

E o diafragma?

What about the diaphragm?

ROBERTO SAAD JUNIOR

É bem conhecido que os ferimentos na região de transição tóraco-abdominal são potencialmente causadores de ferimentos diafragmáticos. Segundo a nossa experiência, 30% destes ferimentos atingem o diafragma. Na literatura encontramos uma incidência entre 20 e 48%^{1,2}.

Das lesões diafragmáticas, 70% delas apresentam sintomatologia abundante, de modo que o cirurgião no serviço de emergência não terá nenhuma dificuldade em estabelecer o este diagnóstico tratá-las convenientemente. Porém, 30% delas são oligossintomáticas ou mesmo assintomáticas. São as lesões diafragmáticas isoladas ou as acompanhadas de lesões viscerais intra-abdominais que, em um primeiro momento, ainda não apresentaram sintomas. Estas, com o exame clínico realizado durante a evolução e observação do doente, aparecem e daí indicamos a laparotomia e, portanto, o diagnóstico da lesão diafragmática. Em 8 a 10% destes doentes as lesões diafragmáticas são isoladas³ e, nestes casos, não há como fazer o diagnóstico de modo convencional. Para tanto, é necessária a realização da toracoscopia ou laparoscopia de rotina para a confirmação diagnóstica⁴.

Vem a primeira pergunta: vale a pena a realização deste exame invasivo para surpreender 10% de ferimentos diafragmáticos isolados para em seguida promover a sua sutura? Claro que sim, pois deixar uma ferida no diafragma é dar uma chance ao doente de desenvolver precocemente ou em um futuro distante uma hérnia diafragmática com todas as suas conhecidas consequências. Insistir no diagnóstico mesmo com exames invasivos é até o momento, em nossa opinião, a orientação ideal.

Segunda pergunta: se a lesão diafragmática não for diagnosticada, existe alguma possibilidade deste músculo cicatrizar espontaneamente?

Para responder a tal pergunta realizamos uma série de trabalhos experimentais, desde o ano de 2001, quando pudemos verificar que: 91,1% das lesões de 5% da superfície do diafragma cicatrizaram sendo 100% à direita e 83% à esquerda⁵; lesões de 30% da superfície do diafragma do lado esquerdo cicatrizaram espontaneamente em 12,5%⁶; a análise da evolução natural de ferimentos penetrantes, com extensão de 30%, no diafragma, no lado direito, durante 21 dias em 28 ratos, evidenciou a ocorrência de cicatrização espontânea em 54% das lesões⁷.

De modo que, após a realização destes estudos, confirmando a possibilidade de cicatrização espontânea do diafragma, surgiu a terceira pergunta: podemos realizar um tratamento não operatório em ferimentos da zona de transição tóraco-abdominal em doentes assintomáticos mesmo que possivelmente sejam portadores de lesões diafragmáticas?

Vamos analisar este aspecto comparando com o que realizamos hoje em tratamento não operatório de lesões de vísceras parenquimatosas: rim, baço e fígado.

Nestes casos existem postulados que devem ser seguidos. Nestas situações, optando-se por este tratamento, faz-se mister: realizar o diagnóstico da lesão; ter condições de caracterizar estas lesões: gravidade, tamanho, etc.; ter condições de acompanhar a evolução destas lesões; estabelecer o tempo de acompanhamento; alta definitiva.

Isto se consegue por meio de exames de imagens disponíveis. Sabemos que, caso o hospital não ofereça infraestrutura suficiente, não será possível a realização de um tratamento não operatório para estes doentes portadores de lesões das vísceras citadas.

Voltemos aos ferimentos diafragmáticos. Para estes casos ainda não existem métodos que possam nos fornecer o diagnóstico com segurança, portanto o primeiro postulado não pode ser cumprido. Se não temos o diagnóstico, não temos como caracterizar a possível lesão. Não temos também meios de acompanhar o ferimento, isto é, se está ocorrendo melhora ou não, muito menos estabelecer o tempo de acompanhamento.

Pois bem, quarta pergunta: como podemos indicar um tratamento não operatório em doentes com suspeita de ferimentos diafragmáticos à direita se não temos certeza, nem mesmo se existe, este ferimento e, se existe, qual seria a sua evolução?

Para esta pergunta acredito que caibam duas respostas: a) apesar da existência de hérnia diafragmática à direita ser um evento raro e, ainda mais, considerando que a possibilidade de cicatrização espontânea do músculo existe, mesmo assim, nós recomendamos que se realize o diagnóstico e o seu tratamento pelo menos até encontrarmos exames menos invasivos (imagem) que possibilitem o tratamento clínico; b) outra possibilidade é a de promover o tratamento não operatório para estes doentes, mesmo sem o diagnóstico da lesão. Neste caso, é imperi-

Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Torácica. Livre Docente do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Ex-Presidente do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (gestões 2000-01; 2004-05). Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica.

oso assumir a responsabilidade de acompanhar este doente e alertá-lo de que, para qualquer sintoma que apareça, são necessários cuidados médicos, isto é, o cirurgião deve ter em mente que uma hérnia poderá aparecer no futuro e, por isso mesmo, jamais “dar alta” definitiva para este doente⁸.

REFERÊNCIAS

1. Zantut LF, Ivatury RR, Smith RS, Kawahara NT, Porter JM, Fry WR, et al. Diagnostic and therapeutic laparoscopy and penetrating abdominal trauma: a multicenter experience. *J Trauma*. 1997;42(5):825-9; discussion 829-31.
2. Ivatury RR, Simon RJ, Sthal WM. A critical evaluation of laparoscopy in penetrating abdominal trauma. *J Trauma*. 1993;34(6):822-7; discussion 827-8.
3. Gianini JA. Ferimentos penetrantes tóraco-abdominais e de tórax e abdome. Análise da morbidade e mortalidade pós-operatórias [dissertação]. São Paulo: Santa Casa de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas; 1996.
4. Von Bathen LC, Smaniotto B, Kondo W, Vasconcelos CN, Rangel M, Laux GL. Papel da laparoscopia no trauma abdominal penetrante. *Rev Col Bras Cir*. 2005;32(3):127-31.
5. Perlingeiro JA, Saad R Jr, Lancelotti CL, Rasslam S, Candelária PC, Soldá SC. Natural course of penetrating diaphragmatic injury: an experimental study in rats. *Int Surg*. 2007;92(1):1-9.
6. 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.
7. Rivaben JH. História natural do ferimento diafragmático extenso à direita: estudo experimental em ratos [dissertação]. São Paulo: Santa Casa de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas; 2011.
8. Renz BM, Feliciano DV. Gunshot wounds to the right thoracoabdomen: a prospective study of nonoperatiive management. *J Trauma*. 1994;37(5):737-44.