



Scan to know paper details and
author's profile

Late Diaphragm Hernia: A Case Report

*Gabriel Andrade Bonanno Carvalho, Antonio Renan de Oliveira Novais, Arthur Mendes Gasperini,
David Fillipe Silva Cruz, João Vitor Maia Nicolau & Rangel Dionizio Magalhães*

ABSTRACT

INTRODUÇÃO: Hérnia diafragmática (HD) é um defeito que permite a passagem de um órgão, ou parte dele, para a cavidade torácica, podendo ser congênita ou adquirida. A suspeita diagnóstica tardia é comum, por ser pouco sintomática e específica, na ausência de estrangulação ou víscera obstruída. O tratamento cirúrgico é imprescindível após o diagnóstico.

RELATO DE CASO: Este artigo expõe o caso de um paciente jovem do sexo masculino, diagnosticado com uma hérnia diafragmática tardia.

Palavras-chave: hérnia diafragmática, herniorrafia, medicina de emergência.

Classification: DDC Code: 617.559059 LCC Code: RD621

Language: English



LJP Copyright ID: 392843

London Journal of Medical and Health Research

Volume 22 | Issue 6 | Compilation 1.0



© 2022. Gabriel Andrade Bonanno Carvalho, Antonio Renan de Oliveira Novais, Arthur Mendes Gasperini, David Fillipe Silva Cruz, João Vitor Maia Nicolau & Rangel Dionizio Magalhães. This is a research/review paper, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncom-mercial 4.0 Unported License <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>, permitting all noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Late Diaphragm Hernia: A Case Report

Hérnia Diafragmática Tardia: Um Relato De Caso

Gabriel Andrade Bonanno Carvalho^α, Antonio Renan de Oliveira Novais^σ,
Arthur Mendes Gasperini^ρ, David Fillipe Silva Cruz^ω, João Vitor Maia Nicolau[§]
& Rangel Dionizio Magalhães^x

RESUMO

INTRODUÇÃO: *Hérnia diafragmática (HD) é um defeito que permite a passagem de um órgão, ou parte dele, para a cavidade torácica, podendo ser congênita ou adquirida. A suspeita diagnóstica tardia é comum, por ser pouco sintomática e específica, na ausência de estrangulação ou víscera obstruída. O tratamento cirúrgico é imprescindível após o diagnóstico.*

RELATO DE CASO: *Este artigo expõe o caso de um paciente jovem do sexo masculino, diagnosticado com uma hérnia diafragmática tardia.*

CONCLUSÃO: *O paciente foi submetido a tratamento por meio de herniorrafia com sucesso terapêutico.*

Palavras-chave: hérnia diafragmática, herniorrafia, medicina de emergência.

Author α ρ §: Faculdade Atenas de Sete Lagoas (ATENAS) – Departamento de Medicina – Sete Lagoas – MG – Brasil

σ ω χ: Hospital Municipal Monsenhor Flávio D'Amato (HMMF) - Sete Lagoas – MG – Brasil.
Irmandade de Nossa Senhora das Graças (HNSG) - Sete Lagoas – MG – Brasil.

I. INTRODUÇÃO

Hérnia diafragmática (HD) é um defeito que permite a passagem de um órgão, ou parte dele, para a cavidade torácica, podendo ser congênita ou adquirida¹. As HD congênitas são raras, tendo uma prevalência de 1.7 a 5.7 a cada 100,000 nascimentos². Já as HD adquiridas são mais comuns, ocorrendo em 1-5% das vítimas de

acidentes automobilísticos e em 10-15% por traumas penetrantes na parte inferior do tórax, principalmente do lado esquerdo, já que o fígado não tem a capacidade de herniar através de pequenos orifícios, e a região diafragmática póstero-lateral esquerda possui uma fraqueza embriológica, tornando essa região mais suscetível à lacerações^{3,4}.

A seguir, apresentamos um caso de HD por possível causa traumática, sendo escolhido o tratamento cirúrgico via laparotomia exploradora.

II. RELATO DO CASO

Paciente T.E.S.A., homem, 39 anos de idade, procurou serviço de emergência em Hospital Municipal Monsenhor Flávio D'Amato de Sete Lagoas (HM), estado de Minas Gerais, em 13 de outubro de 2020, com queixa de dor epigástrica associada a vômitos há 2 dias e febre referida. Fez uso de Omeprazol, Pantoprazol e antieméticos tendo melhora momentânea. Tem história prévia de gastrite, etilismo e tabagismo. No exame físico apenas abdome doloroso à palpação em região epigástrica. Foi medicado com sintomáticos, sendo liberado.

Em 19 de outubro de 2020, 6 dias após o primeiro atendimento, o paciente foi encaminhado de multiclinica local com piora acentuada, há 1 dia, do mesmo quadro abdominal, associado à hiporexia, náuseas e vômitos com aspecto de “borra de café”. Ao exame estava hipocorado (++/4+); desidratado (+++/4+); FC: 100 bpm; pulso cheio; eupneico em AA; abdome com irritação peritoneal em região epigástrica. Foi realizado US de abdome total com achado de coleção líquida retro pancreática, sugestiva de perfuração gástrica no pequeno omento.

Iniciou-se ressuscitação volêmica, antibioterapia e realizada internação hospitalar com suspeita de Úlcera Gástrica Perfurada.

No mesmo dia, foi realizada laparotomia exploradora sob anestesia geral. Evidenciado hérnia interna, contendo estômago redundante e parte do cólon transverso. Realizado redução do conteúdo e fechamento de brecha entre o ligamento espleno-cólico e brida, com fio 2.0. Revisão da cavidade, sem líquido livre. Manobra do borracheiro negativa.

Evoluiu bem no pós operatório, tendo alta hospitalar no dia 21 de outubro de 2020.

Em 07 de março de 2021, o paciente retorna ao HM com queixa de dor abdominal ao ingerir qualquer tipo de alimento, seja sólido ou líquido, pirose e vômitos desde o dia 03 de março de 2021, dessa vez, relatando uma história prévia de acidente automobilístico há 03 anos.

No dia seguinte, foi realizada Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste iodado hidrossolúvel, com a impressão de volumosa hérnia diafragmática posterior esquerda, tendo como conteúdo alças intestinais e estômago (Figuras 1-4).



Figuras 1-4: Volumosa hérnia diafragmática posterior esquerda, tendo como conteúdo alças intestinais e estômago. Volumosa hérnia hiatal

Em 09 de março de 2021, foi internado para procedimento cirúrgico via laparotomia para correção de hérnia diafragmática suspeita. Identificada volumosa hérnia diafragmática pósterolateral esquerda de aproximadamente 8 cm com presença de 02 metros de intestino delgado, transverso e omento maior e menor. Procedimento sem intercorrências.

Paciente evoluiu bem no pós-operatório, tendo alta no dia 11 de março de 2021.

III. DISCUSSÃO

Devida à coexistência de lesões e o aspecto silencioso das lesões diafragmáticas, o diagnóstico pode passar despercebido ou pode ser difícil de realizar.⁵ No caso apresentado, inicialmente, foi suscitado uma Úlcera Gástrica Perfurada, e a primeira laparotomia revelou uma Hérnia Interna, passando, assim, despercebida a hérnia diafragmática. O paciente relatou uma história prévia de trauma somente no atendimento em 2021, o que pode explicar, ao menos em parte, não se ter levantado a hipótese diagnóstica de Hérnia Diafragmática nos atendimentos de 2020.

O diagnóstico tardio de hérnias diafragmáticas é comum de ocorrer, especialmente se são associadas com pequenas eviscerações, permanecendo assintomáticas na ausência de sangramento ou lesões de vísceras ocas.⁶ Na ausência de estrangulação ou víscera obstruída, dor crônica com leve mudança na respiração pode ser a única queixa apresentada.⁷

Como o paciente continuou com dor abdominal, a propedêutica foi seguida e foi solicitado a TC de abdome e pelve (com contraste?) que teve como resultado uma hérnia diafragmática posterior esquerda. Contudo, outros exames também podem ser utilizados para o diagnóstico. A sensibilidade da radiografia de tórax na detecção de lesões diafragmáticas é de 46% para lesões do lado esquerdo e 17% para lesões do lado direito.⁸ A ultrassonografia levou a um diagnóstico pré-operatório bem sucedido em 71% dos casos.⁹ A TC para trauma fechado é diagnóstica em 78% das lesões do lado esquerdo e 50% das lesões do lado direito.¹⁰ No exame de TC, a descontinuidade do diafragma, a herniação dos órgãos abdominais

e a constrição do estômago são sugestivos para o diagnóstico de lesão diafragmática¹¹. A TC tem uma sensibilidade de 61–71% e uma especificidade de 87–100% para o diagnóstico de rupturas diafragmáticas traumáticas agudas¹². Outras modalidades de investigação são estudos de bário, injeção de contraste intraperitoneal, ressonância magnética e laparoscopia. De 7% a 66% das lesões diafragmáticas em pacientes politraumáticos permanecem sem diagnóstico⁹. Um diagnóstico tardio de lesão diafragmática ocorre mais comumente quando o hemidiafragma esquerdo está envolvido¹³. Se o diagnóstico não for feito no quadro agudo, muitos pacientes desenvolvem uma hérnia diafragma crônica e, assim, podem sofrer estrangulamento.

A partir do diagnóstico, foi decidido o plano cirúrgico de laparotomia exploradora. O uso da laparoscopia ainda é pouco utilizado em hérnias diafragmáticas, pois demanda um treinamento adequado e um equipamento correto. Ainda assim, a laparotomia apresenta os mesmos benefícios da cirurgia minimamente invasiva, sendo a taxa de recorrência similar.¹⁴

IV. CONCLUSÃO

A partir do caso explanado, pode-se compreender a importância em manter a hérnia diafragmática traumática como diagnóstico diferencial em paciente com dores abdominais crônicas e história prévia de trauma, sendo importante considerar os exames de imagem na propedêutica destes.

Por fim, a escolha da abordagem cirúrgica depende da habilidade do cirurgião e condição financeira do paciente, não havendo diferenças no prognóstico e na remissão entre laparoscopia e laparotomia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perrone, G. et al. Complicated Diaphragmatic Hernia in Emergency Surgery: Systematic Review of the Literature. *World Journal of Surgery* vol. 44 4012–4031 (2020).
2. Garne, E. et al. Congenital diaphragmatic hernia: Evaluation of prenatal diagnosis in 20 european regions. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 19, 329–333 (2002).

3. Meyers, B. F. & McCabe, C. J. Traumatic diaphragmatic hernia: Occult marker of serious injury. *Ann. Surg.* 218, 783–790 (1993).
4. Sacco, R., Quitadamo, S., Rotolo, N., Di Nuzzo, D. & Mucilli, F. Traumatic diaphragmatic rupture: personal experience. *Acta Biomed.* 74 Suppl 2, 71–73 (2003).
5. CANNADAY, J. E. Hernia. *W. V. Med. J.* 42, 256–261 (1946).
6. Stylianos, S. & King, T. C. Occult diaphragm injuries at celiotomy for left chest stab wounds. *Am. Surg.* 58, 364–368 (1992).
7. Armstrong, P. A., Miller, S. F. & Brown, G. R. Diaphragmatic hernia seen as a late complication of laparoscopic cholecystectomy. *Surg. Endosc.* 13, 817–818 (1999).
8. Gelman, R., Mirvis, S. E. & Gens, D. Diaphragmatic rupture due to blunt trauma: Sensitivity of plain chest radiographs. *Am. J. Roentgenol.* 156, 51–57 (1991).
9. Schumpelick, V., Steinau, G., Schlüper, I. & Prescher, A. Surgical embryology and anatomy of the diaphragm with surgical applications. *Surg. Clin. North Am.* 80, 213–239 (2000).
10. Kiiieen, K. L. & Mirvis, E. Helical Rupture. 1611–1616 (1999).
11. Stephen, J., Worthy, A. & Muller, L. Rupture : CT Findings.
12. Bergin, D., Ennis, R., Keogh, C., Fenlon, H. M. & Murray, J. G. The ‘dependent viscera’ sign in CT diagnosis of blunt traumatic diaphragmatic rupture. *Am. J. Roentgenol.* 177, 1137–1140 (2001).
13. 1 Diagnosis, D. Delayed Diagnosis. vol. 2011 2011 (2011).
14. Thoman, D. S., Hui, T. & Phillips, E. H. Laparoscopic diaphragmatic hernia repair. *Surg Endosc* 16, 1345–1349 (2002).