
Hérnia diafragmática encarcerada com boa evolução após duas intervenções cirúrgicas: relato de caso*

CÉLIA MALLART LLARGES¹, LIESELOTTE VON AMELN ROESLER²,
ANDREA FATIMA DE SOUZA GOMES², CARLOS EDUARDO P. BARRETO³

Um caso de hérnia diafragmática com eventração é apresentado. O primeiro sintoma manifestado foi dor precordial pós-prandial, dor abdominal e vômitos. Sangramento foi detectado mais tardiamente. O radiograma torácico mostrou opacidade completa de hemitórax esquerdo e a tomografia computadorizada de tórax, uma grande hérnia diafragmática esquerda. Duas intervenções cirúrgicas foram necessárias para a cura da hérnia encarcerada. (*J Pneumol* 1998;24(1):43-46)

Diaphragmatic hernia with eventration with good evolution after 2 surgical interventions: case report

A case of diaphragmatic hernia with eventration is presented. The first symptoms were postprandial precordial pain, abdominal pain, and vomiting. Blood loss was detected later. Chest X-rays showed complete opacity in left hemithorax and computed tomography showed a large diaphragmatic hernia on the left side. Two surgical interventions were necessary to repair the hernia.

Descritores – Eventração diafragmática. Hemorragia digestiva alta. Trauma torácico.

Key words – Diaphragmatic eventration. Upper digestive bleeding. Chest trauma.

INTRODUÇÃO

Os principais sintomas e sinais detectados em pacientes com hérnia diafragmática encarcerada são representados por desconforto abdominal ou precordial pós-alimentares⁽¹⁾, sangramento gastrintestinal manifestou, às vezes, oculto, dispnéia em menor percentagem de casos, podendo também ocorrer quadro de abdome agudo obstrutivo secundariamente a volvo ou por volumosa passagem de estruturas intestinais para a cavidade torácica, sem volvo porém com estagnação do trânsito intestinal. Importante notar que poderá haver, pela rotação, fechamento do pedículo vascular, podendo-se

configurar quadro de “abdome agudo vascular”, com intensa isquemia da mucosa gástrica, intestinal e do omento.

A indicação cirúrgica deverá ocorrer tão logo seja feito o diagnóstico⁽²⁾, para que possam ser evitadas complicações graves, como sepse, empiema e aspiração.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 26 anos, natural e procedente de São Paulo, com queixa de dor em andar superior do abdome havia dois meses, do tipo cólica, às vezes acompanhada de sensação de desconforto torácico, com irradiação para o ombro esquerdo. Náuseas e vômitos alimentares nos últimos três dias antes da internação. Um dia antes da internação, dois episódios de vômitos alimentares, misturados com sangue vivo. Não havia alívio dos sintomas, apesar de ter feito uso de vários medicamentos antiespasmódicos e antieméticos.

Havia seis meses apresentava progressivo desconforto epigástrico todas as vezes em que fazia refeições volumosas, inclusive vários episódios de vômitos pós-alimentares. Relatava alguns períodos de acalmia nos sintomas.

Como antecedentes pessoais relevantes encontramos história de tabagismo de dez anos/maço, pneumonia tratada domiciliarmente aos 15 anos de idade e ferimento por arma branca em hemitórax esquerdo havia um ano; na ocasião não foi adotada nenhuma medida invasiva de tratamento, tendo sido observado durante sete dias em regime de inter-

* Trabalho realizado no Hospital do Sepaco.

1. Mestre em Pneumologia pela Unifesp; Médica do corpo clínico do Hospital do Sepaco.

2. Residente de 1º ano do Hospital do Sepaco.

3. Chefe da Unidade de Internação do Hospital do Sepaco.

Endereço para correspondência – Disciplina de Pneumologia da Unifesp, Rua Botucatu, 740, 3º and. – 04023-062 – São Paulo, SP.

Recebido para publicação em 22/8/97. Reapresentado em 4/12/97. Aprovado, após revisão, em 12/2/98.

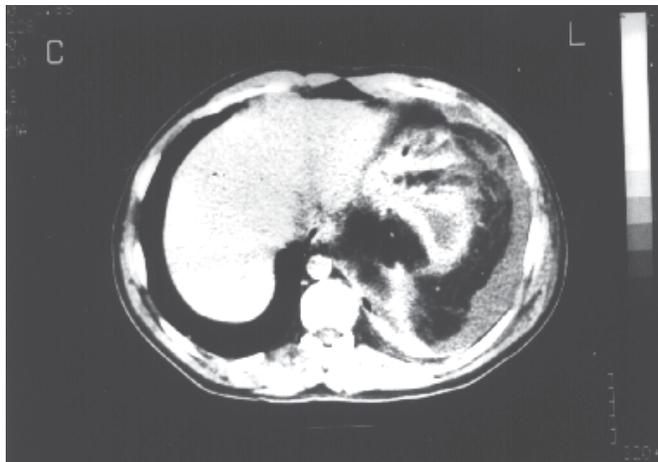


Figura 1



Figura 2

nação hospitalar em outro serviço. O radiograma de tórax do paciente dessa época era normal.

Exame físico: eutrófico, desidratado, corado, dispnéico, anictérico e afebril, gemente, fácies de dor. Os dados vitais mostraram taquicardia mantida por volta de 120 a 130 bat/min e taquipnéia em média de 30 mov/min.

O exame torácico revelou: deslocamento do *ictus cordis* para posição mais medial, com bulhas rítmicas, normofonéticas a dois tempos, expansibilidade torácica reduzida em hemitórax esquerdo, percussão maciça, murmúrio vesicular abolido sem ruídos adventícios em hemitórax esquerdo. A propedêutica pulmonar apresentava-se normal à direita.

O exame abdominal mostrou abdome globoso, flácido, doloroso à palpação, com ruídos hidroaéreos normais.

Exames da admissão:

1. Hemograma: GB = 25.500/mm³ (4-84-1-4-5-2); plaquetas = 318.000/mm³; Hb = 18,3g/dl e Ht = 53,2%.

2. Avaliação de função renal e eletrólitos, normais.

3. Endoscopia digestiva alta: sangramento profuso de mucosa gástrica, com grande quantidade de sangue coletado em estômago. Notado “enrijecimento” junto ao antro gástrico.

4. Dosagem de amilase e função hepática, normais.

5. Gasometria arterial em ar ambiente: pH = 7,33; PaCO₂ = 33mmHg; PaO₂ = 89; bicarbonato = 18,9; BE = -7,2 e SatO₂ = 96,3%.

6. Radiograma torácico: opacidade total de hemitórax esquerdo, com rechaço das estruturas do mediastino em direção ao hemitórax direito.

7. CT de tórax (figuras 1 e 2): hérnia diafragmática, havendo grande quantidade de conteúdo abdominal na cavidade torácica e líquido livre em cavidade pleural.

Paciente foi mantido em jejum por dois dias, recebendo tratamento convencional para gastrite erosiva.

Evoluiu no quarto dia de internação com intensificação da acidose metabólica, elevação de creatinina para 3,0mg/

dl e icterícia à custa de bilirrubina direta: 4,0mg/dl. Submetido a hidratação vigorosa e melhora das condições gerais, foi levado a toracolaparotomia no 5º dia de internação.

Achado cirúrgico: Lesão diafragmática esquerda, com fundo gástrico totalmente inserido na cavidade torácica de aspecto viável e omento de aspecto necrótico, o qual foi ressecado. Presença de 1.000ml de líquido seroso na cavidade pleural.

No quinto dia pós-operatório o paciente voltou a apresentar episódios intensos de dor epigástrica e hematêmese, acompanhados de hipotensão arterial e palidez cutâneo-mucosa. Foi indicada a relaparotomia de emergência, havendo ressecção de 2/3 de estômago, o qual se encontrava com franco aspecto isquêmico.

Anatomopatológico: segmento gástrico com ulceração antral e focos supurativos com ectasias vasculares, trombose na submucosa e focos de necrose na muscular própria. A mucosa adjacente apresentava gastrite crônica.

Recebeu alta hospitalar no 15º dia de pós-operatório da segunda cirurgia, em boas condições.

DISCUSSÃO

As hérnias diafragmáticas em adultos geralmente são secundárias a traumatismos induzidos por acidentes de trânsito, ferimentos por arma branca e, mais raramente, por projéteis de armas de fogo. Alguns casos de hérnia diafragmática congênita são descritos em adultos. Oliveira e Oliveira⁽³⁾ descrevem dois casos de hérnia póstero-lateral congênita em dois indivíduos adultos: uma mulher de 20 anos e um homem de 33 anos. Ambos haviam passado anteriormente por avaliações médicas com quadro de dor epigástrica intensa. Além disso, tinham história de vários meses de dor epigástrica. Nenhum tinha histórico de traumatismo torácico. Num dos casos a hérnia ocorreu à direita apresentando 21cm de abertura diafragmática, por onde herniou grande

parte do fígado. Nesse caso, durante a propedêutica clínica evidenciou-se ausência de murmúrio vesicular em hemitórax direito, sem outros ruídos. Já no outro caso, a abertura do diafragma foi em hemitórax esquerdo, com 6cm de diâmetro, por onde houve a herniação do grande omento e flexura esplênica do cólon para a cavidade torácica. Aqui havia ausculta de ruídos hidroaéreos em hemitórax esquerdo.

É freqüente no adulto com hérnia diafragmática encontrar queixas recorrentes, isto é, ocorrem remissões periódicas dos quadros de dor e desconforto abdominal com náuseas, vômitos, de acordo com a entrada e a saída das vísceras da cavidade torácica.

Quando os sintomas se tornam progressivos num episódio de dor e desconforto, é muito provável que tenha ocorrido encarceramento de alguma víscera.

Halabi *et al.*⁽⁴⁾ descrevem o caso de uma senhora de 53 anos, obesa, que havia 6 meses sofria quadro dispéptico progressivo, sendo diagnosticada hérnia diafragmática paraesofágica com estrangulamento gástrico. O corpo e antro gástrico foram encontrados na cavidade torácica, além do epíplon já necrosado, o qual foi ressecado. O estômago tinha uma perfuração, a qual foi suturada e realizada gastrostomia. A paciente evoluiu para necrose gástrica vários dias após a primeira cirurgia, necessitando nova laparotomia para ressecção do órgão. Os autores salientaram que não previram que o estômago pudesse evoluir para necrose, pois avaliaram a coloração da mucosa gástrica como viável.

Bekassy *et al.*⁽¹⁾ estudaram pacientes adultos com ruptura diafragmática traumática e outros casos de ruptura espontânea num período de 30 anos. Dos 19 pacientes (17 do sexo masculino), 14 tinham história de trauma e 5 foram considerados como rupturas espontâneas. Dos 14 pacientes com ruptura traumática, o diagnóstico foi feito imediatamente em 3 casos e em 11 casos o diagnóstico ocorreu entre 1 e 36 anos. A média ficou em torno de 5 anos após a injúria.

Dos 5 casos com ruptura espontânea, apenas 1 foi diagnosticado após 3 dias do início dos sintomas. Os outros eventos foram diagnosticados de 9 meses a 4 anos após o início do quadro.

Os sintomas mais comuns dentro do grupo com trauma foram dispnéia, dor epigástrica e dor subcostal, enquanto no grupo "espontâneo", náuseas, vômitos e dor epigástrica foram os achados mais freqüentes. Sinais de obstrução intestinal foram vistos em um paciente e sinais obstrutivos associados a presença de líquido na pleura foram vistos em outro caso no grupo dos "espontâneos". Os achados radiológicos nesse grupo de 19 pacientes foram conclusivos em apenas 2 casos, havendo necessidade de exames contrastados em todos os demais.

Apenas lesões na porção tendínea do diafragma foram vistas nos casos de hérnia espontânea. As aberturas no dia-

fragma variaram de 2,5 a 8,0cm e os formatos das aberturas foram irregulares. Quanto menor o tamanho das aberturas, maior foi a freqüência dos sintomas obstrutivos. Dois pacientes tiveram gangrena de estruturas herniadas (jejuno e cólon). Entre os casos operados, ocorreram dois óbitos: um por aspiração de conteúdo gástrico no pós-operatório imediato e outro por sepse secundária à gangrena do cólon, com empiema associado.

A ruptura espontânea do diafragma geralmente resulta do aumento da pressão transdiafragmática; supõe-se que algumas situações contribuam para esse aumento, tais como esforço excessivo, obesidade e gravidez.

O diagnóstico de ruptura traumática de diafragma é também de difícil realização, já que, agudamente, os pacientes apresentam muitas outras lesões e complicações, que acabam por retardar o diagnóstico. Quando não diagnosticados na fase aguda, passam a mimetizar quadros semelhantes a doença péptica gastrintestinal, insuficiência coronariana e até doença pulmonar obstrutiva crônica.

O orifício diafragmático possivelmente aumenta de acordo com o tempo e com as mudanças nas pressões intra-abdominais e da cavidade torácica, o que resulta em progressiva herniação de vísceras abdominais para a cavidade torácica.

Bekassy *et al.*⁽¹⁾ e Brucke e Osterreich⁽²⁾ são enfáticos em afirmar que a indicação cirúrgica no caso de hérnia diafragmática deve ser precoce, ou seja, tão logo seja feito o diagnóstico, para que se evitem complicações tais como necroses, sepse e empiema.

Brucke e Osterreich⁽²⁾ chamam a atenção para o fato de encontrar-se hematêmese, o que geralmente significa encarceramento gástrico. Estes casos são mais raros na literatura. Entretanto, há o relato de um caso de hematêmese grave em paciente de 74 anos, no qual foi encontrada hérnia paraesofágica com uma úlcera no fundo gástrico herniado, a qual penetrava no miocárdio do ventrículo direito, provocando hematêmese de grande intensidade⁽⁵⁾.

MacArthur e Wright⁽⁶⁾ comentam a revisão de 5 casos nos quais, a partir de hérnia diafragmática, encontraram úlceras gástricas, como causa de anemia, relatando como de grande freqüência a ocorrência de úlceras quando o estômago é deslocado à cavidade torácica. Nesta série houve dois casos em que a perfuração da úlcera atingiu a aorta. Perfurações das úlceras gástricas em estômagos herniados são descritas por outros autores para cavidade pleural, artéria pulmonar e também para o parênquima pulmonar, resultando em fistula gastropulmonar.

Pearson *et al.*⁽⁷⁾, em 20 anos de estudo, reuniram 53 pacientes com hérnia hiatal encarcerada, encontrando com maior freqüência sintomas obstrutivos, caracterizados por desconforto pós-prandial, disfagia, náuseas e vômitos. Os sintomas referentes a sangramentos foram encontrados menos freqüentemente (anemia, melena e hematêmese) em

cerca da metade dos pacientes; desconforto respiratório, regurgitação e aspiração aparecem em frequência bem menor, na ordem de 15 a 25%.

O presente caso ilustra a ocorrência de uma hérnia diafragmática possivelmente traumática, que ao longo do tempo foi sendo ampliada e provocou sintomas progressivos. A avaliação radiológica realizada na época do traumatismo resultou normal, porém os sintomas dispépticos e às vezes obstrutivos devem levantar a suspeita clínica para a ocorrência da hérnia. Os períodos de melhora podem ser interpretados como momentos em que parte do estômago eventualmente retornou a sua posição normal e os períodos de piora como o inverso. A situação clínica do paciente tornou-se mais grave a partir do momento em que sinais evidentes de encarceramento gástrico apareceram, com exteriorização de hemorragia. Com a progressão do quadro, encontramos sinais de deterioração sistêmica (insuficiência renal, icterícia, acentuação da leucocitose e da acidose metabólica), revertida após resolução cirúrgica, retirada do omento necrosado, alívio do sofrimento gástrico e antibioticoterapia.

A evolução para uma segunda laparotomia demonstra que, apesar da aparente viabilidade gástrica, a isquemia progrediu, levando à necrose de grande parte do órgão, a exemplo do que ocorreu com o caso descrito por Oliveira e Oliveira⁽³⁾.

Cabe salientar a importância de uma história clínica e exame físico completos, o que por si só abrevia em muito o tempo diagnóstico. Neste caso em especial, o velamento

total do hemitórax esquerdo associado aos achados de história e exame físico nos motivaram a realizar um único exame que, a nosso ver, teria eficácia maior na interpretação e auxílio na resolução imediata do caso, a tomografia computadorizada de tórax. A realização de punção torácica não foi aventada, pelo receio de provocarmos alguma lesão adicional em víscera oca. Embora tenha sido indicada realização de exame contrastado, este não pôde ser realizado por total impossibilidade de deglutir e manter o meio de contraste no estômago, o que mais uma vez atesta a gravidade do caso e a necessidade de resolução imediata.

REFERÊNCIAS

1. Bekassy SM, Dave K, Wooler GH, Ionescu MI. "Spontaneous" and traumatic hernia of the diaphragm. *Ann Surg* 1973;177:320-324.
2. Brucke HV, Osterreich L. Indikationsfehler bei der operativen Behandlung innerer Hernien. *Langenbecks Arch Chir* 1970;327:502-509.
3. Oliveira F, Oliveira FJ. Congenital posterolateral diaphragmatic hernia in the adult. *Can J Surg* 1984;27:610-611.
4. Halabi M, Dotto PH, Rulli A, Pena C, Gonzalez JA. Hernia paraesofágica estrangulada con necrosis gastrica. *Prensa Med Argent* 1971;58:113-116.
5. Mellet JS, Cillien PHK. Penetration of gastric ulcer into the right ventricle. *SAMJ* 1987;72:44-45.
6. MacArthur AM, Wright JEC. Complications of intrathoracic gastric ulcer associated with hiatus hernia. *Br J Surg* 1969;56:12-15.
7. Pearson FG, Cooper JD, Ilves R, Todd TRJ. Massive hiatal hernia with incarceration: a report of 53 cases. *Ann Thorac Surg* 1983;35:45-51.