

Tratamento videolaparoscópico da suboclusão intestinal causada por hérnia diafragmática pós-traumática: relato de caso

Laparoscopic treatment of bowel obstruction as a late presentation of traumatic diaphragmatic hernia: case report

Ianê C. Diniz¹, Milena M. Rodrigues¹, Thainá S. M. Silva¹, Carolina B. Lucena¹, Fábio Colagrossi Paes Barbosa²

RESUMO

Modelo do estudo: Relato de caso. **Objetivos:** relatar um caso de hérnia diafragmática pós traumática com diagnóstico tardio, apresentando-se como suboclusão intestinal e reforçar a importância da pesquisa sistematizada de lesão diafragmática em traumatismos toracoabdominais. **Importância do problema:** a incidência de hérnia diafragmática pós traumática em politraumatizados é de 8% e apresenta pequena morbimortalidade se diagnosticada no momento do trauma. Porém, esta aumenta significativamente se for diagnosticada tardiamente, diante de complicações. O reparo cirúrgico é o tratamento indicado e a abordagem videolaparoscópica apresenta-se como uma alternativa minimamente invasiva. **Relato do caso:** Paciente com lesão diafragmática esquerda diagnosticada quatro anos após trauma penetrante. Como sinais clínicos, apresentou dor em hipocôndrio I esquerdo, de forte intensidade e parada de eliminação de gases e fezes. Foi submetido à videolaparoscopia, com visualização da hérnia diafragmática, redução dos órgãos herniados, sutura do defeito diafragmático e drenagem torácica. **Comentários:** a hérnia diafragmática pós traumática deve ser investigada em todo paciente com lesão em região toracoabdominal. Como pode ser assintomática, é necessária investigação sistematizada para seu diagnóstico, evitando complicações tardias, associadas a altas taxas de morbimortalidade.

Palavras-chave: Hérnia Diafragmática Traumática. Laparoscopia. Ferimentos e Lesões.

ABSTRACT

Design of the study: Case report. **Objectives:** To present, through a case report, a post-traumatic diaphragmatic hernia with late diagnosis and reinforce the importance of systematic research of diaphragmatic injury in thoracoabdominal trauma. **Relevance:** the incidence of post traumatic diaphragmatic hernia in polytrauma is 8% and presents little morbidity if diagnosed at the time of trauma. However, the morbidity increases significantly if it is diagnosed late. Surgical repair is the appropriate treatment and laparoscopic approach presents itself as a minimally invasive alternative. **Case report:** Patient with late left diaphragmatic lesion diagnosed four years after penetrating trauma. As clinical signs presented strong left hypochondrial pain, and stop elimination of gases and faeces. He was submitted to videolaparoscopy, with a view of diaphragmatic hernia, reduction of herniated organs,

1. Acadêmicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
2., Professor Ajuento de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina do Mato Grosso do Sul. Doutor pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa.

Correspondência
Milena Marchini Rodrigues
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HU/
UFMS - Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Recebido em 10/06/2015
Aprovado em 03/02/2016

suture of the diaphragmatic defect and thoracic drainage. Had an uneventful recovery and was discharged on the fourth postoperative day. **Comments:** post traumatic diaphragmatic hernia should be investigated in all patients with lesions in thoracoabdominal region. As can be asymptomatic, it is necessary systematic research to diagnosis, avoiding late complications associated with high morbidity and mortality rates.

Key-words: Hernia, Diaphragmatic, Traumatic. Laparoscopy. Wounds and Injuries.

Introdução

Hérnia diafragmática pós-traumática (HDPT) é a protrusão de órgão ou estrutura abdominal através de um diafragma lesado previamente. Quando diagnosticada no momento do trauma a correção é simples com sutura da lesão, porém, se diagnosticada tardiamente ao trauma está associada à alta morbimortalidade, principalmente devido às aderências das vísceras abdominais ao tórax.^{1,2,3} A abordagem videolaparoscópica no tratamento da HDPT apresenta-se como uma via minimamente invasiva e com mesma acurácia diagnóstica se comparada aos outros procedimentos cirúrgicos.⁴

Relato de Caso

Homem, 35 anos, com queixa de dor em hipocôndrio e região paraumbilical esquerdos, tipo cólica, de forte intensidade, iniciada há 3 dias, de caráter intermitente, com piora após alimentação, associado a parada de eliminação de gases e fezes, náuseas, hiporexia e calafrios. Negou febre, vômitos, diarreia e alterações urinárias. Relatou ferimentos cortocotusos por arma branca em tórax há 4 anos, não explorados cirurgicamente, tratado apenas com drenagem do tórax em selo d'água. Negou hérnias de parede, cirurgias abdominais prévias ou comorbidades. Ao exame físico, encontrava-se estável hemodinamicamente, com boa expansibilidade torácica, apresentava duas cicatrizes de cerca 5 cm em 7º espaço intercostal (EIC) na linha axilar anterior a direita e 9º EIC em linha axilar média a esquerda, sem alterações à ausculta. Abdomes escavado, flácido, ruídos hidroaéreos aumentados e metálicos, timpânico à percussão, espaço de Traube livre, doloroso a palpação superficial de região paramediana esquerda, descompressão brusca negativa, sinal de Murphy e Blumberg negativos, ausência de abaulamentos em região inguinal às ma-

nobras de Valsalva, presença de fezes em ampola ao toque retal.

Os exames laboratoriais apresentavam leucocitose com desvio a esquerda. Exame radiográfico de tórax demonstrou elevação de cúpula diafragmática esquerda e presença de níveis hidroaéreos escalonados no abdome (Figura 1). Evoluiu com episódios de diarreia alternados com constipação intestinal, sem melhora da dor, associada a náuseas e vômitos. Submetido a videolaparoscopia, que evidenciou hérnia em cúpula diafragmática esquerda, com grande quantidade de epíplon, alças de intestino delgado, cólon transversado adentrando a cavidade torácica e ausência de líquido livre em cavidade abdominal. Realizada redução dos órgãos herniados de volta para a cavidade abdominal, ausência de sinais de isquemia nas vísceras herniadas. Realizado sutura do defeito herniário no diafragma com fio Ethybond® 2-0 ponto contínuo (Figura 2) e drenagem de tórax à esquerda. Recebeu alta no quarto dia de pós-operatório, sem intercorrências.

Discussão

O diagnóstico de HDPT é um desafio na abordagem do paciente traumatizado.³ A incidência varia entre 0,8% a 8%, porém acredita-se que não são reconhecidas em até 66% dos politraumatizados.³ Como a ausência de sinais clínicos não exclui a HDPT aguda, a investigação é o principal fator determinante para o diagnóstico, devendo ser suspeitada em traumas penetrantes na transição tóraco-abdominal. Quando tratada na ocasião do trauma têm taxa de mortalidade menor que 5%, contudo se diagnosticadas durante uma complicação, esta taxa pode aumentar para 48%.²

As lesões assintomáticas são mais comuns no hemidiafragma esquerdo, explicado pela presença do fígado à direita, maior resistência à tensão do



Figura 1. Radiografia de tórax evidenciando elevação de cúpula diafragmática esquerda e níveis hidroaéreos em hemitórax esquerdo.

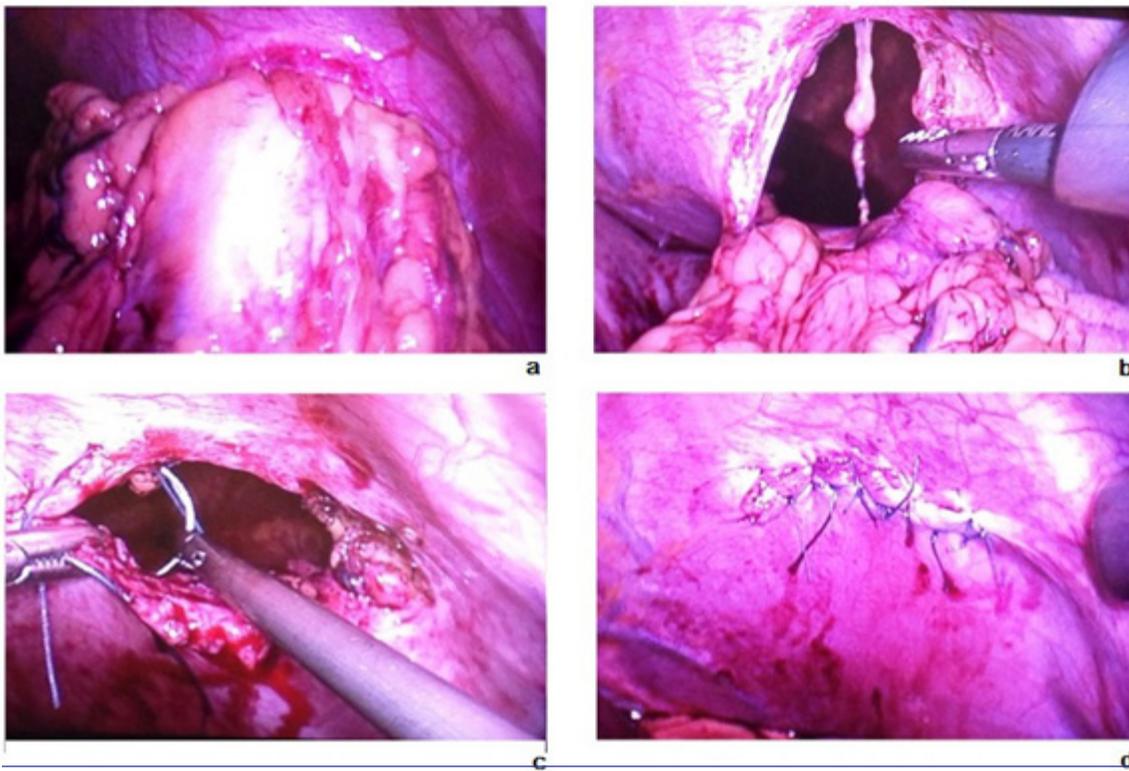


Figura 2. a) Visualização de hérnia em cúpula diafragmática esquerda, com epíplon, alça de intestino delgado e cólon transverso; b) Redução de órgãos herniados; c) Sutura do defeito herniário no diafragma; d) Visualização final de sutura com fio Ethibond 2-0 ponto contínuo.

diafragma direito e existência de pontos débeis à esquerda, correspondentes a áreas de união durante a embriogênese. Quando localizado à direita, tem maior mortalidade no local da ocorrência.^{2,3} Os órgãos comumente herniados são estômago, cólon, omento e alças de delgado.^{3,5}

Os limites superiores da transição toracoabdominal são definidos pelo quarto espaço intercostal na face anterior, sexto espaço intercostal na face lateral do tórax e oitavo espaço na região dorsal. O limite inferior é traçado por uma linha na região epigástrica.⁶ Apesar da evolução dos métodos diagnósticos, exames utilizados na sala do trauma como radiografia de tórax, tomografia computadorizada, ultrassonografia e lavado peritoneal apresentam elevado índice de falso-negativos.⁷ A radiografia de tórax estabelece o diagnóstico em apenas um terço dos pacientes, evidenciando presença de ar com os níveis hidroaéreos intratorácicos, ou a visualização de uma sonda nasogástrica sobre o

diafragma.¹ A tomografia computadorizada é o método de eleição para o diagnóstico de vísceras herniadas, tendo especificidade de 100% e sensibilidade de 71%.^{7,8}

Baseando-se na revisão de literatura, sugere-se um organograma de investigação no trauma toracoabdominal (Figura 3) para maior diagnóstico das hérnias diafragmáticas agudas, utilizando-se diferentes métodos propedêuticos, até mesmo cirúrgicos, como videolaparoscopia ou videotoroscopia, até que a lesão seja descartada.²

Em pacientes instáveis hemodinamicamente, com sinais de peritonite ou em pacientes estáveis com sinais de lesão em órgão abdominal na tomografia computadorizada de abdome com contraste, o diafragma deve ser avaliado durante a laparotomia.^{7,8} Excetuando esses casos, o manejo menos invasivo na avaliação do diafragma tem sido estudado, mostrando bons resultados, como a diminuição da morbidade, da mortalidade e do custo hos-

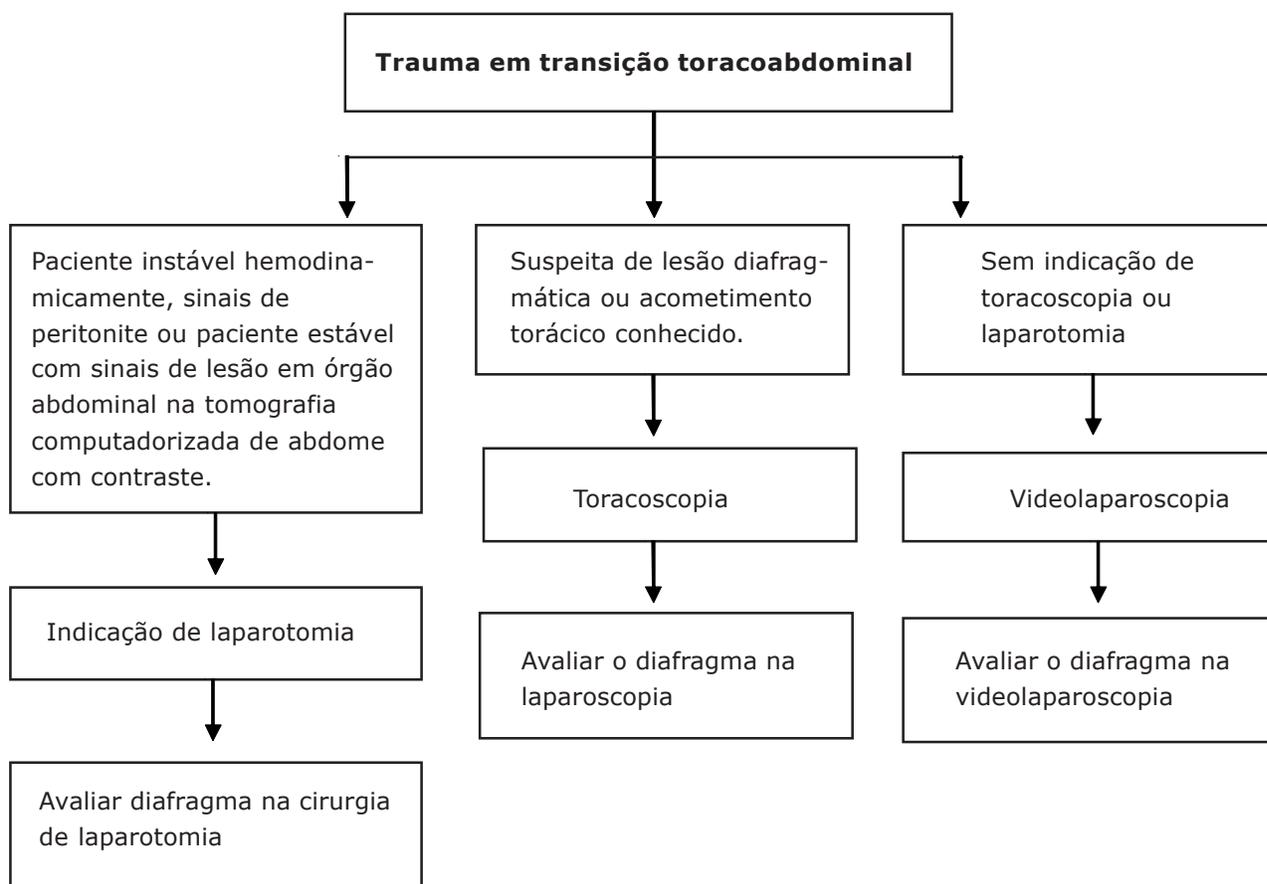


Figura 3. Fluxograma de avaliação do diafragma para traumas na transição toracoabdominal.

pitalar nos casos em que se evita uma laparotomia desnecessária.⁷ Para pacientes estáveis hemodinamicamente com alto grau de suspeita do diagnóstico e acometimento torácico conhecido (tórax drenado), a toracoscopia é o método de escolha, devendo ser realizada em até 24 horas após o trauma.⁸ Pacientes que não apresentam indicação para a realização de laparotomia e videotoracoscopia devem ser avaliados através da videolaparoscopia⁴, mesmo se assintomáticos.⁸

A avaliação do diafragma, sobretudo à esquerda, é provavelmente a área onde a laparoscopia diagnóstica será empregada com maior benefício em traumatologia. A região de transição toracoabdominal é, portanto, uma região que permite variadas formas de exploração no pronto-atendimento médico, não podendo ser negligenciada diante de um trauma envolvendo-a.

Quando a lesão não é diagnosticada no momento do trauma, o paciente pode apresentar, tardiamente, uma complicação da HDPT. Uma vez diagnosticada, a HDPT crônica deve ser tratada. O tratamento é essencialmente cirúrgico e consiste em redução da hérnia, drenagem pleural e na reparação do defeito do diafragma, que pode ser por laparotomia, toracotomia, toracoscopia ou laparoscopia. Como minimamente invasivas, a laparoscopia e a toracoscopia tem papel diagnóstico e terapêutico das lesões quando passíveis.⁴ Comparouse o uso de videotoracoscopia e laparoscopia com a laparotomia, evidenciando a abordagem minimamente invasiva com mesma acurácia e tão segura quanto a abordagem aberta no momento do diagnóstico.⁹ A via laparoscópica proporciona trauma mínimo, recuperação mais rápida e menor tempo de internação se comparada com a cirurgia aberta. Há, ainda, melhor redução do conteúdo abdominal herniado e a inspeção completa do diafragma evitando que outras lesões sejam negligenciadas, já que a toracoscopia só avalia um hemidiafragma.¹⁰

Conclusão

Frente à dificuldade de realizar o diagnóstico da HDPT aguda e às altas taxas de mortalidade frente ao seu diagnóstico tardio, no momento das complicações, reforça-se aos médicos emergencistas a importância de diagnosticar a lesão diafragmática no momento do trauma. Sugere-se a utilização de protocolos de investigação sistematizados, investigando-se uma lesão diafragmática até que esta possa ser descartada.

Referências

1. Ganie FA, Lone H, Lone GN, Wani ML, Ganie SA, Wanu N, et al. Delayed Presentation of Traumatic Diaphragmatic Hernia: a Diagnosis of Suspicion with Increased Morbidity and Mortality. *Trauma Mon.* 2013;18:12-6
2. Hirano ES, Silva VG, Bortoto JB, Barros RHO, Caserta NMG, Fraga GP. Exame radiográfico convencional do tórax no diagnóstico de hérnia diafragmática pós-traumática. *Rev Col Bras Cir.* 2012;39:280-5.
3. Parreira JM, Chibata M, Skinovsky J, Saucedo-Júnior N, Martins AM, Schmidt FR. Hérnia diafragmática direita tardia associada a hepatotórax - relato de caso com revisão da literatura. *ABCD: Arq Bras Cir Dig.* 2009;22:183-5.
4. Pakula A, Jones A, Syed J, Skinner R. A rare case of chronic traumatic diaphragmatic hernia requiring complex abdominal wall reconstruction. *Int J Surg Case Rep.* 2015;7:157-60.
5. Hernández-Toboso I, Navas-Igarza J, Rodríguez-Delgado R. Oclusión intestinal mecánica como presentación tardía de una hernia diafragmática postraumática. *MediSur.* 2012;10:168-70.
6. Soldá CS, Francisco CMR, Rasslan S, Perlingeiro JAG, Figueiredo LFP, Silva MR. Repercussões respiratórias e hemodinâmicas do pneumoperitônio na lesão do diafragma - estudo experimental. *Rev Assoc Med Bras.* 2007;53:294-9.
7. Savegnago FL, Guimarães AB, Gus EI, Baldissera D, Breigeiron R. Tratamento do trauma penetrante em transição toracoabdominal: experiência do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. *Rev. do HPS.* 2010;49:9-14.
8. Monteiro, JB, Freitas, OAP. Manual de Urgências em Pronto Socorro. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
9. Spann JC, Nwariaku FE, Wait M. Evaluation of video-assisted thoracoscopic surgery in the diagnosis of diaphragmatic injuries. *Am J Surg.* 1995;170:628-30.
10. Soto IV. Hernia diafragmática post-traumática. *Rev Univ Costa Rica.* 2014;8:31-8.