

Hérnia intercostal transdiafragmática após fratura espontânea de costelas secundária à crise de tosse

Transdiaphragmatic intercostal hernia after spontaneous rib fractures secondary to coughing fit

ALEXANDRE CRUZ HENRIQUES, TCBC-SP¹; CARINA ROSA MALENA²; ANDRÉA CRISTINA OLIVEIRA FREITAS³; JAQUES WAISBERG, TCBC-SP¹; ADILSON CASEMIRO PIRES⁴

INTRODUÇÃO

A hérnia intercostal transdiafragmática (HITD) é uma entidade clínica rara e pode estar associada à fratura de uma ou mais costelas, de natureza traumática ou espontânea¹.

A HITD é de fácil diagnóstico pelo quadro clínico. Métodos de imagem podem mostrar sinais pregressos de fratura de costelas e conteúdo aéreo em víscera oca atravessando a parede costal². O tratamento sempre é cirúrgico, e quando realizado precocemente traz melhores resultados.

Tendo vivenciado um caso de paciente portador de HITD após fratura espontânea de costelas secundária à crise de tosse, devido à raridade desta afecção, julgamos oportuno relatá-lo.

RELATO DO CASO

JSB, sexo masculino, 69 anos, procurou assistência médica com queixa de tumor na transição toraco-abdominal direita, há um ano e nove meses. Relatava pneumonia há dois anos, com intensas crises de tosse, quando em um episódio sentiu dor intensa e súbita na face ântero-lateral da transição toraco-abdominal direita, formando um hematoma local, que regrediu espontaneamente. Três meses depois, percebeu no local, um abaulamento indolor, que aumentava aos esforços, e de crescimento progressivo.

O exame físico mostrou tumor de aproximadamente 30 x 20 cm na face ântero-lateral da transição toraco-abdominal direita, timpânico à percussão, redutível, que aumentava com a manobra de Valsalva, sem murmúrio vesicular e com ruídos hidro-aéreos (Figura 1).

A radiografia simples do tórax revelou fratura e luxação da 8ª a 12ª costelas a direita e nível hidroaéreo na região intercostal (Figura 2). O trânsito intestinal e a tomografia computadorizada de abdome mostraram alças



Figura 1 - Tumor na face ântero-lateral da transição toraco-abdominal direita.

de intestino delgado projetando-se através de uma falha intercostal, para fora da cavidade abdominal.

Com diagnóstico de HITD, foi indicado tratamento cirúrgico. O paciente foi posicionado em decúbito lateral esquerdo e realizada extensa incisão oblíqua sobre o tumor, paralela ao espaço intercostal por onde a hérnia se exteriorizava. Foi dissecado o saco herniário, que percorrendo um trajeto extrapleural e intercostal, projetava-se para

Trabalho realizado no Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC - Serviço do Professor Doutor Manlio Basilio Speranzini - São Bernardo do Campo - SP-BR.

1. Professor Assistente da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina do ABC - São Bernardo do Campo - SP-BR. 2. Residente de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina do ABC - São Bernardo do Campo - SP-BR. 3. Residente de Cirurgia Cardíaca da Faculdade de Medicina do ABC - São Bernardo do Campo - SP-BR. 4. Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina do ABC - São Bernardo do Campo - SP-BR.

fora da cavidade abdominal, através de um esgarçamento na inserção do diafragma no gradeado costal, que delimitava um anel herniário de aproximadamente 15 cm de diâmetro. O saco herniário foi aberto, e encontrado alças de intestino delgado em seu interior, que foram reduzidas sem dificuldades. A falha na inserção do diafragma no gradeado costal foi corrigida pelo embricamento dos folhetos do saco herniário e pela fixação de ampla tela de polipropileno na face pleural do diafragma. O esgarçamento da musculatura ântero-lateral do abdome foi corrigido realizando rafia de suas bordas até onde não era mais possível a aproximação, diminuindo assim a falha muscular. A tela ficou situada sobre a face pleural do diafragma e sob a musculatura ântero-lateral do abdome, em uma extensão maior que o defeito muscular remanescente. O desvio das costelas não foi corrigido, pois as fraturas observadas da 8ª a 12ª costelas apresentavam consolidação completa. Realizado drenagem por aspiração do espaço subcutâneo. O paciente apresentou boa evolução no pós-operatório (Figura 3). Um ano após a cirurgia, não apresentava sinais de recidiva.

DISCUSSÃO

A HITD é uma entidade clínica rara, na qual conteúdo abdominal passa através do espaço decorrente da ruptura diafragmática, e a seguir, através de um espaço intercostal².

O primeiro caso de HITD após fratura espontânea de costela secundária à crise de tosse foi relatado por Croce e Mehta, em 1979³. Na literatura consultada, entre os anos 1979 e 2008, encontramos 16 casos de HITD, sendo seis casos por trauma penetrante, seis por trauma fechado e quatro casos de HITD após fratura espontânea de costela secundária à crise de tosse^{1,2,4}.

A HITD pode ser secundária a trauma local, aberto ou fechado. Em alguns casos, ocorre após fratura espontânea de costelas secundária à crise de tosse, em pacientes idosos, portadores de DPOC e osteoporose^{1,5}.

A ocorrência da HITD pode estar relacionada a peculiaridades anatômicas da parede torácica. Há duas áreas de fraqueza na parede do tórax: uma junto ao esterno, devido à existência de uma falha dos músculos intercostais externos, e outra junto às vértebras, devido à existência de uma falha dos músculos intercostais internos. A escassez da musculatura intercostal associada à sua lesão no momento da fratura dos arcos costais, levam à perda da integridade da caixa torácica².

A fratura pode ocorrer em conseqüência da violenta crise de tosse que leva à contração repentina dos músculos da parede abdominal, levando ao esgarçamento da musculatura intercostal e também da inserção do diafragma no gradeado costal^{1,4,5}. Perdendo as forças que mantêm as costelas unidas (músculos intercostais e diafragma), as costelas se separam, criando um espaço propício ao aparecimento da hérnia⁵. A pressão intratorácica negativa traz vísceras abdominais para o espaço formado



Figura 2 - Radiografia simples mostrando fratura e luxação da 8ª a 12ª costelas à direita e nível hidroaéreo na região intercostal.



Figura 3 - Aspecto no 15º dia pós-operatório.

pelo esgarçamento dos músculos intercostais e diafragma⁴.

O quadro clínico da HITD caracteriza-se por um tumor na transição toraco-abdominal, algum tempo após o trauma ou após a crise de tosse. O tumor apresenta cresci-

mento progressivo, é redutível e aumenta com a manobra de Valsalva^{1,2,5}. Se houver fratura espontânea de costela, pode haver dor, hematoma e sufusões hemorrágicas no local, logo após a crise de tosse⁵.

Exames radiológicos complementares como radiografia simples do tórax, trânsito intestinal e tomografia computadorizada de tórax e abdome confirmam o diagnóstico^{1,2,5}. No caso apresentado, a radiografia simples do tórax evidenciou fraturas e luxação da 8ª a 12ª costelas, e a tomografia computadorizada e o trânsito intestinal permitiram observar alças intestinais projetando-se através de um espaço intercostal para fora da cavidade abdominal.

O tratamento das HITD é sempre cirúrgico^{1,2,5}. A escolha da via de acesso dependerá da extensão da lesão e cada caso deve ser avaliado individualmente², podendo tal via ser torácica, transperitoneal, ou paralela ao

espaço intercostal por onde a hérnia se exterioriza, sendo esta a incisão escolhida no caso relatado. A falha muscular pode ser corrigida com a aproximação das bordas musculares esgarçadas, com fios inabsorvíveis¹. Se o defeito muscular for grande, o uso de tela de polipropileno é necessário¹. Se possível, as costelas podem ser reaproximadas por pontos pericostais com fios de aço⁵. No caso apresentado, a falha muscular de grandes proporções determinou o uso da tela de polipropileno para correção, o que permitiu o reforço do diafragma e da musculatura ântero-lateral do abdome, junto do gradeado costal.

Quanto mais precoce for realizado o diagnóstico e o tratamento cirúrgico, melhor o prognóstico para o paciente, em vista do risco de encarceramento ou estrangulamento herniário^{1,2}. A maioria dos casos tem boa evolução e a mortalidade é nula, mesmo naqueles em que se faz ressecção intestinal².

A B S T R A C T

One case of transdiaphragmatic intercostal hernia after intense coughing fit followed by rib fractures in patient with history of pneumonia is presented. He had a severe coughing fit, developed a right toracoabdominal hematoma and then a tumor that was gradually enlarging. Image exams confirmed the diagnosis. Treatment consisted of surgical repair with the use of a polypropylene prosthetic mesh. It is a rare type of hernia. Only four cases were found in literature. The sooner the disease is diagnosed and treated the better the prognoses will be since it will prevent hernia from strangulation and incarceration.

Key words: Hernia, Diaphragmatic, Traumatic, Rib fractures.

REFERÊNCIAS

1. Sharma OP, Duffy B. Transdiaphragmatic intercostal hernia: review of the world literature and presentation of a case. *J Trauma*. 2001;50(6):1140-1143.
2. Biswas S, Keddington J. Soft right chest wall swelling simulating lipoma following motor vehicle accident: transdiaphragmatic intercostal hernia. A case report and review of the literature. *Hernia*. 2008;12:539-543.
3. Croce EJ, Mehta VA. Intercostal pleuroperitoneal hernia. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1979;77(6):856-7.
4. Khan AS, Bakhshi GD, Khan AA et al. Transdiaphragmatic intercostal hernia due to chronic cough. *Indian J Gastroenterol*. 2006;25:92-93.
5. Rogers FB, Leavitt BJ, Jensen PE. Traumatic transdiaphragmatic intercostal hernia secondary to coughing: case report and review of the literature. *J Trauma*. 1996;41(5):902-3.

Recebido em 20/05/2006

Aceito para publicação em 15/07/2006

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Como citar esse artigo:

Henriques AC, Malena CR, Freitas ACO, Waisberg J, Pires AC. Hérnia intercostal transdiafragmática após fratura espontânea de costelas secundária à crise de tosse. *Rev Col Bras Cir*. [periódico na Internet] 2010; 37(1). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Alexandre Cruz Henriques

E-mail: achenriques@uol.com.br