 <https://doi.org/10.56238/ciesaudesv1-007>

### **Eduarda Gomes Martins**

Médica residente em Cirurgia Geral - Hospital Maternidade São José  
E-mail: eduarda.ggm1@hotmail.com

### **Lairane Bridi Loss**

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC)  
E-mail: lairane\_bl@hotmail.com

### **Paula Gomes Martins**

Médica formada pelo Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC)  
E-mail: paulagomes-11@hotmail.com

### **Edivan Rodrigo de Paula Ramos**

Universidade Federal do Paraná - Setor Palotina, Brazil  
E-mail: edivanramos@yahoo.com.br

### **Lucas Melhado Vieira**

Graduando em Medicina pelo Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC)  
E-mail: lucasmelhadovieira@gmail.com

### **Clarissa Carlini Frossard**

Pós-graduanda em área básica de Cirurgia Geral pelo Hospital Maternidade São José  
E-mail: clarissacarlini@gmail.com

### **Wagner Santos da Silva**

Cirurgião Torácico do Hospital Maternidade São José  
E-mail: wagnertorax@gmail.com

### **RESUMO**

**Introdução:** A hérnia diafragmática é definida pela passagem de parte do conteúdo abdominal para o interior da cavidade torácica através de um defeito no diafragma. Pode ser congênita, gerando hipoplasia e hipertensão pulmonar, ou adquirida, principalmente após trauma. Em adultos, normalmente é diagnosticada incidentalmente ou cursa com sintomas inespecíficos. **Objetivo:** Descrever um caso de hérnia diafragmática congênita crônica diagnosticada tardiamente em paciente adulto. **Descrição do caso:** E.B.M, sexo masculino, 50 anos, com quadro inespecífico de dor torácica e abdominal. Após solicitação de exames de imagem, foi diagnosticado com hernia diafragmática volumosa e indicada abordagem cirúrgica. Foi submetido à toracotomia para correção de hérnia diafragmática sem intercorrências, com identificação no intraoperatório de cólon, parte do intestino delgado, fígado e vesícula biliar na cavidade torácica. Após alta hospitalar, retornou para seguimento ambulatorial, assintomático. **Considerações finais:** A hérnia diafragmática crônica apresenta diagnóstico difícil na idade adulta, visto que tendem a permanecer assintomáticas. Quando sintomáticas, geram sintomas inespecíficos ou culminam em complicações, como obstrução intestinal ou estrangulamento de vísceras ocas herniadas.

**Palavras-Chave:** Defeito Diafragmático Congênito. Cirurgia torácica. Saúde Pública.

## **1 INTRODUÇÃO**

As hérnias diafragmáticas podem ser congênicas ou adquiridas. A incidência de sua forma congênita é cerca de 1 a cada 3.000-5.000 nascidos vivos e é caracterizada como raro defeito do diafragma que implica herniação do conteúdo abdominal para o tórax, capaz de gerar graus variados de hipoplasia e hipertensão pulmonar (CHATTERJEE, ING e GIEN, 2020; RATHOD, RAJAN e POTLURI, 2022).

O primeiro caso de ruptura diafragmática foi descrito em 1541, por Sennertus, que relatou a autópsia de um caso de herniação e estrangulamento do estômago através de um defeito diafragmático devido a uma antiga lesão de guerra (PEREIRA JÚNIOR, 2001).

A hérnia diafragmática é definida como a evisceração transdiafragmática de conteúdo abdominal no torax. Os órgãos abdominais mais frequentemente herniados são o estômago, omento, cólons e fígado (KALIL *et al.*, 2016). A ocorrência do quadro à esquerda é mais comum (85%), principalmente devido ao fechamento precoce do diafragma à direita em relação à esquerda e também pela presença do fígado à direita (RATHOD, RAJAN e POTLURI, 2022).

O tipo congênito ocorre como resultado de uma fusão inadequada das partes musculares do diafragma durante o desenvolvimento. O tipo adquirido ocorre como resultado de trauma penetrante ou contuso (RATHOD, RAJAN e POTLURI, 2022). No trauma contuso, a hérnia diafragmática ocorre com igual frequência à direita e à esquerda. Entretanto, devido a necessidade de maior energia transmitida no trauma para que ocorra a lesão do diafragma direito, este tipo de trauma está associado a maior gravidade das lesões associadas e maior mortalidade pré-hospitalar, sendo o diagnóstico intra-hospitalar de hérnias diafragmáticas à esquerda mais frequente (KALIL *et al.*, 2016).

A maioria dos pacientes com hérnia diafragmática congênita é diagnosticada precocemente na infância ou no período pós-natal imediato. Em adultos isso não ocorre, visto que a maioria dos pacientes apresenta sintomas crônicos, que incluem dispneia, derrame pleural, dor torácica, dor abdominal inespecífica, plenitude pós-prandial, náuseas e vômitos, dificultando o diagnóstico de forma precoce, como é descrito neste trabalho (BIANCHI *et al.*, 2013; RATHOD, RAJAN e POTLURI, 2022).

A hérnia diafragmática deve ser diferenciada da eventração diafragmática, que é uma elevação permanente da musculatura frênica devido a aplasia, paralisia ou atrofia. Nesses casos, entretanto, o diafragma mantém sua continuidade e inserção na margem costal, raramente produzindo sintomas e não requerendo tratamento. Uma elevação parcial de um hemidiafragma com uma posição normal da parte não envolvida deve sugerir o diagnóstico, mas a membrana afinada nem sempre é detectada. Eventrações extensas são extremamente difíceis de diferenciar de hérnias congênicas na imagem pré-natal (PEREIRA JÚNIOR, 2001; KALIL *et al.*, 2016; KOSIŃSKI e WIELGOŚ, 2017).

## 2 DESCRIÇÃO DO CASO

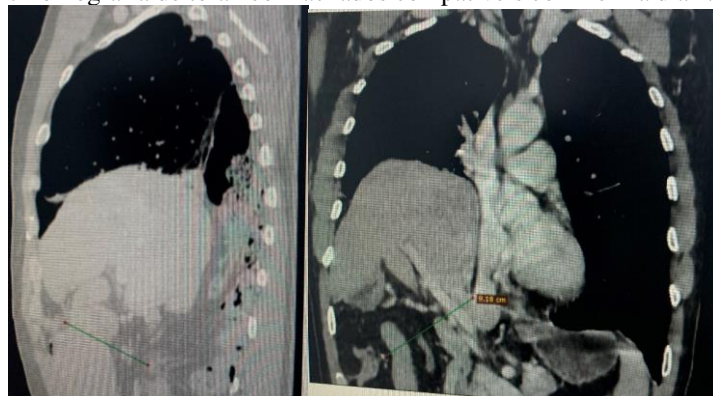
Paciente E.B.M, sexo masculino, 50 anos, encaminhado ao ambulatório de cirurgia torácica devido a exames de imagem sugestivos de hérnia diafragmática. Negava hábitos como tabagismo e etilismo, bem como histórico de trauma. Segundo relato, paciente havia iniciado, há cerca de 2 anos, quadro de dor torácica caracteristicamente inespecífica e recorrente, com início principalmente após esforços. Foi submetido a investigação cardiológica, não sendo identificada nenhuma patologia cardíaca que justificasse o quadro. Além disso, apresentava queixa de dor abdominal iniciada no período pós-prandial, pior em topografia epigástrica, associado a distensão abdominal.

Em acompanhamento clínico, realizou radiografia de tórax por solicitação do mesmo, o qual demonstrou achado inespecífico sugerindo massa torácica à direita (figura 1). Em reavaliação com o mesmo médico assistente, foi solicitada tomografia de tórax com contraste, que apresentou os seguintes achados: volumosa hérnia diafragmática à direita, com abertura de até 9,2 cm, no aspecto ântero-medial, exibindo herniação de todo o lobo direito hepático, da vesícula biliar, da flexura hepática do cólon e de parte do estômago, determinando deslocamento para a esquerda das estruturas mediastinais e impressão sobre os aspectos posteriores do lobo inferior do pulmão direito, insinuando-se até junto ao aspecto lateral cissura oblíqua, com atelectasias restritivas do parênquima pulmonar correspondente. Espessamento pleuroapical bilateral. Pequenos linfonodos cissurais à esquerda. Restante do parênquima pulmonar com coeficiente de atenuação preservado e sem sinais de derrame pleural (figura 2).

Figura 1: Radiografia de tórax demonstrando presença de massa torácica a direita.

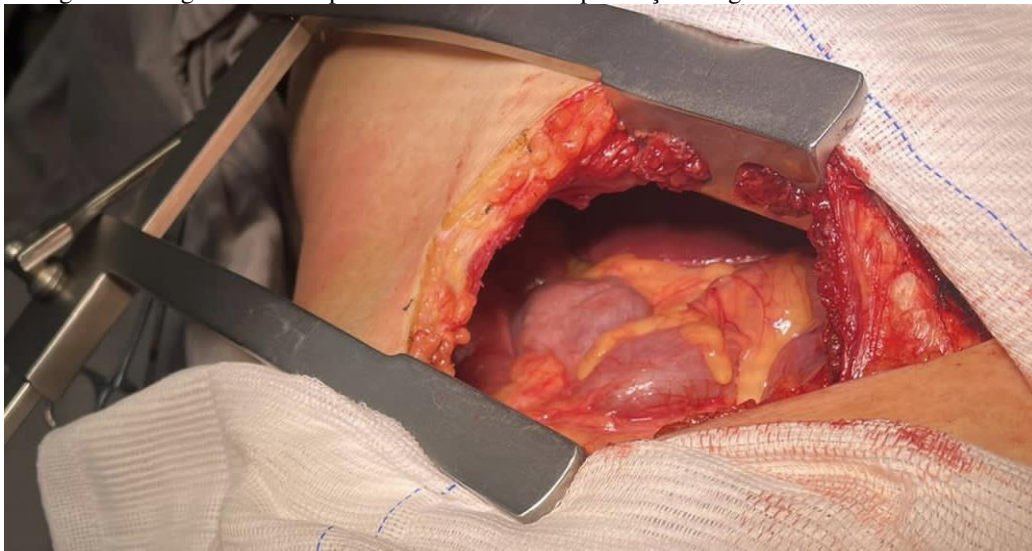


Figura 2: Tomografia de tórax com achados compatíveis com hérnia diafragmática.



Devido ao diagnóstico por imagem de hérnia diafragmática, foi indicada abordagem cirúrgica, sendo discutidos riscos e benefícios inerentes ao procedimento com paciente, que se mostrou estar concordante à conduta. No dia 11 de julho de 2022, paciente foi submetido à hernioplastia diafragmática por via convencional. Realizou-se toracotomia lateral direita a nível de oitavo espaço intercostal. Ao inventário da cavidade, observou-se hérnia diafragmática contendo fígado, vesícula biliar e cólon direito intratorácicos, com anel de aproximadamente 8 centímetros (figura 3). Em seguida, procedeu-se à liberação de aderências com redução do conteúdo herniado para cavidade abdominal, com posterior frenorrafia e herniorrafia diafragmática com pontos separados. Utilizou-se o fio prolene 1. Logo após, realizada reexpansão pulmonar e toracostomia com drenagem pleural fechada.

Figura 3: imagem do intraoperatório evidenciando presença de fígado e colón intratorácico



No pós-operatório, paciente evoluiu satisfatoriamente, em condições de retirada do dreno de tórax no sexto dia pós-operatório. Devido a boas condições clínico-cirúrgicas e ausência de complicações e queixas, paciente recebeu alta médica no sétimo dia pós operatório. Retornou em ambulatório de cirurgia torácica para acompanhamento, assintomático e sem queixas, mantendo-se, assim, acompanhamento ambulatorial sem condutas adicionais.

### 3 DISCUSSÃO

A hérnia diafragmática congênita é uma condição que afeta principalmente a população pediátrica. Entretanto, adultos também podem ser acometidos e expressam quadro clínico inespecífico, com difícil abordagem diagnóstica. Além disso, existem poucos estudos de adultos submetidos à correção desse defeito (BRUNGARDT, NIX e SCHROPP, 2021).

As lesões diafragmáticas representam um desafio diagnóstico para os cirurgiões, principalmente pela variabilidade tanto de sua apresentação clínica quanto aos métodos diagnósticos disponíveis. De acordo com a história natural das hérnias diafragmáticas, são descritas três fases: inicialmente quando ocorre o trauma, apresentando então clínica variável que evoluirá, caso não haja correção cirúrgica. Em seguida, surge a fase intermediária ou latente, na qual ocorre encarceramento das vísceras abdominais no tórax pela constante pressão pleural negativa. Por fim encontra-se a fase crônica, caracterizada pelas complicações sistêmicas, principalmente obstrução e estrangulamento intestinal. A classificação internacional mais utilizada para descrição da lesão é a do Organ Injury Scaling da Associação Americana de Cirurgia do Trauma (PEREIRA JÚNIOR, 2001; KALIL *et al.*, 2016).

A hérnia pode permanecer assintomática por anos, e quando de volume pequeno pode ser não detectada no período perinatal. Em alguns casos, a primeira manifestação aparece como resultado do aumento da pressão intra-abdominal. Obesidade, gravidez, constipação crônica e tosse crônica foram fatores comuns observados em uma série de casos, sugerindo que o aumento da pressão intra-abdominal pode levar ao agravamento da herniação do conteúdo abdominal (AL-ZAYER, F.*et al.*, 2019; MAMMEN e DANIEL, 2021).

Relatos de caso de hérnias diafragmáticas na vida adulta descrevem suas complicações por não serem reparadas, como vôlvo, encarceramento, pneumotórax, fístulas ou mesmo ruptura esplênica ou pancreatite. O exame físico raramente fornece o diagnóstico, uma vez que estes pacientes chegam em estado grave na sala de admissão, não havendo tempo hábil para um exame minucioso (PEREIRA JÚNIOR, 2001; KALIL *et al.*, 2016; BRUNGARDT, NIX e SCHROPP, 2021).

É importante a realização da radiografia de tórax em perfil, pela grande incidência de lesões diafragmáticas posteriores. Outras características radiológicas em casos de hérnias diafragmáticas, menos frequentemente encontrados, são: falha da radiografia de tórax retornar ao normal durante o tratamento com drenagem pleural e o hemotórax persistente. Como a presença de hérnia diafragmática pode determinar quadros que sugiram a necessidade de drenagem torácica, é imperativo que se faça o diagnóstico correto, pelo risco de drenagem iatrogênica da víscera herniadas (PEREIRA JÚNIOR, 2001; KALIL *et al.*, 2016). A tomografia computadorizada é o exame complementar mais útil e que permite a maior precisão para um diagnóstico correto, capaz de fornecer avaliação precisa das relações anatômicas entre as vísceras e malformações congênitas (BIANCHI *et al.*, 2013).

As hérnias diafragmáticas crônicas podem apresentar-se com sinais e sintomas de obstrução intestinal e, se estrangulada, com sinais de isquemia intestinal e sepse. Outras vezes, o diagnóstico é um achado incidental. A apresentação clínica pode não ocorrer até a gravidez ou trabalho de parto, quando o aumento da pressão intra-abdominal predispõe à herniação. Ao se avaliar um quadro de

obstrução intestinal, é importante atentar-se aos pacientes com historia de trauma, torção abdominal penetrante, pacientes com derrame pleural associado, sem cirurgias prévias ou hérnia de parede abdominal e pacientes jovens com obstrução colônica (PEREIRA JÚNIOR, 2001; KALIL et al., 2016).

Na idade adulta, como descrito neste relato de caso, as hérnias diafragmáticas podem apresentar sintomas do trato gastrointestinal que podem incluir dor abdominal intermitente, vômitos e disfagia. Os sintomas respiratórios normalmente incluem dor torácica e dispnéia. Os sintomas podem ser agudos ou de curso intermitente, a depender da extensão da herniação das vísceras abdominais para o tórax. Quadros agudos geralmente se devem ao encarceramento, obstrução ou estrangulamento das vísceras herniadas (BIANCHI, E. et al., 2013).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A hérnia diafragmática crônica, apesar de ser um quadro raro, tem sofrido aumento em sua incidência, pois lesões diafragmáticas isoladas geralmente permanecem assintomáticas e são diagnosticadas ocasionalmente em exames de imagem ou na vigência de complicações, como obstrução intestinal ou estrangulamento de vísceras ocas herniadas.

Apesar de se apresentar de forma inespecífica ou atípica em adultos, o diagnóstico precoce da hérnia diafragmática é fundamental para instituição de terapia cirúrgica precoce, uma vez que o tratamento cirúrgico reduz as chances do paciente apresentar complicações, propiciando assim maior qualidade de vida aos acometidos.

## REFERÊNCIAS

- Al-zayer, f.et al.. Congenital right diaphragmatic hernia in an adult. *J surg case rep.*, v. 12, n.1, p.1-3, 2019.
- Bianchi, e. Et al. Congenital asymptomatic diaphragmatic hernias in adults: a case series. **J med case rep**, v. 7, n.125, p. 1-8, 2013.
- Brungardt, j.g.; nix, q.a.; schropp, k.p. congenital diaphragmatic hernia: demographics and 30-day outcomes in adults. **The american surgeon**, v. 87, n.8, p. 1341-1346, 2021.
- Chatterjee d.; ing, r.j.; gien, j. Update on congenital diaphragmatic hernia. **Anesth analg**, v. 131, n. 3., p. 808-821, 2020.
- Hemanth rathod, r.; rajan, y.r.; potluri, v. Congenital right diaphragmatic hernia presenting in adult life: a rare case. **Cureus**, v. 14, n. 11, p. 1-5, 2022.
- Kalil, m. Et al. Hérnia diafragmática traumática: relato de dois casos com 20 e 52 anos de evolução. *Rev col bras cir.*, v. 2, p. 1-4, 2016.
- Kosiński, p.; wielgoś, m. Congenital diaphragmatic hernia: pathogenesis, prenatal diagnosis and management — literature review. **Ginekologia polska**, v. 88, n. 1, p. 24–30, 2017.
- Mammen, a.a.; daniel, c. Congenital diaphragmatic hernia in an adult patient. **Am j med**, v. 134, n. 1, p. 4-5, 2021.
- Pereira júnior, g.a. hérnia diafragmática traumática. *Rev col bras cir*, v. 28, n.5. P. 375-381, 2001.