

HÉRNIA DE GRYNFELT COM HERNIAÇÃO DA FÁSCIA DE GEROTA: RELATO DE CASO

GRYNFELT HERNIA WITH HERNIATION OF GEROTA'S FASCIA: CASE REPORT

Dênisson Guedes Pontes,* Tikara Hagiwara,**Luciane Sayuri Neves de Oliveira Hagiwara***

Resumo

Hérnias lombares são resultados de raros defeitos na parede abdominal posterior, podendo ser congênitas ou adquiridas. Se acometerem o triângulo lombar superior denominam-se Hérnia de Grynfelt e, caso seja o inferior, denomina-se Hérnia de Petit. A abordagem cirúrgica é preferencial, com colocação de tela inorgânica a fim de evitar-se recidiva. Este trabalho visa relatar um caso de Hérnia de Grynfelt à esquerda, com herniação e encarceramento da Fáschia de Gerota em um paciente de 60 anos e cuja resolução deu-se por meio de hernioplastia com colocação de tela de polipropileno.

Palavras-chave: Hérnia; Lombar; Triângulo; Grynfelt; Gerota

Abstract

Lumbar hernias are the results of rare posterior abdominal wall defects which can be congenital or acquired. If they involve the superior lumbar triangle are called Grynfelt Hernia and, if the inferior lumbar triangle is affected, it is called Petit Hernia. The surgical approach is preferred, with inorganic mesh placement in order to avoid its relapse. This paper aims to report one case of Grynfelt Hernia in the left side with herniation and incarceration of Gerota's fascia in a 60-year old patient and whose resolution was made by hernioplasty with polypropylene mesh fixation.

Keywords: Hernia; Lumbar; Triangle; Grynfelt; Gerota.

Introdução

Hérnias são protrusões comuns que podem acometer qualquer porção da parede abdominal. Já as hérnias lombares, resultantes de defeitos na parede posterolateral abdominal, mais especificamente na região compreendida entre o décimo segundo arco costal e a crista ilíaca, são raras.¹ Essa região é dividida em triângulo lombar superior de Grynfelt e triângulo lombar inferior de Petit,^{2,3} denominando os respectivos tipos de hérnias. A etiologia dá-

se pela fraqueza lombodorsal congênita ou adquirida.⁴ O objetivo deste trabalho é relatar um caso de Hérnia de Grynfelt à esquerda com herniação da Fáschia de Gerota ipsilateral com história pregressa de trauma contuso em região lombar.

Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, 60 anos, tabagista (52 maços/ano), procurou atendimento médico com história de que havia aproximadamente 15

* médico residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Getúlio Vargas, Manaus/AM.

** médico cirurgião-geral do Hospital Universitário Getúlio Vargas, Manaus/AM.

*** médica residente de Cirurgia Geral da Fundação Hospital Adriano Jorge, Manaus/AM.

anos sofreu trauma contuso em região lombar esquerda após queda de altura sobre material metálico cilíndrico rombo. Após um ano, referiu surgimento de abaulamento local, indolor e de crescimento lento e progressivo. Havia cinco meses iniciou quadro de dor contínua na topografia do abaulamento, com piora ao esforço físico, motivando-o a procurar o hospital em sua cidade de origem.

O diagnóstico inicial foi lipoma lombar esquerdo e realizou-se procedimento cirúrgico ambulatorial para exérese de lipoma. No intraoperatório, suspeitou-se de se tratar de

hérnia lombar e o procedimento foi interrompido. Encaminhado então, no dia seguinte, ao Ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV).

Ao exame físico, evidenciava-se abaulamento em região lombar superior imediatamente abaixo do 12.º arco costal à esquerda sem aumento à manobra de Valsalva (Figura 1). O restante do exame físico não denotava nenhuma outra alteração e o paciente negava sintomas urinários, alteração de hábito intestinal ou demais queixas.

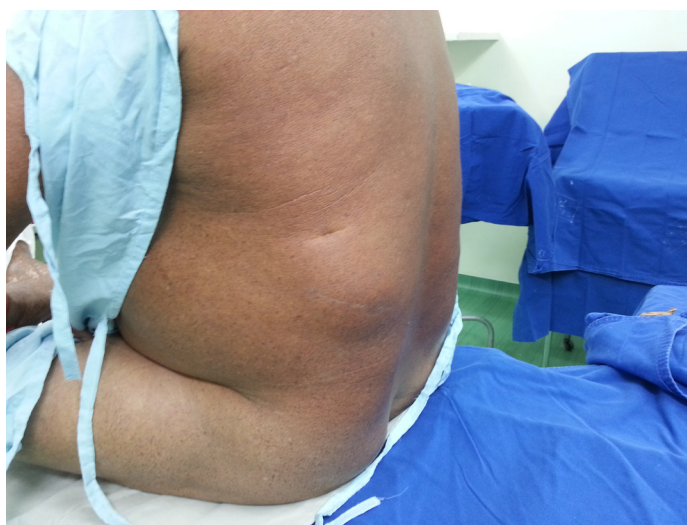


Figura 1: Ectoscopia da região lombar esquerda com tumefação local e cicatriz cirúrgica.

Procedeu-se a realização de tomografia computadorizada de abdômen que evidenciou formação lobulada apresentando imagens lineares densas de perimeio localizada na região toracolombar esquerda, medindo 8,8 x 7,2 x 3,8 cm

e comunicação dessa formação com o espaço pararenal posterior, associado a algumas estruturas vasculares de perimeio que se insinuavam também para o interior da lesão (Figura 2).

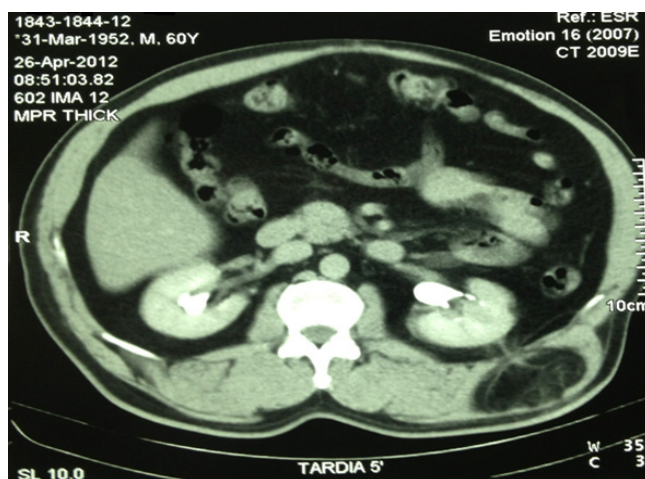


Figura 2: Tomografia computadorizada de abdômen evidenciando hérniação lombar à esquerda com comunicação desta para o espaço pararenal.

No intraoperatório, o conteúdo herniário compatível com Fáschia de Gerota encontrava-se encarcerado, comunicando-se a cavidade retroperitoneal por um pedículo vascular. Realizou-se, então, ligadura do pedículo com posterior ressecção do conteúdo herniário. A abordagem terapêutica escolhida foi a hernio-

plastia com rafia primária e posterior colocação de tela de polipropileno (Figura 3), não havendo intercorrências durante o ato cirúrgico. O paciente evoluiu satisfatoriamente e com condições de alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório para ser acompanhado em nível ambulatorial.

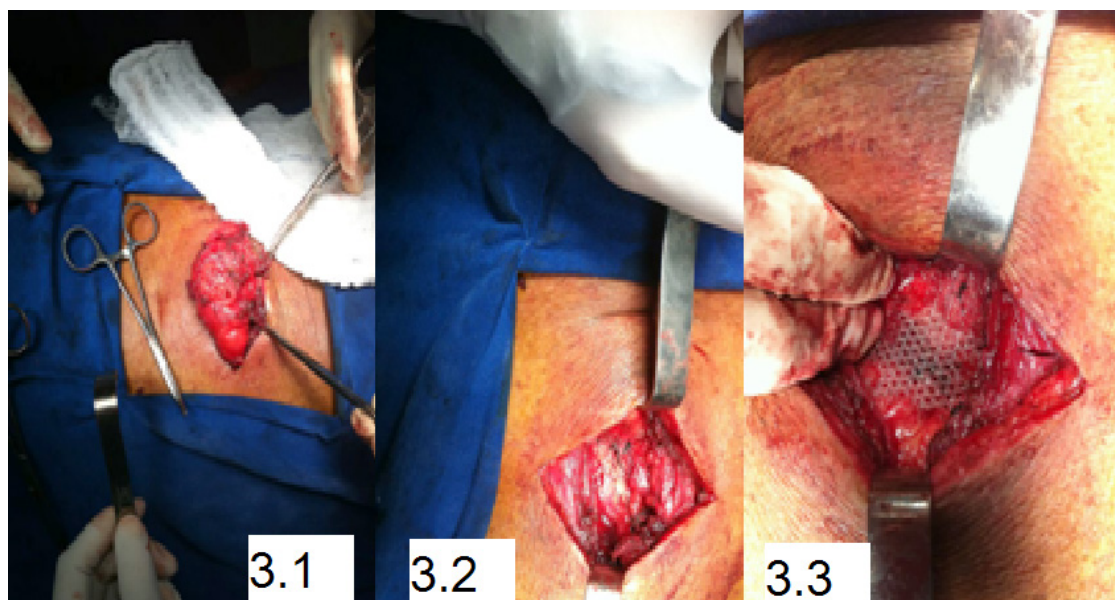


Figura 3: 3.1. Incisão e exposição do conteúdo herniário; 3.2. Rafia primária; 3.3. Colocação de tela inorgânica de polipropileno.

Discussão

Hérnias lombares são apresentações raras, perfazendo menos de 2% de todas as hérnias de parede abdominal.^{5,6} Em recente revisão constava-se cerca de 300 casos relatados.¹

Anatomicamente a região lombar é delimitada superiormente pelo décimo segundo arco costal, inferiormente pela crista ilíaca, medialmente pelos músculos eretores da espinha e lateralmente pelo músculo oblíquo externo.^{2,3,7} A região pode ser dividida em trígono lombar superior ou inferior. Tais descrições foram detalhadas respectivamente, em 1783, por Petit² e, em 1866, por Grynfelt³ e, por isso, a adoção dos nomes ao se referir a esses tipos de hérnias.

As hérnias lombares podem ser classificadas em congênitas ou adquiridas. As congênitas geralmente manifestam-se na infância, podendo estar associadas a distúrbios heredi-

tários como síndrome da deficiência vertebral lombar, meningocele e neurofibromatose.⁸

As formas adquiridas correspondem a cerca de 80% dos casos⁴ e podem ser primárias ou secundárias. A causa mais comum de hérnia lombar adquirida primária consiste no aumento da pressão intra-abdominal, como no caso de doenças tais como bronquite crônica,¹ ascite ou condições de atividade física extenuante. Pode, também, ser decorrente de atrofia musculares ou fraqueza da região. Existem três áreas de fraqueza que podem ser encontradas nesse espaço: imediatamente abaixo da 12.^a costela, onde a fáschia transversal não é coberta pelo músculo oblíquo externo, na zona de penetração fascial do 12.^o pedículo neurovascular dorsal intercostal e entre a borda inferior da 12.^a costela e o ligamento de Henle,⁹ as quais podem ser exacerbadas por idade avançada ou magreza extrema.¹

Em relação às formas adquiridas secundárias,¹⁰ a grande maioria das hérnias lombares é secundária a traumas, conforme o caso relatado neste artigo, ou, em menor escala, resultante de intervenções cirúrgicas.⁹

O quadro clínico varia desde assintomático até dor intensa com abaulamento e crescimento progressivo. A obstrução intestinal e/ou estrangulamento de alça é incomum.^{9,11}

O diagnóstico pode dar-se em sua grande maioria por meio de anamnese e exames físicos minuciosos. No entanto, em alguns casos, faz-se necessário a adoção de exames de imagem, em especial a tomografia computadorizada¹² no intuito de diagnosticar hérnias de pequenas dimensões e/ou avaliar se há acometimento das demais estruturas.¹³ No caso relatado havia hérnia à esquerda com grandes dimensões e herniação da Fáscia de Gerota ipsilateral.

Em relação ao diagnóstico diferencial, restringe-se a lipomas, que são os mais comuns,¹⁴ abscessos, espasmos musculares, hematomas ou neoplasias.^{1,9}

A escolha da abordagem terapêutica é determinada pelo tamanho da hérnia.^{5,14} O tratamento é sempre cirúrgico para correção do defeito gerado pela patologia.¹⁵ Apesar de existirem várias técnicas descritas, não há no momento um consenso a respeito de qual seria a melhor, por inúmeros fatores, incluindo a raridade da patologia e a dificuldade de se definir padrões de limites anatômicos.^{1,16}

A abordagem para reparo pode ser anterior¹⁷ ou posterior. No caso de hérnias lombares de pequenas dimensões, pode-se proceder ao fechamento direto das estruturas. Para grandes dimensões ou recidivas, podem-se optar por próteses, retalhos ou ambos. Caso haja comprometimento de alças, sua ressecção faz-se imprescindível.^{10,16}

A opção de utilização de tela de polipropileno¹⁶ obtém melhores resultados ao diminuir as taxas de recidiva e conseqüentemente o risco de complicações, tais como encarcera-

mento e/ou estrangulamento.¹⁸ A técnica laparoscópica vem ganhando destaque recentemente, porém ainda carece de mais estudos.¹⁶

Concluimos que, apesar de consistir em patologia de apresentação rara, o conhecimento adequado dessa doença se faz imprescindível para obter-se o correto diagnóstico e, conseqüentemente, instituir-se a abordagem cirúrgica para resolução definitiva do quadro clínico.

Referências

1. Moreno Egea A, Baena EG. Controversies in the current management of lumbar hernias. *Arch Surg.* 2007; 142: 82-88.
2. Petit L. *Trait des maladies chirurgicales.* 1783; vol 2. Masson, Paris.
3. Grynfeldt J. Quelques mots sur la hernie lombaire. 1866; *Montpellier Med.* 16: 329.
4. Machado MT, Rincón FJ, Lasmar MT, Zambon JP, Juliano RV, Wroclawski ER. Laparoscopy surgery for treatment of incisional lumbar hernias. *Int Braz J Urol.* 2005; 31: 309-314.
5. Cavallaro G, Sadighi A, Miceli M, Burza A, Carbone G, Cavallaro A. Primary lumbar hernia repair: the open approach. *Eur Surg Res.* 2007; 39(2): 88-92.
6. Armstrong O, Hamel A, Grignon B et al. Lumbar hernia: anatomical basis and clinical aspects. *Surg Radiol Anat.* 2008; oct.; 30(7): 533-7.
7. Guillem P et al. Lumbar hernia: anatomical route assessed by computed tomography. *Surg Radiol Anat.* 2002; 24: 53-56.
8. Renck DV, Gomes LM, Lopes Júnior JI. Hérnia lombar adquirida secundária do tipo Grynfeldt: relato de caso. *Radiol Bras.* 2009; 42(2): 137-8.
9. Cesar D, Valadão M, Murrahe RJ. Grynfeldt hernia: case report and literature review. *Hernia.* 2012; feb.; 16(1): 107-11.

10. Stamatidou D, Skandalakis JE, Skandalakis LJ, Mirilas P. Lumbar hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg.* 2009; mar.; 75(3): 202-7.

11. Astracioglu H, Sokmen S, Atila K, Karademir S. Incarcerated inferior lumbar (Petit's) hernia. *Hernia.* 2003; 7: 158-160.

12. Killen KL, Girard S, DeMeo JH. Using CT to diagnose traumatic lumbar hernia. *AJR.* 2000; 174: 1413-1415.

13. Alves JR A, Maximiano L, Fujimura I, Pires P W, Birolini D. Grynfelt hernia. *Arquivos de Gastroenterologia.* 1996; 33(1): 32-35.

14. Mingolla GP, Amelio G. Lumbar hernia misdiagnosed as a subcutaneous lipoma: a case report. *Journal of Medical Case Reports.* 2009; 3: 9322.

15. Barden BE, Maul KI. Traumatic lumbar hernia. *South Med J.* 2000; 93: 1067-1069.

16. Solaini L, Di Francesco F, Gourgiotis S, Solaini L. A very simple technique to repair Grynfeltt-Lesshaft hernia. *Hernia.* 2010; 14: 439-441.

17. Di Carlo I, Toro A, Sparatore F, Corsale G. Lumbar hernia repair using a new technique. *Am Surg.* 2007; 73: 54-57.

18. Puttini SMB, Vianna AL, Reys LG. Hérnia lombar encarcerada complicada com obstrução intestinal e perfuração de ceco. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2003; 30 vol. 30(2): 153-155.

Endereço para correspondência:
Dênisson Guedes Pontes
E-mail: denissonpontes@globo.com