

HÉRNIA DE BOCHDALEK: APRESENTAÇÃO ATÍPICA EM PACIENTE IDOSA

Roger Allan Vieira dos Santos¹, Aline Costa Ribeiro², Julyana Araújo Lemos Cavalcanti³, Januária de Medeiros Silva⁴

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba

E-mails: rogerallan1@hotmail.com¹

alinecristeiro1519@gmail.com²

julyanaalc@hotmail.com³

januaria2002@gmail.com⁴

INTRODUÇÃO

A hérnia de Bochdalek é um defeito congênito da porção póstero-lateral do diafragma, a qual normalmente se fecha por volta da 8ª semana de vida fetal¹. Afeta 1:2200 recém-nascidos, sendo rara em adultos (0,17% a 6%)². Embora seja idiopática, os cientistas acreditam que fatores genéticos e ambientais contribuem para o seu aparecimento. Com incidência entre 1% e 5%, é predominante em mulheres sobre os homens (17:5)³. Em adultos, os casos mais graves apresentam sintomas que podem se relacionar a complicações decorrentes de vísceras abdominais herniadas, com encarceramento, estrangulamento, sofrimento e perfuração em nível torácico ou abdominal com suas consequentes intercorrências sépticas⁴. O efeito de massa no tórax pode causar alterações anátomo-fisiológicas no sistema cardiorrespiratório decorrentes da compressão de estruturas⁵. Clinicamente, apresenta dor, dispneia, macicez do hemitórax e presença peristaltismo no tórax⁶. Tais sintomas podem se apresentar de forma aguda ou recorrente, fazendo parte do diagnóstico diferencial de abdômen agudo⁷. O presente estudo tem como objetivo relatar o caso clínico de uma paciente portadora de Hérnia de Bochdalek, que apresentava descontinuidade diafragmática no aspecto póstero-lateral esquerdo, com insinuação do tecido adiposo para seu interior.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo Relato de Caso. Esse estudo foi configurado por meio de revisão do prontuário e de imagens de radiografia de tórax realizada em 2012 e de tomografia computadorizada de tórax realizada em 2016 na clínica Oncovida, situada na cidade de João Pessoa- Paraíba.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente, feminino, 76 anos, com queixa clínica de dor de leve intensidade, alternada com períodos de piora clínica, localizada em base pulmonar esquerda, sem irradiação, e responsiva ao uso de analgésicos convencionais. A paciente relata a presença desse desconforto há aproximadamente três anos. Como hipótese diagnóstica foi sugerida a possibilidade de pneumonia, tuberculose pulmonar e dor osteoarticular. Foi realizada inicialmente, no ano de 2012, uma radiografia de tórax na incidência pósterio-anterior (IMAGEM 1) e perfil (IMAGEM 2), apresentando redução na transparência da base do pulmão esquerdo, com limites bem definidos e aparente aspecto convexo na incidência em perfil. Foi possível observar também nos cortes tomográficos, descontinuidade diafragmática no aspecto pósterio-lateral esquerdo (IMAGENS 3-7), com insinuação do tecido adiposo para seu interior, caracterizando hérnia de Bochdaleck. Com a persistência da sintomatologia, a paciente foi submetida a uma tomografia de tórax que evidenciou na janela de mediastino e de pulmão, uma região de descontinuidade diafragmática na porção pósterio-lateral esquerda, com insinuação do tecido adiposo para seu interior, caracterizando a hérnia de Bochdaleck. A paciente foi encaminhada para avaliação do cirurgião torácico que decidiu por manter conduta conservadora e tratamento sintomático com analgésicos simples. Hoje a paciente encontra-se clinicamente estável, sendo capaz de realizar suas atividades habituais de vida diária e sem complicações decorrentes da hérnia. A mesma realiza acompanhamento semestral da geriatria desde março de 2016 e faz uso de analgésicos simples de forma regular.

Imagem 1: Rx simples de tórax, da paciente em posição pósterio-anterior, realizada em 2012, evidenciando redução da transparência da base pulmonar esquerda, com limites bem definidos.



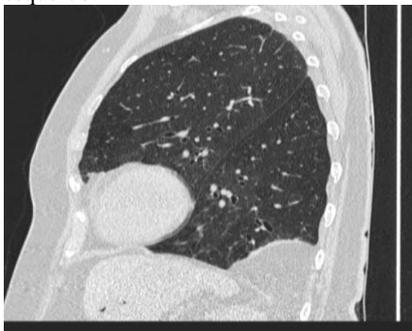
Fonte: Acervo do autor

Imagem 2: Rx simples de tórax, da paciente em posição de perfil esquerdo, realizada em 2012, evidenciando redução da transparência da base pulmonar esquerda e aparente aspecto convexo na incidência em perfil, que pode ter natureza pleural.



Fonte: Acervo do autor

Imagem 3: Tomografia computadorizada, em tomógrafo multislice de 64 canais, reconstrução sagital, janela parênquima pulmonar, evidenciando herniação diafragmática em base pulmonar esquerdo.



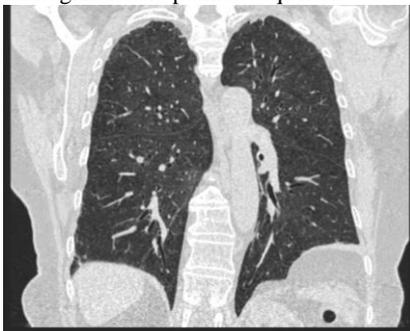
Fonte: Acervo do autor

Imagem 6: Tomografia computadorizada, em tomógrafo multislice de 64 canais, reconstrução sagital, janela partes moles, evidenciando herniação diafragmática no pulmão esquerdo.



Fonte: Acervo do autor

Imagem 4: Tomografia computadorizada, em tomógrafo multislice de 64 canais, reconstrução coronal, janela parênquima pulmonar, evidenciando herniação diafragmática no pulmão esquerdo.



Fonte: Acervo do autor

Imagem 7: Tomografia computadorizada, em tomógrafo multislice de 64 canais, reconstrução coronal, janela partes moles, evidenciando herniação diafragmática no pulmão esquerdo.



Fonte: Acervo do autor

Imagem 5: Tomografia computadorizada, em tomógrafo multislice de 64 canais, corte axial, janela partes moles, evidenciando descontinuidade diafragmática no aspecto pósterolateral esquerdo, com insinuação do tecido adiposo para seu interior.



Fonte: Acervo do autor

CONCLUSÃO

O diagnóstico tardio da hérnia de Bochdalek é difícil, visto que sua incidência nas faixas etárias mais avançadas é rara, sendo necessário um elevado índice de suspeição para que seu diagnóstico seja realizado. Devido ao avanço nos exames radiológicos, em especial da tomografia computadorizada, é possível atualmente a realização de um diagnóstico mais preciso favorecendo a tomada de decisões com relação à conduta terapêutica mais adequada a ser adotada. Em casos mais graves, o tratamento pode ser cirúrgico, através da redução do conteúdo herniado e fechamento do defeito diafragmático sendo importante o exame de imagem e a clínica do paciente para guiar a escolha do tratamento mais adequado⁸.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreira MEL, Lopes JMA, Carvalho M. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. pp.564.ISBN 85-7541-054-7.
2. Leão P, Carneiro T, Luís D, Gomes A. Hérnia de Bochdalek. Departamento de Cirurgia; Dir: Dr António Gomes - Hospital de São Marcos - Braga, Portugal, 2007.
3. Vieira LH, Castanhel CD, Tristão LJ, Guimarães A, Ribas CS. Hérnia diafragmática congênita simulando derrame pleural. Relato de caso. Rev. Bras. Clin. Med. São Paulo, 2013; 11(1):94-6. jan-mar.
4. Santos E, Ribeiro S. Hérnia diafragmática congênita – artigo de revisão. Acta Obstet Ginecol Port. 2008; 2(1):25-33.
5. Prando A, Moreira FA. Fundamentos de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. 2. ed. São Paulo: Elsevier. 2014. pp 155.
6. Kanazawa A, Yoshioka Y, Inoi O, Murase J, Kinoshita H. Acute Respiratory Failure Caused by an Incarcerated Right-Sided Adult Bochdalek Hernia: Report of a Case. Rev. Surgery Today, 2002; 32(9): 812-815.
7. Oliveira DRCF, Rodrigues JR, Junqueira A. Hérnia de bochdalek em adulto. Rev. Col. Bras. Cir. 2008; 35(1): 40-44. ISSN 0100-6991.
8. Tavares FLS, AsCBC-ES , Tavares MB, Pimentel MC, Machado IFR, Loureiro ER, et al. Hérnia diafragmática congênita em adulto. Rev. Col. Bras. Cir. 2016;(4):1-3.