

**ABORDAGEM CIRÚRGICA EM PACIENTE DE 18 ANOS COM HÉRNIA DE  
 BOCHDALEK**

***SURGICAL APPROACH IN 18-YEAR-OLD PATIENT WITH BOCHDALEK HERNIA***

Roberta Lima Stauffer  
 Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – SCMCI – Cachoeiro de  
 Itapemirim – Espírito Santo - Brasil  
[robertalimastauffer@hotmail.com](mailto:robertalimastauffer@hotmail.com)

Márcio Cardoso Nogueira  
 Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – SCMCI – Cachoeiro de  
 Itapemirim – Espírito Santo - Brasil  
[drmarcionogueira@uol.com](mailto:drmarcionogueira@uol.com)

Rodolfo Chierici Moulin  
 Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – SCMCI – Cachoeiro de  
 Itapemirim – Espírito Santo - Brasil  
[rodolfo\\_moulin@hotmail.com](mailto:rodolfo_moulin@hotmail.com)

Nathalia Ribeiro Coelho  
 Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – SCMCI – Cachoeiro de  
 Itapemirim – Espírito Santo – Brasil  
[nathaliarcoelho@gmail.com](mailto:nathaliarcoelho@gmail.com)

Camilly Petri Pereira  
 Faculdade Brasileira de Cachoeiro – Multivix – Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo –  
 Brasil  
[milly.petri@gmail.com](mailto:milly.petri@gmail.com)

Gabriely Pinheiro Leite Vieira  
 Faculdade Brasileira de Cachoeiro – Multivix – Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo –  
 Brasil  
[gabrielyplv00@outlook.com](mailto:gabrielyplv00@outlook.com)

**RESUMO**

**Objetivo:** Relatar um caso de apresentação tardia da hérnia de Bochdalek em paciente de 18 anos, previamente assintomática, que evoluiu com complicações inerentes ao quadro. **Métodos:** Relato de um caso que foi atendido e abordado pela equipe de cirurgia do hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim. **Resultados:** Paciente em constante evolução clínica satisfatória, recebeu alta no D10 de pós-operatório com retorno ambulatorial para acompanhamento e futura programação de reabordagem cirúrgica para

reconstrução de trânsito. Retornou no ambulatório em bom estado geral, com ostomia funcionante, ferida operatória limpa e sem demais queixas. **Conclusões:** Foi adotada abordagem cirúrgica de toracotomia anterior esquerda seguida de laparotomia para redução do conteúdo herniário, seguida de colectomia para retirada de segmento devitalizado de cólon esquerdo e colostomia para posterior abordagem visando reconstrução do trânsito intestinal.

**Palavras-Chave:** Cirurgia. Hérnia de Bochdalek.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To report a case of late presentation of Bochdalek hernia in an 18-year-old patient, previously asymptomatic, who developed complications inherent to the condition.

**Methods:** Report of a case that was attended and approached by the surgical team of the hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim. **Results:** Patient in constant satisfactory clinical evolution, was discharged on postoperative D10 with outpatient return for follow-up and future surgical reopening schedule for transit reconstruction. Returned in the outpatient clinic in good general condition, with functioning ostomy, clean surgical wound and no other complaints. **Conclusions:** We adopted a surgical approach of left anterior thoracotomy followed by laparotomy to reduce the hernial followed by colectomy for removal of devitalized segment of left colon and colostomy for later approach aiming at reconstruction of intestinal transit.

**Keywords:** Bochdalek hernia. Surgery.

## **1 Introdução**

A hérnia de Bochdalek (HB) é um tipo de hérnia diafragmática congênita que é mais comum na população pediátrica e torna-se rara em pacientes adultos. Ocorre, na maioria das vezes, por um defeito no fechamento do forame póstero-lateral do diafragma que cria uma comunicação entre o tórax e o abdome, permitindo, assim, a passagem de conteúdo abdominal, como intestino delgado e cólon, para a cavidade torácica, podendo levar a quadro de dispneia por compressão pulmonar extrínseca e obstrução intestinal. O diagnóstico precoce é de suma importância, visto que o quadro em questão pode acarretar complicações severas como encarceramento, estrangulação e perfuração do conteúdo herniário, além de insuficiência respiratória.

No presente trabalho, relatamos um caso de apresentação tardia da hérnia de Bochdalek em paciente de 18 anos, previamente assintomática, que evoluiu com complicações inerentes ao quadro.

## **2 Apresentação da Experiência**

Paciente feminino, 18 anos, apresentando dor epigástrica com irradiação para hipocôndrio esquerdo há 1 semana, associada a parada de eliminação de fezes e flatos. Paciente refere, ainda, episódios de dispneia e tontura aos pequenos esforços iniciadas juntamente com os sintomas. Nega histórias de trauma nos últimos meses. Relata

amigdalectomia aos 6 anos, nega alergias, comorbidades e uso de medicações. Paciente trás exames externos com USG de abdome total do dia 26/07/2022 dentro da normalidade. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral. Glasgow 15, sem déficits motores focais, nuca livre, aparelho cardiovascular sem alterações, FC: 93bpm, ausência de esforço respiratório, com ausência de murmúrio vesicular em base esquerda, SATO2: 96% em AA. O abdome encontrava-se flácido, doloroso a palpação profunda em hemiabdomen esquerdo, principalmente em flanco, sem sinais de irritação peritoneal. Procedeu-se com solicitação de exames laboratoriais e tomografia de tórax e abdome. Os exames laboratoriais do dia 30/07/2022 evidenciaram: leucocitose (21.120) sem bastões, creatinina 0,76, ureia 42,39. Foi solicitado também um BHCG que constou negativo. O EAS apontou piócitos numerosos, presença de cristais de urato amorfo +++, flora bacteriana moderada. O laudo da tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome constou volumosa hérnia diafragmática à esquerda, com solução de continuidade diafragmática, medindo aproximadamente 5,1cm, com herniação de grande quantidade de conteúdo omental, além de alças colônicas, sobre o hemitórax deste lado, associado a densificação dos planos adiposos no interior do saco herniário diafragmático e importante distensão gasosa de alça herniada (imagem 1 e 2). Pneumotórax a esquerda, determinando atelectasia do parênquima pulmonar adjacente e desvio colateral do mediastino. Demais órgãos e estruturas dentro da normalidade.

Após laudo da TC foi iniciado ATB com ceftriaxona + metronidazol e programação cirúrgica de urgência. Foi solicitado vaga de CTI e reserva de sangue.

No ato cirúrgico, procedeu-se com toracotomia anterior à esquerda no 7º espaço intercostal. A cavidade torácica apresentava secreção purulenta, cólon esquerdo e transversos, assim como epiplon em seu interior (imagem 3), sendo que, o cólon transversos encontrava-se perfurado. Devido à presença de secreção purulenta no tórax, foi colhido material e mandado para cultura. Procedeu-se com laparotomia com redução do conteúdo herniado, clamp do segmento perfurado e desvitalizado. Foi realizada lavagem exaustiva da cavidade torácica, fechamento intratorácico de reforço do orifício diafragmático, sutura com pontos inabsorvíveis da hérnia diafragmática via abdominal. Realizou-se também, colectomia do transversos e cólon esquerdo devido a desvitalização e perfuração dos segmentos, seguida de colostomia e fechamento do coto distal. Foram colocados, ainda, 2 drenos de tórax em selo d'água no hemitórax abordado, um posterior e outro anterior e um dreno suctor em fossa ilíaca esquerda. Finalizou-se com síntese por planos, sutura e cuidados intensivos.

No pós-operatório, a paciente foi admitida no CTI em regular estado geral, lúcida e orientada no tempo e no espaço, hipocorada ++/4+, Glasgow 15, aparelho cardiovascular e aparelho respiratório sem alterações, SatO2 96%, abdome flácido, doloroso a palpação profunda em abdome superior, principalmente em flanco esquerdo, ausência de massas

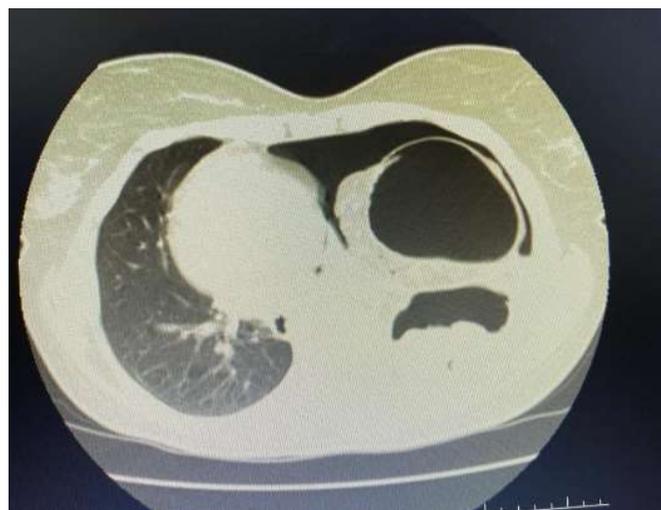
ou visceromegalias, sem sinais de irritação peritoneal generalizada, dreno de tórax superior e inferior em hemitórax à esquerda, dreno suctor e bolsa de colostomia. Conduziu-se com analgesia e hidratação, solicitado culturas e mantida antibioticoterapia com ceftriaxona e metronidazol.

D2 de pós-operatório, paciente obteve evolução satisfatória e manteve o exame físico sem alterações, drenos oscilantes, sem aminas e drogas vasoativas. Paciente aceitando bem a dieta líquida proposta pela equipe, mobilizando fora do leito. No D3, paciente se manteve com evolução satisfatória. Não apresentou alteração no exame físico. Drenos de tórax oscilantes com débito de 100ml – sendo assim, retirado dreno de tórax anterior, mantido dreno suctor que drenou 200ml, diurese de 750 ml e evacuações ausentes. Com isso, foi progredido para dieta oral e otimizado analgesia.

Nos dias seguintes de pós-operatório a paciente evoluiu de forma satisfatória, tanto clínica quanto laboratorialmente. Apresentava ostomia pérvia, em bom estado e funcionante. Foi retirado o dreno de tórax posterior no D6 de pós-operatório e dreno suctor no D7 de pós-operatório. Nos dias subsequentes paciente continuou em constante evolução clínica satisfatória, com ferida operatória limpa e ostomia funcionante. Devida melhora clínica, a paciente recebeu alta no D10 de pós-operatório com retorno ambulatorial para acompanhamento e futura programação de reabordagem cirúrgica para reconstrução de trânsito.

Retornou no ambulatório em bom estado geral, com ostomia funcionante, ferida operatória limpa e sem demais queixas.

**Figura 1 - Corte axial em topografia de tórax evidenciando saco herniário diafragmático com conteúdo intestinal.**



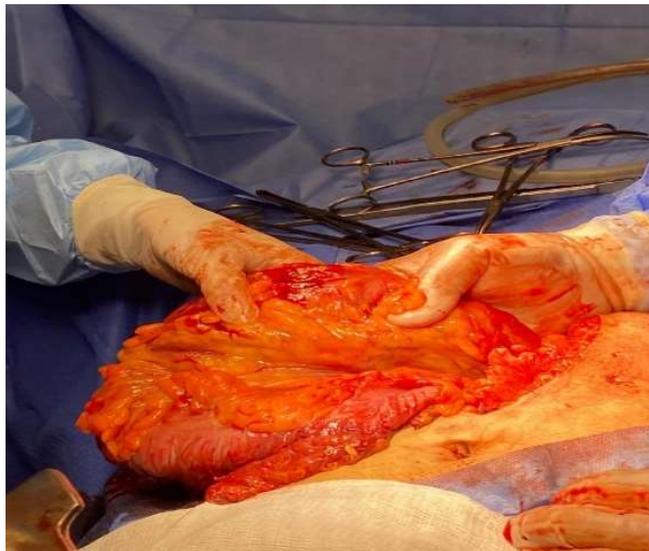
**Fonte:** Produzida pelo autor (2022).

**Figura 2 - Corte axial em tomografia na topografia de abdômen superior evidenciando saco herniário diafragmático de conteúdo intestinal.**



**Fonte:** Produzida pelo autor (2022).

**Figura 3 - Conteúdo intestinal que se encontrava dentro do tórax da paciente (cólon transverso + parte do cólon esquerdo).**



**Fonte:** Produzida pelo autor (2022).

### **3 Discussão**

A hérnia de Bochdalek (HB) se caracteriza por um defeito congênito no forame diafragmático posterolateral que é rara em adultos. A maioria dos casos, cerca de até 90% ocorrem no lado esquerdo do diafragma, assim como no caso supracitado. A etiologia detalhada dessa condição ainda não é elucidada, mas sabe-se que ocorre uma falha durante o processo de fechamento do forame posterolateral que ocorre por volta da nona a décima semana de vida gestacional. O manejo da HB consiste em redução por abordagem

cirúrgica do conteúdo abdominal presente na cavidade torácica e reparo do defeito no forame diafragmático. A abordagem cirúrgica pode ser feita por meio de toracotomia, laparotomia ou ambas. Na paciente abordada, o defeito media cerca de 5,1 cm e continha, no saco herniário, conteúdo intestinal de cólon transverso, cólon descendente, epiplon e conteúdo omental, sendo que parte do cólon transverso se encontrava perfurado. O conteúdo herniado foi reduzido, o defeito herniário foi suturado com fio inabsorvível, com pontos bem reforçados e foi realizada colectomia com objetivo de retirar o segmento desvitalizado. A raridade dessa condição em adultos jovens dificulta, muitas vezes, um diagnóstico correto e rápido, podendo levar até ao erro. É de fundamental importância a suspeita em casos como o exposto, a fim de que, se for o caso, o diagnóstico seja o mais precoce possível.

#### 4 Conclusão

No caso exposto, a paciente jovem apresentando hérnia de Bochdalek foi abordada cirurgicamente após apresentar complicações inerentes a sua patologia. A abordagem foi por via convencional devido necessidade de manipulação torácica (por meio da toracotomia anterior esquerda) e manipulação abdominal (por meio da laparotomia para redução do conteúdo herniário). Ainda na abordagem cirúrgica foi necessário realizar colectomia devido segmento desvitalizado do cólon esquerdo encontrado no intraoperatório e colostomia. Devido evolução satisfatória da paciente, foi dada alta hospitalar no D10 de pós-operatório e marcado retorno ambulatorial para reavaliação, além de programação de reabordagem para reconstrução de trânsito intestinal.

#### Referências

- 1 Rodrigues MM, ACBC-MG , Carneiro AMM, Aguiar DND, AsCBC-MG , Iannuzzi GC, et al. Hérnia de bochdalek fora do domicílio de diagnóstico tardio com perfuração gástrica - relato de caso. *Relatos Casos Cir.*2016;(3):1-4
- 2 Sutedja B, Muliani Y. Laparoscopic repair of Bochdalek hernia in an adult woman. *Asian J Endosc Surg.* 2015;8(3):354-6.
- 3 Tavares FLS, AsCBC-ES , Tavares MB, Pimentel MC, Machado IFR, Loureiro ER, et al. Hérnia diafragmática congênita em adulto. *Relatos Casos Cir.*2016;(4):1-3
- 4 Oliveira, Daniel Riccioppo C.F. de e Rodrigues Jr., Aldo Junqueira Hérnia de bochdalek em adulto. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* [online]. 2008, v. 35, n. 1 [Acessado 1 Agosto 2022] , pp. 40-44. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-69912008000100010>>. Epub 18 Mar 2008. ISSN 1809-4546. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912008000100010>.
- 5 Zhou Y , Du H , Che G. Hérnia diafragmática congênita gigante em adulto . *J Cardiothorac Surg* 2014 ; 9 : 31 - 33 . doi: [10.1186/1749-8090-9-31](https://doi.org/10.1186/1749-8090-9-31).