

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA FATAL COMPLICANDO GRAVIDEZ

A PROPÓSITO DE UM CASO DE AUTÓPSIA MÉDICO-LEGAL

TERESA PROENÇA E CUNHA* E FRANCISCO COSTA SANTOS**

*Instituto de Medicina Legal de Lisboa
(Director: Prof. Doutor Lesseps L. Reys)*

RESUMO

Os autores descrevem um caso de morte súbita numa mulher grávida de 26 semanas, por hérnia de Bochdalek. A autópsia médico legal foi crucial na determinação da causa da morte.

SUMMARY

The authors report a case of sudden death due to Bochdalek's hernia in a 26 weeks pregnant woman, wich cause was established trough a medicolegal autopsy.

Introdução

Um caso de morte súbita numa mulher, sem antecedentes patológicos relevantes, grávida de 26 semanas, na ausência de vigilância médica periódica, que em estudo necrópsico se veio a revelar ter sido causada por estrangulamento de hérnia de Bochdalek, pareceu-nos justificar, pela raridade de casos referidos na literatura, o interesse da sua divulgação.

Caso Clínico

B. C., de 18 anos de idade, natural de Moçambique, de etnia indiana, solteira, com data da última menstruação a 25 de Maio de 1991, recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria a 26 de Novembro do mesmo ano às 21h 16m, referindo dores abdominais e vômitos alimentares desde há um mês.

Ao exame objectivo encontrou-se uma pressão arterial de 110/70 mmHg, pulso com 75 batimentos por minuto, rítmico e

regular. A palpação abdominal evidenciou aumento da contractilidade uterina pelo que foi efectuado um exame ginecológico que mostrou colo uterino formado e fechado. Foi realizada ecografia obstétrica que revelou boa vitalidade fetal.

Foi transferida para a Maternidade Dr. Alfredo da Costa com a hipótese diagnóstica de ameaça de parto pré-termo, onde deu entrada nesse mesmo dia às 21h 52m. Aquando de novo exame objectivo realizado nesta maternidade, apresentava temperatura axilar de 36°C e altura do fundo uterino de 25 cm. A ecografia obstétrica então realizada revelou: feto único, em apresentação cefálica, com boa vitalidade, diâmetro biparietal de 6,8 cm, fémur de 4,8 cm, placenta de Grau I segundo a classificação de Grannun, líquido amniótico normal – gravidez ecográfica de 26-27 semanas.

Teve alta hospitalar com a indicação de fazer dieta e medicada com ácido fólico, sulfato ferroso, cloridrato de diciclomina, succinato de doxilamina, cloridrato e piri-

doxina, pantotenato de cálcio, vitaminas A, D e C e complexo B.

No dia seguinte, pelas 5h 11m, deu entrada no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria, já cadáver, pelo que foi requisitada autópsia médico-legal ao Instituto de Medicina Legal de Lisboa.

Autópsia Médico-Legal

No Exame do Hábito Externo é de salientar conjuntivas hiperemiadas e cianose dos lábios, dos pavilhões auriculares e leitos ungueais.

No Exame do Hábito Interno, verificou-se a existência de um pneumotórax à esquerda, com atelectasia total do pulmão homolateral. O estômago, o baço e ansas jejunaes encontravam-se herniados na cavidade pleural esquerda, através de um orifício com 8 cm de diâmetro, localizado a nível da porção pósteo-lateral do hemidiafragma esquerdo. O estômago apresentava uma perfuração com necrose dos bordos, medindo 2 cm de diâmetro, localizada ao terço superior da pequena curvatura e distensão acentuada por abundante conteúdo líquido de cor castanha, onde se reconheciam fragmentos alimentares.

Além destes achados existiam ainda abundantes petéquias subpleurais, congestão e edema cerebrais.

O útero pesava 2400 g. A placenta, com 270 g de peso, de forma circular, era compatível com gravidez de segundo trimestre. O cordão umbilical, de inserção central, media 35 cm e possuía 3 vasos.

O feto, do sexo feminino, em posição cefálica, pesava 1100 grs e media 37 cm de comprimento, valores compatíveis com 26-27 semanas de gestação e não mostrava anomalias de forma ou posição dos órgãos. Observaram-se petéquias subpleurais, sub-epicárdicas e no timo.

Discussão

A hérnia de Bochdalek é uma hérnia diafragmática congénita que resulta da falência de encerramento das membranas pleuro-peritoneais.

A sua incidência oscila entre 1/2200 e 1/12 500 recém-nascidos vivos, sendo nove vezes mais frequente no lado esquerdo que no direito¹² e com uma predominância masculina de 2:1 no período neonatal e de 3:1 mais tardiamente⁴.

No recém-nascido, a hérnia de Bochdalek apresenta-se como uma síndrome de dificuldade respiratória, devido a hipoplasia pulmonar por compressão, estando associada a uma elevada taxa de mortalidade⁴. O diagnóstico precoce e a intervenção cirúrgica imediata são vitais⁷.

No adulto, é uma situação rara que se torna aparente após traumatismo ou em situações que contribuem para o aumento da pressão abdominal, tais como a obesidade, a gravidez⁷, o mergulho com escafandro autónomo⁵ entre outros.

Os sintomas de uma apresentação tardia (não neonatal) de uma hérnia de Bochdalek incluem infecções pulmonares recorrentes, dispneia, dor torácica e abdominal, vômitos, diarreia e anorexia¹⁰. Os sintomas gastrointestinais predominam no adulto.

Na revisão da literatura a que procedemos, encontramos descritos nove casos de hérnia diafragmática congénita estrangulada na gravidez¹¹. Estes casos apresentaram-se acompanhados de vômitos, dor abdominal e dispneia⁹, tendo surgido numa fase tardia da gravidez, durante o trabalho de parto ou no período imediato do pós-parto^{11,9}. Dos nove casos descritos, quatro foram fatais, por razões diversas^{11,6}.

No presente caso, foi a autópsia médico-legal que veio revelar a presença de hérnia. O facto de ser uma gestação não vigiada e a ausência de recurso a assistên-

cia médica aquando do início da sintomatologia, não permitiram o seu diagnóstico tempestivo.

Os vômitos na gravidez constituem uma situação comum iniciando-se geralmente por volta da sexta semana e prolongando-se até à décima segunda. No caso por nós estudado ressalta uma sintomatologia arrastada, em fase tardia de gravidez, constituída por dor abdominal e vômitos recorrentes, quadro este sugestivo de doença orgânica concomitante¹¹.

Conclusão

A despeito da raridade da sua ocorrência, o tipo de patologia descrito deve ser tido em linha de conta para defeitos de diagnóstico diferencial, face ao aparecimento de um período mais ou menos longo de vômitos em fase tardia de gravidez.

Bibliografia

1. Craddock D. R., Hall I. J. Strangulated diaphragmatic hernia complicating pregnancy. *Br. J. Surg.*, 1968; 55:559-560.
2. Diddle A. W., Tidrick R. T. Diaphragmatic hernia associated with pregnancy. *Am J. Obstet Gynecol.*, 1941; 41:317-321.
3. Fardy H. J. Vomiting in late pregnancy due to diaphragmatic hernia. Case report. *Br. J. Obstet Gynaecol.*, 1984; 91:309-392.
4. Fine R. Borrero E. Stone A. Bochdalek hernia in adulthood. *N. Y. State J. Med.*, 1987; 9:516-518.
5. Gimovsky M. L. Schifrin B. S. Incarcerated foramen of Bochdalek hernia during pregnancy: A case report. *J. Reprod Med.*, 1983; 28:156-158.
6. Kurzel R. B., Naunheim K. S. Schwartz R. A. Repair of symptomatic diaphragmatic hernia during pregnancy. *Obstet Gynecol.*, 1988; 71:869-871.
7. Oliveira F. Oliveira F. J. Congenital posterolateral diaphragmatic hernia in the adult. *Can J. Surg.*, 1984; 27 (6): 610-611.
8. Osborne W. W. Foster C. D. Diaphragmatic hernia complicating pregnancy. *Am J. Obstet Gynecol.*, 1953; 66:682-687.
9. Reed M. W. R. Silva P. H. P. D., Mostafa S. M., Collins F. J. Diaphragmatic hernia in pregnancy. *Br. J. Surg.*, 1987; 74 (5): 435.
10. Snyder H. S. Salo D. F., Kelly P. H. Congenital diaphragmatic hernia presenting as massive gastrothorax. *Ann Emer Med.*, 1990; 19 (5): 562-564.
11. Stephenson B. M. Stamatakis J. D. Late recurrence of a congenital diaphragmatic hernia. Case report. *Br. J. Obstet Gynaecol.*, 1991; 98: 110-11.
12. Trigueros L. M. Huguet J. M. M. Nieto A. P. Yébenes M. L. Valladares L. D. Andrés J. M. A, Méndiz J. G. Cantero J. L. B. Hernia de Bochdalek en el adulto. A propósito de un caso en el lado derecho. *Rev. Esp. Enf. Digest.*, 1990; 77 (4): 287-289.
13. Wolfe C. A. Peterson M. W. An unusual cause of massive pleural effusion in pregnancy. *Thorax*, 1988; 43: 484-485.