

---

---

**Instântaneo Endoscópico / Endoscopic Spot**

---

---

**SÍNDROME DE BOERHAAVE: UM ACHADO ENDOSCÓPICO INESPERADO**

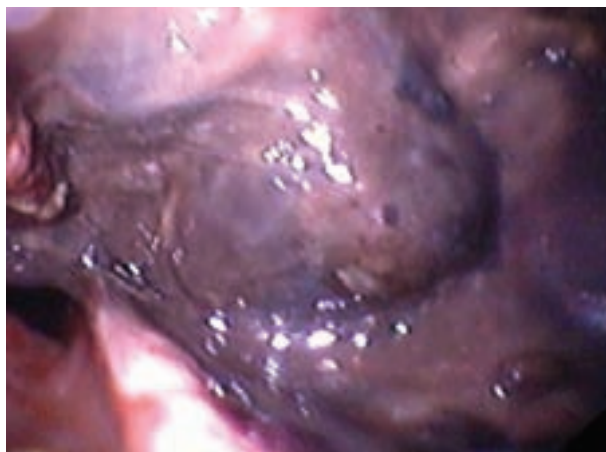
A. P. SILVA, J. CARVALHO, R. PINHO, S. FERNANDES, J. FRAGA

*GE - J Port Gastrenterol 2006, 13: 113-114*

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 81 anos, com antecedentes de AVC e medicado com ácido acetilsalicílico, que recorreu ao serviço de urgência por quadro súbito de hematemeses, náuseas e dor abdominal no quadrante superior direito. Ao exame objectivo apresentava subfebril (37,6°C) e hemodinamicamente estável, sem enfisema subcutâneo nem sinais de abdómen agudo. Analiticamente: leucocitose (11.300/ul), hiperbilirrubinemia (4,3 mg/dl), elevação das transaminases (TGO-264; TGP-242 U/l) e da amilase (633 U/l). Sem anemia. Ecografia abdominal: vesícula biliar de parede espessada com cálculos. Realizou EDA (18h após início das queixas) que mostrou lesões de esofagite de refluxo de grau B (Classif. Los Angeles) nos 2/3 inferiores e ao nível da extremidade distal do esófago, próximo da junção esofagogástrica, observou-se uma fenda longitudinal da parede, larga, com cerca de 3 cm de extensão, comunicando com uma cavidade preenchida de coágulos na base (Figuras 1 e 2). O exame foi interrompido de imediato pela suspeita de perfuração esofágica, posteriormente confirmada pela T AC. O doente foi submetido a cirurgia de urgência, onde se constatou a presença de

laceração completa do esófago distal, à direita, e sinais de mediastinite e peritonite, tendo sido efectuada rafia da laceração e exclusão esofágica. Repetiu EDA à 9ª semana, mostrando apenas cicatrizes e ligeira deformidade pós-cirúrgica do esófago. Teve alta hospitalar assintomático.

A perfuração esofágica espontânea, denominada por Síndrome de Boerhaave, é uma situação rara mas potencialmente fatal. O atraso no diagnóstico e tratamento condicionam a sua elevada mortalidade. Foi descrita pela primeira vez por Boerhaave em 1724, com a apresentação clínica típica de vômitos pós-prandiais, dor torácica e enfisema subcutâneo (1). Contudo esta tríada só está presente em cerca de um terço dos doentes (1). As manifestações clínicas podem ser muito variadas, consoante o local da perfuração, e inespecíficas, exigindo um elevado índice de suspeição. A confirmação diagnóstica faz-se por meios imagiológicos, tendo a endoscopia um papel limitado. O achado inesperado da perfuração durante o exame endoscópico, solicitado para estudo de hematemeses, realça a dificuldade em diagnosticar a doença. A ruptura do esófago ocorre mais frequentemente no terço distal e no lado esquerdo (1).

**Figura 1 - Laceração completa da parede do esófago distal.****Figuras 2 - Cavidade extra-esofágica preenchida de coágulos na base.**

A detecção precoce e a correcção cirúrgica imediata são essenciais para a sobrevivência. O presente caso apresenta algumas particularidades atípicas da síndrome, nomeadamente a ruptura no lado direito do esófago e não ter sido precedida por vômitos (antes das hematemeses). Tem ainda a particularidade de se apresentar com um quadro abdominal que fez suspeitar da existência de uma colecistite aguda, através dos dados clínicos, analíticos e ecográficos, mas que não foi confirmada intra-operatoriamente. É difícil estabelecer se as queixas abdominais surgiram anteriormente à perfuração ou se foram por ela despoletados. A hipótese que nos parece mais plausível é a de que a ocorrência de um quadro biliar tenha despoletado náuseas e laceração do esófago, no primeiro vômito, num indivíduo idoso. A presença de doença de refluxo gastroesofágico concomitante, descrita em cerca de metade dos doentes (2), poderá desempenhar algum papel na etiopatogenia da síndrome. O prognóstico deste caso seria, à partida, desfavorável, atendendo não só à idade do doente como ao diagnóstico relativamente tardio e ao envolvimento toraco-abdominal, mas o tratamento cirúrgico, ainda dentro das 24 horas, revelou-se bem sucedido. Nos últimos anos têm sido descritas formas de tratamento conservador bem sucedidas, em casos seleccionados, como a colocação de próteses esofágicas (3,4), o que veio fomentar a discussão e controvérsia quanto à melhor opção terapêutica na Síndrome de Boerhaave, se cirúrgica ou conservadora (5). Estas novas terapêuticas endoscópicas carecem, no entanto, de mais experiência e de estudos comparativos antes de serem recomendadas.

#### Correspondência:

Ana Paula Silva  
Serviço de Gastrenterologia  
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia  
4434-502 Vila Nova de Gaia  
Telef.: 227 830 209  
e-mail: ana-paula-silva@oninet.pt

#### BIBLIOGRAFIA

1. Faigel D. Miscellaneous Diseases of the esophagus: systemic, dermatologic disease, foreign bodies and physical injury. In: Yamada T et al eds. Textbook of Gastroenterology. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2003; 1269-71.
2. Peters J H, DeMeester T R. Esophagus and Diaphragmatic hernia. In: Schwartz et al eds. Principles of Surgery. 7th edition. New York, McGraw-Hill 1999; 1156-58.
3. Chung MG, Kang DH, Park DK, et al. Successful treatment of Boerhaave's Syndrome with endos, copic insertion of a self-expandable metallic stent: report of three cases and review of the literature. Endoscopy 2001; 33: 894-7.
4. Petruzzello L, Tringalli A, Riccioni ME, et al. Successful early treatment of Boerhaave Syndrome by endoscopic placement of a temporary self-expandable plastic stent without fluoroscopy. Gastrointestinal Endoscopy 2003; 58: 608-12.
5. Kallis P, Belsham PA, Pepper JR. Spontaneous rupture of the oesophagus (Boerhaave's syndrome): conservative versus surgical management. J R Soc Med 1991; 84: 690-91.