

## EXERCÍCIO CLÍNICO - RADIOLÓGICO

### Clinic Radiologic Exercise

FISS, ELIE \*  
GUAZZELLI, ADRIANO CESAR \*\*  
COSTA, JAIRO NETTO \*\*  
TRIDENTE, MÁRIO ROBERTO \*\*\*  
NAKAMURA, ROMEU \*\*\*\*  
PINTO, REGINA MARIA DE CARVALHO \*\*



Figura 1A) Rx de tórax em PA: opacificação homogênea de limites precisos, sem broncograma aéreo, no seio cardio frênico direito e na base do HTE ;

\* Pós-graduando da Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina da USP.

\*\* Auxiliar de Ensino de Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina do ABC.

\*\*\* Pós-graduando da Disciplina de Radiologia da Escola Paulista de Medicina.

\*\*\*\* Médico Assistente do Serviço de Endoscopia Peroral da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

#### DESCRIÇÃO DO CASO

Identificação: 65 anos, sexo masculino, branco.

Queixa principal: "Controle de pneumonia" (sic).

História: Refere tosse matutina com expectoração mucosa, dor em queimação retroesternal e empachamento pós-prandial há vários anos. No último ano foi internado por duas vezes para

tratamento de "pneumonia" (sic) quando ocorreu exacerbação da tosse e a expectoração tornou-se amarelada. Nega febre, escarros hemoptóicos, anorexia e emagrecimento.

**Antecedentes pessoais:** n.d.n.

**Hábitos e vícios:** Refere tabagismo. Nega etilismo.

**Exame físico:** Corado, eupneico, acianótico, anictérico, PA 130/85 mmHg, FC 80bpm, FR 24 mpm, sem estase jugular, sem adenomegalias periféricas palpáveis, RCR em 2T sem sopros, MV (+) com raros roncós em bases, abdome: n.d.n., mmii: sem edema, ausência de varicosidades.

**Exames laboratoriais:** Hemograma normal.

**Raios X de Tórax:** em incidência pósterio-anterior observa-se presença de opacificação homogênea de limites precisos, sem broncograma aéreo, no seio cárdio frênico direito e na base do HTE, com discreto apagamento da silhueta cardíaca e da cúpula diafragmática à esquerda, mantendo o seio costo frênico esquerdo livre. No perfil observa-se retificação das cúpulas frênicas e opacificação homogênea retrocardíaca de limites precisos, sem broncograma aéreo (Figura 1, A e B).

**Diagnóstico diferencial:** Diante do quadro clínico-radiológico, algumas hipóteses podem ser levantadas para diagnóstico diferencial: A) Neoplasia pulmonar, B) Derrame pleural incistado, C) Linfoma, D) Hérnia de hiato diafragmático, E) Seqüestro pulmonar.

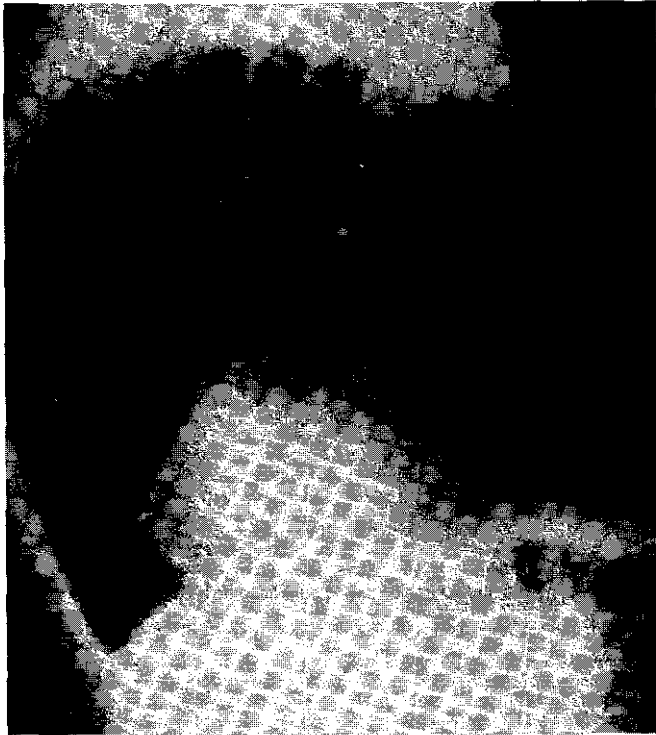


Figura 1B) Rx de tórax em perfil: opacificação homogênea retrocardíaca de limites precisos, sem broncograma aéreo.



Figura 2: Rx de tórax em PA: opacificação homogênea de limites precisos, sem broncograma aéreo, no seio cardio frênico direito e na base do HTE, com nível hidro-aéreo no interior.

**Complementação do caso e diagnóstico:** RX de tórax de controle realizado na ocasião mostrou as mesmas características observadas anteriormente, entretanto evidenciou a presença de nível hidro-aéreo no interior da opacificação descrita (figura 2).

Devido a queixa dispéptica foi realizado esfago-gastroduodenoscopia que mostrou esfago normal, estômago com leve hiperemia de mucosa, com rotação axial e em posição intratorácica, observando-se grande alargamento hiatal com herniação paraesofágica de todo o estômago. O piloro encontrava-se permeável ao aparelho e o duodeno sem alterações de mucosa.

O diagnóstico foi complementado pela realização de exame contrastado do aparelho digestivo que revelou esfago de forma, dimensões e relevo mucoso preservados; estômago volvulado (figura 3) e alças colônicas (figura 4) em posição intratorácica.

## COMENTÁRIOS

A forma mais comum de hérnia diafragmática em adultos é a hérnia de hiato (1,3). Os sintomas relacionam-se quase que exclusivamente com o trato gastrointestinal e raramente sua presença é manifestada por alterações na radiografia de tórax (3).

A maioria dos pacientes são assintomáticos e quando presentes, os sintomas mais comuns consistem de queimação retroesternal tipicamente ocorrendo após as refeições e acentuando-se quando o paciente se deita (3). Podem predominar sintomas de anemia

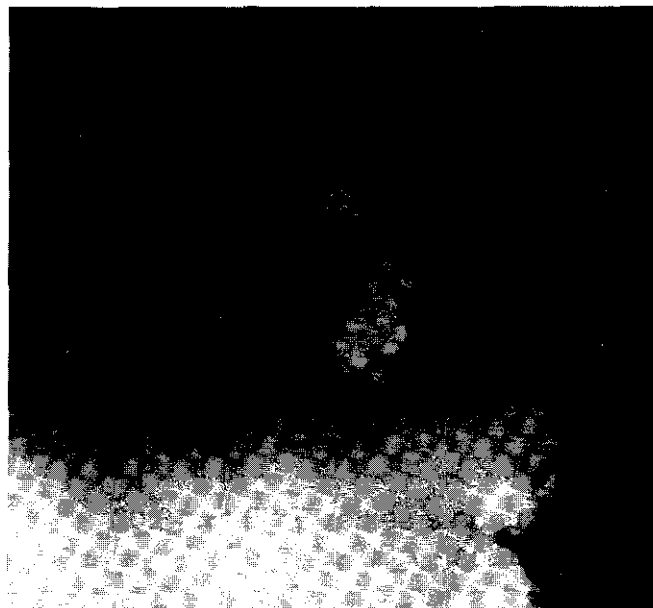
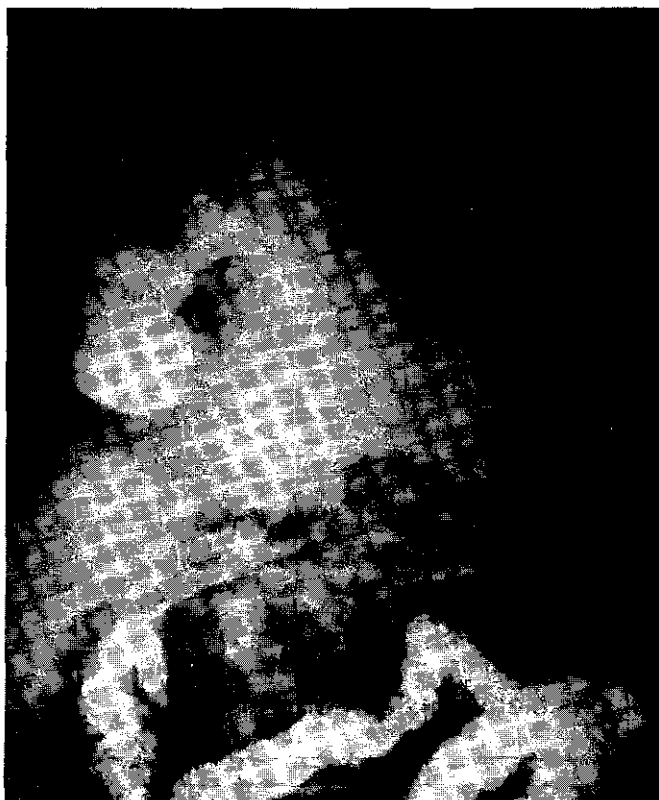


Figura 3 (à esquerda): Exame contrastado do aparelho digestivo demonstrando estômago volvulado em situação intra-torácica.

Figura 4 (acima): Exame contrastado do aparelho digestivo evidenciando a presença de alças colônicas em posição intra-torácica.

devido a perda de sangue de hematêmese, melena ou sangue oculto nas fezes (2).

A radiografia de tórax, embora raramente apresente alterações, pode mostrar massa no mediastino pósterio-inferior, usualmente contendo nível hidro-aéreo e quando grande parte do estômago encontra-se herniado, pode sofrer volvo dentro do mediastino e apresentar-se como uma grande massa, algumas vezes com nível hidro-aéreo duplo (3).

É freqüente o encarceramento do conteúdo da hérnia e estudos tem demonstrado que a incidência de estrangulamento é muito semelhante ao das hérnias congênicas e traumáticas (4).

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BETHLEM, N. *Pneumologia*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1984. Cap. 46, Doenças do Diafragma, pg 690.
- 2- FELDER, SEYMOUR L., MASLEY, P.M., AND WOLFF, W.I. Anemia as a presenting symptom of esophageal hiatal hernia of the diaphragm. *Arch. Intern. Med.*, 105(6):873-883, 1960.
- 3- FRASER, R.G., PARÉ, J.A.P. *Diagnóstico das Doenças do Tórax*. Ed. Manole, 1982. Cap. 17, Doenças do Diafragma e Parede Torácica, pg 2073-4.
- 4- HOFFMAN, E. Strangulated diaphragmatic hernia. *Thorax*, 23(3):541-45, 1968.

Trabalho realizado na  
RESPIRAR - CLÍNICA DE DOENÇAS PULMONARES S/C LTDA.  
Av. Portugal, 1280 - Jd. Bela Vista - Santo André - SP