

# Relato de caso: Hérnia de hiato por deslizamento em um prematuro extremo internado no Hospital Regional da Asa Sul.



Oliveira TM<sup>1</sup>; Zaconeta, CAM<sup>2</sup>; Cardoso EM<sup>3</sup>; Lopes JWP<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Médica Residente em Medicina Intensiva Pediátrica do HMIB; <sup>2</sup> Staff Neonatologista do HMIB; <sup>3</sup> Médica Residente em Radiologia do HFA; <sup>4</sup> Staff Radiologista do HMIB.

## Introdução

Estômago intratorácico congênito é raro, sendo as principais patologias associadas a hérnia congênita, esôfago curto congênito e mucosa heterotópica da porção inferior do esôfago. Dentre as etiologias, a hérnia de hiato é a etiologia mais frequente.<sup>1,2</sup>

A Hérnia de hiato por deslizamento ocorre quando a junção gastroesofágica não é mantida na cavidade abdominal pela membrana frenoesofágica, permitindo à cárdia deslocar-se livremente entre o mediastino posterior e a cavidade peritoneal.<sup>3</sup>

Neste relato, apresentamos um caso de hérnia de hiato em um prematuro extremo diagnosticado nos primeiros dias de vida por meio de exame de imagem.

## Relato do Caso

Prematuro extremo, adequado para idade gestacional, muito baixo peso, nascido de parto cesariana, indicada devido a doença hipertensiva específica da gravidez grave, crescimento intrauterino retardado, centralização fetal e trechos de diástole zero. Apresentou eliminação de mecônio no terceiro dia de vida, mas não houve boa aceitação da dieta, devido a presença constante de resíduos após dieta. No período houve o surgimento de distensão abdominal, com piora progressiva.



Figura 01



Figura 02

Solicitado então radiografias seriadas que demonstraram formação de imagem hipotransparente na projeção do mediastino médio, bem delimitada, tornando-se cada dia mais evidente (Figura 01). Feito então seriografia do esôfago, estômago e duodeno no quarto dia do início dos sintomas e no nono dia de vida, que sugeriu hérnia de hiato por deslizamento e esôfago curto (Figura 02).

## Discussão

A principal diagnóstico diferencial da hérnia hiatal é o esôfago curto. Durante a embriogênese, em sua fase precoce, pode existir subdesenvolvimento do intestino anterior e insuficiência de alongamento esofágico. Com a falha da descida esofágica, o estômago tem seu crescimento restrito a nível torácico.<sup>4</sup> Uma forma de diferenciar hérnia hiatal e esôfago curto, por meio de ecografia gestacional, é a presença de estômago intratorácico no segundo trimestre, que é incomum na hérnia de hiato, devendo-se pensar no diagnóstico alternativo. A presença de bolha gástrica intra-abdominal pode se apresentar intermitentemente na hérnia hiatal, devido o movimento de deslizamento do corpo do estômago através do orifício hiatal. Já no esôfago curto o movimento da bolha fica restrita ao tórax, não se visualizando bolha gástrica em sua localização habitual.<sup>5</sup> Em nosso caso, havia uma ecografia gestacional do segundo trimestre normal, enfatizando a ausência de estômago abdominal e aventando a hipótese de hérnia hiatal.

Alguns relatos de hérnia hiatal e esôfago curto são encontrados em neonatos termos ou pré-termos, que foram acompanhados em todo o período gestacional.<sup>9,10</sup> Nos prematuros extremos, no entanto, não há relatos que evidenciem hérnia hiatal, como a encontrada neste caso reportado.

## Conclusão

A hérnia hiatal é uma entidade incomum nos recém-nascidos e rara no prematuro extremo. Esta patologia aponta dúvidas quanto a sua real etiologia: esôfago curto e ou hérnia por deslizamento, levantando a discussão de qual a melhor hora para se diagnosticar, incluindo o período gestacional a esta busca. Diante destas respostas, maior tranquilidade será alcançada para acompanhar estas crianças a longo prazo.

**Referências Bibliográficas:** <sup>1</sup> Woodward M, Crabbe DC, Kiely EM, Spitz L: Congenital intrathoracic stomach. *Pediatr Surg Int* 1996; 11:116-118. <sup>2</sup> Skandalakis JE, Gray SW, Ricketts R: Embryology for Surgeons. The Embryological Basis for the Treatment of Congenital Abnormalities, ed 2. Baltimore, Williams & Wilkins, 1994; 98-100. <sup>3</sup> Sabiston JR, DC, Townsend, MC, Tratado de Cirurgia. 17.a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan., 2005. <sup>4</sup> Moore, Keith. Embriologia clínica. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000; 261-289. <sup>5</sup> Pierre R, Eduardo DR, David AP: Pathology of Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease. New York, Springer, 2004; 3-18. <sup>6</sup> Leung AW, Lam HS, Chu WC, Lee KH, Tam YH, Ng PC, Congenital Intrathoracic Stomach: Short Esophagus or Hiatal Hernia?. *Neonatology* 2008; 93:178-181. <sup>7</sup> Ogunyemi D, Serial sonographic findings in a fetus with congenital hiatal hernia. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 17: 350-353.