

# Síndrome de Boerhaave: um relato de caso e suas considerações diagnósticas e terapêuticas

## *Boerhaave's syndrome: a case report and its diagnosis and therapeutic management*

Tarcísio Versiani de Azevedo Filho<sup>1</sup>, Luiz Carlos Teixeira<sup>1</sup>, Anderson Galvão<sup>2</sup>, André Rocha Figueiredo<sup>3</sup>, Juliana Pereira Vieira<sup>3</sup>, Lucas Tourinho de Siqueira<sup>3</sup>, Lucas Fabel Chalup<sup>3</sup>, Luciana Araújo Teixeira Martins<sup>3</sup>, Luciana Campomizzi Calazans<sup>3</sup>, Máira Abreu Salles de Carvalho<sup>3</sup>, Maria Beatriz Assumpção Mourão<sup>3</sup>

### RESUMO

A síndrome de Boerhaave é uma entidade clínico-cirúrgica de grande importância devido a suas potenciais complicações e mortalidade imperiosa na ausência de diagnóstico e tratamentos prontamente realizados. Neste artigo é relatado um caso de paciente alcoolista crônico, com esofagite grau II de Savary-Miller. Admitido no serviço de pronto-atendimento do Hospital Socor, Belo Horizonte - MG, com epigastralgia de moderada intensidade, antecedida por dois episódios de vômitos. Evoluiu com sintoma de taquidispnéia importante, sendo realizada Angio-TC que demonstrou volumoso pneumomediastino, com coleção mediastinal. Foi então submetido à esofagograma que evidenciou escape do contraste para o mediastino, confirmando a Síndrome de Boerhaave.

**Palavras-chave:** Síndrome de Boerhaave; ruptura esofágica; diagnóstico; tratamento.

### ABSTRACT

*The Boerhaave's syndrome is of great clinical-surgical importance due to its possible complications and high mortality rate when diagnosis and treatment are not promptly done. In this article is described a case of an alcoholic patient, with II degree Savary-Miller esophagitis. He was admitted in Socor Hospital's emergency room, in Belo Horizonte - MG, complaining of moderated epigastric tenderness, preceded by two vomit episodes. He then showed important dyspnea and was submitted to an Angio-CT scan that showed a large pneumomediastin, with mediastin effusion. He was then submitted to an esophagogram that demonstrated contrast scape to the mediastin, confirming the diagnosis of Boerhaave's Syndrome.*

**Key words:** *Boerhaave's Syndrome; esophageal laceration; diagnosis; treatment.*

### INTRODUÇÃO

A síndrome de Boerhaave foi descrita pela primeira vez em 1724 e consiste na ruptura esofágica por aumento abrupto da pressão intraluminal em resposta a esforços de vômitos e contrações diafragmáticas (Valsalva) com o piloro e o músculo cricofaríngeo fechados. Sua incidência é de aproximadamente uma em cada dois milhões de pessoas, sendo mais comum em homens de 35 a 55 anos. A taxa de mortalidade situa-se entre 20% e 75%, variando de acordo com o tempo entre seu aparecimento e a intervenção adequada, sendo letal quando não tratada.

<sup>1</sup> Médico do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital SOCOR  
<sup>2</sup> Médico residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Júlia Kubitscheck  
<sup>3</sup> Graduando(a) da Faculdade de Medicina da UFMG

*Instituição:*  
Hospital SOCOR - Belo Horizonte

*Endereço para correspondência:*  
Faculdade de Medicina da UFMG  
Av. Alfredo Balena, 190  
Belo Horizonte, MG  
CEP 30130-100  
Email: lucas\_tds@hotmail.com

Na síndrome de Boerhaave, a ruptura é usualmente longitudinal, ocorrendo em 90% das vezes no terço inferior do esôfago, do lado esquerdo (área de maior fragilidade anatômica). Seu tamanho pode variar de 2 a 6 cm, podendo chegar a 20 cm. Essa ruptura é seguida de contaminação grosseira do mediastino e da cavidade pleural, que encerram uma mediastinite química e bacteriana, culminando num quadro de sepse e falência de múltiplos órgãos.

O diagnóstico é difícil, devido à pouca especificidade dos sintomas. Pode haver dor pleurítica à deglutição ou flexão do pescoço, dispneia, taquipneia, febre, rigidez em andar superior do abdômen, enfisema subcutâneo, maciez à percussão sinal de Hamon (ruído de atrito mediastinal), taquicardia e hipotensão.

Cerca de 50% dos pacientes tem diagnóstico inicial de pancreatite, litíase renal, colecistite, pneumotórax, pneumonia, hérnia diafragmática encarcerada, úlcera péptica perforada, infarto agudo do miocárdio, embolismo pulmonar ou pericardite, o que torna o diagnóstico tardio e de pior prognóstico.

O método propedêutico inicialmente utilizado é a radiografia simples de tórax. Outras ferramentas importantes são o esofagograma contrastado e a (TC) de tórax com contraste esofágiano. A endoscopia digestiva alta não deve ser a primeira escolha, devido ao risco de contaminação e aumento do dano. Assim, deve-se avaliar cada caso individualmente, para seleção do melhor exame a ser realizado.

O tratamento imediato consiste na estabilização, monitorização, limitação da contaminação mediastinal por interrupção da dieta oral, antibioticoterapia sistêmica de amplo espectro, descompressão gástrica e, se necessário, reanimação.

Em quase todos os casos, após os cuidados iniciais, uma abordagem cirúrgica é indicada nas primeiras 24 horas. A abordagem conservadora é controversa e somente considerada em situações específicas.

O seguinte relato tem por finalidade descrever um caso de síndrome de Boerhaave de diagnóstico tardio (mais de 24 horas), com evolução favorável.

## CASO CLÍNICO

JRS, sexo masculino, 53 anos, com relato de etilismo crônico e passado de esofagite grau II de Savary-Miller, foi atendido no Pronto Atendimento com queixa de epigastralgia de moderada intensidade após apresentar dois episódios de vômitos. Relatava

ingestão de grande quantidade de carne vermelha poucas horas antes.

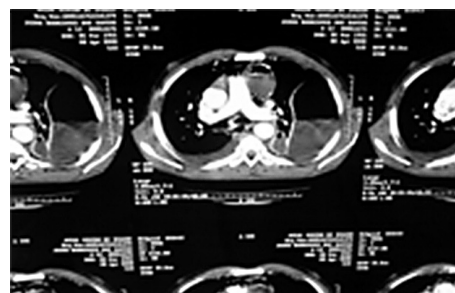
Ao exame físico, estava desidratado (++/4+), com FC 90 bpm e apresentava dor à palpação profunda do epigástrico, sem sinais de irritação peritoneal. Naquele momento, foi realizada propedêutica complementar básica para abdômen agudo, com hemograma mostrando leucocitose (12.800/mm<sup>3</sup>) com desvio à esquerda, amilase de 375mg/dl (VR: 125mg/dL), além de RX de tórax.(Figura 1)



**Figura 1** - RX de tórax PA sem alterações.

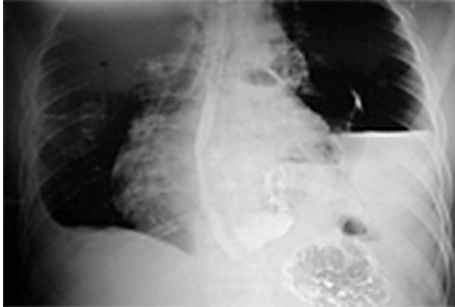
Foi aventada a hipótese de pancreatite aguda alcoólica e realizado o tratamento. Houve piora progressiva e piora dos parâmetros físicos, com diaforese e taquicardia. Foi solicitada TC de abdômen, que se mostrou normal. O corpo clínico descartou a hipótese de IAM, pelos achados de ECG e demais recursos propedêuticos normais. Após 25 horas, iniciou quadro de taquidispneia importante, que motivou a realização de uma angio-TC de tórax frente à hipótese de TEP.

A angio-TC demonstrou volumoso pneumomediastino com coleção mediastinal. (Figura 2)



**Figura 2** - Angio-TC de tórax com volumoso pneumomediastino e coleção mediastinal.

Diante dos achados da angio-TC, a equipe de cirurgia geral realizou rapidamente um esofagograma com contraste hidrossolúvel, que evidenciou escape do contraste para o mediastino. (Figura 3)



**Figura 3** - Esfagograma com escape de contraste para o mediastino à esquerda

Foi confirmada a síndrome de Boerhaave. O paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico. A laparotomia evidenciou lesão de aproximadamente 0,5 cm em esôfago terminal e mediastinite grave. A despeito do tempo de evolução maior que 24 horas, o tratamento consistiu no reparo primário esofágico em dois planos, confecção de válvula esofagogástrica do tipo Nissen, gastrostomia, jejunostomia e drenagem pleural dupla em selo d'água à esquerda. (Figuras 4 e 5)



**Figura 4** - Lesão esofágica reparada

O paciente foi transferido do centro cirúrgico para o centro de terapia intensiva com antibioticoterapia de largo espectro.

No 6º DPO, evoluiu com empiema à esquerda, apesar da drenagem torácica, sendo necessário realizar uma pleuroscopia com reposicionamento dos drenos torácicos.



**Figura 5** - Aspecto do local da perfuração entre duas pinças anatômicas esofágicas após reparo primário e confecção de válvula do tipo Nissen

No 8º DPO, foi realizada toracotomia, identificando-se coleções pleurais de líquido turvo em cissura oblíqua, recesso costofrênico posterior e recesso costodiafragmático com encurtamento pulmonar. Realizou-se decorticação pulmonar esquerda, remoção das coleções pleurais e toracostomia dupla, com drenagens posterior e anterior.

No 10º DPO, foi realizada traqueostomia eletiva. O paciente teve uma boa evolução, tendo alta do centro de terapia intensiva no 30º DPO e alta hospitalar no 40º DPO.

## DISCUSSÃO

A síndrome de Boerhaave constitui um desafio por ser uma patologia rara e possuir muitos diagnósticos diferenciais frequentemente encontrados na prática médica. O paciente em questão não apresentou a tríade clássica de Mackler, dificultando e postergando o diagnóstico, o que poderia ter comprometido sua evolução. A assistência rápida e a exclusão das hipóteses por meios propedêuticos corretos foram devidamente aplicadas, e o tratamento cirúrgico escolhido (reparo primário protegido) foi eficiente, apesar do tempo desfavorável de evolução do quadro, ou seja, superior a 24 horas.

## REFERÊNCIAS

---

1. Frakes M, Kelly JG, Lewis AM. A 60-year-old man with pneumothorax and subcutaneous air after vomiting. *J Emerg Nurs.* 2004; 30:419-22.
2. Lawrence DR, Ohri SK, Moxon RE, Townsend ER, Fountain SW. Primary Esophageal Repair for Boerhaave's Syndrome. *Ann Thorac Surg.* 1999; 67(3):818-20.
3. Levy F, Mysko WK, Kelen GD. Spontaneous Esophageal Perforation Presenting with Right-Sided Pleural Effusion. *J Emerg Med.* 1995; 13(3):321-5.
4. Incullet R, Clark C, Girvan D. Boerhaave's Syndrome and Children: A rare and unexpected combination. *J Pediatr Surg.* 1996; 31(9):1300-1.
5. Petruzzello L, Tringali A, Riccioni ME, Mutignani M, Margaritora S, Cesario A, et al. Successful early treatment of Boerhaave's Syndrome by endoscopic placement of a temporary self-expandable plastic stent without fluoroscopy. *Gastrointest Endosc.* 2003; 58(4):608-12.
6. Korn O, Onate JC, López R. Anatomy of Boerhaave Syndrome. *Surgery.* 2007; 141(2): 222-8.