do lumen esofágico ao fim de cerca de 4 semanas (a qual pode ser ajudada por endoscopia). Alguns autores preconizam uma fistulização dirigida com tubo de Kehr (Abbot). [1] Parece-nos uma opção desnecessária nos diagnósticos precoces e pouco segura nos casos tardios, deixando sempre o problema de uma fistula dirigida por encerrar. Finalmente nalguns casos mais arrastados, com intensa necrose mediastínica, pesa a decisão de uma intervenção mais agressiva, num doente geralmente muito afectado pela disfunção multiorgânica e que consiste na esofagectomia com derivação e drenagem do mediastino, gastrostomia e jejunostomia de alimentação, com a consequente esofagoplastia diferida, após o controlo da sépsis e recuperação das condições gerais do doente.

