

ARTIGO ORIGINAL



ACESSO LIVRE

Citação: Cavalcante CR et al. (2019), REDUÇÃO ESPONTÂNEA DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO, 6(3): 30-33.

Instituição:

¹ Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Brasil.

² Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade de Gurupi, Gurupi, Brasil.

³ Médico Residente em Cirurgia Geral UFT/HGPP, Palmas, Brasil.

⁴ Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Brasil.

Autor correspondente:

Jefferson Luís Santos Botelho
jeffersonlsbotelho@gmail.com.

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 23 de dezembro de 2019.

Direitos Autorais: © 2019 Cavalcante et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

REDUÇÃO ESPONTÂNEA DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO

SPONTANEOUS REDUCTION OF TRAUMATIC DIAPHRAGMATIC HERNIA: CASE REPORT

Guilhermes Henrique Cavalcante¹; Mário Augusto Silva Pereira¹; Jefferson Luís Santos Botelho¹; Dayvson Wallyson Moura Gonçalves²; Maurício Pereira Filho³; Áurea Welter⁴.

RESUMO

Introdução: A hérnia diafragmática traumática (HDT) é uma importante complicação do trauma em região toracoabdominal e caracteriza-se pela passagem de conteúdo da cavidade abdominal para cavidade torácica. **Descrição do Caso:** Paciente sexo masculino, 19 anos, vítima de FAB em região toracoabdominal esquerda, evoluiu com hérnia diafragmática que apesar da pressão negativa na cavidade torácica, reduziu espontaneamente. **Discussão:** A redução espontânea da hérnia diafragmática é algo incomum devido à pressão negativa no tórax. No caso em questão, isso possibilitou uma melhor análise antes da correção cirúrgica.

PALAVRAS CHAVE: Hérnia Diafragmática; Diafragma; Cirurgia Geral; Ferimentos Penetrantes.

ABSTRACT

Introduction: Traumatic diaphragmatic hernia (TDH) is an important complication of thoracoabdominal trauma and is characterized by the passage of contents from the abdominal cavity to the thoracic cavity. **Case Report :** A 19-year-old male patient with knife-made-injury in the left thoracoabdominal region developed a diaphragmatic hernia that, despite negative pressure in the thoracic cavity, reduced spontaneously. **Discussion:** The spontaneous reduction of diaphragmatic hernia is uncommon due to the negative pressure in the thorax. In the case in question, this allowed a better analysis before the surgical correction.

KEY-WORDS: Hernia, Diaphragmatic; Diaphragm; General Surgery; Wounds, Penetrating.

INTRODUÇÃO

A hérnia diafragmática traumática (HDT) é caracterizada pela passagem de parte do conteúdo abdominal para o interior da cavidade torácica através de lesão diafragmática oriunda de um trauma da transição tóraco-abdominal^(1,2).

A HDT pode ser causada por trauma contuso ou perfurante e por causas iatrogênicas. Em cerca de 75% dos casos, o trauma contuso é o responsável⁽³⁾, sendo os acidentes por veículos automotores os principais responsáveis pela HDT em adultos e crianças^(4,3).

Os traumas penetrantes têm como principais causas ferimentos por arma branca^(5,6) e por arma de fogo⁽⁷⁾. Devido à fraqueza embrionária, o ponto mais acometido, com cerca de 70% dos casos⁽²⁾, é o lado esquerdo, especificamente na área póstero-lateral.

Na fisiopatologia das hérnias adquiridas está implicada uma depressão, quer circulatória quer respiratória, secundária à diminuição da função do diafragma, à compressão pulmonar e ao desvio do mediastino subsequente⁽¹⁾. Por esse motivo, as lesões pequenas ficam frequentemente sem diagnóstico por meses ou anos após o trauma inicial⁽⁵⁾ e só são detectadas quando o doente apresenta dispneia significativa ou estrangulamento intratorácico de órgão abdominal⁽⁸⁾.

As manifestações clínicas da HDT são variadas e vão depender de múltiplos fatores, tais como: órgão herniado, dimensão da hérnia, se há estrangulamento ou não, dentre outros, ou seja, são pouco sensíveis e específicas^(1,8,5). Tendo isso em vista, o diagnóstico de HDT por vezes é um achado em um exame de imagem de controle⁽⁹⁾.

O diagnóstico tardio resulta no aumento da morbimortalidade. Do ponto de vista clínico, deve-se suspeitar de HDT sempre que houver história de trauma associada à tríade de Borchardt – náuseas, dor abdominal e incapacidade de progredir com a intubação nasogástrica⁽¹⁰⁾.

Normalmente, as complicações das HDT se dão na fase tardia e podem ser: isquemia e necrose do órgão herniado, refluxo gastroesofágico, dispneia, atelectasia, dentre outros^(1,5).

RELATO DO CASO

D.T.A.M, sexo masculino, 19 anos, branco, solteiro, mecânico de automotores, foi admitido no Pronto-Socorro do Hospital Geral Público de Palmas no dia 02/12/18, vítima de Ferimento por Arma Branca (FAB) em região de transição toracoabdominal esquerda, referindo dor torácica de moderada intensidade localizada a esquerda que irradiava para dorso durante inspiração associada a dispneia e tontura, além de sangramento abundante desde o momento da lesão que ocorrera por volta de uma hora antes do acolhimento. Ao exame físico de admissão mantinha vias aéreas pervias, sem uso de colar cervical nem prancha rígida. Tórax expandindo simetricamente, taquidispneico, sem enfisema subcutâneo palpável, percussão em hemitórax direito com som claro pulmonar e maciço em base de hemitórax direito, murmúrios vesiculares presentes em ambos os hemitórax, diminuído em base esquerda com presença de ruídos hidroaéreos audíveis

em região ântero-lateral do tórax. Estável hemodinamicamente. Glasgow = 15, pupilas isofotorreativas. Lesão pérfuroincisa, de aproximadamente 5 centímetros em linha axilar média esquerda entre o 6º e 7º espaço intercostal, com hemorragia de pequena monta.

Realizada monitorização contínua e analgesia, o paciente evoluiu em seguida com queda da saturação periférica e importante desconforto respiratório com abolição do murmúrio vesicular à esquerda, sendo instituído a toracostomia sob selo d'água à esquerda. Foram retirados aproximadamente 1,5 litros de líquido de aspecto hemático além da presença de escape aéreo, com posterior melhora da dispneia. Estabilizado clinicamente e hemodinamicamente, foram solicitados radiografia de tórax e de abdome que evidenciaram presença de alça intestinal na cavidade torácica à esquerda (Figura 1). Sendo então solicitada Tomografia Computadorizada (TC) de tórax e TC de abdome que evidenciaram descontinuidade do tecido em cúpula diafragmática de aproximadamente 5 cm, com insinuação de alças intestinais em hemotórax esquerdo comprimindo pulmão esquerdo (Figura 2). Foi programada toracotomia exploradora com o objetivo de redução da hérnia diafragmática. Durante todo o intervalo o paciente manteve-se sem queixas e com trânsito intestinal preservado. Após 72 horas, radiografia de tórax de controle pré-operatório apresentava pulmão em hemitórax acometido expandido, sem sinais de massas ou conteúdo atípico em cavidade torácica (Figura 3). Optou-se por tratamento cirúrgico por via abdominal, para correção da lesão por meio de rafia mecânica. Ao inventário, encontrou-se lesão apenas da cúpula diafragmática de aproximadamente 5 cm sem sinais de sofrimento de alça.

Paciente evoluiu sem intercorrências, recebeu alta para retorno ambulatorial em 15 dias. Durante retorno, realizou-se retirada de pontos da incisão, manteve-se assintomático, ferida operatória com boa cicatrização e apresentando expansibilidade torácica preservada, sem alterações na ausculta respiratória bem como no trânsito intestinal.

DISCUSSÃO

As lesões diafragmáticas são um desafio diagnóstico que se baseia no mecanismo do trauma, tanto para ferimentos contusos quanto para penetrantes⁽¹¹⁾. Pacientes com ferimentos penetrantes na transição tóracoabdominal, mesmo que assintomáticos devem ser investigados para exclusão de HDT⁽¹²⁾. Cerca de 20-40% dos traumatismos penetrantes em transição toracoabdominal tem lesão diafragmática⁽¹³⁾, sendo o lado esquerdo o mais acometido 80-90% dos casos^(15, 14, 16), como no caso descrito.

Grimes descreveu em 1974 pela primeira vez, a evolução de LDT em três fases e suas apresentações. Fase aguda: se inicia com o trauma e termina com a recuperação das outras lesões concomitantes; fase latente: ocorre quando o conteúdo intra-abdominal atravessa para o tórax, e pode acontecer de horas a semanas após a lesão; fase obstrutiva: ocorre de meses a anos após a lesão, com obstrução ou estrangulamento⁽¹⁷⁾.

O manejo inicial destes pacientes deve seguir o protocolo de trauma, em geral com utilização de técnicas de ressuscitação, devido a outras lesões traumáticas associadas⁽¹⁸⁾. O paciente do caso apresentou, na admissão, clínica compatível com hemo/pneumotórax, que ocorre em 38 a 59% dos casos de hérnia diafragmática⁽¹¹⁾, além de manifestações típicas de HDT, como ruído hidroaéreo em hemitórax esquerdo. Os sintomas mais comuns segundo um estudo Indiano são desconforto torácico, dor abdominal, dispneia e vômitos⁽¹⁹⁾. Ao exame clínico podemos verificar a diminuição do murmúrio vesicular em 90% dos casos, ruídos hidroaéreos no tórax em 52,4%, taquipneia em 66,7%⁽¹⁹⁾.

Após a toracostomia sob selo d'água do hemotórax, prosseguiu-se a investigação com radiografia. O raio-x é o exame complementar inicial tradicionalmente realizado, devido ao baixo custo e acessibilidade, e demonstra alterações em pelo menos 40% dos doentes⁽²⁰⁾, sendo que a acurácia para lesões do lado esquerdo é quase quatro vezes maior do que o lado direito⁽²¹⁾. Os exames de imagens podem ser normais em 36-67% dos casos^(9, 22).

Os sinais mais fortes de LDT são tubo nasogástrico visível em tórax, deslocamento do fígado e alças intestinais no tórax; sinais mais fracos são irregularidade da linha diafragmática, atelectasia de lobos inferiores e deslocamento do mediastino⁽¹⁸⁾. As imagens radiológicas do paciente acompanhado evidenciaram presença de alça intestinal acima da cúpula diafragmática esquerda (Figura 1), confirmando o diagnóstico. Neste interim o paciente se manteve estável, procedeu-se então com a realização de uma TC de tórax, que também evidenciou alças intestinais em região torácica determinando compressão/atelectasia do pulmão esquerdo (Figura 2). A tomografia pode evidenciar alterações sugestivas de lesão diafragmática e herniação em 57,1% dos pacientes⁽¹⁴⁾.

A equipe de cirurgiões optou pelo tratamento cirúrgico eletivo, por se tratar de um paciente jovem, sem comorbidades e sem sinais que justificassem uma abordagem em caráter de emergência. Foi então, realizado nova radiografia de tórax para avaliar dimensões e características da hérnia, após as 72h de evolução. Entretanto, o novo raio-x de tórax revelou uma evolução atípica, com a redução espontânea das alças intestinais (Figura 3). Em um estudo experimental realizado em ratos, foram provocadas lesões no diafragma esquerdo dos animais, e após um período de 21 dias houve o sacrifício dos mesmos sendo que, na necropsia, 65% apresentaram hérnia diafragmática, 22,5% lesão diafragmática sem herniação e 12,5% cicatrização espontânea⁽²³⁾.

A cirurgia em casos de LDT, pode ser diagnóstica ou terapêutica, e pode-se optar por procedimento aberto ou minimamente invasivo tanto pela via abdominal quanto torácica, sendo que a escolha depende majoritariamente da experiência da equipe cirúrgica⁽¹⁸⁾. No tratamento cirúrgico da HDT, a abordagem abdominal é a mais comum, representado 65% dos casos e torácica 23%⁽²⁴⁾. A abordagem realizada no paciente foi abdominal, devido a maior expertise da equipe de cirurgia geral nessa via.

Portanto, conclui-se que o diagnóstico precoce da HDT em pacientes vítimas de FAB associada a uma adequada avaliação quanto ao tipo de tratamento a ser instituído, são essenciais para um bom desfecho do caso. Evita-se assim

complicações ao paciente e custos desnecessários ao sistema de saúde.

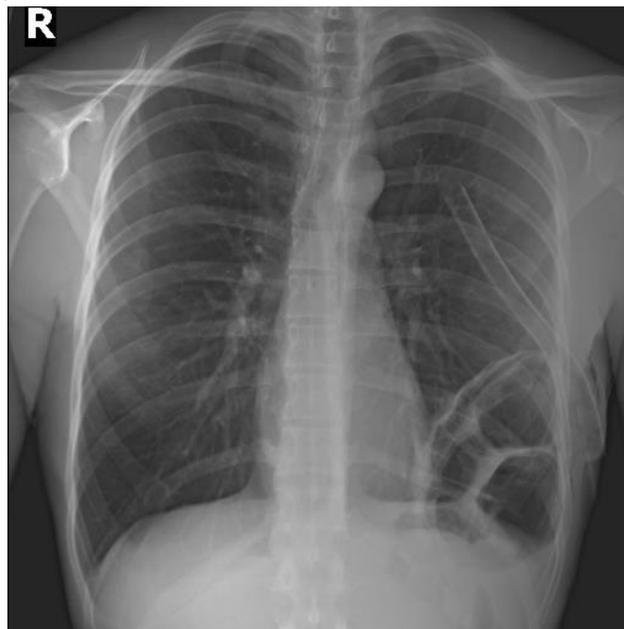


Figura 1 - Radiografia de tórax da admissão.

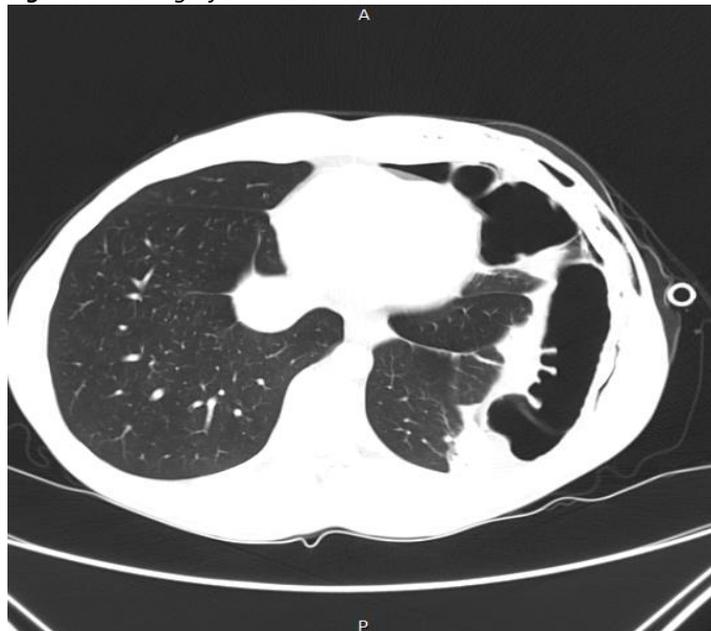


Figura 2 - Tomografia de tórax na admissão.



Figura 3- Radiografia de tórax após 72hda admissão.

CONCLUSÃO

Conclui-se com este trabalho o quão importante é o correto exame clínico, além de uma conduta acertada, pautada em ditames éticos e protocolos assistenciais.

REFERÊNCIAS

- Pereira Júnior GA. Hérnia diafragmática traumática. R Col Bra Cirur. 2001, 28(5), 375-382.
- Zeni Neto C. Hérnia diafragmática. In: Freire E, editor. Trauma: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu; 2001. p.2339-52.
- Alves JY, Teshirogi E. Hérnia Diafragmática Traumática: Diagnóstico E Conduta. R Fac Ciên Méd Sorocaba. 2007, 9(4), 1-6.
- Ramos CT, Koplewitz BZ, Babyn OS, Manson OS, Ein SH. What have we learned about traumatic diaphragmatic hernias in children? J Pediatr Surg. 1995; 60:1444-9.
- Reber PU, Schmied B, Seiler CA, Baer HU, Patel AG, Buchler MW. Missed diaphragmatic injuries and their longterm sequelae. Jtrauma.1998;44(1):183-8.
- Meyers BF, McCabe CJ. Traumatic diaphragmatic hernia; occult marker of serious injury. Ann Surg. 1993; 218(6):783-90.
- Adegboye VO, Ladipo JK, Adebo AO, Brimmo AI. Diaphragmatic injuries. AfrJMedSci.2002;31(2):149-53.
- Lenot B, Bellenot F, Regnard JF, Darteville PH, Rojas-Miranda A, Levasseur PH: Les ruptures du diaphragme de révélation tardive. Ann Chir: Chir thorac cardio-vasc 1990;44(2):157-60.
- Schackleton KL, Stewart ET, Taylor AJ. Traumatic diaphragmatic injuries: spectrum of radiographic findings. Radiographics. 1998
- Cameron EW, Mirvis SE: Ruptured hemidiaphragm: unusual late presentation. J Emerg Med 1996;14(1):53-8.
- Nagy KK, Barrett JA. Diaphragm. In Rao R. Ivatury/ C. Gene Cayten: The textbook of penetrating trauma. 1ª edição. Williams & Wilkins, USA, Cap. 45, 1996.
- Asencio JA, Demetriades D, Rodrigues A. Injury to the diaphragm. In: Moore EE, Mattox KL, Feliciano DV, editores. Trauma. 4th New York: McGraw-Hill; 2000.
- Zantut LF, Ivatury RR, Smith RS, Kawahara NT, Porter JM, Fry WR, et al. Diagnostic and therapeutic laparoscopy for penetrating abdominal trauma: a multicenter experience. J Trauma. 1997.
- Lim BL, et al. "Traumatic diaphragmatic injuries: a retrospective review of a 12-year experience at a tertiary trauma centre" Singapore Med J. 2017, vol. 58(10): 595-600.
- Davis JW, Eghbalieh B. Injury to the diaphragm. In: Feliciano D, Mattox K, Moore E (Eds) Trauma 6th Ed. McGraw Hill, New York 2008; 623-35.
- Radjou AN, Balliga DK, Uthrapathy M, Pal R, Mahajan P. Injury to the diaphragm: Our experience in Union Head quarters Hospital. Int J Crit Illn Inj Sci. 2013;3(4):256-261.
- Grimes O. Traumatic injuries of the diaphragm. Am J Surg 1974;128:175-81.
- Morgan B, Watcyn-Jones T, Garner, J. Traumatic Diaphragmatic Injury. J Royal Army Med C. 2010, 156(3), 139-144.
- Gaine FA, Lone GN, Chowdhary MA, Lone H. The Etiology, Associated Injuries and Clinical Presentation of Post Traumatic Diaphragmatic Hernia. Bull Emerg Trauma. 2013;1(2):76-80.
- JOHNSON CD: Blunt injuries of the diaphragm. Br J Surg 1988;75:226-30.
- Mihos P, Potaris K, Gakidis J, et al. Traumatic rupture of the diaphragm: experience with 65 patients. Injury 2003; 34:169-72.
- Feliciano DV, Cruse PA, Mattox KL, Bitondo CG, Burch JM, Noon GP, Beall Jr AC. Delayed diagnosis of injuries to the diaphragm after penetrating wounds. J Trauma 1988.
- Gonçalves R. Análise da evolução natural das feridas perfurocortantes equivalentes a 30% do diafragma esquerdo. Estudo experimental em ratos [dissertação]. São Paulo: Santa Casa de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas; 2008.
- Silva GP, Cataneo DC, Cataneo JM. Thoracotomy compared to laparotomy in the traumatic diaphragmatic hernia. Systematic review and proportional methanalysis. Acta Cir. Bras. 2018, Jan; 33(1): 49-66.