

SÍNDROME DE BOERHAAVE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

**Maria Elisa Lunardi¹; Fabio De Paula Conforto De Oliveira²; Lucas Furquim Lopes³;
Marcio Peixoto Rocha Da Silva⁴.**

DOI: 10.47094/ICOLUBRASMU.2024/RS.33

RESUMO

Introdução: Hermann Boerhaave relatou em 1724 o primeiro caso de ruptura esofágica causada por vômitos pós-prandiais. A síndrome de Boerhaave (SB) representa 8-56% das perfurações esofágicas, sendo uma ruptura total do órgão com etiologia e sintomas semelhantes à síndrome de Mallory-Weiss (MW), mas com diagnóstico mais difícil e fatal se não tratada precocemente. **Objetivo:** Descrever a SB destacando a importância do reconhecimento e intervenção imediata. **Metodologia:** Revisão narrativa com buscas na base PubMed usando o descritor “Perfuração Esofágica”. Incluímos artigos de 2019 a 2024. **Resultado e discussão:** A SB é uma perfuração completa do esôfago, de origem não iatrogênica. Alguns autores a consideram espontânea, enquanto outros a associam a vômitos intensos e abuso de álcool. A apresentação clássica inclui a tríade de Meckler: vômitos, dor torácica e enfisema subcutâneo, presentes simultaneamente em menos de 10% dos casos. A SB é uma emergência cirúrgica difícil de diagnosticar, com mortalidade de até 90%. É causada por um aumento súbito da pressão esofágica e intratorácica negativa, resultando na ruptura. Fatores de risco incluem alcoolismo, ingestão excessiva de alimentos, vômitos violentos, levantamento de peso, disfunção neuromuscular e trauma abdominal. A SB se diferencia da MW, que envolve lacerações superficiais da mucosa esofágica distal. A esofagografia, radiografia torácica e tomografia de tórax são essenciais para o diagnóstico. Quando a SB é improvável, recomenda-se a endoscopia para diagnóstico e tratamento concomitante. O tratamento inicial inclui dieta zero por sete dias, antibióticos endovenosos por até quatorze dias, ressuscitação volêmica, suporte nutricional parenteral e drenagem de coleções. A abordagem endoscópica, minimamente invasiva, usa stents, clips e sutura endoscópica. O reparo cirúrgico primário é ideal nas primeiras horas; abordagens tardias enfrentam tecidos friáveis e edemaciados. Em casos de perfuração extensa, a esofagectomia pode ser necessária. **Conclusão:** A síndrome de Boerhaave é rara e difícil de diagnosticar devido a sintomas vagos que podem ser confundidos com outras patologias torácicas. É potencialmente fatal, e atrasos no diagnóstico e tratamento aumentam a mortalidade e pioram o prognóstico. Assim, é crucial que cirurgiões considerem a possibilidade de SB em pacientes com os sintomas descritos.

PALAVRAS-CHAVE: Perfuração Esofágica. Esôfago. Sistema Digestório.