Hérnia diafragmática congênita simulando tumor de cólon em paciente adulto jovem

Congenital diaphragmatic hernia simulating a colon tumor in young adult patient

SINOPSE

Os autores apresentam um caso de hérnia diafragmática congênita diagnosticada em paciente adulto jovem durante transoperatório de laparotomia exploradora. Esta, realizada visando a esclarecer quadro clínico sugestivo de obstrução colônica por etiologia neoplásica. É apresentada, ainda, uma revisão sobre o tópico, avaliando-se as semelhanças entre o caso em questão e as informações de literatura.

UNITERMOS: Hérnia Diafragmática Congênita, Obstrução Colônica, Neoplasia Colônica.

ABSTRACT

The authors present a case of congenital diaphragmatic hernia diagnosed in a young adult patient during exploratory laparotomy. Surgery was performed to elucidate clinical findings sugestive of large bowel obstruction due to colonic neoplasia. It Is still presented a review about this subject, evaluating the similarities between the case and the literature informations.

KEY WORDS: *Congenital Diaphragmatic Hernia, Colonic Obstruction, Colonic Neoplasm.*

INTRODUÇÃO

As hérnias diafragmáticas congênitas (HDC) acometem de 1:1200 a 1:12000 dos nascimentos (1), sendo responsáveis por grande parte dos casos de hipoplasia pulmonar. São diagnosticadas, usualmente, nas primeiras 24 horas de vida, devido à grande disfunção respiratória conseqüente (1, 2). As hérnias mais comuns são a de Bochdalek (póstero-lateral) e a de Morgani (anterior), causadas pelo desenvolvimento embriológico inadequado do diafragma, incluindo o septo transverso (1).Uma vasta gama de complicações relacionadas à hérnia têm sido reportadas, incluindo migração do estômago, intestinos, vesícula biliar, fígado e baço (3). Apresentações tardias de HDC são extremamente raras, ocorrendo à esquerda em 88 a 97% dos casos (5). São usualmente assintomáticas quando diagnosticadas no adulto, sendo elemento de achado casual em radiograma de tórax realizado por outro motivo.

A apresentação clínica inclui disfunção respiratória, cardíaca e, menos freqüentemente, comprometimento intestinal, em neonatos (3).

O reparo do defeito diafragmático de achado tardio é, em geral, eletivo, sendo realizado através de rafia simples ou colocação de prótese (2).

Dada a raridade de acometimento da patologia, e, ainda, da ausência de achados clínicos em adultos, na maioria dos casos, é que se justifica a apresentação de tal relato, procurando alertar o médico generalista para inclusão da mesma em seu diagnóstico diferencial de oclusão ou suboclusão intestinal em paciente adulto jovem, fora da faixa hetária predominante de neoplasia.

HAMILTON PETRY DE SOUZA – Professor Adjunto e Coordenador do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da PUCRS. Chefe do Serviço de Cirurgia do Hospital São Lucas – PUCRS. Chefe do programa de Residência em Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital São Lucas – PUCRS. Chefe da Residência em Cirurgia Geral e do Trauma – Hospital de Pronto Socorro – Porto Alegre. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (TCBC). Fellow American College of Surgeons (FACS).
RICARDO BREIGEIRON – Cirurgião Geral e do Trauma. Especialista em Cirurgia pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (TCBC). Cirurgião do Hospital São Lucas – PUCRS.
JÉFERSON KRAWCYK DE OLIVEIRA – Residente de Cirurgia Geral do Hospital São Lucas – PUCRS.
JERÔNIMO DE ORTIZ TATIM – Residente de Cirurgia Geral do Hospital São Lucas – PUCRS.
LAURENCE BEDIN DA COSTA – Residente de Cirurgia Geral do Hospital São Lucas – PUCRS.

Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da PUCRS – Hospital São Lucas – PUCRS.

✉ Endereço para correspondência:
Dr. Jéferson Oliveira
Av. Ipiranga, 6690 – sala 220
90610-000 Porto Alegre, RS – Brasil
Fone: (51) 3320 3000 / Ramal 2267
jeferson@via-rs.net

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 25 anos, internou-se na enfermaria cirúrgica do Hospital São Lucas com quadro clínico de dor abdominal em cólica, predominando em epigástrio e hipocôndrio esquerdo, com dois anos de evolução, que piorava com as alimentações. Os quadros dolorosos eram acompanhados de vômitos de conteúdo alimentar e apresentavam remissão parcial com uso de antiespasmódicos.

Durante o mesmo período, percebeu alteração de seu hábito intestinal, com constipação progressiva, além de perda ponderal de aproximadamente 25 kg. Havia sido atendida em várias emergências com quadros dolorosos,

tendo sido aventada a possibilidade de neoplasia de cólon. Ao exame físico apresentava abdômen flácido, ausência de massas ou "megalias" e ruídos hidroaéreos normais. A ausculta cardíaca era absolutamente normal. A ausculta pulmonar não apresentava ruídos hidroaéreos ou diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. O hemitórax direito era normal. O exame ginecológico e o toque retal eram normais. Os exames laboratoriais eram normais com Htc de 36% e Hb de 12,6 g/dl, bem como o leucograma. A paciente foi submetida a exames de imagem, iniciando-se com radiograma de tórax simples, que foi laudado como normal (Figura 1). Havia realizado enema opaco ambulatorial (Figura 2), que mostrava "obstrução intestinal em nível de flexura esplênica, com dilatação à montante e ausência de haustrações à jusante, com etiologia a esclarecer". Foi submetida, então, a exame endoscópico do cólon, que mostrou "grande reação inflamatória em flexura esplênica do cólon, não sendo possível progressão do aparelho, sendo reforçada a idéia de neoplasia colônica. Para fins de estadiamento, foi realizada tomografia computadorizada de tórax e abdômen (Figura 3), que evidenciou "provável conteúdo intestinal em hemitórax esquerdo". Procedeu-se, então, a laparotomia eletiva, com abordagem supra-umbilical mediana. O defeito de fechamento diafragmático foi reconhecido (Figura 4), tendo sido retirado o angulo esplênico do cólon da cavidade pleural esquerda. Não foi evidenciada presença do baço, pâncreas ou qualquer outra estrutura fazendo parte do defeito no músculo diafragmático. Este último foi fechado com fio inabsorvível em plano único com pontos separados (Figura 5), não sendo verificada a presença de saco herniário.

A paciente recebeu alta hospitalar no quinto dia de pós-operatório, permanecendo assintomática nas revisões de rotina.

O radiograma de tórax foi revisado pelo serviço de radiologia, sendo percebida uma pequena imagem supraplleural esquerda, que poderia estar em acordo com os achados do transoperatório.

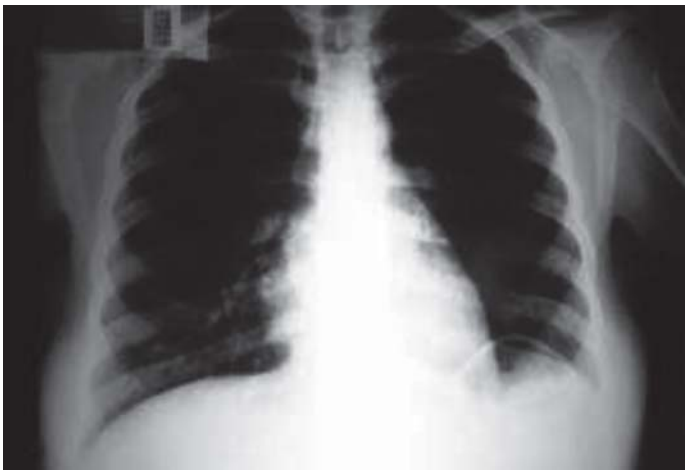


Figura 1 – Radiograma de tórax.



Figura 2 – Enema opaco sugerindo obstrução.

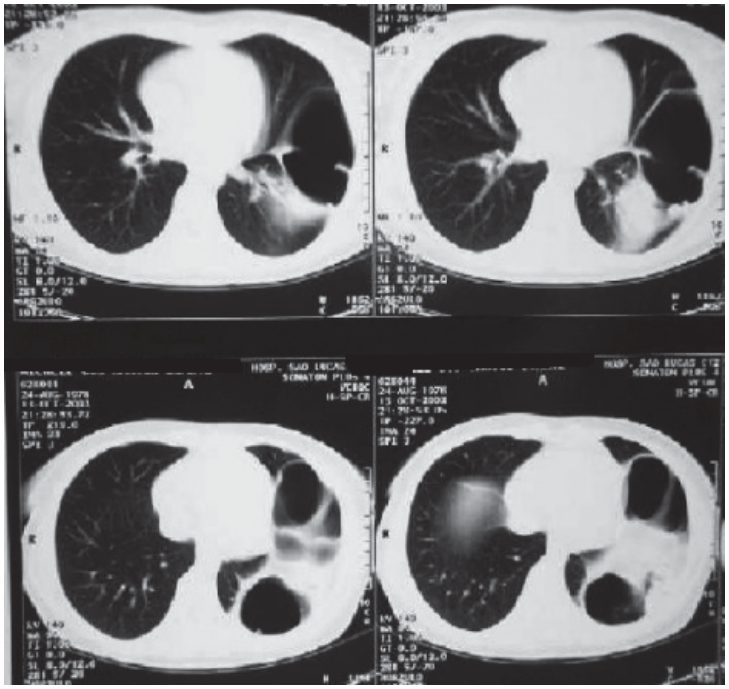


Figura 3 – TC de tórax com coteúdo intestinal em hemitórax esquerdo.

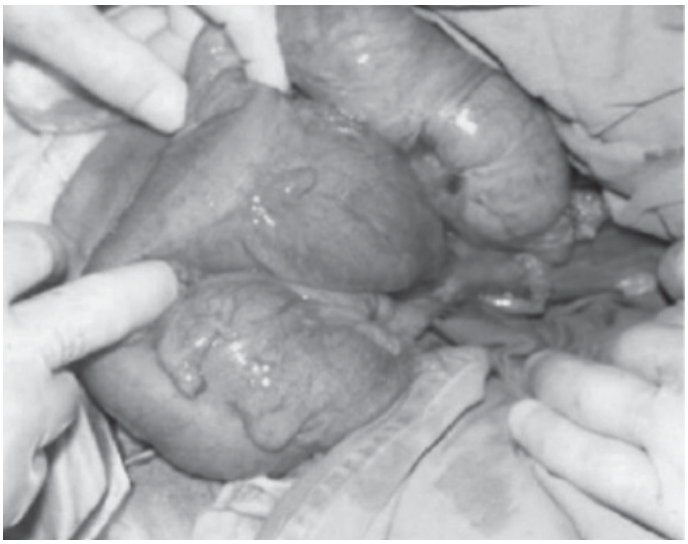


Figura 4 – Conteúdo herniário do hemitórax esquerdo.

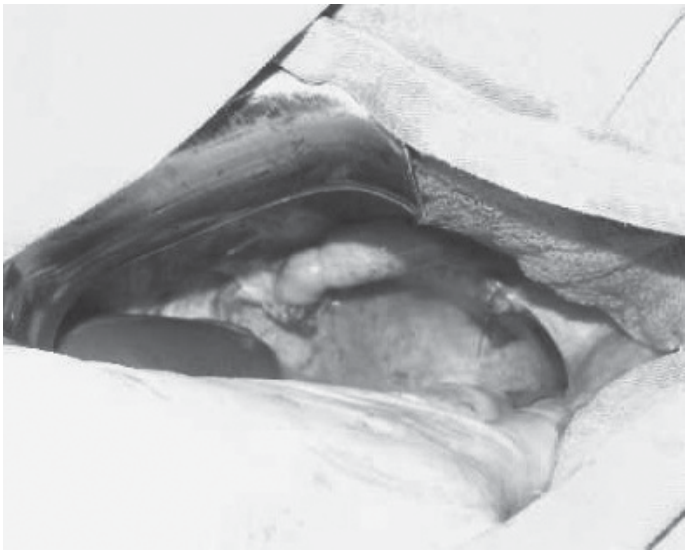


Figura 5 – Fechamento diafragmático.

DISCUSSÃO

As hérnias diafragmáticas congênitas ocorrem por um defeito de fechamento do septo transverso, que ocorre usualmente na oitava semana de gestação (1). Usualmente, são logo sintomáticas devido à hipoplasia pulmonar secundária ao déficit de desenvolvimento do mesmo, causando grande disfunção respiratória em recém-nascidos (1). As hérnias de Bochdalek são as mais comuns, correspondendo a aproximadamente 90% das mesmas (2). Ocorrem por herniação de conteúdo abdominal pelo forâmen de mesmo nome, localizado em nível da 11ª costela e, usualmente, com 2 a 3 cm de diâmetro (2).

As hérnias de Bochdalek de aparecimento tardio são extremamente raras (aproximadamente 10% dos casos são confundidos com pleurite ou tuberculose pulmonar) (2), e cursam com achado muitas vezes casual, durante radiograma de tórax por trauma (3).

A apresentação clínica é variada e em adultos pode haver sintomas gastrintestinais, na maioria das vezes (3). A paciente em questão apresentava clínica compatível com patologia colônica intraluminal, com alteração de hábito intestinal e emagrecimento importante, muito embora não pertencesse à faixa etária de risco usual para neoplasia de intestino grosso.

O diagnóstico geralmente é estabelecido por Rx de Tórax simples ou enema opaco. Ultra-sonografia e tomografia de abdômen são indicadas nos casos duvidosos (4). No caso relatado, o primeiro exame foi considerado normal, enquanto que o estudo contrastado do cólon e a própria colonoscopia não foram efetivos na definição da etiologia da obstrução, partindo-se, então para a realização de tomografia computadorizada de abdômen e tórax, que foi diagnóstica.

A correção geralmente é realizada por fechamento direto ou uso de prótese, se necessário. Entretanto, retalhos de peritônio ou de fáscia da musculatura posterior têm sido utilizados(2).

CONCLUSÕES

A apresentacão tardia das hérnias de Bochdalek pode acarretar grande dificuldade de diagnóstico e impõe ao cirurgião a necessidade de tirocínio clínico, técnico e tático diferenciados.

A hipoplasia pulmonar, importante no neonato, não tem o mesmo significado no adulto, determinando, assim, que o defeito diafragmático passe despercebido durante muitos anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MAKSOUD. *Cirugia Pediátrica,* Vol.1, 2.ed., Ed. Revinter, 2003 p.469-509.
2. LONE GN, BHAT MA, SYED SA, AHMAD T, ZAIDE SZ. *Bochdalek Hernia in Adulthood : an unusual presentation & diagnostic diler.* Ind J Chest Diseases and Al Sci,2001; 43(4) oct-dec; 469-473.
3. MIHAIMEED F, YONG A, PAES T. *An unusual cause of large bowel obstruction.* Ann Thorac Surg; March 1996, 309-310.
4. NAUNHEIM KS. *Adult presentation of unusual diaphragmatic hernias.* Chest Surg Clin N Am. 1998 May; 8(2):359-369.
5. SHEEHAN JJ, KEARNS SR, McNAMARA DA, BRENNAN RP, DEASY JM. *Adult Presentation of Agenesis of the Hemidiaphragm.* Chest; 2000; 117(3): 901-902.
6. BUTTERWORTH SA, WEBBER EM. *Meconium Thorax: A Case of Bochdalek and Cecal Perforation in a Neonate With Job´s Syndrome.* J Ped Surg; 2002; 37(4): 673-674.