

GASTRECTOMIA VERTICAL COMO OPÇÃO DE TRATAMENTO DE UMA HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA CRÔNICA COM GASTROTÓRAX ESTRANGULADO

SLEEVE GASTRECTOMY AS A TREATMENT OPTION FOR A CHRONIC TRAUMATIC DIAHRAGMATIC HERNIA WITH STRANGULATED GASTROTHORAX

Ana Gabriela de Queiroz Figueiredo¹; Bernardo Verdolin Azevedo¹; Alexandre Luiz Fiuza, ACBC-RJ¹; Elaine Vieira Pereira, ACBC-RJ¹; Guilherme Cotta-Pereira, ACBC-RJ¹.

RESUMO

A ruptura traumática do diafragma é uma entidade de diagnóstico desafiador no cenário de emergência quando, avaliando um paciente, vítima de trauma fechado ou penetrante da região tóraco-abdominal. Além disso, ainda mais difícil é identificar as complicações crônicas da hérnia diafragmática não tratada. Neste relato de caso, apresentamos um paciente masculino de 33 anos com herniação gástrica e estrangulamento após cinco anos de uma lesão por arma branca na região tóraco-abdominal anterior esquerda. A gastrectomia vertical foi a opção cirúrgica escolhida na emergência para o tratamento desta hérnia diafragmática traumática crônica estrangulada contendo o fundo e o corpo do estômago necrosados. Lesões à esquerda do diafragma são mais comuns devido ao efeito protetor do fígado no lado direito. Somado a isso, locais de fusão do músculo diafragma durante o período de desenvolvimento embrionário, representam áreas de fraqueza na superfície do diafragma do lado esquerdo. A latência dos sintomas faz o diagnóstico da hérnia diafragmática crônica um desafio para cirurgiões do trauma, aumentando a morbidade dessa condição.

Descritores: Gastrectomia. Hérnia Diafragmática Traumática. Laparotomia.

ABSTRACT

The traumatic rupture of the diaphragm is a puzzling entity to be diagnosed in the emergency scenario when evaluating a patient with a blunt or penetrating trauma of the thoracoabdominal region. Furthermore, it is even more difficult to identify the chronic complications of the diaphragmatic hernia in a late presentation. In this case report, we present a 33-year-old male patient with a strangulated herniation of the stomach, five years after sustaining a penetrating injury in the right thoracoabdominal region anteriorly. The Sleeve Gastrectomy was an emergency surgical option for the treatment of the strangulated Chronic Traumatic Diaphragmatic Hernia containing the necrotic fundus and body of the stomach. Injuries to the left diaphragm are more common due to the protective effect of the liver on the right side. In addition, merging points of the diaphragm muscle during the embryologic development represent weak spots on the left side of the diaphragm. The latency of symptoms makes the diagnosis of the chronic diaphragmatic hernia a challenge for trauma surgeons, increasing the morbidity of this condition.

Keywords: Gastrectomy. Hernia, Diaphragmatic, Traumatic. Laparotomy.

INTRODUÇÃO

A gastrectomia vertical mostrou-se viável, na emergência, para o tratamento da hérnia diafragmática crônica estrangulada, contendo o fundo e corpo gástricos. A hérnia diafragmática, após trauma, pode ser classificada em precoce ou tardia. Além disso, o conteúdo abdominal herniado pode apresentar comprometimento vascular devido à compressão do anel herniário, categorizando a lesão como estrangulada. As vísceras mais comumente deslocadas nas

hérnias diafragmáticas são: estômago, grande omento e cólon. Neste caso em particular evidenciamos, no intraoperatório, necrose isquêmica do fundo e corpo gástricos herniados.

Lesões do hemidiafragma esquerdo são mais frequentes devido à ausência do fator protetor exercido pelo fígado no hemidiafragma direito^{1,2}, além de pontos de fraqueza, onde ocorre fusão durante o desenvolvimento embrionário. O difícil diagnóstico de lesões diafragmáticas traumáticas

¹ Hospital Municipal Salgado Filho, Serviço de Cirurgia Geral, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

precoces ou tardias representa um desafio a cirurgiões gerais e do trauma, devido à latência e inespecificidade dos sintomas, aumentando a morbidade desta patologia^{1,2}.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 33 anos, negro, 102 kg, foi transferido para a emergência do Hospital Municipal Salgado Filho – Rio de Janeiro, RJ, Brasil – para o serviço de Clínica Médica, com hipótese diagnóstica de pneumonia complicada refratária a diversos tratamentos convencionais prescritos em outras unidades de saúde. Sinais vitais e exames laboratoriais da admissão sugeriam quadro de sepse. Apresentava febre, sudorese, taquicardia, taquipneia, dispneia, dor ventilatório-dependente em região torácica à esquerda e náuseas.

Durante investigação diagnóstica foi evidenciada imagem tomográfica sugestiva de coleção em cavidade torácica esquerda, com derrame pleural e atelectasia de lobo inferior do pulmão associado. Após passagem de sonda nasogástrica, foi confirmada a suspeita de hérnia diafragmática. (Figuras 1 e 2)

Parecer foi solicitado à equipe da cirurgia geral, a quem o paciente relatou que há cinco anos havia sido vítima de ferimento de arma branca na região tóraco-abdominal, não tendo sido submetido a nenhum tratamento específico e recebendo alta hospitalar no mesmo dia àquela época.

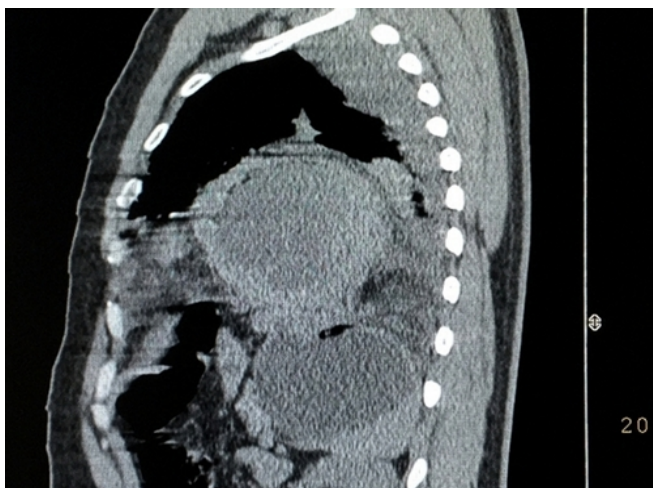


Figura 1. Tomografia computadorizada do tórax demonstrando no corte sagital presença da porção proximal do estômago dentro da cavidade torácica esquerda, associado à atelectasia compressiva do lobo inferior do pulmão e pequeno derrame pleural.



Figura 2. Tomografia computadorizada do tórax demonstrando no corte coronal compressão do mediastino deslocado medialmente pela massa intratorácica.

Discutida conduta cirúrgica de emergência para controle do foco da sepse, foi decidido pela redução de hérnia diafragmática e reparo da integridade do músculo diafragma.

O paciente foi submetido à laparotomia exploradora por incisão subcostal esquerda estendida. Foi identificado anel herniário estreito, que foi ampliado por incisão transversal na hemicúpula diafragmática esquerda, permitindo a redução do conteúdo herniado. Este era composto de fundo e toda a extensão da grande curvatura gástrica, apresentando necrose, porém sem sinal de perfuração.

Optado por realizar gastrectomia vertical através de grampeamento mecânico sobre linha de isquemia evidente, associado à utilização de sonda de Foucher com objetivo de preservar a luz do órgão. Confeccionada rafia diafragmática primária sem uso de prótese, devido à inflamação e potencial de infecção local, seguida de toracostomia esquerda em selo d'água. A cavidade abdominal não foi drenada (Figuras 3, 4 e 5).

No período pós-operatório, paciente evoluiu com estabilidade, sendo mantido em Unidade Semi-Intensiva por um dia e meio e reintroduzida a dieta oral no primeiro dia, conforme o protocolo de pós-operatório de cirurgia bariátrica seguido pelo serviço. Este protocolo se baseia em dieta líquida sem resíduo fracionada, ofertada ao paciente em 10ml de solução a cada 30 minutos nos 10 primeiros dias. O pa-

ciente teve boa aceitação da dieta, finalizou esquema antibiótico venoso sugerido pela Comissão de controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do hospital e recebeu alta hospitalar no sexto dia.

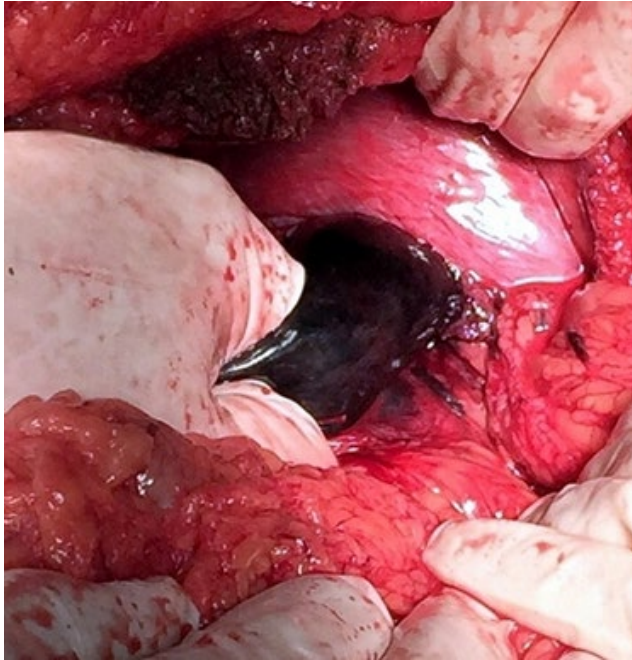


Figura 3. Redução do conteúdo herniário pelo orifício diafragmático.

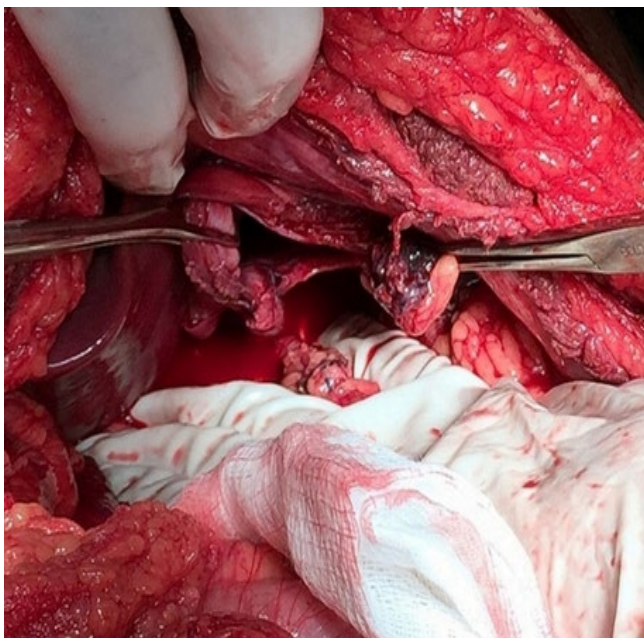


Figura 4. Orifício herniário na superfície do diafragma à esquerda.

O Paciente mantém consultas regulares de rotina no ambulatório e já apresentou perda ponderal de 30 kg após seis meses de cirurgia. Segue sob supervisão de

nutricionista e endocrinologista durante todo esse período.



Figura 5. Linha de grampeamento demonstrando delineamento da zona isquêmica no corpo e fundo do estômago.

DISCUSSÃO

Traumas contusos, e mais frequentemente os penetrantes, consequentes ao aumento da violência urbana, definem os mecanismos causadores desta patologia. Lesões diafragmáticas traumáticas apresentam incidência de 1 a 7% para traumas contusos e 10 a 15% para os penetrantes³.

Os sintomas precoces podem estar ausentes ou serem inespecíficos como desconforto respiratório e abdominal, e dispnéia. Apresentações tardias incluem sintomas de estrangulamento como dor torácica e/ou abdominal, febre e alterações do hábito intestinal. Um quadro de sepse pulmonar pode estar associado.

A maior parte das lesões diafragmáticas é pequena e, por isso, apenas diagnosticada durante laparotomia exploradora indicada no trauma pela suspeita de lesões de outras vísceras. Todavia, deve haver alto grau de suspeição da lesão do diafragma em injúrias da transição tóracoabdominal.

Nas apresentações tardias, a tomografia computadorizada de tórax e abdome pode ser repetida após passagem de sonda orogástrica e injeção de contraste para confirmação diagnóstica. Esta manobra auxilia na elucidação de imagens que podem inicialmente ser lidas como coleções torácicas, como neste caso. Neste âmbito, as técnicas laparoscópica ou toracoscópica têm sido utilizadas como excelente ferramentas adicionais diagnóstica e terapêutica^{1,4,5}.

As lesões traumáticas do diafragma pode ser classificadas em graus I a V, variando desde contusão muscular até lacerações maiores de 10cm com perda tecidual significativa (Tabela 1) ^{3,6,7}. O caso apresentado foi classificado como lesão grau III.

Tabela 1. Descrição dos graus de lesão diafragmática.

Grau	Descrição
I	Contusão
II	Laceração < 2cm
III	Laceração 2 - 10cm
IV	Laceração > 10cm com perda de tecido < 25cm ²
V	Laceração > 10cm com perda de tecido > 25cm ²

Uma potencial causa de mortalidade no grupo de pacientes com hérnias diafragmáticas tardias à esquerda é o desenvolvimento de choque obstrutivo como consequência da compressão cardíaca pelo gastrotórax⁸.

O tratamento recomendado para hérnias diafragmáticas é a sutura interrompida com fio inabsorvível para todos os graus de lesão¹. O procedimento pode ser realizado por via aberta ou laparoscópica.

CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico empregado neste caso, secundário à experiência da manutenção gástrica nos pacientes obesos, foi apresentado como uma opção segura para o tratamento da hérnia diafragmática traumática crônica com conteúdo gástrico necrótico.

Obtivemos sucesso no tratamento cirúrgico desta entidade traumática seguindo protocolos nutricionais da cirurgia para obesidade. O paciente foi submetido à acompanhamento pós-operatório multidisciplinar e apresentou excelente desfecho clínico.

REFERÊNCIAS

1. ACS Committee on Trauma. Thoracic Trauma. In: American College of Surgeons. Manual Advanced Trauma Life Support. 9th ed. 2012; 94-112.

- Goi G, Callegaro D, Villa R, Moroni E, Bondurri A, Danelli P. Large bowel obstruction as a result of occult diaphragmatic hernia 11 years after injury. *Ann Ital Chir.* 2012;83(5):425-8.
- Moore EE, Cogbill TH, Malangoni M, Jurkovich GJ, Champion HR. Injury Scoring Scale. A resource for trauma care professionals. Chicago: The American Association for the Surgery of Trauma (AAST). Available from: www.aast.org/library/traumatools/injuryratingscales.aspx#diaphragm
- Leppäniemi A, Haapiainen R. Occult diaphragmatic injuries caused by stab wounds. *J Trauma.* 2003;55(4):646-50.
- Grushka J, Ginzburg E. Through the 10-mm Looking Glass: advances in minimally invasive surgery in trauma. *Scan J Surg.* 2014;103(2):143-8.
- Beltrán Marcelo A. Presentación tardía de hernia diafragmática traumática con necrosis gástrica: revisión de la literatura científica. *Rev Colomb Cir.* 2013;28(1):54-63.
- Ties JS, Peschman JR, Moreno A, Mathiason MA, Kallies KJ, Martin RF, et al. Evolution in the management of traumatic diaphragmatic injuries: A multicenter review. *J Trauma Acute Care Surg.* 2014;76(4):1024-8.
- Hoffman E. Strangulated diaphragmatic hernia. *Thorax.* 1968;23(5):541-9.

Recebido em: 22/01/2018

Aceito para publicação: 07/11/2018

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

Endereço para correspondência:

Ana Gabriela de Queiroz Figueiredo

E-mail: anagabiq@gmail.com

bernardoverdolin@gmail.com