

Síndrome de Boerhaave: relato de caso

Boerhaave's syndrome: case report

OSWALDO PASSOS FILHO, TCBC-SP¹; HERON CRUSOÉ CANGUSSU, ACBC-BA²; ROBERTO HELENO LOPES³; ANTONIO TALVANE TORRES DE OLIVEIRA, TCBC-SP⁴; VINÍCIUS DE LIMA VAZQUEZ, TCBC-SP⁴; CRISTINE NORWIG GALVÃO⁵

INTRODUÇÃO

Descrita inicialmente em 1724 por Hermann Boerhaave¹, a ruptura espontânea do esôfago traz alta morbidade e mortalidade, e o principal fator prognóstico é a detecção precoce, até 12 horas, e o seu tratamento adequado². A controvérsia está em torno do melhor método de tratamento para os casos diagnosticados tardiamente, ou seja, tratamento clínico conservador *versus* as modalidades de tratamento cirúrgico²⁻⁴.

RELATO DO CASO

Um homem, com 41 anos de idade, apresentou dor torácica de início abrupto após libação alcoólica seguida de vários episódios de vômitos. O estudo radiológico de tórax evidenciou derrame pleural à esquerda, sendo submetido à drenagem torácica com saída de líquido achocolatado e resíduos alimentares. Quatro dias após, foi encaminhado com suspeita clínica de perfuração esofágica por neoplasia avançada.

Na admissão o paciente não relatou antecedentes clínicos. Encontrava-se intensamente desidratado, em regular estado geral, temperatura de 37,5°C, pulsos de 116 batimentos por minuto, eupneico, e hipocorado.

Reposicionou-se um novo dreno torácico após estudo radiológico de tórax que demonstrava moderado hidropneumotórax à esquerda. Após a correção hidroeletrólítica, persistiu alto débito do dreno, sendo então submetido à endoscopia digestiva alta que evidenciou perfuração de esôfago distal com orifício de cerca de 2cm de diâmetro em seu maior eixo lateral à esquerda. O paciente foi submetido à tomografia computadorizada de tórax que evidenciou pequeno hidropneumotórax posterior, parcialmente encapsulado; enfisema no subcutâneo, localizado na região infra-hioídea, e no mediastino (Figura 1). Havia um trajeto fistuloso à esquerda na extremidade distal do esôfago torácico em direção ao mediastino (Figura 2).

No dia seguinte, foi submetido à esofagectomia subtotal transmediastinal com esofagogastroanastomose



Figura 1 - Tomografia computadorizada com janela de partes moles demonstrando ar e líquido livres no mediastino.

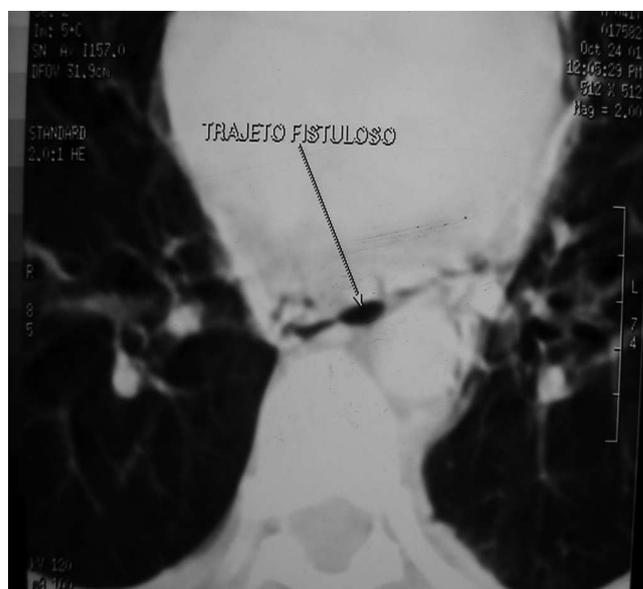


Figura 2 - Tomografia computadorizada com janela intermediária demonstrando trajeto fistuloso comunicando o esôfago com o mediastino.

Trabalho realizado na Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos – SP.

1. Cirurgião Oncológico - Oncocir Prevenção e Cirurgia Oncológica – São José do Rio Preto – SP; 2. Cirurgião Oncológico; Hospital São Rafael – Salvador – BA; 3. Cirurgião Instituto Oncológico– Juiz de Fora – MG; 4. Cirurgião do Departamento de Cirurgia do Aparelho Digestivo Alto da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos Barretos - SP; 5. Médica do Departamento de Diagnóstico por Imagem da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos.

cervical (tubo gástrico) e iniciado nutrição parenteral prolongada no pós-operatório imediato.

O paciente evoluiu bem e recebeu alta hospitalar com 14 dias do pós-operatório, com pequena fistula cervical. Posteriormente evoluiu para estenose da anastomose esôfago – gástrica que foi tratada com sessões de dilatação endoscópica.

Atualmente, o paciente encontra-se vivo e mantém o etilismo e o tabagismo.

DISCUSSÃO

Quando a perfuração esofágica é diagnosticada precocemente (menos de 12 horas), o fechamento primário da lesão com ampla drenagem torácica e mediastinal continua sendo o tratamento preferencial²⁻⁴. A conduta nos casos de diagnóstico tardio é controverso²⁻⁴.

O fechamento primário da lesão com ou sem reforço é o tratamento mais adequado, sendo o modo mais simples, porém, trazendo maiores índices de falha terapêutica e mortalidade, pois as condições locais e do pró-

prio esôfago não são propícias à cicatrização, ocorrendo, na maioria das vezes, deiscência da sutura e piora do quadro de mediastinite que levar ao óbito. Além disso, a fibrose cicatricial no leito esofágico acarreta dificuldades técnicas para a realização da esofagectomia e restabelecimento do trânsito alimentar em um segundo tempo. A esofagectomia, também nestas condições, relaciona-se à elevada morbidade³. A drenagem com tubo em “T” para as perfurações do esôfago cervical apresenta baixa morbidade, podendo oferecer aos pacientes a preservação do órgão em um único tempo cirúrgico, sendo o tratamento de escolha em muitos Serviços, principalmente, para os pacientes graves⁵.

A esofagectomia subtotal com reconstrução primária com tubo gástrico apresenta grande morbimortalidade em pacientes em condições clínicas inadequadas. Quando factível em um único tempo cirúrgico, levando-se em conta as condições clínicas e nutricionais, se re-estabelece a deglutição com complicações não letais na anastomose esôfago-gástrica (fístula e estenose), não trazendo muitos do riscos de perpetuação das complicações torácicas, como no caso demonstrado⁵.

A B S T R A C T

Spontaneous esophageal rupture carries high morbidity and mortality. The main prognostic factor is early diagnosis, before 12 hours, and appropriate treatment. This is a case report of a 41-years-old man with late esophageal rupture diagnosis treated successfully with transmediastinal esophagectomy and esophageal-gastric tube cervical anastomosis.

Key words: Esophagus. Esophageal diseases. Rupture, spontaneous. Prognosis. Therapeutics.

REFERÊNCIAS

1. Derbes VJ, Mitchell RE Jr. Hermann Boerhaave's Atrocis, nec descripti prius, morbi historia, the first translation of the classic case report of rupture of the esophagus, with annotations. Bull Med Libr Assoc. 1955;43(2):217-40.
2. Sabanathan S, Eng J, Richardson J. Surgical management of intrathoracic oesophageal rupture. Br J Surg. 1994;81(6):863-5.
3. Dumonceau JM, Devière J, Cappello M, Van Gossum A, Cremer M. Endoscopic treatment of Boerhaave's syndrome. Gastrointest Endosc. 1996; 44(4): 477-79.
4. Troum S, Lane CE, Dalton ML Jr. Surviving Boerhaave's syndrome without thoracotomy. Chest. 1994;106(1):297-9.
5. Sakamoto Y, Tanaka N, Furuya T, Ueno T, Okamoto H, Nagai M, et al. Surgical management of late esophageal perforation. Thorac Cardiovasc Surg. 1997;45(6):269-72.

Recebido em 05/05/2007

Aceito para publicação em 04/06/2007

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Como citar este artigo:

Passos Filho O, Cangussu HC, Lopes RH, Oliveira ATT, Vazquez VL, Galvão CN. Síndrome de Boerhaave: relato de caso. Rev Col Bras Cir. [periódico na Internet] 2013;40(1). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Oswaldo Passos Filho

E-mail: oswaldo.passos@passosagricola.com.br