

Abdome Agudo Obstrutivo por hérnia hiatal tipo IV – Um relato de caso**Obstructive acute abdomen for type IV hiatal hernia – A case report**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-311

Recebimento dos originais: 26/07/2020

Aceitação para publicação: 26/08/2020

Gabriela Ribeiro de Oliveira

Acadêmica do 6º ano de medicina, pela Instituição de ensino UNIFRAN - Universidade de Franca

Instituição: UNIFRAN - Universidade de Franca

Endereço: Avenida Dr. Armando de Sáles Oliveira, 201 - Santa Hilda, Franca/SP,

CEP: 14404-600

E-mail: gabrielarib@hotmail.com

Felipe Sant' Maria Naques

Acadêmico do 6º ano de medicina, pela Instituição de ensino UNIFRAN - Universidade de Franca

Instituição: UNIFRAN - Universidade de Franca

Endereço: Avenida Dr. Armando de Sáles Oliveira, 201 - Santa Hilda, Franca/SP,

CEP: 14404-600

E-mail: felipenaques@gmail.com

Vivian Zampieri de Souza

Acadêmica do 6º ano de medicina, pela Instituição de ensino UNIFRAN - Universidade de Franca

Instituição: UNIFRAN - Universidade de Franca

Endereço: Avenida Dr. Armando de Sáles Oliveira, 201 - Santa Hilda, Franca/SP,

CEP: 14404-600

E-mail: vivinhazs@hotmail.com

Rodolpho Cesar Oliveira Mellem Kairala

Médico Cirurgião Geral, pela Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca

Instituição: Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca

Endereço: Rua Dr. Júlio Cardoso, 1826 – Centro, Franca/SP,

CEP: 14400-730

E-mail: rodskairala@gmail.com

Maria Clara Nobrega Pereira

Médica Residente de Cirurgia Geral, pela Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca

Instituição: Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca

Endereço: Rua Dr. Júlio Cardoso, 1826 – Centro, Franca/SP,

CEP: 14400-730

E-mail: mclaranobrega@gmail.com

Rafael Muller

Médico Cirurgião do Trauma, pelo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

Instituição: Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

Endereço: Rua Ten. Catão Roxo, 3900 – Vila Monte Alegre, Ribeirão Preto/SP,

CEP: 14015-010

E-mail: rmuller@hcrp.usp.br

RESUMO

Objetivo: Relatar caso raro de paciente com abdome agudo obstrutivo portadora de hérnia hiatal tipo IV espontânea. **Relato de caso:** Idosa de 78 anos acamada e com múltiplas comorbidades, com história e exames sugestivos de abdome agudo obstrutivo, cuja laparotomia demonstrou hérnia hiatal de grande volume contendo porção do estômago e omento. **Conclusão:** Uma visão multidisciplinar da paciente teria aumentado o índice de suspeição para a patologia e propiciaria diagnóstico e tratamento precoces, visto a presença do quadro atípico de complicação da hérnia hiatal.

Palavras-chave: Abdome agudo obstrutivo, hérnia hiatal, hérnia hiatal espontânea.

ABSTRACT

Objective: To report a rare case of a patient with acute obstructive abdomen with a spontaneous type IV hiatal hernia. **Case report:** 78 year old woman bedridden and with multiple comorbidities, with a history and exams suggestive of acute obstructive abdomen, whose laparotomy demonstrated a large volume hiatal hernia containing a portion of the stomach and omentum. **Conclusion:** A multidisciplinary view of the patient would have increased the index of suspicion for the pathology and would provide early diagnosis and treatment, given the presence of the atypical picture of hiatal hernia complication.

Keywords: Acute obstructive abdomen, hiatal hernia, spontaneous hiatal hernia.

1 INTRODUÇÃO

A hérnia diafragmática ou hiatal é definida como sendo a protrusão do estômago (ou parte deste) para uma região acima do diafragma. Existem quatro tipos reconhecido de hérnia diafragmática (HD), são eles: hérnia por deslizamento ou tipo I ocorre quando a junção esôfago-gástrica (JEG) migra para cima do diafragma e o estômago permanece na sua posição anatômica longitudinal com seu fundo abaixo da JEG; na hérnia paraesofágica pura ou tipo II a JEG permanece na sua posição anatômica, mas parte do fundo gástrico hernia pelo hiato diafragmático adjacente ao esôfago; nas hérnias mistas ou tipo III ocorre a combinação dos tipos I e II, com a JEG e o fundo herniado pelo hiato, o fundo permanece acima da JEG; e as hérnias gigantes ou do tipo IV são caracterizadas pela presença de outras estruturas além do estômago no interior do saco hérniário. Três principais fatores podem ser responsabilizados pela ocorrência das HD na população em geral, como: o enfraquecimento dos ligamentos que unem a junção gastroesofágica com o diafragma, a contração longitudinal do esôfago e o aumento da pressão abdominal. Sendo assim a HD por deslizamento pode ser encontrada em até 15% da população geral e sua incidência aumenta com a idade e, aos 60 anos, chega a 60%. Outro fator que predispõe o desenvolvimento da HD é a obesidade e a gestação, fatores que aumentam a pressão abdominal (Townsend CM 2016; Goldman L e Schafer AL 2016).

A estrutura que com maior frequência hernia-se através do hiato esofágico é o fundo gástrico. Outras estruturas que podem ser encontradas no saco herniário incluem o baço, o cólon e o omento. Após episódios repetidos de entrada das vísceras no saco, podem ocorrer aderências entre a parede do saco e as estruturas, impedindo-as de retornar à sua posição na cavidade peritoneal (Townsend CM 2016). Quando se observa HD com outros órgãos herniados além do estômago, pode-se classificar a HD ou hérnia de hiato como gigante (Townsend CM 2016; Goldman L e Schafer AL 2016).

Ainda existe outro fator que diferencia as hérnias hiatais e que são de grande importância para o seu diagnóstico e tratamento, que seria a natureza da hérnia de hiato, podendo ser de causa traumática ou espontânea. Apenas alguns casos de ruptura de diafragma sem qualquer histórico de trauma foram registrados na literatura. A hérnia diafragmática adquirida espontaneamente é de maior importância porque o atraso no diagnóstico pode resultar em aumento da morbidade e mortalidade (Gupta S, et al 2011).

Além disso, existem diversas complicações decorrentes da evolução clínica do quadro e podem ser detectadas pela sintomatologia apresentada pelo paciente acometido. Os principais sintomas e sinais, detectados em pacientes com hérnia diafragmática encarcerada, são representados por: desconforto abdominal ou precordial pós-alimentares; sangramento gastrointestinal manifesto, às

vezes, oculto; dispnéia em menor percentagem de casos; podendo também ocorrer quadro de abdome obstrutivo secundariamente a volvo ou por volumosa passagem de estruturas intestinais para a cavidade torácica, sem volvo, porém com estagnação do trânsito intestinal (Llages CM, 1998).

Em relação ao diagnóstico da hérnia diafragmática (HD) pode-se levar em consideração o conjunto de sinais e sintomas atrelados a exames de imagem. Embora, várias técnicas possam ser usadas na imagem de HD, a seleção da técnica mais eficaz, porém menos invasiva, apresentará os achados mais precisos e facilitará seu manejo. A radiografia é a primeira técnica utilizada na HD, mesmo que seus achados sejam limitados. O ultrassom também se mostrou uma ferramenta útil, especialmente nos casos de HD traumática. A tomografia computadorizada (TC) é mais eficaz em muitos casos de HD, ela mostra os órgãos abdominais herniados juntamente com complicações, como estrangulamento intestinal, hemotórax e fraturas de costela. A ressonância magnética também pode ser uma escolha nos casos tardios de HD ou nos casos do diagnóstico ainda duvidoso (Eren S e Ciris F, 2005).

O tratamento será definido de acordo com o tipo de HD presente, a presença ou não de complicações e as condições clínicas do paciente. Os tipos que apresentam maior índice de complicações, são as do tipo 2 e as mistas, podem se encarcerar ou estrangular, sendo necessário tratamento cirúrgico imediato. Tanto a HD paraesofágica, a HD mista e HD gigante tem indicação cirúrgica, mesmo que assintomáticas, devido a elevada taxa de complicações. A abordagem cirúrgica é semelhante à adotada na doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), devendo-se ressaltar que o defeito herniário no hiato geralmente é maior, sendo necessária dissecação ampla e cuidadosa do saco herniário e dos pilares do diafragma, o que permite a redução do saco e o adequado fechamento do defeito herniário. A hérnia do tipo 1 só terá indicação cirúrgica quando há indicação de cirurgia pela DRGE (Townsend CM 2016; Goldman L e Schafer AL 2016).

O objetivo deste trabalho é relatar a ocorrência de um caso de abdome agudo obstrutivo em paciente com HD gigante espontânea prévia.

2 CASO CLÍNICO

A paciente M.C.B., 78 anos, sexo feminino; paciente acamada com diagnóstico prévio de esquizofrenia e doença de Parkinson, em uso de biperideno, fenobarbital, risperidona, ácido valproico, flunitrazepam; deu entrada na Santa Casa de Franca, a queixa, relatada pela acompanhante, era de vômitos incoercíveis de coloração escura e odor fétido, referia também parada da eliminação de flatos e fezes há dois dias, com necessidade de jejum e sonda nasogástrica. Além disso, foi relatada dor abdominal difusa e cefaleia pela paciente; a mesma encontrava-se acamada há cinco anos, e

apresentava o terceiro episódio de obstrução intestinal; realizado clister de 500ml no dia anterior no pronto socorro municipal de Franca/SP, sendo ineficaz. Foi relatada perda de peso nos últimos seis meses, não sabendo quantificar. Negava febre e negava alergias. A única cirurgia realizada pela paciente foi uma quadrantectomia há quatro anos.

Ao exame físico paciente estava em bom estado geral, anictérica, acianótica, afebril e confusa. Na exame do aparelho cardíaco e respiratório não foram encontradas alterações. O abdome era semi-globoso, ausência de cicatrizes ou lesões, com ruídos hidroaéreos hipoativos, apresentava som timpânico á percussão e dor a palpação profunda de fossa ilíaca esquerda; no toque retal havia presença de fezes líquidas em dedo de luva. Os exames laboratoriais de entrada sem alterações.

Os exames de entrada da paciente mostrava uma hemoglobina de 4,49g%, plaquetas de 289000 /mm³, hematócrito de 39,9%, leucócitos de 14900 /mm³, bastonetes de 5%, PCR de 10,3, potássio de 2,9mmol/l, sódio de 130mmol/l, uréia de 23mg/dl, creatinina 0,51mg/dl, CPK de 103U/l, CKMB 21, bilirrubinas totais de 0,5mg/dl, com direta de 0,2mg/dl e indireta de 0,3mg/dl; amilase de 40U/l, enzimas hepáticas e canaliculares com valores dentro dos limites da normalidade e exame de análise de urina sem alterações.

Fig. 1 – Radiografia em decúbito de abdome total mostrando imagem hipotransparente compatível com fecaloma em reto alto, sem ar na âmpola retal, ausência de níveis hidroaéreos.



A hipótese diagnóstica, após exames clínico, laboratoriais e de imagem foi de suboclusão intestinal por fecaloma devido ao achado na radiografia de abdome total de imagem hipotransparente compatível com fezes ressecadas em reto alto, além da paciente apresentar história de constipação intestinal crônica e fazer uso de medicações constipantes como, anticolinérgicos e antipsicóticos. A conduta foi iniciar medidas para tratar o quadro clínico, repetir exames laboratoriais e monitoramento da paciente intrahospitalar.

Após três dias de internação a paciente permaneceu sem melhora clínica satisfatória, apesar das medidas para fecaloma serem eficazes com paciente apresentando evacuações, a mesma persistia com dificuldade de alimentação por via oral ou por sonda de Dobbhoff devido a vômitos pós alimentares e distensão abdominal. Foi optado por realização de novo exame de imagem com maior acurácia, sendo feita uma tomografia computadorizada com contraste de abdome total e tórax que evidenciou hernia hiatal de grande volume, alças colônicas distendidas e parte do estômago no tórax. Submetida posteriormente a endoscopia digestiva alta onde foi visualizada grande hernia hiatal com migração do antro gástrico para o interior da hernia, gastrite de corpo com múltiplas úlceras planas e estase gástrica.

Fig. 2 - Tc de abdome total e tórax contrastada: estomago distendido com presença de herniação de hiato.



A paciente foi então colocada em programação cirúrgica, solicitado exames pré-operatórios e submetida a cirurgia de correção através da laparotomia exploratória (LE). Achados no procedimento cirúrgico: hérnia hiatal de grande volume (tipo IV) contendo porção do estomago e omento. Realizada

redução do conteúdo herniário com hiatoplastia e funduplicatura de Nissen, procedimento sem intercorrências. Paciente fez o primeiro pós operatório (PO) na UTI, mantido jejum após a cirurgia, sonda nasoentérica de drenagem, iniciado nutrição parenteral total e cefepime.

No nono dia de PO, a paciente recebeu alta hospitalar com orientação de manter dieta líquida por 21 dias, fisioterapia motora e respiratória. Permaneceu em seguimento no ambulatório de PO tendo boa evolução clínica cirúrgica, com dieta via oral e sem queixas; recebendo alta ambulatorial no quadragésimo quinto dia de PO.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e observacional de um caso clínico acompanhado por três alunos do 5º ano de medicina, durante o estágio de cirurgia do internato da faculdade de Medicina da Universidade de Franca (UNIFRAN), ocorrido no hospital Santa Casa de Franca, na cidade de Franca-SP.

4 DISCUSSÃO

As HD do tipo 1 apresentam comumente pirose e regurgitação, enquanto as do tipo 2 já são caracterizadas por distúrbios pós-prandiais, os quais são dor torácica, epigástrica, dispneia, náuseas e vômitos. Porém, apesar de raro, existe a possibilidade de abdome agudo obstrutivo devido a HD (Townsend CM 2016; Goldman L e Schafer AL 2016; Llages CM, et al 1998).

Assim, no caso a paciente apresentava o quadro atípico de HD, com obstruções intestinais, que no total foram três episódios, e que eram de grande prejuízo para a mesma, sendo necessárias internações para resolução da mesma. No entanto, durante a internação a boa evolução da paciente rapidamente afastou a necessidade de abordagem cirúrgica.

Sabe-se que HD com quadro clínico importante e prejuízo da qualidade de vida o tratamento é cirúrgico, não obstante, o custo *versus* benefício de uma cirurgia na paciente era questionável, devido sua idade e comorbidades, sendo então optado por medidas laxativas que melhoraram o quadro momentaneamente (Townsend CM 2016).

Atentar-se aos sinais e sintomas atípicos, que levaram a um primeiro momento ao diagnóstico de abdome agudo obstrutivo, porém mesmo com as medidas laxativas e suporte necessário para obstrução intestinal, devido fecaloma, não houve melhora significativa do quadro, necessitando assim, de maiores investigações; nas quais através da TC, foi descoberto a hérnia diafragmática tipo 2.

Desse modo, devemos nos atentar a todos os tipos de sintomas apresentados, pois nem sempre o quadro do paciente será o clássico descrito nos livros, quadros atípicos como esse só são diagnosticados se pensarmos na possibilidade deles existirem. Apesar de a paciente ser idosa e apresentar diversas comorbidades que a princípio levaram a condução do caso de maneira conservadora, com o novo diagnóstico a cirurgia se fez necessária e a paciente progrediu com boa evolução e rápida melhora.

Os casos de ruptura diafragmática sem traumas prévios são raros, por isso são difíceis de serem diagnosticados. Porém, seu tratamento é o mesmo dos que tiveram um trauma originando-a. Assim, a funduplicatura, tem por objetivo evitar novos deslizamentos do estômago para dentro do tórax, ocasionando os mais diversos sintomas.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo evidencia a importância do conhecimento do quadro clínico atípico das HD, apontando abdome agudo obstrutivo como um dos mais importantes. Além de mostrar aspectos gerais para guiar o tratamento, sendo o cirúrgico o escolhido, devido ao custo *versus* benefício da paciente, apesar das importantes comorbidades e idade avançada da mesma. Por fim, vê-se a necessidade da investigação minuciosa, que leva a diagnósticos improváveis, até mesmo inesperados, uma vez que a grande maioria dos casos de hérnia diafragmática são oriundos de traumas de alto impacto e cursam com sintomatologias antagônicas as apresentadas pela paciente citada no caso.

O quadro da paciente abordada era típico de um abdome agudo obstrutivo e os casos dessa patologia cursam geralmente com sintomas de epigastralgia, DRGE, empachamento, náusea e vômitos. Desse modo, pensar fora do óbvio auxilia na busca do diagnóstico correto e tratamento eficaz para o seu paciente.

Devemos tratar cada paciente como uma entidade única, repleto de interações orgânicas e com o meio, apresentando não apenas uma patologia, mas um contexto em que está inserido; cada um apresenta sintomas de uma forma subjetiva, veem a sua dor de uma maneira, têm outras comorbidades que podem facilitar ou dificultar o tratamento. Portanto, entender isso e fazer o melhor por cada indivíduo, tratando como um ser completo, que apresenta respostas ao tratamento proposto, fará com que busquemos sempre o melhor pelos nossos pacientes.

Percebendo que a resposta ao tratamento conservador ao fecaloma não apresentou a evolução esperada, fez com que buscássemos por outro diagnóstico, por algo que não explicasse a total melhora do paciente ao tratamento proposto. E por mais improvável que fosse, sem história de trauma prévio e sem sintomas típicos, encontrou-se uma hérnia diafragmática em uma paciente idosa. Conclui-se

por fim, que para diagnosticar patologias improváveis, a ampliação de hipóteses diagnósticas durante o raciocínio clínico se faz extremamente necessária para que todas as possibilidades possam ser avaliadas e um diagnóstico preciso possa ser definido.

REFERÊNCIAS

- TOWNSEND C.M., et al. Sabiston Textbook of Surgery. 20th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2016.
- GOLDMAN L., et al. Goldman's Cecil Medicine. 25th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2016.
- SILVA C.C.F.C., et al. Hérnia Interna: Um Abdome Agudo Obstrutivo. Brazilian Journal of health Review – jul-agost de 2020; 9969
- GUPTA S., et al. Rare Presentation of Spontaneous Acquired Diaphragmatic Hérnia. Indian J Chest Dis Allied Sci. 2011 Apr-Jun;53(2):117-9.
- EREN S., et al. Diaphragmatic hernia: diagnostic approaches with review of the literature. Eur J Radiol. 2005 Jun;54(3):448-59.
- LLARGES C.M., et al. Hérnia diafragmática encarcerada com boa evolução após duas intervenções cirúrgicas: relato de caso. J Pneumol 24(1) – jan-fev de 1998.
- BLITZ M., et al. Chronic traumatic diaphragmatic hernia. Thorac Surg Clin. 2009;19(4):491-500.
- RASHID F., et al. A review on delayed presentation of diaphragmatic rupture. World J Emerg Surg. 2009;4:32.
- KUMAR S., et al. An undiagnosed left sided traumatic diaphragmatic hernia presenting as small intestinal strangulation: a case report. Int J Surg Case Rep. 2013;4(5):446-8.
- DODDS W.J. Esophagus and esophagogastric region. in: MARGULIS A.R, BURHENNE H.J, Alimentary tract radiology. 3rd ed. CV Mosby, St. Louis 1983: 529-603.
- BALL T., et al. Traumatic diaphragmatic hernia: errors in diagnosis. *Am J Roentgenol*. 1982; 138: 633-637.
- DEMOS T.C., et al. Computed Tomography in Traumatic Defects of the Diaphragm. Clinical Imaging 1989;13:62-7.
- KAPUR B., et al. Adult Bochdalek Hernia - Clinical Features, Management and Results of Treatment. Japanese Journal of Surgery 1991;21:114-9.