

HÉRNIA DE GRYNFELT: UM RELATO DE CASO

Grynfelt's hernia: case report

Rafael Frota da Silva*, Hugo Sanmaronny Cardoso*, Ana Sampaio de Melo**
Gerson Suguiyama Nakajima***

* Médicos Residentes em Cirurgia Geral do HUGV/UFAM

**Supervisora do Programa de Cirurgia Geral do HUGV/UFAM

***Professor Associado IV Departamento de Clínica Cirúrgica FMUFAM. Supervisor do Programa de RM em Cirurgia do Aparelho Digestivo HUGV/UFAM, TCBC, TCBCD

Trabalho desenvolvido na Enfermaria de Clínica Cirúrgica HUGV/UFAM

RESUMO

As hérnias lombares são entidades raras, tem como causas traumas contusos em região lombar, após procedimentos cirúrgicos e defeitos congênitos. Essas hérnias surgem nos triângulos lombares superior (Grynfelt) e inferior (Petit). Neste trabalho, relata-se o caso de um homem de 55 anos, que procurou o ambulatório de cirurgia geral com quadro de dor em região lombar superior direita e abaulamento, sendo confirmado o diagnóstico de hérnia de Grynfelt após exame físico. O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico com lombotomia e colocação de tela de polipropileno, evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, recebendo alta hospitalar após 36 horas de internação. Embora muitas técnicas tenham sido descritas para a correção deste tipo de hérnia, há controvérsias quanto ao tratamento cirúrgico mais adequado. A impressão é que a correção com lombotomia é uma técnica de fácil execução e baixo custo.

Palavras-chave: Hérnia; lombar; Grynfelt; tratamento.

ABSTRACT

Lumbar hernias are rare, those are caused by blunt trauma in the upper back, after surgical procedures and congenital defect. These hernias occur in the upper (Grynfelt) and lower (Petit) lumbar triangles. This article reports the case of a 55-year-old man, who were attended at the general surgery clinic with pain in the upper right back and bulging, after physical examination was confirmed the diagnosis of Grynfeltt hernia. The patient underwent surgical treatment with lumbotomy and polypropylene mesh placement, then satisfactorily progressed during the postoperative period and was released from hospital after 36 hours of hospitalization. Although many techniques have been described to correct this type of hernia, there are controversies about the most appropriate surgical treatment. The impression is that the correction with lumbotomy is a technique easy to perform and inexpensive.

Keywords: Hernia; lumbar; Grynfelt; treatment.

INTRODUÇÃO

Hérnias lombares são bastante incomuns em comparação com as de parede abdominal anterior, representam menos do que 1,5% de todas as hérnias, com menos de 300 casos notificados ao longo dos últimos 300 anos¹. Aproximadamente 25% das hérnias lombares tem etiologia por trauma contuso em região lombar, outras causas são após cirurgias lombares e defeitos congênitos².

A região lombar é uma área delimitada superiormente pela 12ª costela, inferiormente pela crista ilíaca, medialmente pelos músculos para-espinhais e lateralmente pelo músculo oblíquo externo³. A região é dividida em triângulo lombar superior e triângulo lombar inferior. A descrição dos limites anatômicos do triângulo inferior foi feita por Petit em 1783⁴, e a descrição do espaço superior, foi feita por Grynfeltt em 1866⁵.

O triângulo lombar superior (Triângulo de Grynfeltt) é delimitado medialmente pelos músculos eretores da coluna, lateralmente pelo músculo oblíquo interno, e superiormente pela 12ª costela. O assoalho desse triângulo é formado pela aponeurose do músculo transversos, e o teto é formado pelo músculo grande dorsal. A predisposição para hérnia neste espaço é extremamente variável e depende do seguinte: tamanho e forma de triângulo; comprimento e angulação da costela; tamanho e forma dos músculos quadrado lombar e serrátil posterior; inserção do grande dorsal entre 11ª e 12ª costelas; interseção das fibras posteriores do grande dorsal e oblíquo externo⁶.

A seguir relatamos o caso de um paciente que apresentou hérnia no triângulo lombar superior, caracterizando uma hérnia de Grynfeltt, sendo submetido a tratamento cirúrgico.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 55 anos, procedente de Manaus, procurou o ambulatório de cirurgia geral se queixando de abaulamento em região lombar direita há 07 anos (Figura 1), associado à dor na mesma topografia. Há 01 ano apresentou intensificação do quadro clínico, referindo piora ao esforço físico e melhora ao se deitar. Ao exame físico apresentava abaulamento de aproximadamente 4cm em região lombar direita, localizada no triângulo lombar superior, com aumento do abaulamento a manobra de Valsalva e redução a manobra manual. Foi realizado o diagnóstico de hérnia lombar de Grynfeltt sendo indicada correção cirúrgica.



Figura 1. Abaulamento em região lombar direita

A cirurgia foi realizada com o paciente em decúbito lateral esquerdo, sendo feita a lombotomia de aproximadamente 5cm na topografia do abaulamento. Foi realizado diérese por planos até observação de saco herniário o qual era formado por gordura perirrenal (Figura 2). Após o isolamento e redução do saco herniário foi colocada uma tela de polipropileno abaixo do plano muscular do grande dorsal (Figura 3) e realizado fechamento dos planos sobre a tela e síntese da pele com ponto intradérmico. O paciente apresentou evolução clínica satisfatória recebendo alta hospitalar após 24hs do ato cirúrgico. Retornou à consulta no pós-operatório após 14 dias, não apresentando queixas.



Figura 2. Saco herniário contendo gordura perirrenal

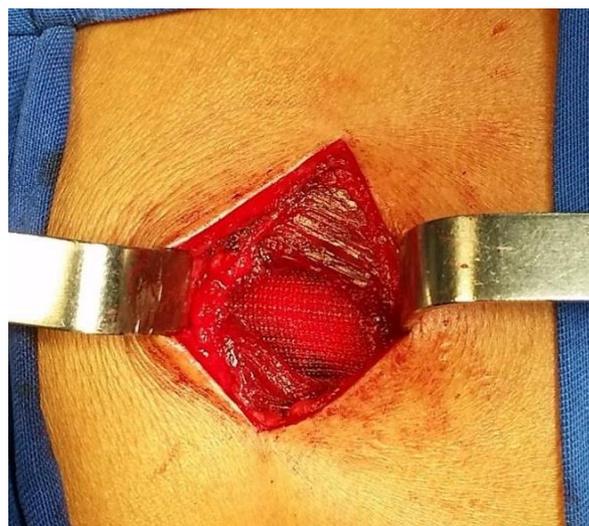


Figura 3. Colocação de tela de polipropileno

DISCUSSÃO

A apresentação de uma hérnia lombar é variável. Muitas vezes é assintomática, mas pode cursar com dor lombar inferior ou no flanco, com ou sem uma massa palpável, depende do tamanho e do conteúdo da hérnia e se apresenta ou não estrangulamento³.

Eventualmente, as hérnias lombares apresentam grande volume, alterando a simetria do tronco do (a) paciente⁷. Não há sinal ou sintoma patognomônico da hérnia de Grynfelt. Abscesso, hematoma, espasmo muscular ou neoplasias renais devem ser considerados como diagnóstico diferencial. Embora o diagnóstico deva ser realizado com história clínica e exame físico, hoje em dia, o uso de exame de imagem (tomografia computadorizada) deve ser considerado como rotina para melhor avaliação da extensão e planejamento cirúrgico⁶.

Todas as hérnias lombares devem ser tratadas com cirurgia se o estado geral do paciente permitir. Embora muitas técnicas tenham sido descritas para o tratamento cirúrgico, nenhuma delas pode ser reconhecida como o método “padrão-ouro”, devido à raridade deste tipo de hérnia, a dificuldade em definir as margens do defeito, a presença da 12ª costela que limita manobras operatórias, a perda frequente de tecido da parede abdominal, a fraqueza dos tecidos adjacentes e a falta de experiências dos cirurgiões^{8, 9}.

Existem duas possíveis abordagens cirúrgicas: a aberta por lombotomia e a laparoscópica. O reparo laparoscópico foi descrito pela primeira vez em 1997¹⁰. A laparoscopia melhorou a visualização das estruturas anatômicas e reduziu a permanência do paciente no hospital. A alta hospitalar ocorreu com 12-36 h (média 24) após a cirurgia⁷.

Em nosso caso foi realizada a cirurgia aberta por lombotomia, por meio da qual conseguimos excelente exposição das estruturas anatômicas, não houve dificuldade técnica para dissecação e redução do saco herniário, assim como para a colocação da tela de polipropileno abaixo do músculo grande dorsal. O paciente apresentou evolução satisfatória no pós-operatório, recebendo alta hospitalar após 36 horas de internação.

Em conclusão, a impressão obtida é que com uma lombotomia, de 5 cm nesse caso, é possível visualização completa das estruturas anatômicas, tendo a vantagem de abordagem pelo espaço retroperitoneal, não havendo contato com estruturas da cavidade abdominal. Além do mais, o procedimento não precisa ser realizado com anestesia geral e confecção de pneumoperitônio, tornando-o com menor custo em relação à técnica videolaparoscópica. No entanto, devido à raridade deste tipo de hérnia, poucos trabalhos foram publicados, havendo assim a necessidade de um estudo mais abrangente com maior número de pacientes, para se poder definir a melhor abordagem para a correção cirúrgica.

REFERÊNCIAS

1. *Russell RCG, Norman S. Bailey & Love's Short Practice of Surgery. 24th ed. London: Edward Arnold; 2004; 1287.*
2. *Skandalakis JE, Flament JB. Surgical Clinics of North America, February 2000; 80: 388-91.*
3. *Alfisher MM, Larsen CR, Palmer LF. Lumbar herniation of the spleen. Abdom Imaging; 1995; 20: 446-448.*
4. *Petit L. Trait des maladies chirurgicales, vol 2. Masson, Paris, 1783.*
5. *Grynfeltt J. Quelques mots sur la hernie lombaire. Mont-Pellier Med, 1866. 16: 329.*
6. *Egea AM, Baena EG, Calle MC, Martinez JA, Albasini JL. Controversies in the current management of lumbar hernias. Arch Surg; 2007. 142:82-88.*
7. *Machado MT, Rinco'n 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.*
8. *Barden BE, Maull KI. Traumatic lumbar hernia. South Med J; 2000, 93:1067-1069.*
9. *Egea AM, Martinez JA, Morales FT, Girela E, Albasini JL. Open vs laparoscopic repair of secondary lumbar hernias: a prospective nonrandomized study. Surg Endosc; 2005, 19:184-187.*
10. *Heniford BT, Iannitti DA, Gagner M. Laparoscopic inferior and superior lumbar hernia repair. Arch Surg; 1997, 132:1141-1144.*