



Síndrome de Boerhaave: uma complicação rara em pós-operatório de cirurgia estética

Boerhaave syndrome: a rare complication of cosmetic surgery

LAURINDA CASTELLANI ^{1*} 

■ RESUMO

Introdução: Este estudo se trata de um relato de caso que tem por objetivo alertar os cirurgiões para uma possível complicação em pós-operatório de cirurgias estéticas longas sob anestesia geral. A Síndrome de Boerhaave é uma doença grave que ameaça a vida do paciente e merece um diagnóstico precoce até 12hs e um tratamento adequado. **Relato de caso:** A paciente no pós-operatório de cirurgia plástica abdominal e mastopexia apresentou, após anestesia geral, crises de vômito e náuseas. **Resultados:** Paciente com 58 anos do sexo feminino submetida à dermolipectomia abdominal e mastopexia pela a técnica de pedículo inferior sob raqui anestesia, onde após um período de quatro horas do término da cirurgia apresentou vários episódios de vômitos. Após 10 horas do ato cirúrgico apresentou queixa de algia ao deglutir, seguida de algia intensa generalizada, dispneia intensa, sudorese, palidez, PA 90x50mmhg. Com a piora do quadro a paciente foi encaminhada para a unidade de terapia intensiva onde foi entubada. Foram realizados exames laboratoriais, toracocentese e exames radiológicos. Atualmente, a paciente encontra-se com prótese esofágica. **Conclusões:** Fazendo a correlação com a bibliografia, no caso em tela sugere-se evitar cirurgias prolongadas, principalmente sob anestesia geral onde pode ocorrer a retenção de gás carbônico, que pode levar a crise emética no pós-operatório em pacientes com antecedentes de doença esofágica e estar atentos aos sintomas, não descartando a possibilidade da ocorrência da Síndrome Boerhaave.

Descritores: Ruptura espontânea; Cirurgia plástica; Transtornos da motilidade esofágica; Esôfago; Anestesia geral.

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Itapeva, SP, Brasil.

Artigo submetido: 17/10/2018.
Artigo aceito: 22/6/2019.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0215

¹ Clínica Castellani, Itapeva, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: The objective of this case report is to alert surgeons to a possible postoperative complication of long cosmetic surgery under general anesthesia. Boerhaave syndrome is a serious life-threatening disease that requires diagnosis within 12 hours and proper treatment. **Case report:** A 58-year-old female patient presented with vomiting and nausea after abdominoplasty and mastopexy under general anesthesia. **Results:** The patient underwent dermolipectomy and mastopexy using the inferior pedicle technique under spinal anesthesia. Four hours after the operation, she presented several episodes of vomiting. Ten hours after the operation, she reported painful swallowing followed by generalized severe pain and presented severe dyspnea, sweating, pallor, and a 90/50 mmHg blood pressure. As the condition worsened, the patient was referred to the intensive care unit where she was intubated and underwent laboratory tests, thoracentesis, and radiological examinations. The patient currently uses an esophageal prosthesis. **Conclusions:** The literature suggests avoiding prolonged surgery, especially under general anesthesia, because of the risk of carbon dioxide retention, which may lead to postoperative emetic crisis in patients with a history of esophageal disease. It also suggests paying attention to symptoms, not excluding the possibility of Boerhaave syndrome.

Keywords: Spontaneous rupture; Plastic surgery; Esophageal motility disorders; Esophagus; General anesthesia.

INTRODUÇÃO

Este estudo aborda o relato de caso sobre a ocorrência rara da Síndrome Boerhaave, que ocorreu em uma paciente após o pós-operatório de abdominoplastia com anestesia geral.

No relato em questão, se compreende um caso onde a paciente no pós-operatório de cirurgia plástica abdominal juntamente com mastopexia, apresentou após a anestesia geral crises de vômito e náuseas, o que levou ao ocorrido juntamente com a compressão da cinta pós-operatória. É importante ressaltar aqui, que a localização da dor e a instalação súbita pode ser confundida com um infarto do miocárdio ou embolia pulmonar¹.

A Síndrome de Boerhaave ou ruptura espontânea do esôfago é uma doença grave, descrita inicialmente em 1724 por Hermann Boerhaave² que ameaça a vida do paciente e merece um diagnóstico precoce até 12hs e um tratamento adequado. É uma síndrome relativamente rara, mas com uma elevada taxa de mortalidade (35%). De fato, é considerado o mais letal de todos os furos do trato digestivo⁴.

É importante que a Síndrome de Boerhaave seja lembrada em pós-operatório de dermolipectomia abdominal e, no caso em tela, mastopexia associada após anestesia geral que cursa com crise de vômitos e náuseas.

Diante das informações aqui prestadas, se julga de extrema importância o assunto estudado,

principalmente pela falta de estudos sobre a associação da Síndrome Boerhaave com cirurgias plásticas.

O objetivo deste trabalho é alertar os profissionais da área de cirurgia plástica sobre a Síndrome Boerhaave, que pode ocorrer em pós-operatório de abdominoplastia com anestesia geral.

RELATO DE CASO

Paciente A.M.R.L.P, 58 anos, sexo feminino, procurou a clínica para realização de dermolipectomia abdominal e mastopexia de mama.

Ao exame físico:

- Peso: 92 kilos;
- Antecedentes ginecológicos: 2PN2PC apresentou diabetes na gestação;
- Aparelho cardiorrespiratório: negava dispneia de esforço ou decúbito, caminhava 30 a 40 minutos ao dia;
- Aparelho geniturinário: sem queixas;
- Aparelho gastrointestinal: negava epigastralgia;
- Aparelho motor: teve ruptura de tendão do manguito rotador do ombro direito, colocou prótese sob anestesia geral;
- Antecedentes familiares: câncer de mama materno;
- Hábitos: negava tabagismo ou alcoolismo;

- Diversos: não fazia uso de medicamento usualmente;
- Exame físico: abdome em avental com estrias em hipogástrio, cicatriz pfannenstiell e mamas ptosadas grau II (classificação de Regnault).

Foram realizados exames laboratoriais e radiológicos e consulta pré-anestésica sem anormalidades, sendo liberada para realização cirúrgica de dermolipectomia abdominal e pexia de mama.

Na data de 25 de maio de 2007 foi submetida à dermolipectomia abdominal e mastopexia pela técnica de pedículo inferior sob raquianestesia. Primeiramente sendo realizada anestesia geral, durante o procedimento da mastopexia mamária, com duração total de quatro horas sem anormalidades no ato cirúrgico.

Após quatro horas do término do ato cirúrgico a paciente apresentou vários episódios de vômitos, com períodos de melhora após medicação antiemética, passando por pequeno período de ausência de vômito.

Após dez horas do ato cirúrgico apresentou queixa de algia ao deglutir, melhorando com xilocaína spray, passou a noite sem demais anormalidades.

As 06h45min, de 26 de maio de 2007, apresentou algia intensa generalizada, apresentava dispneia que melhorou com administração de corticoide e bronco dilatador endovenoso, tendo alta às 11h30min sem queixa.

Na mesma data às 14h30min, a paciente retorna com dispneia intensa, sudorese, palidez, Pressão Arterial (PA) 90x50mmhg. Foram realizadas medidas de suporte, porém com a piora do quadro foi encaminhada para a unidade de terapia intensiva onde foi entubada e realizou-se toracocentese com débito de líquido com característica de suco gástrico, chamando a atenção o valor da amilase no exame bioquímico (Tabela 1).

Tabela 1. Resultado do exame pleural.

EXAME LÍQUIDO PLEURAL (coleta 19h15 min 26/05/2007)				
Citológico	a) Hemácias	*****	280.000/mm ³	
	b) Leucócitos	*****	5000.000/mm ³	
	c) Diferencial	Segmentados		60%
		Bastonetes		18%
		Linfócitos		17%
		Monócitos		0,50%
Bioquímico	a) Glicose	*****	60mgdl	
	b) LDH	*****	2.980U/L	
	c) Proteínas Totais	*****	55g/dl	
	d) Amilase	*****	2.800U/L	
Bacteriológico	a) Bacterioscopia gram	*****	Cocos gram positivos isolados e em pares	

LDH: Lactato Desidrogenase. Fonte: UTI Santa Casa de Itapeva.

Pôde-se notar a piora com desvio do mediastino - até o momento não havia diagnóstico fechado -, havendo queda do estado da paciente, alteração severa dos parâmetros dos exames laboratoriais e entrando em sepse (Quadro 1).

Quadro 1. Resultado de exame radiológico.

Raio X de Tórax Interno (26/05/2007)
RCP Basal
Enfisema subcutâneo no HTE
Tuba traqueal
Raio X de Tórax Interno (27/05/2007)
Hipotransparência do hemotórax E
Velamento de 1/3 media/inferior do HTE
Desvio mediastinal cara D

Fonte: UTI Santa Casa de Itapeva.

Após esses exames foi realizado drenagem de Hemitórax Esquerdo (HTE) pela equipe de cirurgia geral, solicitado tomografia de abdômen total (Quadro 2) e tomografia computadorizada de tórax (Quadro 3). A paciente após submissão aos diversos exames continuou a evoluir com a piora do quadro, apresentando 10 dias depois opacidade em Hemitórax Direito (HTD).

Quadro 2. Resultado de tomografia de abdome total.

TOMOGRAFIA de Abdome total	
Fígado	Dimensões, contornos e coeficientes de atenuação normais.
Vesícula Biliar	Topografia, dimensões e conteúdo normais.
Pâncreas	Topografia, coeficientes de atenuação normais.
Baço	Tópico com dimensões e coeficientes de atenuação normais.
Rim D/ Rim E	Tópico com dimensões e coeficientes de atenuação normais.
Adrenais	Ausência de sinais de lesões.
Bexiga	Tópica com parede e conteúdo normais.
Útero e regiões anexas	Sem evidências de anormalidades.
Vasos Abdominais	Com calibre e topografia normais.
Líquidos Livres	Ausente.
Linfonomegalias	Ausente.
Estruturas Ósseas	De aspecto preservado.
*****	Pequena quantidade de ar na parede abdominal anterior.

Fonte: UTI Santa Casa de Itapeva.

Após vários exames radiológicos e laboratoriais, inclusive endoscopia digestiva alta, a paciente foi transferida para um hospital com serviço de cirurgia do tórax, onde foi diagnosticado por achado intraoperatório em uma toracotomia, que a paciente passou para decorticação de HTD, aproximadamente

Quadro 3. Resultado de tomografia computadorizada de tórax.

TOMOGRAFIA de Tórax (27/05/2007)	
Parede Torácica	Sem alterações de tecido subcutâneo, musculatura peitoral, intercostal e arcos costais. Dreno Torácico Antero-superior do hemotórax E. Enfisema do subcutâneo na parede torácica.
Espaço Pleural	Grande quantidade de líquido hipotenso e ar na cavidade pleural E, deslocando a linha media para D.
Campos Pulmonares	Ausência de nódulos, cavitações ou coleções intraparenquimatosas do lobo inferior bilateral: de lobo inferior pequeno à D e lobo inferior à E.
Mediastino	Sem alterações significativas do coeficiente de atenuação. Ausência de linfonomegalias.
Vasos Mediastinos	Vasos de base normais, sem alterações de artérias e veias.
Área Cardíaca	Pericárdio e câmaras cardíacas sem alterações.
Esôfago	Aspecto conservado.
Corpos Vertebrais e Diafragma	Sem lesões visualizadas.
Adrenais	Ausência de sinais de lesões.
ID	Hidropneumotórax volumosa à E com desvio mediastinal. Atelectasia /condensação pulmonar de lobo inferior bilateral pequeno à D e lobo inferior à E. Enfisema subcutâneo.

Fonte: UTI Santa Casa de Itapeva

30 dias após o ato cirúrgico. Atualmente, a paciente se encontra bem recuperada e com prótese esofágica.

DISCUSSÃO

A Síndrome Boerhaave é caracterizada pela perfuração esofágica secundária e aumento súbito da pressão intraluminal do esôfago. Raramente não se encontra um fator etiológico, sendo um trauma pressórico interno e, apesar do termo clássico de ruptura espontânea ser incorreto, é aceito universalmente. A Síndrome resulta-se de um aumento da pressão intra-abdominal durante vômitos, esforços de vômitos ou outros esforços. A pressão é transmitida rapidamente ao esôfago e a perfuração ocorre quando há distensão da mucosa e da musculatura do esôfago, que não suporta a pressão elevada⁵.

A causa mais comum é o vômito em 80% dos casos⁵ ou esforço para vomitar por abuso alimentar ou alcoólico⁵.

A perfuração quase sempre tem um aspecto longitudinal e ocorre geralmente na parede lateral esquerda⁵ do esôfago distal, acima da transição esofagogástrica, acima do diafragma. Deste modo, pode produzir uma fistula esôfago-pleural com posterior derrame pleural e/ou pneumotórax.

É mais frequente no sexo masculino entre 40 a 60 anos⁶. O principal sintoma é dor intensa, abrupta, progressiva e retroesternal. A tríade clássica de Mackler⁷ que inclui vômito, dor torácica e enfisema cervical não é comum, ocorrendo a hematêmese em 22% dos casos. A dispneia se apresenta em 61% dos casos e a cianose também é comum. Quando ocorre fistula esôfago-pleural, o líquido pleural típico apresenta achados inespecíficos de pH baixo e amilase aumentada⁸, e o diagnóstico pode ser confirmado pelo achado de material alimentar.

Outros sinais e sintomas incluem disfagia, taquicardia e hipotensão, podendo evoluir para sepse e óbito.

Existem várias ferramentas disponíveis para o diagnóstico: clínico com uma anamnese, exame físico e achado radiológico. Ao exame físico apresenta diminuição do murmúrio vesicular e febre em 30% dos casos, podendo ser encontrada crepitação cervical e diminuição dos ruídos hidroaéreos. Os exames de laboratório podem mostrar leucocitose em alguns casos, sem demais alterações⁹.

A radiografia de tórax é útil no diagnóstico inicial e o achado mais comum é o derrame pleural, geralmente à esquerda. Outros achados incluem pneumotórax frequentemente do lado esquerdo⁵, hidropneumotórax, pneumomediastino e enfisema subcutâneo.

O esofagograma mostra extravasamento típico em um meio de contraste para a cavidade pleural e fornece informações sobre o tamanho e a localização da perfuração, o que ajuda a tomar a decisão sobre a abordagem cirúrgica utilizada⁹.

A tomografia computadorizada pode confirmar o diagnóstico ou substituir o esofagograma em pacientes intolerantes. É muito importante para garantir o diagnóstico precoce e o tratamento adequado a prevenção da mediastinite, sepse e choque, muitas vezes associados com a doença em uma segunda fase.

O tratamento da perfuração espontânea do esôfago é controverso em relação à escolha da técnica cirúrgica, o tempo desde o início é um dos fatores decisivos para escolhê-lo. Quando o diagnóstico é estabelecido nas primeiras 24 horas é recomendado estabilização cardiorrespiratória, suporte clínico e antibioticoterapia, além do fechamento primário da lesão através da toracotomia, associada à drenagem do mediastino.

Se a intervenção não é feita dentro deste período, a presença de edema, necrose tecidual e infecção do mediastino tornam extremamente difíceis a cirurgia. A complicação mais importante do fechamento primário é a ocorrência de fistulas.

O tratamento conservador pode ser tentado em pequenas perfurações, desde que com sintomas mínimos e lesões limitadas ao mediastino.

Além da correção cirúrgica, o tratamento com suporte de nutrição parenteral, sonda nasogástrica, antibióticos de largo espectro e inibidores da secreção de ácido gástrico, desempenham um papel crítico nestes pacientes.

Os casos diagnosticados tardiamente, frequentemente, requerem alguma forma de exclusão esofágica, geralmente esofagostomia cervical e gastrostomia, associada a jejunostomia para suporte nutricional.

Descreve-se na literatura que a ruptura espontânea do esôfago ocorre geralmente em 10% dos pacientes com esofagite de refluxo, divertículo duodenal e carcinoma, mas acomete muitas vezes pacientes sem a doença esofágica prévia¹.

CONCLUSÃO

A ruptura pós-emética do esôfago é um quadro grave, cujo diagnóstico é geralmente negligenciado na avaliação inicial. A ocorrência de vômitos, derrame pleural esquerdo, toracocentese com aspiração de líquido e suspeita de secreção digestiva com a elevação da amilase são fatores indicativos para o diagnóstico e a indicação do tratamento cirúrgico. A evolução pós-operatória é normalmente complicada, com falências de órgãos vitais e requer suporte intensivo, sendo a mortalidade e a morbidade elevadas¹⁰.

Conclui-se, após o relato do caso, que é prudente evitar cirurgias prolongadas, principalmente sob anestesia geral, onde pode ocorrer a retenção de gás carbônico que pode levar a crise emética no pós-operatório,

especialmente em pacientes com antecedentes de doença esofágica e, sobretudo, estar atentos aos sintomas clínicos e físicos, não descartando a possibilidade de ocorrência da Síndrome de Boerhaave.

Não foi encontrada na literatura a ocorrência da Síndrome de Boerhaave associada ao pós-operatório de plástica abdominal.

COLABORAÇÕES

LC Redação - Revisão e Edição

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues JJG, Machado MCC, Rasslan S. Clínica Cirúrgica. Barueri (SP): Manole; 2008.
2. Derbes VJ, Mitchell Júnior RE. 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 Apr;43(2):217-40.
3. Passos Filho O, Cangussu HC, Lopes RH, Oliveira ATT, et al. Síndrome de Boerhaave: Relato de caso. Rev Col Bras Cir. 2013 Fev;40(1):83-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912013000100016>
4. Soto RL, Hernandez JLM, Garcia FA, Sanchez NA, et al. A Ruptura Espontânea do Esôfago: Um problema no diagnóstico de emergência. UM Med Interna. 2003 Fev;20(2).
5. Correia Neto A. Clínica Cirúrgica. São Paulo (SP): Sarvier;1988. v.4
6. Atallah FN, Riu BM, Nguyen LB, Seguin PO, Fourcade OA. Boerhaave's syndrome after postoperative vomiting. Anesth Analg. 2004 Apr;98(4):1164-6. DOI: <https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000101981.85523.82>
7. Godinho M, Wiezel EHB, Marchi E, Módena SF, Paula RA. Ruptura espontânea do esôfago - síndrome de Boerhaave. Rev Col Bras Cir. 2012;39(1):83-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912012000100017>
8. Sabiston JR, David C. Tratado de Cirurgia. 14ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1993.
9. Coelho JCU. Aparelho digestivo: clínica e cirurgia. 3ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2006.
10. Mota HJ, Ximenes Netto M, Medeiros AC. Ruptura pós-emética do esôfago: a síndrome de Boerhaave. J Bras Pneumol. 2008 Ago;33(4):480-483. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000400019>

*Autor correspondente:

Laurinda Castellani

Praça Dr Esperidiao Lúcio Martins, 93, Centro, Itapeva, SP, Brasil.

CEP: 18400-020

E-mail: l.castellani@hotmail.com