

◆ IMAGEN DEL NÚMERO

**Solución del caso:
Nem Sempre es Neumonía
Viene de la página 141**



Figura 1.

Na avaliação do exame tomográfico torácico foram admitidas duas hipóteses para o acometimento respiratório, na primeira o doente seria portador de um processo pneumônico de origem fúngica, devido a sua origem e pelo seu hábito de mascar gravetos e na segunda, estaríamos frente a um caso de hérnia diafragmática. Prosseguindo na investigação radiológica foram solicitados um exame de trânsito intestinal (figura 3) e um enema opaco (figura 4), sendo evidenciada a presença de um segmento do cólon no hemitórax esquerdo, caracterizando uma hérnia diafragmática.

A hérnia diafragmática pode apresentar uma manifestação clínica de forma aguda, quando nos deparamos com um quadro predominantemente respiratório e associado à repercussão sistêmica secundária ao trauma de outros órgãos, ou crônica, quando tem uma sintomatologia pouco específica manifestando-se frequentemente como uma síndrome dispéptica, desconforto torácico e dispnéia. Apresenta uma incidência variável entre 5 e 10% de todos os traumatismos graves da região tóraco-abdominal, acometendo até 3% de todos os politraumatizados.¹

O sexo masculino é acometido numa proporção aproximada de quatro vezes a do feminino. A lesão diafragmática esquerda

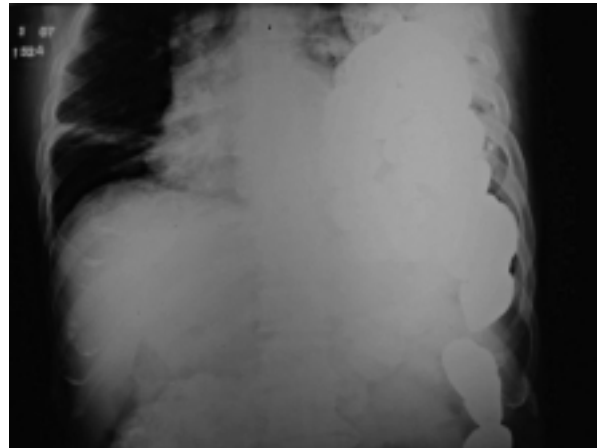


Figura 2.

apresenta uma frequência maior, fato atribuído à proteção dada pela presença do fígado, mais à direita, que absorve o impacto direto nesta região.²

A investigação complementar deve ser iniciada com o exame radiológico simples de tórax, evidenciando-se a presença de distensão gasosa gástrica ou colônica, sonda nasogástrica intratorácica, elevação da hemicúpula diafragmática, consolidação da base pulmonar e derrame pleural.³ Havendo suspeita clínica e radiológica, o exame contrastado do trato digestivo é mandatório, o qual confirma o diagnóstico ao demonstrar a víscera herniada no tórax com ou sem o característico sinal da coleira.⁴

A tomografia computadorizada helicoidal permitiu uma melhor abordagem desta condição, constatando-se uma sensibilidade de 78% e uma especificidade de 100% para lesões da hemicúpula esquerda, e sensibilidade de 50% com especificidade de 100% para lesões à direita, representando este método um significativo avanço no diagnóstico precoce.⁵ O sinal do colar representa o achado de imagem mais freqüente da lesão frênica esquerda, com especificidade de 100% e sensibilidade de 17% nas imagens axiais, correspondendo a constrição focal de um segmento do tubo digestivo ou do grande epíplon pelo orifício diafragmático.⁴

Referências

1. Kearny PA, Rohana SW, Burney RE. Blunt rupture of the diaphragm: mechanism, diagnosis and treatment. *Ann Emerg Med* 1989;18:1326-1330.
2. Hillenbrand A, Henne-Bruns D, Wurl P. Cough induced rib fracture, rupture of the diaphragm and abdominal herniation. *W J Emerg Surg* 2006,1:34
3. Lerner CA, Dang H, Kutilek RA. Strangulated diaphragmatic traumatic hernias simulating a subphrenic abscess. *J Emerg Med* 1997;15:849-853.
4. Chanson C, Hahnloser D, Nassiopoulou K, Petropoulos P. Gastric and omental incarceration through an occult traumatic diaphragmatic hernia in a scuba diver. *J Trauma* 2002;52:146-148.
5. Melo ASA, Moreira LBM, Damato SD, Martins EML, Marchiori Edson. Ruptura Traumática do Diafragma: Aspectos na Tomografia Computadorizada. *Radiol Bras* 2002;35:341-344.