



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS - CCM
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TARDIA PÓS-TRAUMÁTICA, ABORDAGEM
TERAPÊUTICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA – RELATO DE CASO

Delayed post traumatic diaphragmatic hernia therapeutic approach by laparoscopy -
Case report

Aluno: Matheus Leite Feitosa Soares 11022614

Orientador: Dr. Marcelo Gonçalves Sousa

João Pessoa – PB

2016

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TARDIA PÓS-TRAUMÁTICA, ABORDAGEM TERAPÊUTICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA - Relato de caso

Delayed post traumatic diaphragmatic hernia therapeutic approach by laparoscopy -
Case report

Matheus Leite Feitosa Soares¹

Marcelo Gonçalves Sousa²

Resumo

A hérnia diafragmática pós traumática é uma condição rara que nos estágios iniciais apresenta pouca clínica, sendo frequente o seu diagnóstico tardio, momento no qual o paciente apresenta manifestações clínicas decorrente de suas complicações. A abordagem por videolaparoscopia surgiu na última década como uma alternativa que traz menor morbidade, mortalidade e uma recuperação pós-operatória mais rápida. Apresentar-se-á o caso de uma paciente de 35 anos, vítima de trauma por arma branca há 6 anos, apresentando queixa de desconforto abdominal, dispepsia e plenitude pós-prandial, após o diagnóstico a paciente foi submetida a correção com sucesso. A conduta terapêutica videolaparoscopia na correção de hérnias diafragmáticas pós traumáticas é segura e confere ao paciente um método menos invasivo em relação a cirurgia aberta, acarretando uma recuperação mais rápida e com menos complicações.

Descritores: Videolaparoscopia, hérnia, diafragmática, traumática.

¹Concluinte do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil.

² Professor Doutor da Disciplina de Cirurgia do Departamento de Cirurgia do Curso de Medicina da UFPB, João Pessoa, PB, Brasil.

Abstract

The post-traumatic diaphragmatic hernia is a rare condition in the early stages has little clinical, and your frequent late diagnosis, at which time the patient presents reflection of complications. The laparoscopic approach has emerged in the last decade as an alternative that brings lower morbidity, mortality and faster postoperative recovery. It will present the case of a 35 year old female trauma victims with knives for 6 years, with abdominal discomfort complaints, dyspepsia and postprandial fullness after diagnosis the patient underwent successful correction. The laparoscopic approach for the correction of post traumatic diaphragmatic hernias is safe and gives the patient a less invasive method for open surgery resulting in a faster recovery and fewer complications.

Key words: Laparoscopy, hernia, diaphragmatic, traumatic.

INTRODUÇÃO

Hérnia diafragmática pós traumática é uma rara e potencialmente fatal complicação dos traumas penetrantes e fechados^{1,2}. Esta frequentemente associada a trauma abdominal contuso grave, acarretando lesão principalmente da hemicúpula diafragmática esquerda com posterior herniação de vísceras abdominais como: estômago, cólon, baço e gordura peritoneal^{2,3,4}.

O diagnóstico das HDPT continua a ser um desafio devido à pouca e inespecífica sintomatologia, associada a exames de imagem como radiografia simples de abdome a qual é sensível apenas em cerca de 30 % dos pacientes^{3,4}.

Uma vez diagnosticada, a correção cirúrgica das hérnias diafragmáticas é mandatória, de modo que o atraso na reparação deste tipo de hérnia está associado a uma mortalidade de até 36%^{5,6}.

Neste sentido, a abordagem por videolaparoscopia tem demonstrado nos últimos anos bons resultados na correção da HDPT, com menor morbidade, mortalidade e dor pós-operatória em relação a técnica aberta⁶.

RELATO DE CASO

O presente caso tem como sujeito uma mulher de 35 anos, brasileira, com queixa de pirose e náuseas há 04 meses. A mesma referia dor em região dorsal esquerda de moderada intensidade e sem migração, associada com náuseas, sensação de plenitude pós-prandial, distensão abdominal e pirose, tratada previamente como doença do refluxo gastresofágico. Não apresentava comorbidades.

Há 6 anos, foi submetida a laparotomia exploradora após ferimento por arma branca em transição toraco-abdominal esquerdo.

Durante o exame físico, apresentava diminuição do murmúrio vesicular, com timpanismo e macicez em base do hemitórax esquerdo, sem outras alterações.

Em seguida, a paciente foi submetida a exames de imagem, onde na radiografia simples de tórax foi evidenciado opacidade em base de hemitórax esquerdo com níveis



Fig.:1 Radiografia simples de tórax com presença de níveis hidroaéreos, sugestivos de alças intestinais.

hidroaéreos caracterizando alças intestinais (figura 1). Na tomografia computadorizada visualizamos volumosa hérnia diafragmática anterior à esquerda contendo segmentos de cólon (figura 2) e na espirometria mostrando distúrbio restritivo moderado com ausência de resposta significativa a broncodilatador.

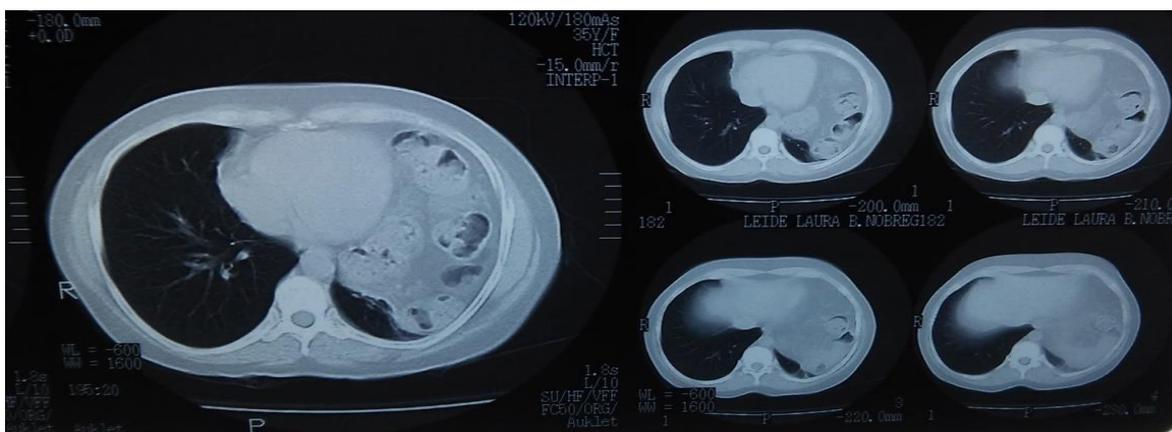


Fig. 2. Tomografia de tórax, evidenciando alças intestinais na cavidade torácica.

Diante do caso, foi indicado tratamento cirúrgico via laparoscopia.

A paciente foi submetida à anestesia geral, posicionada em decúbito dorsal horizontal e em seguida realizou-se incisão peri-umbilical com confecção de pneuperitônio, inserção de trocarer de 10mm seguida de laparoscopia, em seguida introdução de trocarer de 10mm e 5mm em abdômen superior e outro de 5mm em flanco direito.

Na laparoscopia foi identificado várias aderências entre o fígado e a parede abdominal, e logo em seguida, identificamos a presença de aderências entre o epiplon e

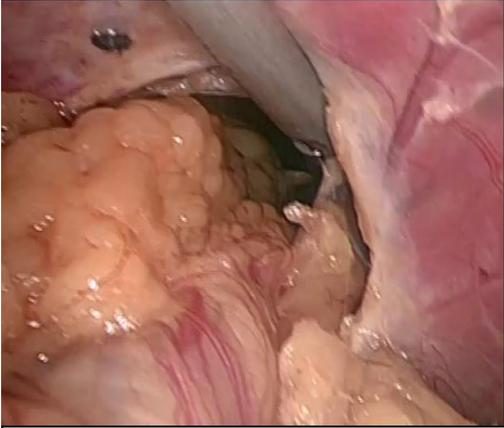


Fig.: 3. Visualização da lesão diafragmática com conteúdo abdominal herniado.

o diafragma. Não foi visualizado na cavidade abdominal o cólon transverso, o estômago e parte do jejuno, caracterizando a hérnia diafragmática (Figura 3).

Iniciamos a liberação das aderências, no sentido anterolateral e pouco a pouco reduzindo o conteúdo herniário, até

conseguirmos liberar completamente o anel herniário anterolateral. A seguir, prosseguimos, ora com a liberação medial, ora com a lateral, até que concluímos completamente toda a redução do conteúdo herniário para a cavidade abdominal, restando no final, defeito diafragmático de 7 cm (Figura 4).



Fig.:4 Visualização da lesão diafragmática após redução do conteúdo herniário.

Foi realizada sutura contínua do diafragma com ethibond 2.0 e em seguida com pontos separados, conduta alternativa à colocação de tela. (Figura 5)

Durante a realização do procedimento cirúrgico, a drenagem da cavidade torácica e

abdominal foram ambas com dreno de blake número 19.

O pós operatório ocorreu sem intercorrências, com retirada dos drenos no quarto dia. Alta realizada no quinta dia de pós-operatório com Raio-x de controle.

Paciente retornou ao ambulatório após 1 mês sem queixa e com radiografia simples de controle que revelou retorno da expansibilidade pulmonar em hemitórax esquerdo e sem defeitos no diafragma. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial há 10 meses sem intercorrências.

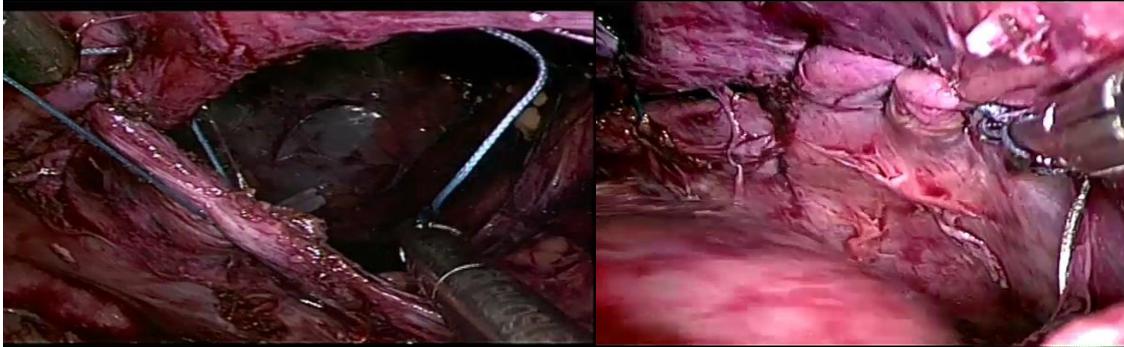


Fig.: 5 sutura do anel herniario.

DISCUSSÃO

A Hérnia diafragmática pós-traumática acomete aproximadamente 1% a 6% dos traumas torácicos¹, em cerca de 1% dos pacientes vítimas de acidente automobilístico, em até 19% nos casos de acidentes com projétil de arma de fogo e cerca de 15% dos casos de acidentes com arma branca². Possuindo uma mortalidade global que pode chegar até 31%⁷.

Existe, de forma fisiológica, uma diferença entre as cavidades abdominais e torácicas de 7 cmH₂O na expiração até um valor de 100 cmH₂O na inspiração forçada. Nos traumas abdominais contusos grave há um aumento de dez vezes a pressão abdominal a qual é transmitido através das cúpulas frênicas, acarretando a formação da hérnia onde houver maior fragilidade na parede diafragmática, habitualmente na parede póstero-lateral esquerda^{8,9}.

As HDPT podem ser classificadas quanto à evolução em fase aguda; quando diagnosticadas no momento do trauma, fase intermediária ou latente; quando observa-se o progressivo encarceramento das vísceras abdominais, fase crônica; quando a herniação evolui com complicações, principalmente estrangulamento e obstrução intestinal. Podem ser ainda classificadas de acordo com a descrição da lesão pela *Organ Injury Scaling* da Associação Americana de Cirurgia do Trauma, a ser realizada no período intra-operatória^{8,10}.

O diagnóstico precoce é um grande desafio, uma vez que a sintomas como náusea, plenitude pós prandial e distensão abdominal são sintomas inespecíficos e muitas vezes já refletem complicações do conteúdo herniado principalmente estômago e cólon^{11,13}. Tal sintomatologia foi encontrada tanto na paciente do caso apresentado, quanto em um levantamento retrospectivo do grupo de pesquisa Wadhwa et al (2005) que observou a presença destes sintomas em 5 dos 6 pacientes diagnosticados com hérnia diafragmática.

Diante da inespecífica sintomatologia, a paciente foi submetida a radiografia simples de tórax, que demonstrou opacidade em base de hemitorax esquerdo com níveis hidro-aéreo, caracterizando alças intestinais, este procedimento é de suma importância, pois o raio-x de tórax é reconhecido como um instrumento fundamental para avaliação e manejo de conduta além de constituir uma boa representação macroscópica da anatomia e do padrão de aeração pulmonar¹². No entanto, estudos relatam que raios-x de tórax detectam uma hérnia diafragmática apenas em 33 % dos casos, assim sendo necessária a tomografia computadorizada, a qual corresponde uma modalidade de imagem mais precisa³.

Diante do exposto, a paciente sobre a qual delineamos este relato de caso, foi submetida à tomografia computadorizada, por meio da qual foi visualizada volumosa hérnia diafragmática anterior à esquerda contendo segmentos de cólon, conduta do mesmo modo empregada por Wardi et al. 2014. Após diagnóstico de imagem a mesma foi submetida a tratamento cirúrgico via laparoscopia que consiste em um procedimento revolucionário da atualidade e vem sendo utilizado como alternativa aceitável, segura e promissora à correção HDPT³. A técnica cirúrgica da hérnia diafragmática traumática é indicada mesmo em pacientes assintomáticos devido ao risco, por exemplo, de encarceramento intestinal e comprometimento respiratório³.

Classicamente, a correção pode ser feita tanto por laparotomia quanto por toracotomia, sendo esta última usada principalmente nas lesões agudas com até 24h de instalação, depois deste período, a abordagem por toracotomia pode levar a lesões inadvertidas devido formação de aderências^{14, 15}. Dessa forma, a via laparoscópica tem sido cada vez mais utilizada, permitindo o diagnóstico e a correção do defeito com sutura ou tela. Segundo Wadhwa et al. (2005) a hérnia diafragmática pós traumática e congênita são entidades raras, onde neste grupo de pesquisa foram encontrados seis pacientes em um espaço de tempo de 4 anos, referentes a 1999 a 2002, os quais foram tratados com sucesso por meio da videolaparoscopia em concordância com o caso clínico presente, cujo paciente, assim como os pacientes citados na pesquisa de Wadhwa et al. (2005), apresentaram pouco tempo de internação. A paciente obteve alta no quinto dia de pós-operatório com Rx de controle, ao que se consta no caso ora relatado, a mesma encontra-se em acompanhamento ambulatorial há 10 meses sem intercorrências.

REFERÊNCIAS

01. Wardi G, Lasoff D, Cobb A, Hayden S. Traumatic diaphragmatic hernia. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 46, No. 1, pp. 80–82, 2014.
02. Houston J, Jalil R, Isla A. Delayed presentation of post-traumatic diaphragm rupture repaired by laparoscopy. *BMJ Case Reports* 2012;10.1136/bcr-2012-007372, Published XXX.
03. Hirano E. S, Silva V. G, Bortoto J. B, Barros R. H. O, Caserta N. M. G, Fraga G. P. Exame radiográfico convencional do tórax no diagnóstico de hérnia diafragmática pós-traumática. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2012; 39(4): 280-285.
04. Rafael A. A, Rodrigues P, Carmo L, Nascimento C, Machado J, Fonseca J. R. Hérnia diafragmática traumática tardia complicada de perfuração intratorácica e quisto hemorrágico gástrico: Uma combinação rara. *Acta Méd Port* 2005; 18: 295-301.
05. Matthews B. D, Bui H, Harold K. L, Kercher K. W, Adrales G, Park A, Sing, R. F, Heniford B. T. Laparoscopic repair of traumatic diaphragmatic injuries. *SurgEndosc* (2003) 17: 254–258.
06. Wadhwa, Surendra JB, Sharma A, Khullar R, Soni V, Bajjal M, Chowbey PK. A, Laparoscopic repair of diaphragmatic hernias: experience of six cases. *Asian J Surg.* 2005 Apr;28(2):145-50.

07. Safdar G, Slater R, Garner J P. Laparoscopically assisted repair of an acutetraumatic diaphragmatic hernia. BMJ Case Rep 2013. doi:10.1136/bcr-2013-009415.
08. Júnior, G. A. P. Hérnia diafragmática traumática. Rev. Col. Bras. Cir. Vol. 28, Nº 5, Set/Out 2001.
09. Courtney M. Townsend, Jr., MD, R. Daniel Beauchamp, MD, B. Mark Evers, MD and Kenneth L. Mattox, MD. Sabiston Testbook of Surgery: the biological basis of modern surgical practice., 18th Edition. 2008. ISBN 978- 1-4160-3675-3.
10. Ferro J V, Díaz J D D. Hernia diafragmática traumática crônica: a propósito de un caso. Presentación de caso, Rev. Ciencias Médicas. julio 2010; 14(3).
11. Daudt C A S. Hérnia traumática do diafragma.http://itarget.com.br/newclients/sbct/wp-content/uploads/2015/03/hernia_traumatica_diafragma.pdf. Acesso em 01 de maio de 2016.
12. Tan K K, Yan Z Y, Vijayan A, Chiu M T. Management of diaphragmatic rupture from blunt trauma. Original Article Singapore Med J. 2009; 50(12) : 1150.
13. Jonas P. DeMuro. A Delayed Traumatic Diaphragmatic Hernia. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2013 April, Vol-7(4): 736-738
14. Domene CE, Volpe P, Birboim I. et al. Correção laparoscópica de hérnia diafragmática traumática crônica. Rev Col Bras Cir 1998; 25: 217-219.

15. Rangel M F, PINTO F S, OLIVEIRA C V C. NÓBREGA, L P S, SOUSA M G,
Ferreira M A S. Hérnia Diafragmáticas Traumáticas Crônicas e Fístula Gastro-pleuro-
cutânea. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões — Vol. 28 – no 1.