

RELATO DE CASO – HÉRNIA DE MORGAGNI EM ADULTO

José Carlos Felicetti¹, Dagjane Martins Frazão^{2*}, Stefane de Sousa Barros³, Séfora Maria Fragoço Braga³, Michele Baffi Diniz³

1. Cirurgião Torácico - Santa Casa de Porto Alegre (RS).
2. Cirurgiã torácica. Docente. Unidade Acadêmica de Ciências Médicas (UACM). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS). Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). *Correspondência: Rua Montevideo, 720, sala 303. Edifício San Pietro, Prata, Campina Grande (PB). CEP 58.400-503. E-mail: dagjane@yahoo.com.
3. Discentes do Curso de Medicina. Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM-CG).
4. Docente. Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL). São Paulo-SP.

RESUMO

As hérnias diafragmáticas são anormalidades que decorrem de defeitos na estrutura do diafragma, resultando na passagem de conteúdo abdominal para a cavidade torácica. Elas podem ter etiologia congênita ou adquirida. As adquiridas, mais comumente, estão relacionadas ao trauma. As congênitas decorrem de um erro no fechamento diafragmático durante a formação fetal. Estas, quando ocorrem na região anterior, são denominadas Hérnias de Morgagni. Seu diagnóstico pode ocorrer na infância, devido à presença de desconforto respiratório, ou na vida adulta como achado radiológico. Este artigo apresenta um caso de uma paciente de 62 anos, sem história de trauma, que apresentou um quadro de dispnéia por seis meses antes do diagnóstico, onde a partir dos exames de imagem, foi diagnosticada a presença de conteúdo intestinal no tórax, sendo a paciente submetida à cirurgia corretiva.

Descritores: Diafragma; Hérnia; Morgagni; Cirurgia.

CASE REPORT- MORGAGNI HERNIA IN ADULTS

ABSTRACT

Diaphragmatic hernias are abnormalities that derive from changes in the diaphragm structure, resulting in abdominal contents flowing to the thoracic cavity. They may be congenital or acquired. The acquired hernias are commonly related to trauma. The congenital diaphragmatic hernias are caused by a failure in the diaphragm sealing during fetal formation. When these ones occur in the anterior region, they are called Morgagni hernias. Medical diagnosis can occur in childhood, due to the presence of respiratory distress, or in adulthood as radiological medical examination. This article presents a case of a 62-year-old patient with no history of trauma, who presented a dyspnea for six months before diagnosis. Being submitted to some imaging tests, the results showed the presence of intestinal contents in the chest, which caused the patient to undergo a corrective surgery.

Keywords: Diaphragm; Hernia; Morgagni; Surgery.

INTRODUÇÃO

O diafragma é a estrutura musculotendinosa que se encontra inserido à margem da abertura torácica inferior, separando-a da cavidade abdominal (1). Uma falha em sua estrutura, com conseqüente herniação de conteúdo abdominal para a cavidade torácica, resulta nas hérnias diafragmáticas.

As hérnias podem ser classificadas de acordo com a anatomia em: Posterolateral ou Hérnia de Bochdalek, e Não-posterolateral (ou Não-Bochdalek). As hérnias Não-posterolaterais estão relacionadas a defeitos na região anterior do diafragma e podem ser divididas em: Hérnia de Morgagni (Morgagni-Larrey), Hérnia Central e outras hérnias associadas à Pentalogia de Cantrell (2).

A Hérnia de Morgagni (HM) é resultante de um defeito que ocorre através da membrana pleuroperitoneal anterior durante a fusão com o esterno e cartilagens costais na embriogênese (3).

Quando diagnosticada na infância, geralmente está relacionada a outras síndromes clínicas. Já o acometimento na população adulta é raro, porém, nestes casos, pode ser identificado como achado radiológico isolado ou cursar com sintomas de dificuldade respiratória inespecífica e/ou sinais e sintomas gastrointestinais (4).

Exames radiológicos são geralmente necessários para confirmar o diagnóstico, avaliar o conteúdo da hérnia e verificar a presença de anormalidades associadas (5). A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são ótimas ferramentas diagnósticas, com imagens nos planos sagital e coronal que demonstram os defeitos diafragmáticos e identificam a natureza do conteúdo herniado (6).

O tratamento é cirúrgico, eletivo e indicado mesmo nos pacientes assintomáticos, com o objetivo de evitar complicações, como hérnias encarceradas e estrangulamento intestinal, além de tratar os sintomas, quando presentes (7).

RELATO DE CASO

Apresentamos o caso de paciente do sexo feminino, 62 anos, obesa, natural e procedente de Sapiranga - RS. Sua queixa principal era dispneia há 6 meses. Na história natural da doença, relatou que a dispneia piorava com esforço físico. Não referiu histórico de trauma. Em seus antecedentes pessoais, negou tabagismo e outras comorbidades.

Ao exame físico, apresentou bom estado geral, consciente, orientada, normocorada, acianótica, ancitérica e bem perfundida. Murmúrio vesicular diminuído em 2/3 inferiores do hemitórax direito. Bulhas cardíacas normofonéticas e ritmo cardíaco regular, em dois tempos. Abdome globoso, sem retrações, abaulamentos e circulação colateral.

De acordo com o quadro clínico, a paciente foi submetida à radiografia de tórax, em incidências postero-anterior e perfil, que evidenciou condensação em 2/3 inferior do hemitórax direito (Figura 1). Necessitando de investigação diagnóstica adicional, foi solicitada tomografia computadorizada (TC) (Figura 2). Na TC de reconstrução, evidenciou-se alças de cólon dentro da cavidade torácica (Figura 3). Para correção, foi realizada cirurgia com incisão abdominal mediana, subxifóide de mais ou menos 6cm, com pós operatório sem complicações.



Figura 1. Radiografia em incidência posteroanterior, evidenciando condensação nos 2/3 inferiores do hemitórax direito.

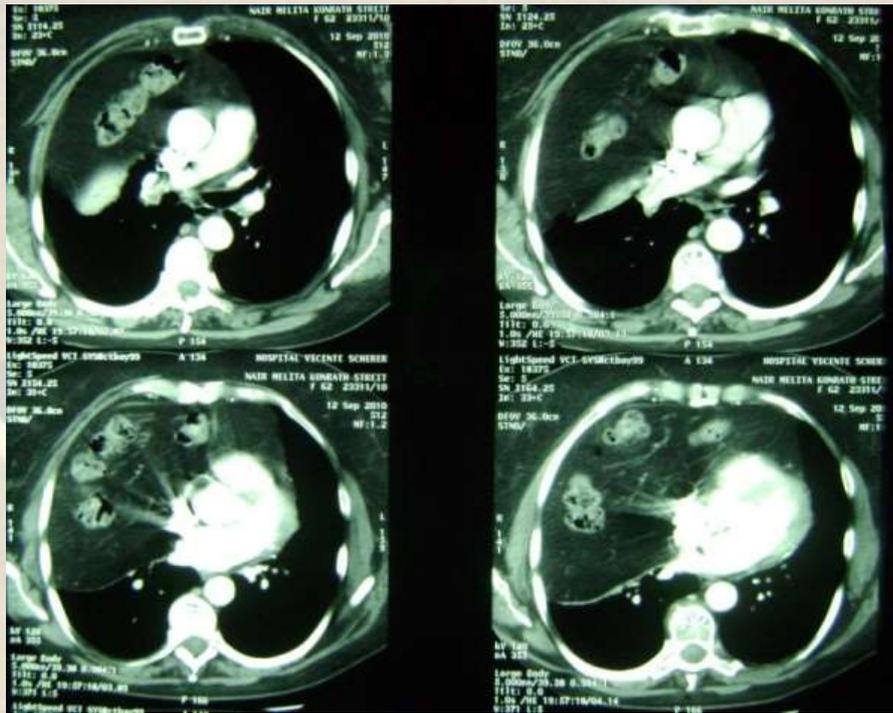


Figura 2. Tomografia computadorizada evidenciando alça de colón na cavidade torácica.

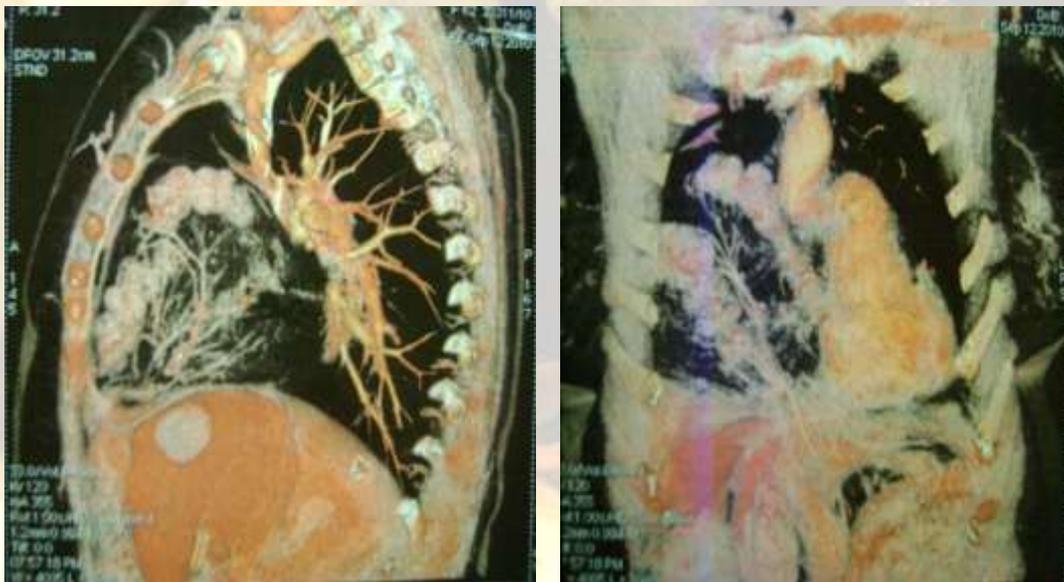


Figura 3. Tomografia de reconstrução evidenciando alças intestinais em tórax.

DISCUSSÃO

A hérnia de Morgagni geralmente se apresenta na infância e raramente é diagnosticada na idade adulta. Cerca de 4% são bilaterais (8), porém, são mais predominantes à direita, pois o lado esquerdo é reforçado pela presença do coração e do pericárdio (9).

Outras alterações podem estar associadas, principalmente quando em lactentes, como a má-rotação intestinal, o defeito longitudinal do esterno inferior, defeitos da parede abdominal supraumbilical e pericárdica (dextrocardia) com ou sem malformação cardíaca (10).

Comparando com o caso apresentado, a paciente possui 62 anos e nenhuma outra síndrome foi relacionada, contrariando os principais casos já relatados. Entretanto, a hérnia evidenciou-se no lado direito, o que confirma as maiores predominâncias em relação ao lado acometido.

Alguns fatores como obesidade, constipação intestinal crônica e trauma, podem favorecer o aparecimento desta patologia. Na grande maioria dos casos, o enfermo apresenta-se assintomático, podendo, no entanto, surgir sintomas como dor abdominal, dor retro-esternal, náuseas, vômitos e dispneia (11). A apresentação aguda de sintomas pode incluir angústia cardiorrespiratória com cianose, taquipnéia e taquicardia resultando em um hemitórax proeminente com a mínima entrada de ar, uma batida apical deslocada, indicando desvio do mediastino e, muitas vezes, um abdômen escafoide (4).

Nesse relato, a paciente era obesa, fator que colaborava com o aumento da pressão abdominal ocasionando a formação da hérnia. Como quadro clínico, apresentou dispneia, que se acentuava aos esforços, não referindo outros sintomas gastrointestinais, nem apresentação de um quadro agudo.

Na Hérnia de Morgagni a radiografia de tórax pode revelar uma massa ântero-medial, ou até mesmo apresentar a presença de estômago ou alças intestinais visíveis, a sombra pericárdica sólida se o omento é herniando e a presença de desvio do mediastino (5). A presença de gás ou do nível de fluido de ar no tórax, leva ao diagnóstico incorreto de pneumotórax ou derrame pleural em 25% dos casos de HM (5). Na TC alguns diagnósticos diferenciais são os tumores da pleura, cisto pericárdico e coxim gorduroso pericárdico (6). O conteúdo das hérnias pode incluir gordura, omento, vísceras sólidas ou ocas (baço, intestino delgado ou grosso) (12). No presente caso, evidenciou-se hérnia de cólon à direita nos achados radiológicos.

A cirurgia consiste em redução das vísceras, ressecamento do saco herniado (se houver) e fechamento do defeito mediante sutura da borda posterior do diafragma à lâmina posterior da bainha do músculo reto abdominal, devido à ausência de diafragma anterior. A via mais indicada é a laparoscópica (7) e a incisão é subcostal e paramediana (13). O pós-operatório é semelhante ao de qualquer paciente submetido à cirurgia abdominal extensa e, na maioria dos casos, recebe alta hospitalar depois de seis a dez dias da cirurgia (13).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Drake RL. Grey's Anatomia para estudantes. Rio de Janeiro. Elsevier. 2005.
2. Pober BR, Meaghanr MPH, Ackerman KG. Congenital diaphragmatic hernia overview. Initial Posting, 2006. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1359/>. Acesso em: 01maio. 2013.
3. Akhavan-Heidari M, Edwards D, Besenhaver J, Wolfer R. Incidental finding of congenital thoracic malformations in adult population. Southern Medical Journal. 2006, 99 (5), p. 539–543, 2006. Disponível em <http://www.hindawi.com/isrn/surgery/2011/974041/>Acesso em: 01maio.2013.
4. Robinson PD, Fitzgerald DA. Congenital diaphragmatic hernia. Paediatric Respiratory Reviews. 2007: 8 (4), p.323–335, 2007. Disponível em <http://www.sepeap.org/archivos/pdf/10903.pdf>Acesso em: 01maio. 2013.
5. Baglaj M, Dorobisz U. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia in children: a literature review. Pediatric Radiology: 2005, 35 (5), p. 478–488.
6. Gaerte SC, Meyer CA, Winer-Muram HT, Tarver RD, Conces DJ. Fat-containing lesions of the chest. RadioGraphics: 2002; 22, p. S61–S78. Disponível em http://pubs.rsna.org/doi/full/10.1148/radiographics.22.suppl_1.g02oc08s61Acesso em: 01maio.2013.
7. Murahovschi J. Pediatria – diagnóstico e tratamento. 6ª ed. São Paulo: Sarvier, 2003.
8. Khandelwal S, Oelschlager BK. Laparoscopic repair of congenital bilateral Morgagni hernia. Surgical endoscopy: 2011, 25 (6), p. 2010.
9. Hansell. Tórax: Diagnóstico Radiológico. Madrid: Marban; 2007.
10. Juhl JH, Crummy AB, Kuhlman JE. Interpretação radiológica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
11. Gomes A, Luis D. *et al.*Hérnia de Morgagni. Departamento de Cirurgia. Hospital São Marcos. Braga-Portugal, 2008. Disponível em [http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/2226/1/Hérnia%20de%20morgagni%2026-02-2008%20Final%20\(1\).pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/2226/1/Hérnia%20de%20morgagni%2026-02-2008%20Final%20(1).pdf) Acesso em: 04 maio. 2013.
12. Mullins ME, Stein J, Saini SS, Mueller PR. Prevalence of incidental Bochdalek's hernia in a large adult population. American Journal of Roentgenology: 2001, 177(2), p. 363–366. Disponível em <http://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/ajr.177.2.1770363> Acesso em Acesso em: 04 maio, 2013.
13. Pearson FG, Cooper JD, Deslauriers J. Thoracic surgery. 2ª ed. New York, Edinburgh, London, Philadelphia: Churchill Livingstone: 2002; p.1533-6.

Recebido: novembro de 2013

Aceito: abril de 2014