

Hérnia diafragmática congênita simulando derrame pleural. Relato de caso *

Congenital diaphragmatic hernia simulating pleural effusion. Case report

Lucas Henrique Vieira¹, Caroline Del Castanhel¹, Lívia Justen Tristão², Alessandra Guimarães², Cristiano da Silva Ribas³

*Recebido do Hospital da Cruz Vermelha – Filial do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A hérnia diafragmática congênita de Bochdalek se constitui um defeito na posição pósterolateral do diafragma, ocorrendo normalmente na infância, sendo causa importante de hipoplasia pulmonar. Em adultos, é uma ocorrência rara, com pouco mais de 100 casos descritos. Os adultos comumente são assintomáticos, podendo apresentar sintomas gastrointestinais e raramente, sintomas respiratórios inespecíficos. O objetivo deste estudo foi relatar uma apresentação tardia de hérnia de Bochdalek em um adulto com sintomatologia respiratória.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 30 anos, com queixa de dispneia de longa data, que teve o seu diagnóstico realizado após apresentar um quadro similar a um derrame pleural.

CONCLUSÃO: Devido à raridade das hérnias diafragmáticas congênitas em adultos, é necessário raciocínio clínico, técnico e tático diferenciado por parte do médico clínico, o que pode evitar graves complicações como pneumotórax e necrose intestinal.

Descritores: Derrame pleural, Diagnóstico tardio, Hérnia diafragmática.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Bochdalek congenital diaphragmatic hernia constitutes a defect in the posterolateral position of the diaphragm, usually occurring in childhood and being an important cause of pulmonary hypoplasia. In adults, it is a rare occurrence, with little more than 100 cases reported.

Adults are usually asymptomatic but gastrointestinal symptoms and, rarely, nonspecific respiratory symptoms, can occur. This study aimed at reporting a late presentation of Bochdalek hernia in adult patient with respiratory symptoms.

CASE REPORT: Male patient, 30-year-old with a complaint of long-standing dyspnea, who had the diagnosis made after presenting a clinical picture similar to a pleural effusion.

CONCLUSION: Since the occurrence of congenital diaphragmatic hernias in adults is very rare, the clinician needs clinical, technical and tactical reasoning, in order to prevent serious complications such as pneumothorax and intestinal necrosis.

Keywords: Delayed diagnosis, Diaphragmatic hernia, Pleural effusion.

INTRODUÇÃO

As hérnias diafragmáticas (HD) congênitas acometem de 1:1200 a 1:12000¹⁻⁵ dos nascidos vivos, sendo responsáveis por grande parte dos casos de hipoplasia pulmonar^{6,7}. São diagnosticadas, habitualmente, nas primeiras 24 horas de vida, devido à grande disfunção respiratória consequente¹. As hérnias mais comuns são a de Bochdalek e a de Morgani, causadas pelo desenvolvimento embriológico inadequado do diafragma¹.

A localização pósterolateral é conhecida como hérnia de Bochdalek (HB) e é distinguida da hérnia retroesternal ântero-medial, que é conhecida como hérnia de Morgagni^{1,3}.

Foi descrita, primeiramente, pelo professor de anatomia Bochdalek, em 1848⁶⁻⁸, com relato de dois casos cuja etiologia foi atribuída à ruptura da membrana do triângulo lombocostal².

A apresentação da HD ocorre normalmente na infância, com incidência em neonatos, variando de 1:4000 a 1:7000. O diagnóstico nas primeiras oito semanas de vida representa 5% a 25% de todas as HD, sendo um dos defeitos congênitos do tórax mais comuns. É causa de insuficiência respiratória aguda no neonato, com índices de mortalidade descritos, em 1965, entre 35% e 40%, mantendo-se nestes níveis em 1996².

No adulto é uma ocorrência rara, com pouco mais de 100 casos descritos^{1,4,6,8}, com incidência entre 1% e 5%, representa aproximadamente 5% das HD. Ocorre predominantemente em mulheres, na proporção de 17 mulheres para cada 5 homens (77%), principalmente na 6ª década de vida, variando em relatos de 23 a 91 anos de idade².

O objetivo do presente estudo foi relatar o caso de apresentação tardia de hérnia de Bochdalek em um adulto com sintomatologia respiratória.

1. Graduando de Medicina da Universidade Positivo. Curitiba, PR, Brasil.

2. Médico Residente de Clínica Médica do Hospital da Cruz Vermelha – Filial do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

3. Médico do Hospital da Cruz Vermelha – Filial do Paraná, Professor de Clínica Médica na Universidade Positivo; Preceptor da Residência de Clínica Médica do Hospital Universitário Cajuru. Curitiba, PR, Brasil.

Apresentado em 15 de abril de 2012.

Aceito para publicação em 30 de outubro de 2012.

Fontes de fomento: Nenhum

Endereço para correspondência:

Lucas Henrique Vieira

Travessa Alberico Figueira, 81/62 – Seminário

80240-420 Curitiba, PR

E-mail: lucasvieira_89@gmail.com

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 30 anos, sem outras comorbidades, encaminhado ao serviço do Hospital Cruz Vermelha com queixa de dispneia de longa data. Relata história de derrame pleural havia 8 meses de etiologia indeterminada, sendo que não foi possível realizar a drenagem, pois segundo o paciente, tratava-se de um derrame loculado. Com história de derrame pleural associado à dispneia, para nova tentativa de drenagem. Nega perda de peso, febre, expectorações sanguinolentas, trauma e outros sintomas. Ex-tabagista, tendo parado há 8 meses e fumado por 4 anos, cerca de 6 cigarros por dia.

No exame físico, o paciente apresentava-se em bom estado geral, eupneico, corado, hidratado e afebril. A propedêutica cardíaca e abdominal era normal. Na propedêutica pulmonar, apresentava diminuição do murmúrio vesicular e do frêmito toraco-vocal em base pulmonar esquerda, sem presença de ruídos adventícios.

Os exames laboratoriais eram normais com VHS de 9 mm/h, hemoglobina de 15,2 g/dL, leucócitos de 9.050 com 2% de bastonetes e 61% de neutrófilos, glicose de 97 mg/dL e albumina de 4,5 g/dL.

Na investigação radiológica torácica, foi evidenciada obliteração do seio costofrênico esquerdo, com transparência pulmonar normal, compatível com quadro de derrame pleural (Figura 1). Na tomografia computadorizada de tórax, sem contraste, foi observada abertura anormal do diafragma póstero-lateral à esquerda com 4,6 cm, passagem de volumosa massa para a cavidade torácica com mesma densidade ao tecido adiposo e presença de vasos mesentéricos associada à pequena atelectasia compressiva parcial do pulmão, sugerindo o diagnóstico de hérnia de Bochdalek (Figura 2).

O paciente foi então submetido à videotoroscopia para a realização de hernioplastia do diafragma, sendo necessária omentectomia devido ao insucesso na redução da hérnia.

O paciente evoluiu bem, com alta hospitalar no segundo dia pós-operatório, com prescrição de analgesia e fisioterapia respiratória e melhora gradativa dos sintomas descritos.

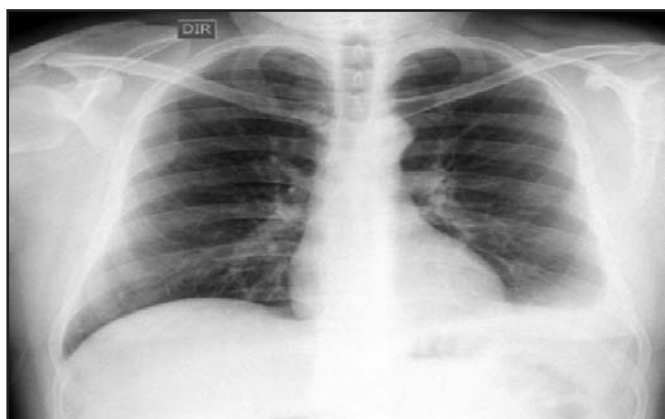


Figura 1 – Radiografia de tórax mostrando obliteração do seio costofrênico esquerdo.



Figura 2 - Tomografia computadorizada de tórax mostrando a passagem de uma massa volumosa para a cavidade torácica.

DISCUSSÃO

O diafragma se origina do septo transversal na 3ª semana de gestação, a partir do mesentério ventral da parede abdominal anterior. O septo transversal migra, posteriormente, e se une a porções do diafragma que se estendem lateralmente a partir do mesentério dorsal, adjacente ao mediastino e, posteriormente, a partir da parede abdominal, de miótomos que formam bandas musculares⁸. Durante as primeiras semanas de vida embrionária, as vísceras abdominais e torácicas migram livremente por defeitos situados dos dois lados da coluna vertebral denominados hiatos ou canais pleuroperitoneais⁸. Membranas pleuroperitoneais completam a porção posterior do diafragma, fechando esses hiatos, ou canais de Bochdalek, entre a 7ª e a 9ª semanas de gestação⁵. A HD congênita póstero-lateral consiste na persistência dos canais de Bochdalek⁸, pelos quais a herniação de vísceras abdominais é o efeito lógico do aumento da pressão intra-abdominal^{2,6,7}.

A HD é mais comum à esquerda ocorrendo em 60% a 80% dos casos^{1,5,8}, ao que se atribui a obliteração mais precoce do canal pleuroperitoneal direito e ao efeito de barreira causado pelo fígado⁷. São, geralmente, defeitos pequenos, sendo raros os casos de hérnias grandes ou bilaterais (3% a 6%). Como explicação, tem-se o fato de que hérnias maiores ou bilaterais apresentem maior morbidade ou até mesmo incompatibilidade com a vida².

Notadamente, a HD congênita apresenta-se como malformação única, em contraposição à maioria dos outros defeitos congênitos, que são geralmente múltiplos². A maioria dos casos não possui um saco herniário. Esse é formado por peritônio e pleura parietal e ocorre dependendo do período de desenvolvimento embrionário no qual ocorreu o defeito. Alguns autores advogam que a sua presença pode postergar o aparecimento de sintomas e seu rompimento posterior pode desencadear sintomatologia tardia no adulto^{2,8}.

As vísceras mais comumente encontradas na HD à esquerda são o omento maior (em até 73%), estômago (envolvido em 40% dos casos), intestino delgado, colôn, baço e gordura retroperitoneal, sendo raramente encontrados no rim, glândula suprarrenal, ureter, fígado, apêndice e pâncreas. As ocasionais hérnias direitas apresentam o fígado, intestino delgado e colôn e, mais raramente, a vesícula biliar e o rim herniados^{5,8}.

As apresentações tardias são, em sua maioria, assintomáticas^{1,4,7} quando diagnosticadas no adulto, sendo elemento de achado casual em radiografia de tórax realizado por outro motivo^{1,5}. Apresenta-se no adulto por sintomas relacionados a complicações decorrentes de vísceras abdominais herniadas^{6,7}, como encarceramento, estrangulamento, sofrimento e perfuração em nível torácico ou abdominal com suas consequentes intercorrências sépticas⁶.

O efeito de massa no tórax pode causar alterações anatômicas e fisiológicas no sistema cardiorrespiratório, decorrentes da compressão de estruturas aí existentes. Apresenta-se como manifestação aguda em 34% a 46% das casuísticas publicadas, com mortalidade relatada em 32% em vigência de estrangulamento⁶. Quando tratada eletivamente, a letalidade diminui para 3%. Quanto aos sintomas relacionados com sua presença, esses podem apresentar-se como agudos ou recorrentes, devendo essa anomalia entrar no diagnóstico diferencial de abdômen agudo ou dor abdominal⁵.

A história clínica e o exame físico, muitas vezes pobre ou inespecífico, trazem algumas dificuldades ao diagnóstico das HD. Não é infrequente o erro diagnóstico, confundindo-se particularmente com pneumonia que aparece em até 62% das séries de casos em crianças⁵.

Na literatura, há relato de um caso onde o diagnóstico de HD foi confundido com derrame pleural⁴, sendo o paciente submetido à drenagem de tórax com posterior saída de bile pelo dreno, devido a uma perfuração do intestino delgado que se encontrava na cavidade torácica. Há também o relato de um paciente que foi submetido erroneamente ao esquema de tratamento da tuberculose, devido às imagens sugestivas que a HD simulava na radiografia de tórax⁴.

O diagnóstico pode ser obtido por exames de imagens do tórax, principalmente quando vísceras ocas ascendem à cavidade torácica. A radiografia de tórax pode mostrar apagamento do seio costofrênico, elevação da cúpula diafragmática e imagens aéreas ou hidroaéreas no tórax⁴. Algumas vezes podem ser definidas imagens de alças intestinais ou colônicas e mesmo sombra de vísceras parenquimatosas. O derrame pleural é uma associação comumente encontrada^{2,5}.

A tomografia computadorizada pode facilmente diagnosticar mesmo pequenas hérnias. A utilização de cortes finos, de 5 e 1 mm, e a reconstrução em eixos axial, coronal e sagital reduz os erros de identificação, embora falsos positivos e falsos negativos ocorram⁴. O diagnóstico definitivo pode ser obtido com exames contrastados, embora contraindicados quando há suspeita de in-

tercorrências⁶. A endoscopia pode ser útil na avaliação de possíveis complicações gástricas².

O tratamento das HD é cirúrgico e consiste na redução dos órgãos herniados e fechamento do orifício diafragmático, primário ou com auxílio de próteses sintéticas (principalmente em defeitos grandes ou com pouco tecido em seu limite posterior)^{1,4}. A utilização bem sucedida de acessos minimamente invasivos, abdominal e torácico, é descrita, embora o tratamento laparoscópico seja dificultado pela localização posterior do defeito².

No caso apresentado, houve dificuldade no diagnóstico inicial, sendo que a conduta adequada foi tomada no momento em que foi detectada a herniação na imagem tomográfica.

CONCLUSÃO

A hérnia de Bochdalek, habitualmente, manifesta-se nos primeiros meses de vida. As ocorrências em adultos são raras e apresentam sintomas inespecíficos, sendo os gastrointestinais mais observados, seguidos dos respiratórios. Há, portanto, grande dificuldade diagnóstica, impondo a necessidade de raciocínio clínico, técnico e tático diferenciados. O diagnóstico adequado evita complicações potencialmente graves como pneumotórax, hemo-tórax, estrangulamento da hérnia ou necrose intestinal.

REFERÊNCIAS

1. De Souza HP, Breigeiron R, De Oliveira JK. Hérnia diafragmática congênita simulando tumor de cólon em paciente adulto jovem. *Revista AMRIGS*. 2004;48(4):265-7.
2. Oliveira DRCE, Rodrigues Jr AJ. Hérnia de Bochdalek em adulto. *Rev Col Bras Cir*. 2007;35(1):40-4.
3. SABISTON tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 17ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
4. Kadian YS, Rattan KN, Verma M, et al. Congenital diaphragmatic hernia: misdiagnosis in adolescence. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2009;14(1):31-3.
5. Lee EJ, Lee SY. "Fluid" shift on chest radiography: Bochdalek hernia. *CMAJ*. 2010;182(8):E311-2.
6. Niwa T, Nakamura A, Kato T, et al. An adult case of Bochdalek hernia complicated with hemothorax. *Respiration*. 2003;70(6):644-6.
7. Juwarkar CS, Kamble DS, Sawant V. A late presenting congenital diaphragmatic hernia misdiagnosed as spontaneous pneumothorax. *Indian J Anaesth*. 2010;54(5):464-6.
8. Salaçin S, Alper B, Çekin N, et al. Bochdalek hernia in adulthood: a review and an autopsy case report. *J Forensic Sci*. 1994;39(4):1112-6.