

## Hérnia diafragmática congênita: Um relato de caso

### Congenital diaphragmatic hernia: A case report

DOI:10.34119/bjhrv4n5-007

Recebimento dos originais: 05/08/2021

Aceitação para publicação: 01/09/2021

#### **Maria Eduarda Fraga Nogueira**

Acadêmico de Medicina

Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC

Rua Germano Naumann Filho, 381, Centro, Colatina –ES.

E-mail: Nogueira.maria@outlook.com

#### **Felippe Jarjura Monardi Loureiro**

Acadêmico de Medicina

Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC

Praça Terencio Hercules de Menezes, nº 2 Honório Fraga, Colatina – ES.

E-mail: felippejarjura@hotmail.com

#### **Karoline Capelini Barbosa**

Acadêmico de Medicina

Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC

Rua Fioravante Rossi, 2398, Condomínio Cecília Nitz, Honório Fraga, Colatina –ES.

E-mail: Karolcb2203@hotmail.com

#### **Wagner Santos da Silva**

Médico Cirurgião Torácico

Hospital e Maternidade São José

Ladeira Cristo Rei, 514 - Perpétuo Socorro, Colatina – ES.

E-mail: wagnertorax@gmail.com

#### **Lívia Herudina Pontara de Vasconcelos**

Médica e Mestre em Ciências da Saúde

Residência de cirurgia geral do Hospital e Maternidade São José

Avenida Fioravante Rossi 2929, Honório Fraga, Colatina – ES.

E-mail: Liviaherudina@gmail.com

#### **Luísa Thom Ribeiro**

Médica

Residência de cirurgia geral do Hospital e Maternidade São José

Ladeira Cristo Rei, 514 - Perpétuo Socorro, Colatina – ES.

E-mail: Luisa-thom@hotmail.com

### **RESUMO**

Objetivo: Esse trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma paciente de 75 anos portadora de hérnia diafragmática congênita diagnosticada e tratada no serviço de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade São José e mostrar sua evolução até o momento.

Relato de Caso: Paciente feminina, 75 anos, foi admitida em unidade hospitalar de Pronto-socorro na cidade de Colatina (ES), com queixa principal de dispneia importante e considerável esforço respiratório com progressão de sintomas há dois meses. À anamnese, a mesma referia dor epigástrica após alimentação e vários episódios de vômitos com aspecto turvo. Nega cirurgias prévias, tabagismo e etilismo, mas relata história patológica de hipertensão arterial sistêmica. Ao exame físico, a paciente estava em regular estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, acianótica, anictérica e hipocorada. Em ausculta pulmonar apresentava murmúrio vesicular diminuído, frequência respiratória de 26 irpm, taquipneica e saturando 88% em ar ambiente. Ausculta cardíaca sem alterações relevantes, frequência cardíaca de 110 bpm, PA de 150/90 mmHg. Abdome apresentava-se flácido, globoso, sem massas ou visceromegalias e doloroso a palpação profunda. A tomografia computadorizada evidenciou volumosa hérnia diafragmática esquerda com sinais de rotação gastroduodenal e deslocamento superior da câmara gástrica. Apresentando calcificações ateromatosas aorto ilíacas. Foi realizada endoscopia digestiva alta, que revelou esofagite de estase erosiva grau D de Los Angeles, com estômago e duodeno muito prejudicados devido a presença da estase gástrica. Assim, foi realizado procedimento corretivo tanto por via torácica quanto por via abdominal. A cirurgia foi feita com anestesia geral e incisão intercostal à esquerda e abertura até a cavidade torácica, seguida de abertura do saco herniário. A lesão em diafragma foi corrigida em suturas contínuas com polipropileno monofilamentar em chuleio simples, seguida de drenagem fechada de tórax à esquerda. Ao pós-operatório imediato em UTI, a paciente apresentou complicações como pneumonia broncoaspirativa e injúria renal aguda, em que ambos os quadros foram revertidos posteriormente, apresentando evolução satisfatória. Desde a cirurgia, a paciente mantém seguimento regular, sem queixas de dor no local da ferida operatória.

**Palavras-chave:** hérnia diafragmática, hérnia congênita, cirurgia geral.

## ABSTRACT

**Objective:** This paper aims to report the case of a 75 year old patient with congenital diaphragmatic hernia diagnosed and treated at the General Surgery Service of Hospital e Maternidade São José and show its evolution so far. **Case Report:** A 75 year old female patient was admitted to a hospital emergency unit in the city of Colatina (ES), with the main complaint of significant dyspnea and considerable respiratory effort with progression of symptoms for two months. During anamnesis, she reported epigastric pain after eating and several episodes of vomiting with a cloudy aspect. She denied previous surgeries, smoking, and alcoholism, but reported a pathologic history of systemic arterial hypertension. On physical examination, the patient was in a regular general state, lucid and oriented in time and space, acyanotic, anicteric, and pale in color. Pulmonary auscultation revealed a diminished vesicular murmur, respiratory rate of 26 bpm, tachypnea, and 88% saturation on room air. Cardiac auscultation without relevant changes, heart rate of 110 bpm, BP of 150/90 mmHg. The abdomen was flaccid, globous, without masses or visceromegaly and painful on deep palpation. Computed tomography showed a large left diaphragmatic hernia with signs of gastroduodenal rotation and superior displacement of the gastric chamber. Presenting aorto iliac atheromatous calcifications. Upper digestive endoscopy was performed, which revealed Los Angeles grade D erosive stasis esophagitis, with a severely impaired stomach and duodenum due to the presence of gastric stasis. Thus, a corrective procedure was performed both thoracically and abdominally. The surgery was done under general anesthesia with a left intercostal incision and opening to the thoracic cavity, followed by opening of the hernial

sac. The diaphragm injury was corrected in continuous sutures with monofilament polypropylene in single chuleio, followed by closed drainage of the chest to the left. In the immediate postoperative period in the ICU, the patient presented complications such as bronchoaspiratory pneumonia and acute renal injury, both of which were later reverted, presenting satisfactory evolution. Since the surgery, the patient maintains regular follow-up, with no complaints of pain at the site of the surgical wound.

**Keywords:** diaphragmatic hernia, congenital hernia, general surgery.

## 1 INTRODUÇÃO

As hérnias diafragmáticas congênitas (HDC) ocorrem em um a cada 2200 nascidos vivos e correspondem a 8% de todas as anormalidades congênitas. Uma hérnia diafragmática pode ser congênita ou secundária a traumas. A hérnia congênita se desenvolve através do forame de Bochdalek, que resulta do fechamento incompleto de membrana pleuroperitoneal na porção póstero-lateral do diafragma. É raro em adultos e mais comumente relatado no lado esquerdo do diafragma, pois acredita-se que o fígado pode exercer fator de proteção no lado direito. O tamanho pode ser pequeno o suficiente para conter gordura retro peritoneal ou grande o suficiente para permitir a projeção dos órgãos intra-abdominais no tórax, criando um efeito de massa que impede o desenvolvimento normal do pulmão. Nesse sentido, as hérnias diafragmáticas geralmente apresentam sintomas respiratórios, como a dispneia, enquanto que na infância pode causar hipoplasia pulmonar quase letal e deformidades cardíacas. No entanto, alguns pacientes permanecem assintomáticos até ficarem mais velhos.

## 2 OBJETIVO

Relatar o caso de uma paciente de 75 anos portadora de hérnia diafragmática congênita diagnosticada e tratada no serviço de Cirurgia Geral Hospital e Maternidade São José e mostrar sua evolução até o momento.

## 3 METODOLOGIA

Análise da história clínica e cirúrgica de uma paciente portadora de hérnia diafragmática congênita, além de revisão retrospectiva de seu prontuário.

## 4 RESULTADOS EDISCUSSÃO

Paciente feminina, 75 anos, parda, viúva, natural e procedente de Mantenópolis (ES) foi admitida em unidade hospitalar de Pronto-socorro na cidade de Colatina (ES),

com queixa principal de dispneia importante e considerável esforço respiratório com progressão de sintomas há 2 meses. A anamnese, a mesma referia dor epigástrica após alimentação e vários episódios de vômitos com aspecto turvo. Nega cirurgias prévias, tabagismo e etilismo, mas relata história patológica de hipertensão arterial sistêmica.

Ao exame físico, a paciente estava em regular estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, acianótica, anictérica e hipocorada. Em ausculta pulmonar apresentava murmúrio vesicular diminuído, frequência respiratória de 26 irpm, taquipneica e saturando 88% em ar ambiente. Ausculta cardíaca sem alterações relevantes, frequência cardíaca de 110 bpm, PA de 150/90 mmHg. Abdome apresentava-se flácido, globoso, sem massas ou visceromegalias e doloroso a palpação profunda.

A tomografia computadorizada evidenciou volumosa hérnia diafragmática esquerda com sinais de rotação gastroduodenal e deslocamento superior da câmara gástrica. Apresentando calcificações ateromatosas aorto ilíacas. Foi realizada endoscopia digestiva alta, que revelou esofagite de estase erosiva grau D de Los Angeles, com estômago e duodeno muito prejudicados devido a presença da estase gástrica.

Assim, foi realizado procedimento corretivo tanto por via torácica quanto por via abdominal. A cirurgia foi feita com anestesia geral e incisão intercostal à esquerda e abertura até a cavidade torácica, seguida de abertura do saco herniário. A lesão em diafragma foi corrigida em suturas contínuas com polipropileno monofilamentar em chuleio simples, seguida de drenagem fechada de tórax à esquerda.

Ao pós-operatório imediato em UTI, a paciente apresentou complicações como pneumonia broncoaspirativa e injúria renal aguda, em que ambos os quadros foram revertidos posteriormente, apresentando evolução satisfatória. Desde a cirurgia, a paciente mantém seguimento regular, sem queixas de dor no local da ferida operatória.

## 5 CONCLUSÃO

O reparo cirúrgico da hérnia diafragmática pode ser realizado por acesso abdominal, torácico ou por ambos. No caso em questão, as duas vias se somaram para permitir a adequada segurança ao procedimento. O principal exame complementar para avaliação da hérnia congênita é a tomografia computadorizada de tórax e abdome, pois consegue visualizar as alças intestinais e permite melhor planejamento cirúrgico para o caso.

## REFERÊNCIAS

1. AYANE G, et al. Right congenital diaphragmatic hernia associated with abnormality of the liver in adult: case report. *Pan African American Journal*, 2017; 28.
2. CARMO R, et al. Prognostic factors of death in children during the first year of life due to congenital diaphragmatic hernia: analysis of a hospital cohort from 2005 to 2015. *Jornal de Pediatria*, 2020; 96.
3. XIA B, et al. Congenital diaphragmatic hernia in association with congenital short esophagus. *Medicine*, 2017; 96:51.