

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TARDIA PÓS-TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO¹

LATE POST - TRAUMATIC DIAPHRAGMATIC HERNIA: A CASE REPORT

Alexandre Augusto Calado NOGUEIRA², Marcelo Bandeira Coelho DIAS³, Acácio Augusto CENTENO NETO⁴, Michel Washington Calabria CARDOSO⁵, Débora Evelyn Martins DA SILVA⁵ e Felipe Guilherme Hamoy KATAOKA⁵

RESUMO

Objetivo: relatar um caso de hérnia diafragmática crônica pós-traumática (HDT), corrigida, cirurgicamente, por laparotomia em um Pronto Socorro, em Belém/PA. **Relato de caso:** paciente do sexo masculino, 39 anos, com hérnia diafragmática crônica pós-traumática. **Considerações finais:** o caso estudado ratifica a alta incidência de diagnóstico tardio de rotura diafragmática e a necessidade do uso de laparotomia, sem drenagem pleural, sugerindo que existem casos de HDT que podem ser resolvidas com menor tempo cirúrgico e menor morbidade pós-operatória, mesmo quando o defeito diafragmático for extenso.

DESCRITORES: hérnia diafragmática traumática, laparotomia.

INTRODUÇÃO

A ruptura traumática do diafragma é uma entidade rara, geralmente por trauma contuso, ocorrendo distorção da parede torácica, aumento da pressão intra-abdominal e lesão frênica. Ocorre em 5% a 10% dos pacientes com trauma tóraco-abdominal grave e com herniação de vísceras abdominais para o tórax em 45%-60% dos casos. A maioria das lesões não é diagnosticada imediatamente, pois os sinais e sintomas são inespecíficos, resultando em um período latente de meses ou anos. Os órgãos abdominais mais frequentemente herniados são o estômago, omento e cólon^{1,2}.

O diagnóstico tardio é responsável por alta morbidade, devido encarceramento e perfuração das estruturas herniadas e alterações pulmonares residuais. A rotura diafragmática passa sem diagnóstico em até 60% dos casos¹.

OBJETIVO

Relatar um caso de hérnia diafragmática crônica pós-traumática (HDT) corrigida cirurgicamente por laparotomia, em um Hospital Pronto Socorro, em Belém/PA.

RELATO DE CASO

Anamnese

S.R.A, 39 anos, sexo masculino, procedente de Benevides-PA, com história de acidente automobilístico há 3 meses, evoluiu, inicialmente, de forma satisfatória. Posteriormente, apresentou dificuldade para se alimentar e por agravamento da sintomatologia com náuseas, epigastralgia, regurgitação, hematêmese e desconforto respiratório; recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti (HPSM-MP) de Belém do Pará, no dia 11/09/2009.

Exame físico

Paciente ansioso, agitado, consciente e orientado, regular estado geral, dispnéico, hipocorado (++/4+), acianótico, perfusão capilar periférica < 2 seg, extremidades sem edemas. Ausculta pulmonar revelando diminuição do murmúrio vesicular em base do hemitórax esquerdo e aparelho cardiovascular sem alterações.

¹ Trabalho realizado no Hospital Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti (HPSM-MP), em Belém/PA.

² Médico Cirurgião Geral e Chefe da equipe.

³ Médico Cirurgião Geral e Professor da disciplina de Clínica Cirúrgica da Universidade Estadual do Pará

⁴ Médico Cirurgião Geral e Professor Adjunto do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará.

⁵ Graduandos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará.

O abdômen encontrava-se escavado, doloroso à palpação profunda em epigástrio e com descompressão brusca negativa.

Exames subsidiários

Em três de setembro de 2009 realizou endoscopia digestiva alta em Benevides-PA, a qual sugeria hérnia diafragmática, sem estabelecimento de conduta. Com a piora dos sintomas, realizou radiografia de tórax dia 11/09/2009 no HPSM-MP, evidenciando elevação da hemicúpula diafragmática esquerda, nível hidroaéreo intratorácico e elementos abdominais ocupando o terço inferior do hemitórax esquerdo e desvio do mediastino para a direita (**Figura 1**).

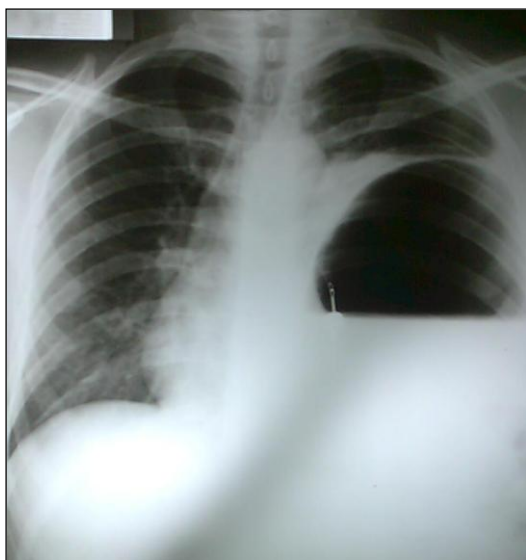


Figura 1: Herniação de vísceras abdominais no hemitórax esquerdo, cursando com dextrocardia.

Hipótese diagnóstica

Hérnia diafragmática crônica pós-traumática.

Conduta

A laparotomia exploradora evidenciou os seguintes achados: pequena quantidade de líquido seroso em cavidade, além de estômago, cólon transverso e baço no interior da cavidade torácica (**Figura 2**).



Figura 2: Vísceras abdominais herniadas para a cavidade torácica.

Liberadas as vísceras abdominais por digitocrasia, redução do conteúdo herniário para a cavidade abdominal e hiatorrafia de 8 cm, com pontos contínuos e fio de polipropileno 2-0 (**Figuras 3 e 4**).



Figura 3: Redução do conteúdo herniário por digitocrasia.

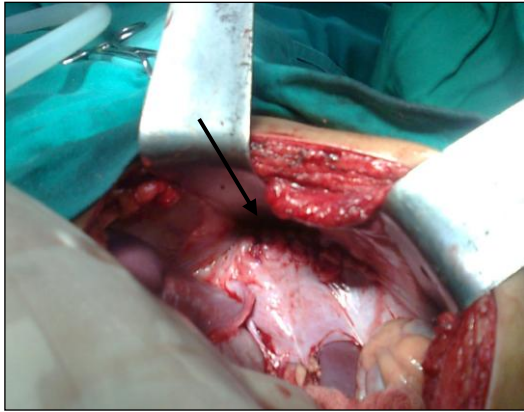


Figura 4: Rafia do diafragma com pontos contínuos e fio de polipropileno.

Evolução

Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório (PO), recebendo alta no 3º dia.

DISCUSSÃO

A ruptura traumática do diafragma é decorrente de ferimentos penetrantes ou contusos, sendo que as lacerações, amiúde, ocorrem na porção tendinosa do diafragma à esquerda, por conta da proteção conferida pelo fígado no lado direito em casos de trauma contuso. As taxas de incidência reportadas variam de 0,8% a 8% e as taxas de mortalidade variam de 16,6% a 33,3%^{3,4}.

O mecanismo envolvido é o aumento intempestivo da pressão intra-abdominal em relação à pressão torácica e, de acordo com o período de evolução, a lesão pode ser classificada em aguda, latente e crônica. O caso descrito pode ser considerado latente, uma vez que o paciente cursa com sintomas vagos, crônicos e sinais radiológicos sugestivos de afecções pleuropulmonares, as quais por vezes podem confundir o diagnóstico e induzir a erros terapêuticos^{1,2}.

Assim sendo, o diagnóstico clínico é perdido em 7% a 66% dos pacientes⁵. De acordo com Shah e col. (1995)⁶, em média 43,5% das rupturas diafragmáticas são diagnosticadas no pré-operatório, 41,3% no intra-operatório ou na autópsia e 14,6% com atraso⁶. Portanto, além do diagnóstico diferencial com atelectasias, tumores, efusão pleural e obstrução intestinal, é salutar a execução de exames de imagem subsidiários, tais como: radiografia simples, tomografia computadorizada, ressonância

magnética, toracoscopia ou laparoscopia. A radiografia de tórax sugere ou conclui o diagnóstico de ruptura diafragmática em 66,6% dos casos nas primeiras 12h e em 88,8% nas próximas 12h, o que corrobora a indicação do método.^{3,4,7,8}

A terapêutica é, indubitavelmente, cirúrgica, uma vez que inexistem na literatura relatos de encerramento espontâneo de lacerações diafragmáticas. No entanto, ainda se discute a melhor via de abordagem, sugerindo-se a laparotomia na fase aguda e a toracotomia na fase crônica, ou a laparotomia nas lesões à esquerda e a toracotomia nas lesões à direita, por conta das intensas aderências pleurais a cápsula do fígado.

Todavia, inicialmente, o mais importante é estabilizar o paciente e considerar a presença de lesões associadas. Se houver lesões diafragmáticas isoladas e for exequível, indica-se a toracoscopia ou a laparoscopia^{1,2,4,9,10}. No caso clínico em questão optou-se pela laparotomia, uma vez que a ruptura ocorreu à esquerda, havia possibilidade de ressecções e anastomoses e de encarceramento de vísceras, pois o paciente apresentava hematêmese; ainda era necessário reduzir o extenso conteúdo abdominal e o hospital não possuía estrutura mínima para procedimentos de videocirurgia.

O estudo de Kishore e col. (2009)⁴ observou complicações pulmonares pós-operatórias em 52% dos casos, sendo necessário suporte ventilatório em 41%. Tal autor recomenda drenagem pleural como etapa obrigatória do tratamento, porém é interessante considerar as condições ventilatórias e a re-expansão pulmonar intra-operatória após a correção cirúrgica. A despeito da não realização da drenagem pleural, o paciente em estudo evoluiu sem intercorrências.

As complicações usuais são hemorragias e obstruções e, em casos mais severos, podem evoluir para insuficiência cardiorrespiratória progressiva. Em geral, o prognóstico é favorável, uma vez que o diafragma suporta bem as suturas. As técnicas minimamente invasivas aparentam apresentar eficácia igual a das técnicas abertas em pacientes estáveis, no entanto existem poucos estudos comparativos sobre a eficácia das abordagens^{3,9}.

Atualmente, em nosso meio, a videocirurgia não é uma prática democratizada, o que colabora em alguns casos para atrasos e, até mesmo, equívocos diagnósticos, além, obviamente, de privar pacientes e cirurgiões desta ferramenta diagnóstica e terapêutica minimamente invasiva e que possibilita melhor evolução pós-operatória.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha da laparotomia como via de eleição encontra respaldo na literatura,

com claros benefícios ao cirurgião e ao paciente.

A ausência de drenagem pleural sugere que existem casos de HDT que podem ser resolvidos com menor tempo cirúrgico e menor morbidade pós-operatória, mesmo quando o defeito diafragmático é extenso. Sendo assim, sugere-se que a realização de drenagem fique a critério do cirurgião, dependente das condições ventilatórias e de re-expansão pulmonar no intra-operatório após redução do conteúdo herniário.

SUMMARY

LATE POST - TRAUMATIC DIAPHRAGMATIC HERNIA: A CASE REPORT¹

Alexandre Augusto Calado NOGUEIRA², Marcelo Bandeira Coelho DIAS³, Acácio Augusto CENTENO NETO⁴, Michel Washington Calabria CARDOSO⁵, Débora Evelyn Martins DA SILVA⁵ e Felipe Guilherme Hamoy KATAOKA⁵

Objective: to report a case of diaphragmatic hernia chronic post-traumatic (HDT), corrected surgically by laparotomy in an emergency room in Bethlehem, PA. **Case Report:** a male patient, 39 years, with diaphragmatic hernia chronic post-traumatic. **Final thoughts:** the case study confirms the high incidence of late diagnosis of diaphragmatic rupture and the need to use laparotomy without pleural drainage, suggesting that there are cases of HDT can be solved with less surgical time and less postoperative morbidity, even when the diaphragmatic defect is long.

KEY WORDS: traumatic diaphragmatic hernia, laparotomy.

REFERÊNCIAS

1. Rangel, M.F.; Carvalho, F.A.; Nóbrega, L.P.S. Hérnia Diafragmática Traumática Crônica e Fístula Gastropleurocutânea. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 2000; 28 (1): 71-73.
2. Rafael, A.A. et al. Hérnia diafragmática traumática tardia complicada de perfuração intratorácica e quisto hemorrágico gástrico: Uma combinação rara. *Acta Méd Port*, 2005; 18: 295-301.
3. Orville, F.; Grimes – Esophagus & Diaphragm. In Dunphy JE, WAY LW – *Current Surgical Diagnosis & Treatment*, 3 ed. Los Altos, Califórnia: Ed. Lange Medical Publications, p. 414-437, 1977.
4. Kishore, G.S.B. et al. Traumatic diaphragmatic hernia: tertiary centre experience, 2009. Disponível em: <<http://www.springerlink.com.pdf>>. Acessado em: 08 de janeiro de 2010.
5. Cantwell, CP. The dependent viscera sign. *Radiolog*, 2006; 238 (2):752-753.
6. Shah, R.; Sabanathan, S.; Mearns, A.J.; Choudhury, A.K. Traumatic rupture of diaphragm. *Ann Thorac Surg*, 1995; 60 (5):1444-1449.
7. Mintz, Y. et al. Minimally invasive procedures for diagnosis of traumatic right diaphragmatic tears: a method for correct diagnosis in selected patients. *Am Surg*, 2007; 73 (4):388-392.
8. Matsevych, O.U. Blunt diaphragmatic rupture: four year's experience. *Hérnia*, 2008; 12 (1):73-78.
9. Force, S.D. Management of Acute Diaphragmatic Rupture: Thoracotomy Versus Laparotomy. In FERUSON MK – *Difficult Decisions in Thoracic Surgery*, 2007; 1 ed. Londres: Ed. Springer London, p.379-384.
10. Reber, P.U. et al. Missed diaphragmatic injuries and their long-term sequela. *J Trauma*, 1998; 44(1):183-8.

Endereço para correspondência:

Débora Evelyn Martins da Silva
Rua Henrique Gurjão, nº 258 – Reduto

66053-360 Belém PA
Telefone: (0XX91) 3222-4406 e 81467929
E-mail: debiemsilva@yahoo.com.br

Recebido em 02.02.09 – Aprovado em 27.08.09