




CAPÍTULO 5

Hérnia diafragmática traumática com herniação do rim esquerdo em paciente adulto assintomático: Relato de caso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.632132504115>

João Pedro Schmidt de Siqueira

Luísa Fernandes Schenato

Letícia Corso de Melo

Marina Tayz Martinez

Fabício Grenteski

Carlos Roberto Naufel Junior

RESUMO: As hérnias diafragmáticas adquiridas (HDA) são patologias raras, com incidência variando de 0,8% a 3,6% nos casos de trauma abdominal. Geralmente associadas a traumas contusos ou penetrantes, representam um marcador de gravidade quando acompanhadas de lesões abdominais ou torácicas. A HDA pode permanecer assintomática por longos períodos, sendo diagnosticada tardiamente. O tratamento preconizado é a correção cirúrgica, realizada por via aberta ou minimamente invasiva, a depender do quadro clínico. O presente relato descreve um caso raro de HDA com herniação intratorácica do rim esquerdo, uma apresentação atípica pouco documentada na literatura. A paciente permaneceu assintomática por 10 anos após um trauma abdominal contuso, sendo diagnosticada em fase latente e submetida a tratamento cirúrgico com evolução favorável. A relevância deste caso reside na raridade da herniação renal intratorácica e na importância do diagnóstico precoce, pois a ausência de sintomas pode retardar a intervenção, aumentando o risco de complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Hérnia Diafragmática; Trauma; Rim; Cirurgia; Relato de Caso.

INTRODUÇÃO

As hérnias diafragmáticas são caracterizadas pela herniação de vísceras abdominais para a cavidade torácica através de um defeito no diafragma¹. A hérnia diafragmática pode ser dividida quanto a sua etiologia em hérnia diafragmática adquirida (HDA) ou hérnia diafragmática congênita (HDC)^{1,2}.

A HDA é uma patologia rara, sendo a etiologia mais comum, o trauma com ruptura diafragmática^{1,2}. Entretanto, a hérnia diafragmática não estará obrigatoriamente presente nos casos de ruptura diafragmática, estudos revelaram que a HDA estava presente em 47% dos casos em que havia ruptura diafragmática¹.

Dados de uma revisão de literatura que incluiu mais de 50.000 pacientes com trauma abdominal, revelaram uma incidência de 3% de HDA neste grupo³. Outros estudos revelam uma incidência que pode variar de 0,8% a 3,6% dos casos de trauma abdominal¹.

A fisiopatologia da HDA envolve um aumento da pressão da cavidade abdominal ou uma lesão direta com perda da contiguidade do diafragma^{1,2}. Portanto a HDA geralmente é associada a um evento traumático contuso ou penetrante em tórax ou abdome¹. Cerca de 86% dos casos estão relacionados a lesões abdominais ou torácicas complicadas como lesões esplênicas ou pulmonares¹. As lesões associadas são o principal marcador de mau prognóstico nos casos de hérnia diafragmática².

O conteúdo herniado varia, mas a grande maioria dos relatos retrata herniação do estômago, intestino delgado, mesentério, baço e pâncreas, havendo poucos relatos com a presença do rim na cavidade torácica^{1,4}.

O presente trabalho visa apresentar um caso de hérnia diafragmática com herniação do rim esquerdo para a cavidade torácica em paciente adulto assintomático.

RELATO DE CASO

Paciente, 34 anos, feminino, previamente hígida, sofreu trauma moto x auto em 2013, no qual estava na garupa da moto e foi ejetada. Foi levada ao atendimento de urgência, entretanto a paciente se apresentava estável hemodinamicamente e sem queixas respiratórias. Devido a cinética do trauma de alta energia, foram realizados exames de imagem, que identificaram uma hérnia diafragmática, sem outras lesões viscerais associadas. Na ocasião, não foram realizadas outras investigações ou medidas terapêuticas.

A paciente se manteve assintomática por aproximadamente 10 anos após o trauma, quando buscou atendimento ambulatorial neste serviço. Queixava-se de dores esporádicas em hemitórax e hipocôndrio à esquerda que irradiavam para o

dorso piores aos esforços, associada a náuseas, vômitos e dispneia. No exame físico, apresentava ausculta cardíaca sem alterações, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente bilateralmente, diminuído em base à esquerda, sem ruídos adventícios e abdome flácido e indolor à palpação.

Para melhor investigação diagnóstica, foram realizadas tomografia de tórax e abdome, as quais evidenciaram granulomas calcificados em lobos superior e médio do pulmão esquerdo e protusão do rim esquerdo através de hérnia do diafragma posterior esquerdo, apresentando dimensões e espessura parenquimatosa dentro da normalidade, exibindo realce satisfatório por meio do contraste, sem herniações de outras estruturas abdominais.

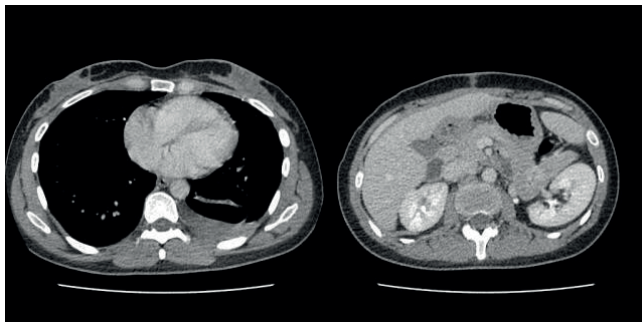


Imagem de TC pré-operatória, evidenciando a presença do rim esquerdo intratorácico. Fonte: o autor

IMAGEM 1 - TOMOGRAFIA PRÉ-OPERATÓRIA.

Foi indicado tratamento cirúrgico eletivo para correção da hérnia, precedido por avaliação anestesiológica. O procedimento foi realizado por via abdominal, com incisão transversa supra-umbilical esquerda, identificando-se hérnia diafragmática com rebordo anterior e posterior. O rim esquerdo foi reduzido à cavidade peritoneal, e o defeito diafragmático foi fechado com sutura absorvível 1-0. A aponeurose foi suturada com fio absorvível 1-0 e o fechamento foi feito por planos com fio absorvível 3-0.

No pós-operatório tardio, a paciente apresentou dor, dispneia aos mínimos esforços, tosse e febre, com dessaturação para 91%. Tomografia de tórax revelou derrame pleural à esquerda e atelectasia na língua e lobo inferior esquerdo. Foi realizada toracocentese diagnóstica e terapêutica, drenando 710 mL de líquido pleural sero- hemático, caracterizado como exsudato não complicado. Após o tratamento, houve resolução completa dos sintomas, sem outras complicações.



TC de controle pós-operatório, evidenciando realocação do rim fora da cavidade torácica e derrame pleural ao lado esquerdo.

IMAGEM 2 - TOMOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA.

Fonte: o autor

DISCUSSÃO

A Hérnia Diafragmática Adquirida (HDA) ocorre predominantemente secundária a traumas^{1,2}. As lesões isoladas do diafragma são raras, com até 86% dos casos apresentando lesões associadas². O baço é a víscera intra-abdominal mais comumente lesada, enquanto o pulmão representa o principal órgão extra-abdominal acometido¹. A lateralidade esquerda é predominante (50 a 80% dos casos), possivelmente pela ausência de proteção hepática e maior fragilidade da região costolombar^{1,4}. Dentre os órgãos mais frequentemente herniados estão estômago, intestino delgado, baço e pâncreas¹. O achado de rim intratorácico é extremamente raro e pode ser observado em três contextos: hérnia diafragmática congênita, hérnia diafragmática traumática ou rim ectópico congênito⁵.

O diagnóstico da hérnia diafragmática adquirida (HDA) baseia-se na correlação entre clínica, história de trauma e exames de imagem^{1,2,5}. A TC de tórax e abdômen é o método de escolha por sua menor invasividade e alta acurácia, sendo fundamental para o diagnóstico e definição da conduta².

O tratamento da hérnia diafragmática adquirida é cirúrgico, mesmo em casos assintomáticos, devido ao risco de complicações como encarceramento e estrangulamento de vísceras^{1,2}. Após a redução das vísceras intratorácicas, a correção do defeito diafragmático é, em geral, realizada por sutura primária em duas camadas com fios inabsorvíveis 2-0 ou 1-0². O uso de telas para reforço apresenta indicações variáveis, sendo geralmente reservado para casos em que a sutura primária resulta em tensão elevada, o que poderia predispor à deiscência e recidiva².

Assim como em qualquer procedimento cirúrgico, a correção diafragmática pode estar associada a complicações pós-operatórias². Dentre as principais, destacam-se atelectasia, derrame pleural, infecção, sangramento, insuficiência respiratória, íleo paralítico, refluxo gastroesofágico, dor crônica, recorrência da hérnia e lesão cardíaca².

A presença de rim intratorácico em hérnia diafragmática traumática, diagnosticada tardiamente após longo período assintomático, desperta dúvidas sobre a importância dos exames de imagem na detecção precoce, qual o momento mais adequado para intervenção cirúrgica em pacientes assintomáticos e o real risco de complicações neste grupo.

REFERÊNCIAS

1. Spellar K, Lotfollahzadeh S, Gupta N. Diaphragmatic hernia [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.
2. Giuffrida M, Perrone G, Abu-Zidan F, Agnoletti V, Ansaloni L, Baiocchi GL, et al. Management of complicated diaphragmatic hernia in the acute setting: a WSES position paper. *World J Emerg Surg.* 2023 Jul 26;18(1):43. doi: 10.1186/s13017-023-00510-x. PMID: 37496073; PMCID: PMC10373334.
3. Petrone P, Asensio JA, Marini CP. Diaphragmatic injuries and post-traumatic diaphragmatic hernias. *Curr Probl Surg.* 2017;54(1):11-32. doi: 10.1067/j.cpsurg.2016.11.001.
4. González-Cantú CM, Marcos-Ramírez ER, Gómez-Padilla D, Palacios-Luna FJ, Saldívar-Reyes DA, Muñoz-Maldonado GE. Traumatic rupture of diaphragm with splenic herniation: an unusual cause of hemothorax. *Cir Cir.* 2021;89(S1):82-6. doi: 10.24875/CIRU.20001304. PMID: 34762638.
5. Dwari AK, Mandal A, Das SK, Sarkar S. Delayed presentation of traumatic diaphragmatic rupture with herniation of the left kidney and bowel loops. *Case Rep Pulmonol.* 2013;2013:814632. doi: 10.1155/2013/814632. PMID: 23956912; PMCID: PMC3728532.