

CORREÇÃO LAPAROSCÓPICA DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA CRÔNICA

MANAGEMENT OF CHRONIC TRAUMATIC DIAPHRAGMATIC HERNIA

Carlos Eduardo Domene, TCBC-SP¹

Paula Volpe, ACBC-SP²

Ingrid Birbojm³

Henrique Walter Pinotti, TCBC-SP⁴

INTRODUÇÃO

Hérnia diafragmática, decorrente de trauma penetrante ou não, pode levar a sérias complicações devido à herniação de vísceras abdominais para o tórax.⁴ A abordagem para o tratamento cirúrgico pode ser feita por laparotomia ou toracotomia.¹ A laparoscopia tem propiciado o diagnóstico definitivo dessas lesões, permitindo, inclusive, a correção do defeito em algumas situações.¹

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 15 anos, vítima de acidente automobilístico há três anos. Há um ano, através de radiografia de tórax, foi evidenciada presença de hérnia diafragmática. Ao exame físico apresentava murmúrios vesiculares diminuídos à esquerda.

Radiografia de tórax mostrou elevação de cúpula diafragmática e colapso do pulmão esquerdo (Figura 1). O exame contrastado, endoscopia e tomografia computadorizada mostraram herniação do estômago, intestino delgado, baço, além de volvo gástrico, com retardo e dificuldade de esvaziamento gástrico.

Foi submetido à laparoscopia e evidenciado defeito em cúpula diafragmática esquerda de 12cm de diâmetro; presença de estômago, intestino delgado, cólon e baço ocupando cavidade torácica. O estômago, cólon, epiplon e intestino delgado foram trazidos à cavidade abdominal sem maiores dificuldades; no entanto, o baço não retornava ao abdome com manobras de decúbito e diminuição do pneumoperitônio, sendo reduzido através de artifício que consistiu no uso de segmento de fita de borracha apreendida entre duas pinças envolvendo

o órgão até sua completa reposição à cavidade abdominal. A seguir, procedeu-se ao fechamento do defeito diafragmático com aproximação das bordas usando fio inabsorvível com pontos separados. Realizadas manobras para insuflação do pulmão esquerdo colabado, o que dispensou drenagem do tórax ou da cavidade herniária.

O paciente recebeu alta no quinto dia pós-operatório, sem intercorrências. Exame radiológico feito no pós-operatório mostrou expansão do pulmão (Figura 2).

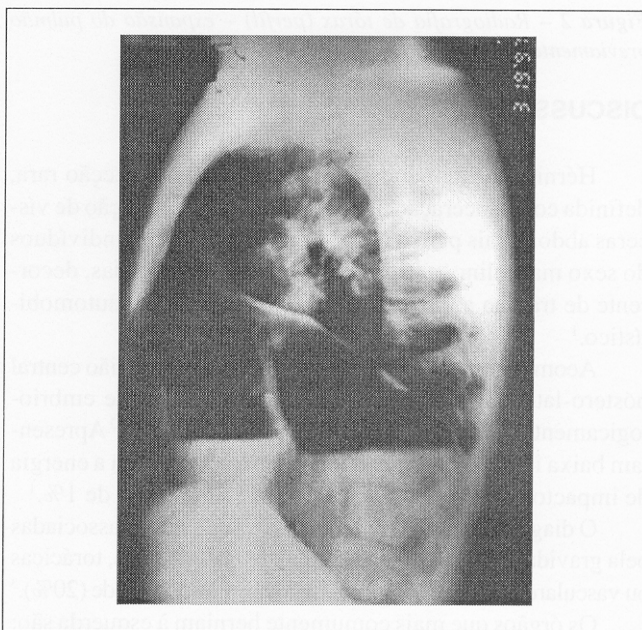


Figura 1 – Radiografia de tórax (perfil) – hérnia diafragmática e colapso do pulmão esquerdo

1. Professor Livre-Docente da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas – FMUSP.
2. Médica Preceptora e Pós-Graduada da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas – FMUSP.
3. Acadêmica de 5º ano da FMUSP.
4. Professor Titular da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas – FMUSP.

Recebido em 13/11/97

Aceito para publicação em 16/4/98

Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

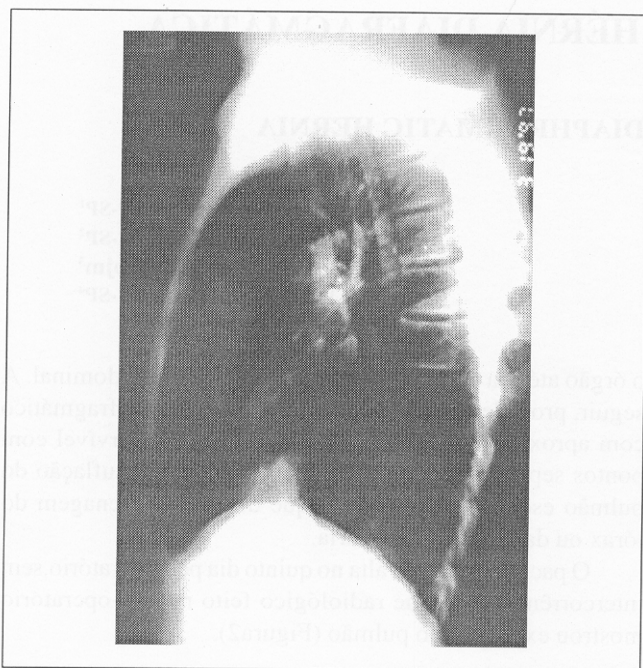


Figura 2 – Radiografia de tórax (perfil) – expansão do pulmão previamente colabado

DISCUSSÃO

Hérnia diafragmática traumática (HDT) é afecção rara, definida como laceração do diafragma, com herniação de vísceras abdominais para o tórax. É mais comum em indivíduos do sexo masculino, entre a segunda e quarta décadas, decorrente de trauma abdominal fechado por acidente automobilístico.¹

Acometem mais o lado esquerdo (90%)¹ na região central póstero-lateral tendino-muscular, que corresponde embriologicamente à área de maior fraqueza do diafragma.² Apresentam baixa incidência à direita, pois o fígado dissipa a energia de impacto.³ O acometimento bilateral é em torno de 1%.¹

O diagnóstico pode ser tardio, devido às lesões associadas pela gravidade do trauma (neurológicas, ortopédicas, torácicas ou vasculares), aumentando, assim, a morbi/mortalidade (20%).³

Os órgãos que mais comumente herniam à esquerda são: estômago (80%), baço (60%), omento (50%), cólon (45%), fígado (15%), intestino delgado (10%) e rim (5%); à direita o fígado e intestino delgado.² Nesse paciente, havia herniação do estômago (volvulo), baço, parte do intestino delgado e cólon.

O quadro clínico na fase aguda pode variar desde dor em região torácica baixa ou porção superior do abdome até insuficiência respiratória grave e choque.⁴ No período latente, podem ocorrer sintomas vagos, devido ao encarceramento intermitente da víscera herniada. Na fase crônica, a maioria é assintomática, exceto quando existem complicações obstru-

tivas levando a congestão, estrangulamento ou necrose das vísceras herniadas. O paciente em questão encontrava-se nesta fase, era assintomático, sendo o diagnóstico achado de exame radiológico.

O diagnóstico na fase aguda pode ser feito pela radiografia de tórax evidenciando-se elevação da cúpula diafragmática, obliteração dos seios costofrênicos, derrame pleural (hemotórax) persistente, pneumotórax, atelectasia pulmonar, padrão de distribuição de gás anormal no hemidiafragma, curvatura anormal da sonda nasogástrica.⁴ O exame contrastado e a endoscopia podem mostrar segmentos gastrointestinais no tórax, assim como eventuais rotações.⁴ A ultra-sonografia e a tomografia computadorizada permitem evidenciar tanto a presença dos órgãos herniados quanto das lesões associadas.³ Muitas vezes o diagnóstico diferencial com afecções diafragmáticas sem solução de continuidade somente será realizado durante exploração cirúrgica.²

Existe indicação cirúrgica na fase crônica devido ao risco de complicações de estrangulamento e/ou encarceramento visceral. Classicamente, a correção pode ser feita tanto por laparotomia como por toracotomia, dependendo da localização das lesões associadas e do quadro ser agudo ou crônico.¹

A toracoscopia também pode ser usada para diagnóstico e tratamento,³ mas de preferência nos casos até 24 horas após o trauma; depois deste período, pode levar a lesões inadvertidas devido à formação de aderências.⁵

A laparoscopia tem sido cada vez mais utilizada, permitindo o diagnóstico e a correção do defeito com sutura ou colocação de tela.^{1,5} A visualização do defeito confere maior especificidade em relação a outras modalidades diagnósticas,¹ apresentando limitações relativas em relação às lesões à direita, principalmente de localização posterior.³

No caso descrito, foi possível a identificação do defeito, à esquerda, redução para a cavidade abdominal dos órgãos herniados e realização de sutura primária, usando como artifício a diminuição dos níveis de pressão do pneumoperitônio facilitando a realização de sutura com menor tensão.

Na herniação crônica, assim como nas grandes hérnias incisionais, há risco potencial de desenvolvimento de insuficiência respiratória aguda pela reintrodução das vísceras herniadas à cavidade abdominal. A completa ausência de qualquer sintoma respiratório no presente caso leva à possibilidade de que a distensão do abdome decorrente do pneumoperitônio (à semelhança do pneumoperitônio progressivo instalado no pré-operatório de grandes eventrações) possa contribuir para diminuir o risco desse tipo de complicação, possivelmente aliado à ausência da incisão abdominal, a qual, isoladamente, já provoca dor, diminuição da distensibilidade e dificuldades de respiração. Em se confirmando tal hipótese, reforça-se a indicação do método laparoscópico para correção das hérnias diafragmáticas traumáticas.

ABSTRACT

Diaphragmatic hernia secondary to blunt or penetrating trauma is rarely by itself a fatal event. However, if unperceived, it may lead to severe complications caused by herniation of abdominal contents to the thorax. Blunt trauma related to car accidents is the most frequent cause of diaphragmatic hernias. Associated injuries are frequently observed, provoked by severe traumas of great impact. These blunt trauma hernias occur mainly on the left side due to abdominal anatomy, since the liver is usually located on the right side. When injuries are observed on the right they tend to be more severe, generally related to major trauma of solid organs. Less frequently diaphragmatic hernias may be bilateral. The management of diaphragmatic injury would appear to be a simple matter of suturing the defect. However, peroperative diagnosis can be difficult and even at the time of surgery some diaphragmatic injuries can be overlooked if careful exploration is not done. Associated injuries tend to divert attention from the diaphragmatic injury. Laparoscopic diagnosis and repair have been described with successfull. Laparotomy or thoracotomy can be employed for surgical repair of traumatic diaphragmatic hernias. Standard (laboratory/imaging) examinations may fail to make the diagnosis. Recently, the laparoscopic approach has proved useful for more precise evaluation of such injuries, very often allowing immediate repair of these lesions.

Key Words: Traumatic diaphragmatic hernia; Laparoscopy.

REFERÊNCIAS

1. Zantut LFC, Machado MAC, Volpe P, et al – Bilateral diaphragmatic injury diagnosed by laparoscopy. *Rev Paul Med* 1993;111(3): 430-432.
2. Rasiah KK, Phillip JC – Laparoscopic repair of a traumatic diaphragmatic hernia. *J Laparoendoscop Surg* 1995; 5 (6):405-407.
3. Mc Collum C, Anyanwu CH, Umeh BUO, et al – Management of traumatic rupture of the diaphragm. *Br J Surg* 1987;74:181-183.
4. Pioner SR, Coral RP, Weston AC, et al – Hérnia diafragmática traumática crônica. *Rev Col Bras Cir* 1996; 23 (1):13-16.
5. Domene CE – Cardiomiectomia com funduplicatura parcial video-laparoscópica no tratamento do megaesôfago não avançado. Sistematização técnica. Avaliação clínica e funcional. Tese Livre-Docência. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Carlos Eduardo Domene
Av. Arnolfo de Azevedo, 201
01236-030 – São Paulo – SP