

RUPTURA ESPONTÂNEA DO ESÔFAGO E A SÍNDROME DE BOERHAAVE: UMA REVISÃO ACERCA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS

RAGNINI, G.¹; OLIVEIRA, B.²; LENHARDT, L. H.²; BIFFI, M.³

¹ Graduando curso de Medicina da Universidade do Oeste Catarinense- Joaçaba- SC.

² Graduando curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo- RS.

³ Doente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo- RS.

Introdução: A ruptura espontânea do esôfago corresponde a 10 a 15% do órgão e tem a Síndrome de Boerhaave entre suas etiologias possíveis. A Síndrome é uma doença caracterizada por ruptura transmural espontânea do esôfago e possui subdiagnóstico em razão de sua raridade, justificando o desconhecimento da sua prevalência na literatura. Geralmente ocorre após vômitos persistentes pelo aumento súbito da pressão esofágica intraluminal. O diagnóstico é raramente estabelecido, e o tratamento depende do grau de comprometimento do paciente.

Objetivo: Avaliar os registros de Síndrome de Boerhaave dos últimos 10 anos, pontuando os aspectos mais importantes da patologia. **Metodologia:** A revisão bibliográfica foi realizada nas bases de dados Scielo, Bireme e Pubmed utilizando-se os descritores: Boerhaave, ruptura esofágica, ruptura espontânea do esôfago. Foram selecionados 25 artigos publicados entre 2008 e 2017. **Discussão:** A Síndrome de Boerhaave é uma entidade rara, geralmente acompanhada da tríade de Mackler, que cursa com vômitos, dor retroesternal e enfisema subcutâneo cervical (IGLESIAS et al., 2017). É uma causa de hemorragia digestiva alta, correspondendo aos maiores números de publicações relacionadas à síndrome (COELHO, 2009). É causada por vômitos em 80% das vezes, principalmente após ingestão alcoólica intensa, além de parto, convulsão, defecação, doença do refluxo gastroesofágico e levantamento de peso (GODINHO et al., 2012). O esôfago distal corresponde ao local de maior indício de ruptura, sendo de forma longitudinal e de pequena monta, decorrente do aumento da pressão intraluminal. Os pacientes de sexo masculino são mais frequentemente acometidos, com idade média entre 40 e 60 anos (FERNANDES et al., 2017). A sintomatologia mais importante é a dor, que pode ser localizada no tórax ou abdome superior, acompanhada por cianose, dispneia relacionada ao hidropneumotórax, ao passo que o achado de hematêmese é raro (VILLAVERDEA et al., 2015). O quadro de perfuração pode evoluir para choque hipovolêmico associado à sepse, observando mortalidade de 35% (IGLESIAS et al., 2017). Quanto aos aspectos diagnósticos, observa-se que a radiografia de tórax tem utilidade ímpar, podendo mostrar alterações em até 90% dos casos, e os achados mais frequentes são: condensação mediastinal, ar no mediastino subdiafragmático ou subcutâneo com hidrotórax ou hidropneumotórax; enquanto a endoscopia tem papel pequeno nos casos graves, em decorrência do risco de perfuração e hemorragia significativa (COELHO, 2009). Como diagnóstico diferencial deve-se atentar para infarto agudo do miocárdio, síndrome de Mallory-Weiss, pneumotórax espontâneo, pericardite e pneumonia. Como terapêutica utilizam-se antibióticos de largo espectro, correção hidroeletrólítica, jejum e sonda nasogástrica para decompressão do estômago, além de drenagem torácica para resolução de quadros de pneumotórax (GURVITS, 2017). Em caso de perfuração de pequeno porte, pode ser tratada conservadoramente, já em rupturas maiores, deve-se proceder reparo cirúrgico (DICICL et al., 2017). **Conclusão:** Por se

tratar de uma síndrome rara, é notório o subdiagnóstico que compromete a epidemiologia global dos casos. Acompanhado a isso, o desconhecimento por parte dos profissionais favorece uma evolução com prognóstico reservado.

Palavras-chave: Esôfago. Ruptura. Mortalidade.

REFERÊNCIAS

COELHO, J. C. U. **Manual de Clínica Cirúrgica: cirurgia geral e especialidades.** São Paulo: Atheneu, 2009.

DICICL, B. R. et al. Boerhaave syndrome- case report. *Sao Paulo Med J.* 2017; 135(1):71-5.

FERNANDES, S. R. et al. An unusual cause of Boerhaave's syndrome in a young patient. *Rev Esp Enfem Dig.*, v. 109, i. 5, p. 376-377, 2017.

GODINHO, M. et al. Ruptura espontânea do esôfago - síndrome de Boerhaave. *Rev. Col. Bras. Cir.*, v. 39, n. 1, p. 83-84, 2012.

GURVITSI, G. E. Boerhaave syndrome and black esophagus. *São Paulo Med J.*,v. 135, i. 2, p. 190-191, 2017.

VILLAVERDEA, N. P. et al. Síndrome de Boerhaave. *Rev Clin Med Fam.*, v. 8, n. 2, p. 158-161, 2015.

ZULETA, M. A. G.; CARREÑO, D. A. V.; BUITRAGO, M. Two Case Reports of Boerhaave's Syndrome. *Rev Col Gastroenterol.*, v. 29, i. 2, p. 174-177, 2014.