**Título:** Considerações Anestésicas na abordagem laparoscópica da Hérnia de Morgagni no Adulto

**Autores:** Joana Branco Maia, Diana Guimarães, Joana Amaral, José Tena Guerrero

**Instituições:** Hospital do Espírito Santo de Évora

**Área Terapêutica/Tema:** Segurança dos Doentes (Patient Safety)

**(TEM FOTO)**

**Resumo:**

INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática de Morgagni (HDM) é uma condição congénita rara, usualmente detectada na infância. O diagnóstico na idade adulta é invulgar e habitualmente acidental. Até 1/3 dos doentes apresenta sintomas respiratórios ou gastrointestinais inespecíficos dificultando o diagnóstico (1). Pode ainda condicionar quadros respiratórios restritivos graves, ou de oclusão intestinal, que requerem cirurgia urgente (2.) Pelo possível compromisso cardiopulmonar, devido ao efeito de massa do conteúdo herniado nos pulmões, coração e grandes vasos, acarretam potencialmente alta morbimortalidade peri-operatória levantando desafios aos anestesiologistas (3.)

CASO CLÍNICO: 79 anos, sexo masculino, ASA III, com  fibrilhação auricular paroxística, recorre ao SU por dor peri-umbilical com 5h de evolução. Refere clínica ocasional de enfartamento pós-prandial e de fadiga fácil. Ao exame físico, abdómen doloroso nos quadrantes direitos, com defesa e sons peristálticos diminuídos. Estudo radiológico mostrou níveis hidroaéreos no mediastino e  intestino delgado, tendo a TAC-AP evidenciado hérnia diafragmática anterior direita, contendo ansa de delgado encarcerada, possivelmente estrangulada e atelectasia do pulmão direito (Fig 1). Realizada laparoscopia abdominal urgente sob anestesia geral balanceada com técnica poupadora de opiódes, com indução de sequência rápida. Seguida estratégia de ventilação mecânica protetora com manobras de recrutamento alveolar. No intra-operatório, episódio de fibrilação auricular com resposta ventricular rápida, sem repercussão hemodinâmica, resolvida após dose de carga de amiodarona. Intraoperatoriamente encontrada ansa em sofrimento (Fig 2). Após extubação, transferido para a UCPA em ventilação espontânea.

DISCUSSÃO: A HDM constitui uma entidade rara mas potencialmente fatal se envolver o estrangulamento das vísceras herniadas, pelo que a abordagem anestésica em contexto de urgência deve seguir algumas precauções. Devido ao atraso do esvaziamento gástrico,  está indicada profilaxia de aspiração pulmonar e desinsuflação gástrica. Fibroscopia sob ventilação espontânea é o gold standard na abordagem da via aérea. Se indisponível, deverá realizar-se indução de sequência rápida. Dependendo do compromisso hemodinâmico, equacionar monitorização hemodinâmica invasiva. Devem evitar-se agentes anestésicos cardiodepressores, ilustrando o presente caso que a anestesia poupadora de opióides poderá ser vantajosa na prevenção de complicações pulmonares e intestinais pós-operatórias. A laparoscopia permite recuperação mais rápida, mas aumenta o risco de pressões altas nas vias aéreas pelo que não é recomendada se existir compromisso hemodinâmico ou respiratório, estando recomendada ventilação protectora com baixas pressões e baixos volumes correntes ou técnicas de exclusão pulmonar.

REFERÊNCIAS

1. World J Emerg Surg. 2017; 12, 23

2. Ann R Coll Surg Engl. 2008; 90(8): 694–695

3. Anesthesia, essays and researches. 2015; 9(3), 413–416