

HÉRNIA LOMBAR ESPONTÂNEA ENCARCERADA E ESTRANGULADA: UM RELATO DE CASO

INCARCERATED AND STRANGULATED SPONTANEOUS LUMBAR HERNIA: A CASE REPORT

Yan Coelho e Silva,* Camilly Carolina Abecassis da Cruz,** Christine Rondon Pedrosa,*** Mônica Maya Tsuji Nishikido,*
Ana Maria Sampaio de Melo.****

Resumo

Hérnias lombares são raras e representam apenas 2% de todas as hérnias. Ocorrem por defeitos na parede abdominal posterior, podendo ser congênicas ou adquiridas. O conteúdo herniário mais frequentemente encontrado é o cólon. A maioria dos pacientes permaneceu assintomática ou apresenta desconforto em flanco ou dor lombar crônica. Estrangulamento ou encarceramento são excepcionalmente encontrados e apenas 9% dos casos apresentam obstrução intestinal aguda. Este relato descreve o caso de uma paciente de 57 anos, portadora de hérnia lombar espontânea, encarcerada e estrangulada, diagnosticada inicialmente como lipoma e posteriormente tratada com herniorrafia. O resultado foi satisfatório e a recuperação ocorreu sem intercorrências.

Palavras-chave: Hérnia lombar; Hérnia de Grynfeltt; Encarceramento; Herniorrafia.

Abstract

Lumbar hernias are rare and account for only 2% of all hernias. They occur because of defects in the posterior abdominal wall, can be congenital or acquired. The hernia content is most frequently observed as the colon. Most patients remain asymptomatic or present themselves with flank discomfort or chronic lumbar pain. Strangulation or incarceration are uncommon, and just 9% of cases present with acute bowel obstruction. This report describes the case of a 57 years old patient with spontaneous lumbar hernia, incarcerated and strangulated initially misdiagnosed as lipoma and subsequently treated by herniorrhaphy. The result was satisfactory and the recovery was uneventful.

Keywords: Lumbar hernia; Strangulation; Grynfeltt hernia; Incarceration; Herniorrhaphy.

Introdução

Hérnia lombar é uma protrusão do conteúdo intra-abdominal por meio de uma fraqueza ou ruptura na parede abdominal posterior.¹ É considerada uma entidade rara, com cerca de 300 casos relatados na literatura desde que foi descrita pela primeira vez em 1672.^{2,3} Vinte por cento das hérnias lombares são congênicas e 80% são adquiridas. As hérnias lombares

adquiridas podem ser classificadas em primárias (espontâneas) ou secundárias. A apresentação típica é uma protuberância semiesférica saliente na região lombar com um crescimento lento. No entanto, elas podem apresentar conteúdo intestinal encarcerado ou estrangulado, por isso é recomendado que todas as hérnias lombares sejam tratadas tão logo diagnosticadas. Nove por cento das hérnias lombares são agudas e exigem reparação imediata.⁴

* Médicos residentes de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

** Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Amazonas.

*** Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

**** Médica supervisora do Programa de Cirurgia Geral e chefe do Serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

O padrão-ouro para o diagnóstico é a tomografia computadorizada, pois é capaz de delinear camadas fasciais e musculares, detectar defeitos em uma ou mais dessas camadas,

avaliar o conteúdo herniário, diferenciar atrofia muscular de uma hérnia real e servir como uma ferramenta.



Figuras 1.1 e 1.2: Tomografia computadorizada demonstrando hérnia lombar esquerda contendo alça de intestino delgado (seta branca).

O tratamento deve ser sempre cirúrgico para evitar complicações. Estudos recentes têm demonstrado as vantagens de um reparo laparoscópico em vez da abordagem clássica aberta, como uma opção de tratamento ideal para hérnias lombares.⁴

Nós relatamos um caso de hérnia lombar espontânea, inicialmente diagnosticado como um lipoma e corrigido cirurgicamente com técnica aberta.

Relato de Caso

Paciente de 57 anos, sexo feminino, natural de Jutai/AM e procedente de Manaus/AM. Em julho de 2014 iniciou quadro de dor e edema em região lombar esquerda. Em setembro do mesmo ano a dor começou a irradiar para membro inferior esquerdo, sendo associada à parestesia e hipoestesia.

Ao exame físico notou-se presença de conteúdo móvel em região lombar esquerda, irreduzível manualmente, fígado abaixo do rebordo costal direito e com presença de ruídos hidroaéreos.

A tomografia computadorizada (TC) de abdome total revelou hérnia na parede tóraco-lombar à esquerda, com conteúdo de gordura, retraindo segmento de delgado em correspondência, notando-se borramento e densificação da gordura no interior do saco herniário, compatível com certo grau de encarceramento/ estrangulamento do conteúdo.

A paciente foi submetida à correção da hérnia por técnica aberta. Após bloqueio raquidiano, em decúbito lateral esquerdo, realizou-se a incisão sobre a protrusão lombar, com exposição do saco herniário e liberação deste da falha da parede, com cerca de 3 cm. A exposição do conteúdo evidenciou apenas gordura de aspecto isquêmico. Após a ressecção parcial e redução do

conteúdo, procedeu-se o fechamento primário da falha com sutura não absorvível, sem uso de tela, visto que, de acordo com a literatura,⁶

pequenos defeitos podem ser corrigidos sem o uso de prótese.

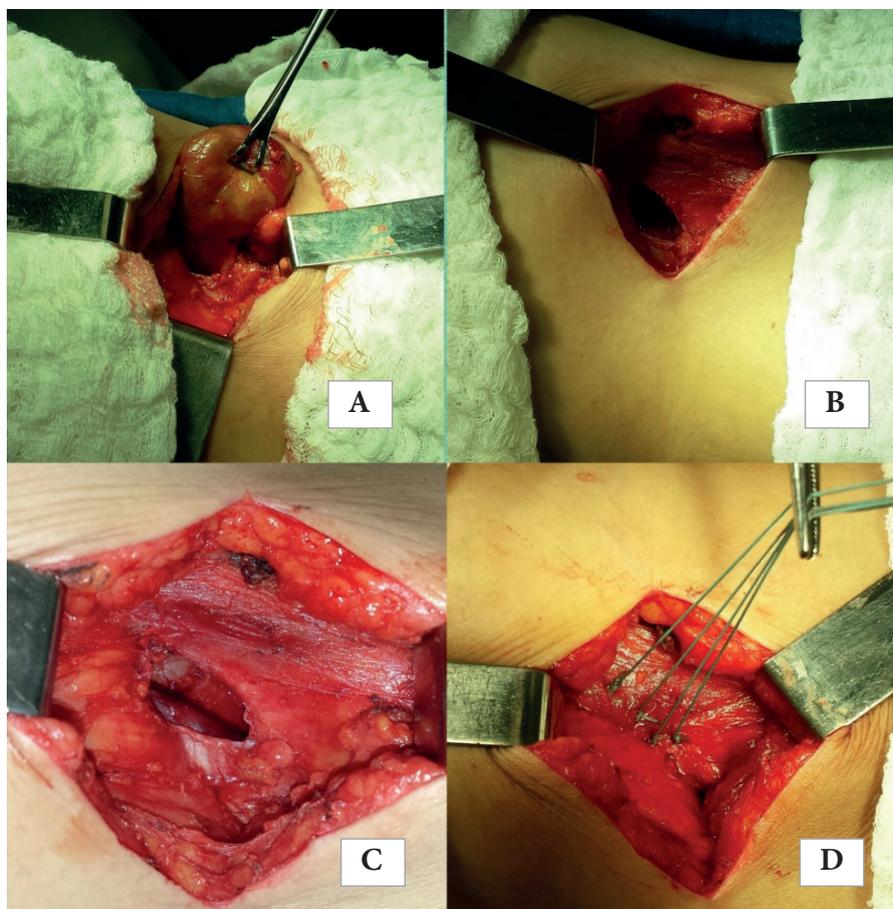


Figura 2: Foto do intraoperatório demonstrando em A: Saco herniário lombar esquerdo dissecado; B: Visão anatômica da falha, após ressecção parcial do conteúdo e redução do restante; C: Visão da falha anatômica, em detalhe; D: Aspecto final após correção da falha com sutura inabsorvível.

Discussão

Hérnias lombares são raras, com menos de 300 casos relatados na literatura médica e representando apenas 2% de todas as hérnias.⁷ A primeira pessoa a documentar a existência de hérnias lombares foi Paul Barbette, em 1672, na França. Por volta de 1728, Budgeon descreveu as características do que poderia ser o primeiro caso conhecido de hérnia lombar congênita.⁴ Ravaton realizou a primeira abordagem cirúrgica em 1750, em uma mulher grávida com uma hérnia lombar estrangulada. Mais tarde, em 1768, Balin escreveu uma descrição superficial sobre a área anatômica envolvendo a hérnia.⁸

O crédito final foi dado em 1783 para Jean Louis Petit, que além de descrever uma hérnia estrangulada, determinou as bordas anatômicas do triângulo lombar inferior.⁸ Um século mais tarde, em 1866, Grynfeldt descreveu as bordas anatômicas do triângulo lombar superior.¹⁰

O triângulo inferior (de Petit) é superficial e limitado inferiormente pela crista ilíaca, lateralmente pelo m. oblíquo externo e medialmente pelo m. grande dorsal.¹¹

O triângulo superior (de Grynfeldt) é mais profundo, abaixo da 12.^a costela e limitado lateralmente pelo oblíquo interno e medialmente pelo m. quadrado lombar.¹²

As hérnias lombares ocorrem mais comumente no sexo masculino (cerca de 2/3 de todos os casos notificados); a grande maioria é unilateral e são mais comuns no lado esquerdo. A maioria dos pacientes são diagnosticados entre a sexta e sétima décadas de vida. Além disso, são mais originárias do triângulo lombar superior, provavelmente porque é maior e mais fraco que o triângulo inferior.¹³

Etiologicamente, podem ser congêntas (20%), primárias ou espontâneas (55%), ou adquiridas secundárias ao trauma ou cirurgia (25%).¹⁴

Hérnias congêntas aparecem na infância por um defeito na musculatura esquelética da região lombar e estão associadas a outras malformações.

As primárias desenvolvem-se, como o nome já diz, espontaneamente. Vinte e cinco por cento dessas hérnias são diagnosticadas como encarceradas, ao passo que 18%, na verdade, são estranguladas.

As secundárias podem resultar de trauma, infecção ou procedimentos cirúrgicos prévios. Podem ser confinadas aos triângulos lombares anteriormente descritos, mas uma força contundente grande também pode perturbar outras camadas da parede muscular e causar uma hérnia difusa.

Hérnias pós-incisionais também podem ocorrer após cirurgias como nefrectomias, adrenalectomias, reparação de aneurisma aórtico, retalho miocutâneo do músculo grande dorsal ou qualquer outra incisão em flanco ou locais de exploração de crista ilíaca. Pelo fato de não existir um defeito fascial, ela não é considerada uma hérnia verdadeira e é corrigida apenas por razões estéticas.⁴

O conteúdo mais frequente das hérnias lombares é o cólon; no entanto, uma variedade de órgãos intra-abdominais (intestino delgado, estômago, baço, rim) pode herniar para o espaço lombar. A maioria dos pacientes permaneceu assintomática.¹⁵

Assim como ocorre com outras hérnias, elas são precipitadas por condições associadas ao

aumento da pressão intra-abdominal, como gravidez, obesidade, ascite ou bronquite crônica.

Existem também algumas alterações anatômicas na parede abdominal posterior que podem predispor ao desenvolvimento de hérnias, tais como o envelhecimento, atrofia muscular, doença debilitante ou magreza extrema, porque a perda de tecido adiposo pode levar à ruptura de orifícios neurovasculares que penetram na fáscia tóraco-lombar.⁴

A apresentação típica das hérnias lombares é um paciente com uma protuberância semiesférica saliente na região lombar, em particular na zona suprailíaca posterior, que pode ser tanto assintomática quanto apresentar graus variáveis de dor.¹

Outros sintomas podem incluir náusea, vômito, disfunção renal (obstrução urinária se conteúdo da hérnia for renal), inchaço, dor na região lombar e outros sinais clínicos de obstrução intestinal se encarcerada ou estrangulada. Pode até haver dor ao longo do nervo ciático ou dor referida no abdome anterior se houver aprisionamento visceral.

É geralmente redutível se o paciente está em decúbito dorsal. Se for assintomática, pode ser muito difícil de diagnosticar até mesmo com um exame minucioso, principalmente em pacientes obesos e, especialmente, se a patologia não está suspeita inicialmente.

O diagnóstico diferencial inclui: lipoma; tumores de tecidos moles, como fibroma; hematoma; abscesso; tumores renais; hidrocele renal; rabdomioma; sarcoma; hérnia muscular; paniculite ou hérnia lombo sacro-ilíaca panicular. É importante salientar que nenhuma dessas condições pode causar obstrução intestinal.⁴

A mortalidade é relatada entre 10 a 50% das hérnias lombares. Desfechos desfavoráveis são comumente associados com atraso no diagnóstico e terapia, mau estado geral, pacientes idosos com doenças coexistentes e estrangulamento com gangrena intestinal.^{1,2}

Embora hérnias lombares sejam raras o diagnóstico e tratamento precoces são os fatores mais importantes na diminuição da mortalidade e morbidade; portanto, a ação rápida para diagnóstico e terapia é essencial.²

O caso relatado destaca a importância de um exame clínico completo e um alto índice de suspeita, mesmo na ausência de cirurgia prévia em torno da localização anatômica da hérnia, a fim de efetuar um reparo precoce antes do início da isquemia do conteúdo encarcerado.

Referências

1. Teo K, Burns E, Garcea G, Abela J, McKay J. Incarcerated small bowel within a spontaneous lumbar hernia: report of a case. *Hernia*. 2010; 14: 539-541.
2. Marcus F, Patrick F, Marcelin N, Arthur E, Maurice S. Strangulated or incarcerated spontaneous lumbar hernia as exceptional cause of intestinal obstruction: case report and review of the literature. *World Journal of Emergency Surgery*. 2014; 9: 44.
3. Ponka J. Lumbar hernias. In: Ponka JL, ed. *Hernias of the Abdominal Wall*. Philadelphia: WB Saunders. 1980; 465-478.
4. Sebastian S; Juan H. Laparoscopic repair of a lumbar hernia: report of a case and extensive review of the literature. *Surg Endosc*. 2013; 27: 3421-3429.
5. Baker M, Weinerth J, Andriani R et. al. Lumbar hernia: diagnosis by CT. *AJR Am J Roentgenol*. 1986; 148: 565-567.
6. Paige J. The Management of Semilunar Line, Lumbar, and Obturator Herniation (internet). Eleventh Edition. *Current Surgical Therapy*. Elsevier Inc. Available from <http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4557-4007-9.00112->.
7. Armstrong O, Hamel A, Grignon B, NDoye JM, Hamel O, Robert R et. al. Lumbar hernia: anatomical basis and clinical aspects. *Surg Radiol Anat*. 2008; 30: 533-537.
8. Stamatiou D, Skandalakis J, Skandalakis L et. al. Lumbar hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg*. 2009; 75: 22-207.
9. Petit L. *Traite des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*. Didot, Paris. 1774; 256-258.
10. Grynfeltt J. Quelques mots sur la hernie lombaire. *Montpellier Med*. 1866; 16: 323.
11. Maurice T, Kian L, Colm H. A unique presentation and repair of a traumatic lumbar hernia. *Injury Extra*. 2005; 36: 438-441.
12. Walsh M, Springfield D. Spontaneous lumbar hernia: a case report. *J Bone Joint Surg Am*. 2004; 86-A: 1525-1527.
13. Sharma L. Lumbar hernia. *MJAFI*. 2009; 65: 178-179.
14. Zhou X, Nve J, Chen G. Lumbar hernia: clinical analysis of 11 cases. *Hernia*. 2004; 8: 260-263.
15. Light D, Gopinath B, Banerjee A, Ratnasingham K. Incarcerated lumbar hernia: a rare presentation. *Ann R Coll Surg Engl*. 2010; 92. (3):W13-4