

HÉRNIA DE MORGAGNI CONGÊNITA COM RECIDIVA E DERRAME PERICÁRDICO: DESAFIO CIRÚRGICO E IMPORTÂNCIA DO SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO

CONGENITAL MORGAGNI HERNIA WITH RECURRENCE AND PERICARDIAL EFFUSION: SURGICAL CHALLENGE AND IMPORTANCE OF POSTOPERATIVE FOLLOW-UP

GETÚLIO DA SILVA LUBANCO FILHO¹, CELME DA SILVA CAETANO JUNIOR², LUIZ OTÁVIO SOARES MAGALHÃES³, DANIEL MELLO BRITO⁴, RAMON DE SOUSA REGO^{5*}, LAIS FERREIRA CAMACHO⁶, LUCAS ROCHA MAGNO GOMES BLANC⁶, RAFFAEL GESUALDI CAPACCIA⁶

1. Médico Cirurgião cardiovascular HSJA, Professor da Universidade Iguazu; 2. Médico, chefe cardiovascular HSJA; 3. Médico Residente em cirurgia cardiovascular pediátrica no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia; 4. Médico Residente em cirurgia cardiovascular pelo HSJA; 5. Professor Universidade Iguazu; 6. Acadêmico do curso de graduação de medicina da Universidade Iguazu.

* Rua Alagoas 23, Lions, Itaperuna, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 28300-000. ramonrego@hotmail.com

Recebido em 30/10/2025. Aceito para publicação em 14/11/2025

RESUMO

A hérnia de Morgagni é a forma mais rara de hérnia diafragmática congênita, correspondendo a aproximadamente 3% dos casos. Caracteriza-se pela protrusão de órgãos abdominais para o tórax através de um defeito no diafragma anterior. Geralmente, é detectada no período pré-natal por exames de imagem, como ultrassonografia fetal. Esse tipo de hérnia pode causar complicações respiratórias devido à compressão pulmonar, tornando o tratamento cirúrgico necessário mesmo em pacientes assintomáticos, a fim de prevenir complicações graves, como estrangulamento intestinal ou recidiva. Apresentamos o caso de uma criança diagnosticada com hérnia de Morgagni intraútero, submetida à correção cirúrgica ao nascimento. No entanto, a paciente apresentou recidiva após dois meses, evoluindo com complicações respiratórias e derrame pericárdico. O tratamento envolveu pericardiocentese de urgência seguida de correção da hérnia por toracotomia. A recidiva, uma das complicações mais comuns, pode ocorrer mesmo na ausência de fatores predisponentes clássicos, como obesidade ou constipação crônica. O relato destaca a importância do acompanhamento pós-operatório rigoroso e de uma abordagem multidisciplinar para o manejo de complicações. Embora a recidiva de hérnias diafragmáticas congênitas seja relativamente rara, com uma taxa de 6,8%, este caso ressalta a necessidade de investigação de possíveis causas genéticas ou anatômicas em pacientes que não apresentam fatores de risco evidentes.

PALAVRAS-CHAVE: Derrame pericárdico, Hérnia de Morgagni, Doenças e Anomalias Congênitas, Transtornos Congênitos.

ABSTRACT

Morgagni hernia is the rarest form of congenital diaphragmatic hernia, accounting for approximately 3% of cases. It is characterized by the protrusion of abdominal organs into the thorax through a defect in the anterior

diaphragm. It is usually detected prenatally by imaging tests, such as fetal ultrasound. This type of hernia can cause respiratory complications due to lung compression, making surgical treatment necessary even in asymptomatic patients in order to prevent serious complications, such as intestinal strangulation or recurrence. We present the case of a child diagnosed with Morgagni hernia in utero who underwent surgical correction at birth. However, the patient presented recurrence after two months, evolving with respiratory complications and pericardial effusion. Treatment involved emergency pericardiocentesis followed by hernia repair by thoracotomy. Recurrence, one of the most common complications, can occur even in the absence of classic predisposing factors, such as obesity or chronic constipation. The report highlights the importance of rigorous postoperative follow-up and a multidisciplinary approach to managing complications. Although recurrence of congenital diaphragmatic hernias is relatively rare, with a rate of 6.8%, this case highlights the need to investigate possible genetic or anatomical causes in patients who do not present evident risk factors.

KEYWORDS: Pericardial effusion, Morgagni's hernia, Congenital, Hereditary, and Neonatal Diseases, Disorders Congenital.

1. INTRODUÇÃO

A hérnia de Morgagni é a forma mais rara de dentro do grupo das hérnias diafragmáticas congênitas (HDC), ocorrendo em 3% dos casos, consistindo na protrusão torácica do conteúdo abdominal, incluindo omento e cólon transverso¹. A incidência de HDC é de aproximadamente 1 a 4/10.000 nascidos vivos, variando entre as populações, com uma prevalência ligeiramente maior em meninos².

As hérnias diafragmáticas congênitas (HDC) são classificadas conforme a localização do defeito, nomeadas em Bochdalek e Morgagni. As hérnias de Bochdalek são as mais frequentes, apresentando

defeitos póstero-laterais e podendo associar-se à hipoplasia pulmonar e à insuficiência respiratória em casos de hipertensão pulmonar. As hérnias de Morgagni, a variação mais rara, ocorrem em apenas 2 a 4% dos recém-nascidos, determinada por um defeito no segmento anterior do diafragma e geralmente não associada à hipoplasia pulmonar³.

A recidiva da hérnia é uma das principais complicações no pós-cirúrgico⁴. Em estudos avaliativos, observou-se a recorrência da hérnia (2,5%) em crianças submetidas ao fechamento direto e em 15,78% nas submetidas ao fechamento com tela. Essas recidivas ocorrem entre o primeiro mês pós-operatório e o primeiro ano de idade, com uma percentagem geral de 6,8%⁵. Fatores como obesidade (devido ao aumento da pressão intra-abdominal), constipação intestinal crônica e trauma podem favorecer o aparecimento dessa patologia.

A HDC afeta principalmente o desenvolvimento pulmonar adequado devido ao aumento da pressão na cavidade exercida pelos órgãos deslocados. Os sintomas mais comuns são dor retroesternal, sintomas pulmonares (insuficiência respiratória) e obstrução, mas ainda existem outros sintomas, como disfagia, doença do refluxo gastroesofágico, sangramento, fadiga e indigestão⁶. Atualmente, o ultrassom e os testes genéticos no período pré-natal são os exames mais utilizados, permitindo a detecção na maioria dos casos até o segundo trimestre de gravidez⁷. O diagnóstico pré-natal dessa malformação melhorou nos últimos 20 anos, sendo correto afirmar que organizar o nascimento de fetos afetados em um centro com unidade de terapia intensiva neonatal ideal e cirurgia pediátrica melhora o resultado⁸.

Exames radiológicos e uma boa avaliação clínica são geralmente necessários para confirmar o diagnóstico, avaliar a origem do conteúdo da hérnia e verificar a presença de anormalidades associadas⁹. As complicações mais frequentes são a recidiva da hérnia e hipertensão pulmonar no período pós-cirúrgico, sendo a hipertensão pulmonar a maior causa de morbidade e mortalidade⁴. Em 40% dos casos, a hérnia diafragmática congênita está relacionada a outras síndromes genéticas que devem ser investigadas¹⁰. O tratamento é cirúrgico, eletivo, indicado mesmo nos pacientes assintomáticos, com o objetivo de evitar complicações como hérnias encarceradas e estrangulamento intestinal, além de tratar os sintomas, quando presentes¹¹. O tratamento cirúrgico clássico consiste em abordagem por toracotomia ou laparotomia, seguida da redução das vísceras herniadas para a cavidade abdominal, com encerramento primário do defeito do diafragma. Na existência de um saco herniário, deve-se proceder à sua excisão, e nos casos em que o defeito diafragmático é muito grande, é necessário a utilização de próteses¹². A correção cirúrgica laparoscópica é uma técnica segura e efetiva tanto para diagnóstico definitivo quanto para tratamento

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, com 2 meses e 25 dias de idade, diagnosticado intraútero com hérnia diafragmática à direita (hérnia de Morgagni). Foi submetido à correção cirúrgica por videolaparoscopia logo após o nascimento, sem intercorrências, recebendo alta em hospital de referência no Rio de Janeiro, onde permanecia em investigação para possíveis síndromes genéticas.

Posteriormente, o paciente deu entrada na unidade de pronto atendimento apresentando sinais de insuficiência respiratória, sendo transferido em caráter emergencial para o Hospital de referência. Exames de imagem evidenciaram hipoplasia pulmonar e derrame pericárdico, com conteúdo herniário composto por lobo hepático esquerdo, alças intestinais e colônicas, parte do estômago e líquido, além de desvio mediastinal para a esquerda.

A tomografia computadorizada de tórax revelou derrame pericárdico volumoso. O ecocardiograma à beira-leito demonstrou forame oval patente (FOP), possível trombo e função cardíaca preservada. O paciente foi intubado orotraquealmente, sedado com cetamina e manteve estabilidade hemodinâmica, sem necessidade de aminas vasoativas durante o ato cirúrgico.

Foi realizada drenagem mediastinal e pericardiocentese de emergência. Durante o procedimento, observou-se recidiva da hérnia, sendo realizada toracotomia parcial para correção do defeito diafragmático. A cirurgia transcorreu sem intercorrências, com evolução pós-operatória favorável.

3. DISCUSSÃO

As hérnias diafragmáticas congênitas (HDC) classificam-se de acordo com a localização do defeito em três tipos: hérnia de Bochdalek, hérnia de Morgagni e hérnia do hiato esofágico. As hérnias de Morgagni são resultado de um defeito no segmento anterior, entre a origem costal e esternal do diafragma, e representam apenas 1 a 2% das HDC¹³. De acordo com Amorim & Pacheco (2004), a hérnia de Morgagni é a forma mais rara de hérnia diafragmática, ocorrendo em 3% dos casos e consiste em uma profusão do conteúdo abdominal no tórax, ocorrendo na maioria dos casos ao lado direito e após os 40 anos. Porém, no presente relato, a hérnia se apresentou como um defeito congênito diagnosticado intraútero, e após a cirurgia para correção da hérnia, houve uma recidiva. A HDC pode ser diagnosticada no período pré-natal por ecografia, sendo possível a identificação do tipo de hérnia, o grau do desvio e sua localização¹⁴. De acordo com Ferreira *et al.*, (2015)¹⁵, os recém-nascidos com HDC apresentam-se habitualmente com taquipneia, tiragem intercostal e supraclavicular e cianose no período pós-natal imediato, podendo apresentar também abdome escavado, dependendo do grau de herniação.

A recidiva incisional é uma das principais

complicações pós-cirúrgicas da correção herniária⁴. De acordo com Gomes & Luis (2008)¹⁶, as principais causas que podem facilitar a recidiva são o aumento de pressão intra-abdominal, obesidade, constipação intestinal crônica e trauma. No presente caso relatado, não houve relato de nenhuma dessas causas.

O paciente apresentou sinais clínicos clássicos da recidiva em estágio avançado, cursando com insuficiência respiratória aguda, taquicardia, taquipneia e cianose central secundária a um derrame pericárdico volumoso. Os sinais encontrados estão de acordo com os descritos por Martínez Hernández *et al.* (2019)⁶, que relaciona comumente sintomas pulmonares, como dor retroesternal, insuficiência respiratória, disfagia, obstrução respiratória, sangramentos e refluxo gastroesofágico.

Geralmente, o tratamento é cirúrgico, por laparotomia ou toracotomia, seguida da redução das vísceras herniadas para a cavidade abdominal (Santana *et al.*, 2021)¹². O tratamento foi iniciado de forma diferente, com drenagem mediastinal e pericardiocentese de urgência, pois o paciente deu entrada com sinais de choque por derrame pericárdico. Logo após, foi visualizada a presença da recidiva herniária, procedendo-se com toracotomia parcial e correção da hérnia com excisão do saco herniário e síntese do defeito diafragmático para evitar novas recidivas.

4. CONCLUSÃO

A recidiva de hérnia de Morgagni em recém-nascidos é uma condição rara e potencialmente grave. O caso apresentado evidencia que a complicação pode ocorrer mesmo após correção cirúrgica inicial bem-sucedida e na ausência de fatores de risco clássicos. Reforça-se a necessidade de acompanhamento pós-operatório rigoroso e de abordagem multidisciplinar para o manejo rápido de complicações como o derrame pericárdico, garantindo melhor prognóstico ao paciente.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Amorim E, Pacheco J de S. Hérnia de Morgagni simulando lipoma torácico. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2004; 31(6):398–9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-69912004000600012>
- [2] Dumpa V, Chandrasekharan P. Congenital diaphragmatic hernia. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2025.
- [3] Kardon G. Congenital diaphragmatic hernias: from genes to mechanisms to therapies. *Disease models & mechanisms*. 2017; 10(8):955–70.
- [4] Iocono JA, Cilley RE, Mauger DT, Krummel TM, Dillon PW. Postnatal pulmonary hypertension after repair of congenital diaphragmatic hernia: Predicting risk and outcome. *J Pediatr Surg* [Internet]. 1999; 34(2):349–53. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3468\(99\)90207-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3468(99)90207-5)
- [5] Corrales González D, Ceciliano Romero N. Comparación de recidiva posterior a hernioplastia diafragmática con cierre directo versus colocación de parche. *Acta Med Costarric* [Internet]. 2020; 62(3):109–12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.51481/amc.v62i3.1073>
- [6] Martínez Hernández R, Márquez Toscano SR, Montoya Alarcón P. Revisión de la literatura de la hernia de Morgagni y presentación de un caso. *Cir Gen* [Internet]. 2019 [citado 20 de outubro de 2025]; 41(2):98–104. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000200098
- [7] Javid PJ, Jaksic T, Skarsgard ED, Lee S, Canadian Neonatal Network. Survival rate in congenital diaphragmatic hernia: the experience of the Canadian Neonatal Network. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2004; 39(5):657–60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2004.01.022>
- [8] Benachi A, Cordier A-G, Cannie M, Jani J. Advances in prenatal diagnosis of congenital diaphragmatic hernia. *Semin Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2014; 19(6):331–7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2014.09.005>
- [9] Bağlaj M, Dorobisz U. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia in children: a literature review. *Pediatr Radiol* [Internet]. 2005; 35(5):478–88. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00247-004-1389-z>
- [10] Garcia AV, Fingeret AL, Thirumoorathi AS, Hahn E, Leskowitz MJ, Aspelund G, *et al.* Lung to head ratio in infants with congenital diaphragmatic hernia does not predict long term pulmonary hypertension. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2013; 48(1):154–7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2012.10.031>
- [11] Murahovschi J. *Pediatria: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Sarvier. 2003.
- [12] Santana MA de, Santos JP dos, Matos LF de F, *et al.* Morgani's diaphragmatic hernia: the importance of differential diagnosis in view of the late presentation of the pathology. Case report and literature review. *Braz J Dev* [Internet]. 2021; 7(7):75525–37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n7-636>
- [13] Netto A, Lopez FA, Burns D. *Tratado de Pediatria*. 2ª ed. São Paulo: Manole. 2010; p. 2589–93.
- [14] Gallindo RM, Gonçalves FL, Figueira RL, Sbragia L. Manejo pré-natal da hérnia diafragmática congênita: presente, passado e futuro. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2015; 37(3):140–7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-720320150005203>
- [15] Ferreira T da A, Chagas ISS, Ramos RTT, Souza EL. Congenital thoracic malformations in pediatric patients: two decades of experience. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2015; 41(2):196–9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132015000004374>
- [16] Gomes A, Luis D. Hérnia de Morgagni. Braga (PT): Hospital São Marcos. In: XXVIII Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Março 2008. Estoril, Portugal; SPC. 2008