



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 38/2021

Vitória, 13 de janeiro de 2021

Processo nº [REDACTED]  
impetrado por [REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas do Juizado Especial Cível, Criminal e da Fazenda Pública de Marataizes, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Flávio Brasil Fernandes Reis, sobre o procedimento: **Hernioplastia diafragmática**.

## I – RELATÓRIO

1. De acordo inicial, o Requerente sofreu uma colisão lateral de moto x carro em 15/11/2019, apresentando várias lesões, tendo como complicação volumosa hérnia diafragmática traumática à esquerda e hérnia incisional, necessitando de tratamento cirúrgico. O Autor buscou atendimento no Hospital Evangélico Litoral Sul, sendo informado que lá não realizavam tal procedimento, sendo encaminhado para o Hospital de referência – HUCAM. Entretanto até o momento não conseguiu êxito na disponibilidade para realização do procedimento. Como não consegue arcar com o procedimento, recorre a via judicial.
2. Às fls. 24 consta solicitação de Rx ?, joelho e pé esquerdo, sem data, emitido pelo Dr. L?? Coque Fonseca, ortopedista/traumatologista, CRM 5293285-0. Ainda consulta agendada em 27/11/2020 as 7 h, no ambulatório de ortopedia, na Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
3. Às fls. 25 consta solicitação de exames, em papel timbrado da CLINESP, emitido em



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

- 15/07/2020 pelo Dr Tarcísio Silveira da Fonseca, Cirurgião geral, CRM ES 12198, a ser realizado no hospital novo da UNIMED, tomografia computadorizada de abdome superior com contraste venoso e tomografia de tórax. Indicação: hérnia diafragmática traumática a esquerda.
4. Às fls. 26 consta solicitação de exames pré operatório – risco cirúrgico para hernioplastia incisional, emitido em 10/11/2020 pelo Dr. Fúlvio Alves Janones, cirurgia geral, CRM ES 10139.
  5. Às fls. 27 consta guia de referência e contra referência, sem data, emitida em pelo Dr. Fúlvio Alves Janones, encaminhando para cirurgia do aparelho digestivo/cirurgia geral, descrevendo paciente vítima de acidente motociclístico, há 01 ano, foi submetido a laparotomia exploradora e esplenectomia. Evoluiu com volumosa hérnia incisional em epigástrico e volumosa hérnia diafragmática. Tendo como observação a não realização de tal procedimento no Hospital Evangélico Litoral Sul.
  6. Às fls. 28 consta laudo médico, em papel timbrado da CLINESP, emitido em 29/07/2020 pelo Dr Tarcísio Silveira da Fonseca, descrevendo paciente vítima de acidente de trânsito em novembro/2019, onde evoluiu com lesão esplênica (esplenectomia total), trauma torácico contuso, fratura grave, após tratamento multidisciplinar no contexto de trauma, evoluiu com volumosa hérnia diafragmática traumática a esquerda (conteúdo principal rim esquerdo) e volumosa hérnia incisional após laparotomia exploradora para esplenectomia. Paciente apresenta complicação tardia associada ao trauma em novembro/2019, necessitando de tratamento cirúrgico com brevidade.
  7. Às fls. 36 a 43 consta laudo e imagens de tomografia computadorizada do tórax e abdome superior, emitido em 20/07/2020, evidenciando hérnia diafragmática posterior e medial à esquerda (cerca de 5,0 cm no eixo anteroposterior e 7,0 cm no eixo látero lateral) com insinuação do conteúdo retroperitoneal para a cavidade torácica;



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

- esplenectomia, com baços acessórios na loja esplênica; cálculo no ureter proximal esquerdo determinando discreta ureterohidronefrose a montante; grande hérnia da parede abdominal na região supraumbilical.
8. Às fls. 44 consta encaminhamento para clínica cirúrgica, Hospital Santa Casa, emitido em 05/05/2020 pelo Dr. Gastão Gonçalves Coelho, clínica médica/geriatria, CRM ES 2346, descrevendo politrauma em novembro/2019, fratura tórax, dispnéia e febre, laparotomia – esplenectomia, com murmúrio vesicular diminuído a esquerda. Com hipóteses diagnósticas de pneumonia, derrame pleural, embolia pulmonar.
  9. Às fls. 46 consta requisição de exames e encaminhamento para Dr. Tarcísio verificar tomografia, emitido em 05/05/2020 pelo Dr. Gastão Gonçalves Coelho.
  10. Às fls. 47 consta guia de referência e contra referência, sem data, emitida pela Dr<sup>a</sup> Andrea Mansur, CRM ES 5448, encaminhando para HUCAM/cirurgia digestiva, descrevendo paciente de 41 anos com história progressiva de politraumatismo e hemitórax em novembro/2019, com hérnia diafragmática por lesão insinuando a gordura e grande parte do rim para caixa torácica esquerda. Portador de atelectasia pós-trauma.
  11. Às fls. 48 consta receituário externo, emitido em 17/12/2019 pela Dr. Marina Santos de Oliveira, CRM ES 6982, descrevendo que o paciente foi encaminhado pelo hospital Evangélico de Itapemirim com história de politrauma por acidente moto x carro. Há 1 dia antes foi realizado laparotomia exploradora com consequente esplenectomia e colocação de dreno abdominal em flanco esquerdo. Também foi realizada toracostomia em selo d'água devido pneumotórax à direita. Encaminhado para o serviço de ortopedia para osteossíntese de fratura de fêmur e tíbia. Apresentava os seguintes diagnósticos associados: fratura fechada cominutiva do fêmur esquerdo e platô tibial, anemia, hemotórax HTE, gastroparesia, coleção intraperitoneal esquerda.
  12. Às fls. 49 consta exame histopatológico, emitido em 21/11/2019, evidenciando Baço,



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

esplenectomia: ruptura esplênica. com hematoma subcapsular (etiologia traumática).

13. Às fls. 50 consta receituário externo, emitido em 09/12/2019 pela Dr. Marina Santos de Oliveira, descrevendo paciente encaminhado pelo hospital Evangélico de Itapemirim com história de politrauma por acidente moto x carro em 16/11/19, 1 dia antes realizado laparotomia exploradora com consequente esplenectomia e colocação de dreno abdominal em flanco esquerdo. Também foi realizada toracostomia em selo d'água devido pneumotórax à direita. Encaminhado para o serviço de ortopedia para osteossíntese de fratura de fêmur e tíbia. Paciente evoluiu com abscesso intra abdominal tratado.
14. Às fls. 51 consta solicitação de parecer para clínica cirúrgica, emitido em 11/05/2020, com descrição já supracitada, e referindo condições de alta hospitalar e/ou cirurgia torácica.

## II – ANÁLISE

### DA LEGISLAÇÃO

1. **A Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
2. **A Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência:

Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Parágrafo Primeiro - Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo - Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

## **DA PATOLOGIA**

1. A **Hérnia incisional ou eventração** é a protusão do conteúdo abdominal através de um ponto fraco da parede constituído pela cicatriz de intervenção cirúrgica anterior. A eventração é mais frequente em incisões verticais, na linha mediana em sua porção infraumbilical e após operações ginecológicas e obstétricas. A ocorrência de hérnias incisionais tem sido relatada em até 10% dos casos em procedimentos cirúrgicos abdominais, sendo resultantes do excesso de tensão e da cicatrização inadequada da parede. Os fatores de risco para hérnia incisional estão diretamente relacionados ao perfil do paciente, ao próprio ato operatório e às intercorrências locais no pós-operatório. Desnutrição, obesidade, diabetes, cardiopatias, doença pulmonar obstrutiva crônica, gravidez e córtico/quimioterapia prévia são relatados como possíveis fatores predisponentes à ocorrência desta afecção.
2. Fatores que aumentam a pressão interna do abdome podem contribuir para o retos abdominais, alargando a linha alba, promovendo assim uma frouxidão da central do abdome, o que caracteriza a diástase dos retos abdominais. Este afastamento e perda de resistência facilitam a protrusão de estruturas internas do abdome contra a linha



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

central promovendo o aparecimento de uma crista na linha central, melhor percebida nas situações de aumento da pressão interna.

3. A **ruptura diafragmática** ocorre em 0,8% dos pacientes vítimas de acidentes automobilísticos e em cerca de 3% a 5% dos casos de traumatismo abdominal fechado. Ocorre também após trauma penetrante (cerca de 13% a 19% projétil lesam o diafragma), tanto por arma de fogo (46%) como por arma branca (15%), sendo que no primeiro caso, como invariavelmente estes pacientes são submetidos à cirurgia, o diagnóstico da lesão é realizado no período intraoperatório.
4. No trauma abdominal contuso grave, há um aumento de dez vezes na pressão abdominal, transmitindo subitamente a energia cinética através das cúpulas frênicas. Qualquer porção do diafragma pode ser lesada, entretanto, a maioria das lacerações ocorre em direção radial na área póstero-lateral do diafragma esquerdo, que corresponde a um ponto embriológico de fraqueza. O centro tendíneo do diafragma, por ser inextensível, também é sede frequente de lesões.
5. O número de hérnias diafragmáticas na sua forma crônica tem aumentado, pois lesões diafragmáticas isoladas, que chegam a ocorrer em 5% a 19% dos ferimentos toracoabdominais, particularmente à esquerda, permanecem assintomáticas na ausência de sangramento ou de lesão de víscera oca, diagnosticados ocasionalmente num exame radiológico do tórax ou quando ocorrem complicações, como a obstrução intestinal ou o estrangulamento de vísceras herniadas.
6. A **hérnia diafragmática** é definida como a evisceração transdiafragmática de conteúdo abdominal no tórax. Os órgãos abdominais mais frequentemente herniados através do defeito diafragmático são o estômago, omento, cólons e fígado. Muitas lesões, especialmente no trauma penetrante, não podem ser qualificadas como verdadeiras hérnias diafragmáticas, já que o ferimento é pequeno, não permitindo a herniação de vísceras para o tórax.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

7. A história natural das hérnias diafragmáticas é descrita em três fases:

1) **fase aguda:** quando o paciente apresenta-se com a lesão, que pode ter expressão clínica variável, dependendo do tipo de trauma e da própria extensão da lesão. Se não diagnosticada e reparada cirurgicamente, evoluirá para as fases seguintes:

2) **fase intermediária ou latente:** é uma fase de encarceramento das vísceras abdominais no tórax pela constante pressão pleural negativa, variando conforme o diâmetro da lesão diafragmática, que geralmente produz sintomatologia vaga, como dor epigástrica, náusea, vômitos e episódios de obstrução intestinal;

3) **fase crônica:** é a fase onde ocorrem as complicações, principalmente obstrução e estrangulamento intestinal. Há relatos de hérnias diagnosticadas de 28 dias até 28 anos. Cerca de 85% dos casos são diagnosticados dentro de três anos após o trauma.

A classificação internacional mais utilizada para descrição da lesão é a do *Organ Injury Scaling* da Associação Americana de Cirurgia do Trauma, a ser utilizada no período intraoperatório

8. O diagnóstico clínico é baseado no mecanismo de trauma, tanto para os ferimentos contusos quanto para os penetrantes, sendo necessário um alto índice de suspeita. A sintomatologia e os achados no exame físico podem ser torácicos ou abdominais. A radiografia simples de tórax, geralmente revela as hérnias diafragmáticas agudas, mostrando um padrão de gás anormal acima do hemidiafragma com elevação e irregularidade, principalmente em casos de trauma contuso.

9. Outros métodos descritos para diagnóstico são: radioscopia do hemidiafragma, pneumoperitônio diagnóstico, pleurografia, peritoniografia, cintilografia com injeção intraperitoneal de tecnécio, ultrassonografia computadorizada, tomografia de tórax, ressonância nuclear magnética, toracoscopia, laparoscopia, lavado peritoneal, exploração digital na drenagem pleural e na laparotomia. Há algumas apresentações





**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

pouco usuais da hérnia diafragmática traumática, podendo ter localização intrapericárdica, quando a ecocardiografia e a ultra-sonografia auxiliam no diagnóstico ou, ainda, apresentando-se como hérnia intercostal.

10. A mais comum complicação pós-traumática do diafragma:

- É a lesão despercebida com hérnia crônica. Pode ocorrer tanto por um aumento da frequência de lesões despercebidas, quanto por uma deiscência de uma lesão corrigida previamente. Para minimizar tal complicação é necessário um alto índice de suspeita da presença de lesão diafragmática e o adequado reparo da lesão.
- A lesão dos ramos periféricos do nervo frênico no diafragma pode produzir denervação regional, resultando em atrofia e perda de função da região correspondente. Quando possível, deve-se evitar tais lesões durante o reparo das hérnias pós-traumáticas agudas ou crônicas
- Presença de pneumotórax durante a laparotomia exploradora, que pode manifestar-se por instabilidade hemodinâmica e respiratória com diminuição da complacência pulmonar, manifestada através de elevado pico de pressão intratraqueal, visualizada pelo anestesista durante a ventilação mecânica. Na avaliação laparoscópica do trauma abdominal, a insuflação de ar no abdome pode produzir um pneumotórax hipertensivo através do orifício no diafragma, necessitando de drenagem pleural imediata
- O empiema pleural, geralmente, ocorre quando há perfuração de vísceras ocas abdominais, particularmente na presença de hemotórax associado.

11. A mortalidade após ruptura diafragmática em casos de trauma contuso varia entre 8% e 50% nas diferentes séries, sendo a morte atribuída geralmente a lesões neurológicas, ortopédicas e intra-abdominais associadas. A mortalidade em casos de hérnias diafragmáticas direitas chega a ser maior que 50%, sendo atribuída à grande energia





**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

necessária para provocar tal lesão. No caso de estrangulamento de vísceras intra-abdominais herniadas, a mortalidade aumenta dramaticamente, podendo chegar a 88%.

## **DO TRATAMENTO**

1. A diástase dos retos, habitualmente são assintomáticas ou paucisintomáticas, pequena monta. As grandes diástases e as diástases sintomáticas (com eventrações, etc.) necessitam de abordagem terapêutica.
2. A correção de hérnias incisionais abdominais (HIA) permanece como um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns uma vez que ela ocorre em cerca de 11% das laparotomias.
3. A abordagem terapêutica da diástase é inicialmente conservadora (fisioterapia e medidas de suporte), porém quando refratárias ou volumosas, devem ser submetidas à correção cirúrgica.
4. No tratamento uma vez realizado o diagnóstico de hérnia diafragmática aguda ou crônica no pré-operatório, com base em exames radiológicos ou no intraoperatório, em casos duvidosos ou com indicação cirúrgica de urgência, procede-se ao tratamento cirúrgico com sutura do diafragma. O diafragma deve sempre ser suturado, pois mesmo os pequenos ferimentos, ainda que tamponados por epíploon, não têm cicatrização espontânea devido ao gradiente pressórico entre as cavidades abdominal e torácica, além da movimentação contínua do diafragma no ciclo respiratório e do risco de estrangulamento de vísceras intra-abdominais no tórax.
5. A morbidade e mortalidade em doentes com hérnia diafragmática de apresentação tardia são diferentes das dos doentes que a apresentam numa fase aguda. Nos doentes



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

com lesão aguda, o choque irreversível e a lesão crânioencefálica são as mais frequentemente citadas como causas de morte intra e pós-operatória precoce, enquanto que a sépsis e a falência multiorgânica, predominam como causas tardias. É referido, na literatura, que quando presente, o estrangulamento de víscera com gangrena, ocasiona uma morbidade pós-operatória e uma mortalidade muito maiores (66- -80%) que as cirurgias de hérnias diafragmáticas não complicadas. Sempre que exista suspeita clínica, a cirurgia impõe-se, até porque não está relatado, até hoje na literatura, qualquer caso de encerramento espontâneo de laceração diafragmática.

12. No caso de hérnias diafragmáticas crônicas (> 2 semanas), a tendência geral é que se aborde a lesão através de toracotomia, pela maior facilidade de redução do conteúdo herniado sob visão direta, além da lise de aderências, prováveis nesta fase.

## **DO PLEITO**

1. **Hernioplastia diafragmática.**

## **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. Trata-se de paciente que sofreu uma colisão lateral de moto x carro em 15/11/2019, apresentando várias lesões, tendo como complicação volumosa hérnia diafragmática traumática à esquerda e hérnia incisional, necessitando de tratamento cirúrgico.
2. O Requerente estava sendo acompanhado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Itapemirim, porém foi encaminhado para o HUCAM, que é referência para esse tipo de procedimento.
3. O tratamento de reparação de outras hérnias é procedimento oferecido pelo SUS, sob o código 04.07.04.022-6, sendo considerado de média complexidade, segundo o Sistema



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).

4. O Requerente apresenta uma hérnia diafragmática esquerda com deslocamento do rim esquerdo para dentro da caixa torácica. Apesar dos documentos médicos não mencionarem o quadro clínico do paciente, isto é, se apresenta alguma dificuldade respiratória ou até mesmo dor, consta nos laudos de exame de imagem que o paciente possui uma atelectasia (que é o colapso do tecido pulmonar com perda de volume) do mesmo lado da hérnia diafragmática, conseqüente ao trauma sofrido. Os exames de imagem anexados não demonstram desvio do mediastino ou outras complicações compressivas que a hérnia pode desencadear, o que não significa que o problema não tenha que ser resolvido, antes mesmo que estas complicações surjam (depressão, quer circulatória quer respiratória, secundária à diminuição da função do diafragma, à compressão pulmonar e ao desvio do mediastino subseqüente) ou que a hérnia aumente de extensão provocando a herniação de outros órgãos intra-abdominais com encarceramento e perfuração das estruturas herniadas, o que agravará em muito a situação.
5. **Assim, este NAT conclui que o Requerente tem indicação de ter uma consulta agendada com cirurgião geral no Hospital de referência, em prazo que respeite o princípio de razoabilidade, cabendo ao especialista definir os procedimentos a serem realizados, visto que o paciente possui dois tipos de hernia (diafragmática e incisional), bem como a prioridade na realização da cirurgia frente a situação atual de pandemia de Covid19. Cabe a SESA disponibilizar a consulta e o procedimento cirúrgico a ser realizado posteriormente.**
6. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.





**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

**REFERENCIAS**

SPERANZINI M. B. et al, GRANDES HÉRNIAS INCISIONAIS. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/abcd/v23n4/v23n4a15.pdf>

RAMOS F. Z. et al, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM HÉRNIA INCISIONAL. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v20n4/a03v20n4.pdf>

PEREIRA JÚNIOR, G.A. Hérnia diafragmática traumática; Rev. Col. Bras. Cir. vol.28 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2001. Disponível: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912001000500011](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912001000500011)

RAFAEL, A.A. et.al. HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA TARDIA COMPLICADA DE PERFURAÇÃO INTRATORÁCICA E QUISTO HEMORRÁGICO GÁSTRICO. Uma combinação rara. Acta Méd Port 2005; 18: 295-301. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1030/698>