

HÉRNIA DE GRYNFELT.

GRYNFELT HERNIA.

Alejandro Luís Bastos Voronaya¹; Eclair Lucas Filho¹, AsCBC-AM; Jefferson de Carvalho Benayon¹; André Felipe de Souza Stone¹; Paulo Roberto dos Santos Mendonça Junior¹; Decius Guimarães Carneiro da Cunha¹-ACBC-AM.

RESUMO

As hérnias lombares são entidades pouco frequentes, de modo que a suspeição clínica e o exame físico são fundamentais para a sua propedêutica. O diagnóstico por método de imagem é considerado indispensável para a sua abordagem terapêutica. O uso de telas de material sintético possibilita um reparo eficaz, livre de tensão e com baixos índices de complicações e recidiva. Ainda não há níveis de evidência sólidos o bastante para caracterizar maior eficácia ou vantagem entre o método convencional ou laparoscópico de reparo, em virtude do reduzido número de casos e das diferentes tipos de abordagens. O presente trabalho trata do relato de três casos de hérnias de Grynfeldt e uma revisão de literatura sobre o assunto.

Descritores: Hérnia. Relatos de Casos. Literatura de Revisão como Assunto. Estudos de Casos.

ABSTRACT

Lumbar hernias are an uncommon entity, so as clinical suspicion and physical examination are critical to its workup. A diagnostic imaging method is considered essential to its therapeutic approach. The use of synthetic material meshes enables an effective repair, free of tension and with low rates of complications and recurrence. No evidence levels strong enough to characterize more effective or advantage between the conventional method or laparoscopic repair, due to the small number of cases and different methodological approaches for each case study. This work deals with the report of three cases of Grynfeldt's hernia and a review of literature on the subject

Keywords: Hernia. Case Reports. Review Literature as Topic. Case Studies.

INTRODUÇÃO

As hérnias lombares são um raro defeito da parede abdominal póstero-lateral que resulta na extrusão de órgãos intra ou extra-peritoneais, como resultado de uma solução de continuidade entre os folhetos da *fascia transversalis* e as fibras músculo transverso do abdômen. Corresponde a 1,5 a 2% de todas as hérnias da parede abdominal, havendo pouco mais de 300 casos na literatura médica de língua inglesa¹. São conhecidas desde 1672, quando Barbette² sugeriu a sua existência, e confirmadas em 1731, após a descrição formal de uma hérnia lombar reduzida durante uma autópsia realizada por De Garegeot.

Geralmente se apresentam espontaneamente, após trauma ou cirurgia, e menos frequentemente durante a infância (congenitas). São divididas em superior (hérnia de Grynfeldt) e inferior (Hérnia de Petit). Grynfeldt e Lesshaft descreveram as hérnias de trígono lombar superior em 1886 e 1870 respectivamente^{3,4}.

Podem permanecer assintomáticas ou causar dor e apresentarem-se com protuberância palpável. Seu diagnóstico é baseado em alto índice de suspeição e confirmado através do exame clínico, além de métodos de imagens como ultrassonografia, tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética de abdome. Recentemente, a TC com multidetectores

¹Fundação Hospital Adriano Jorge, Serviço de Cirurgia Geral, Manaus, AM, Brasil

tornou-se a modalidade de escolha para avaliação da parede abdominal. Assim como outras hérnias, podem evoluir com complicações como encarceramento, estrangulamento, isquemia e perfuração intestinal. O tratamento consiste na síntese cirúrgica da parede abdominal, podendo ser utilizados materiais sintéticos, como telas.

Hafner *et al*⁵ chegou a afirmar que um cirurgião, durante toda a sua trajetória profissional, teria apenas uma única oportunidade de deparar-se com tal hérnia e repará-la. Por conta desta particularidade, realizamos a descrição desta série de três casos oriundos do Serviço de Clínica Cirúrgica da Fundação Hospital Adriano Jorge.

RELATO DO CASO

Caso 1

Paciente de 58 anos, com relato de tumefação importante em região lombar à direita associado a dor de forte intensidade em caráter de aperto e com piora progressiva há um ano. Referia várias visitas prévias ao serviço de urgência recebendo tratamento para cólica nefrética, sem melhora do quadro. Após avaliação mediante TC de abdome foi identificado defeito póstero-lateral na parede abdominal em flanco direito, ao nível do trigono lombar superior, caracterizando a hérnia de Grynfelt, tendo sido proposta hernioplastia eletiva.

A paciente foi posicionada em decúbito lateral esquerdo e executada incisão lombocostal, na topografia do abaulamento, de aproximadamente 20cm, abrangendo segmento elíptico da pele, cujo excesso foi ressecado. Após a dissecação e diérese foi localizado o saco herniário, de aproximadamente oito centímetros, na interface musculoaponeurótica entre os músculos oblíquo interno e oblíquo externo (Figura 1).

O colo do saco herniário estava situado próximo ao ângulo do 11º arco costal, protuindo-se através de um defeito de aproximadamente 2cm. Foi realizada redução da hérnia pelo defeito, ressecção do saco herniário seguido da ligadura transfixante do colo e síntese do defeito com fio absorvível. Foi colocada tela de polipropileno livre de tensão sobre a herniorrafia. A tela foi fixada com pontos de

polipropileno (Figura 2). Foi optado pela passagem de dreno suctor 3,2 à vácuo previamente à síntese da parede, devido ao espaço morto nas partes moles.

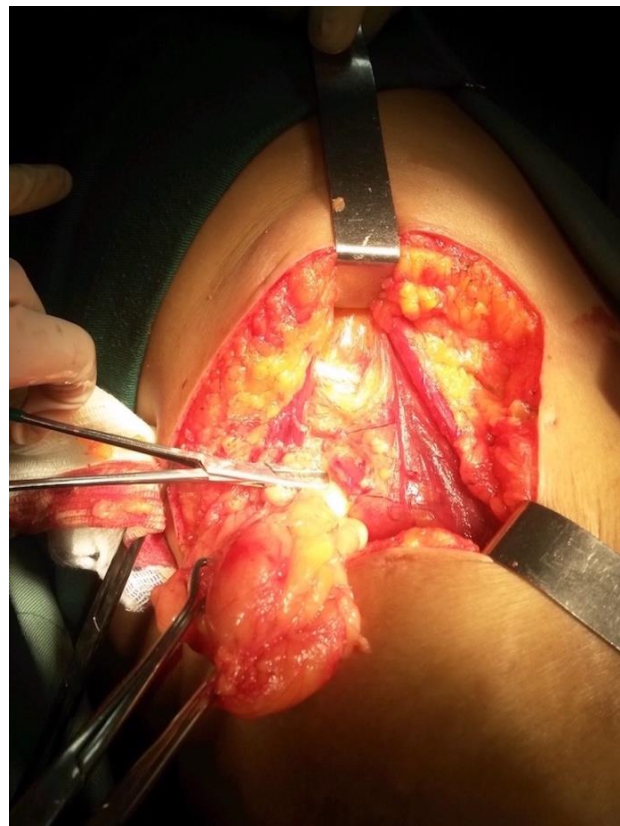


Figura 1. Isolamento do saco herniário das camadas músculo-aponeuróticas.

No pós-operatório a paciente evoluiu sem intercorrências, apresentando débitos de dreno de baixo volume em 48 horas, sendo retirado no terceiro dia de pós-operatório e recebendo alta sem intercorrências. A paciente encontra-se sem queixas ou complicações após seis meses de seguimento pós-operatório.

Caso 2

Paciente de 85 anos, com queixas de lombalgia crônica à esquerda e surgimento de abaulamento de consistência amolecida na mesma região, com oito meses de evolução. Houve aumento progressivo do abaulamento notado principalmente após realização de manobra de Valsava durante o exame físico.

A paciente apresentava-se sem comorbidades na avaliação pré-operatória. Na história patológica pregressa é digno de nota citar que a paciente teve 14 gestações (13 partos e um aborto). Foi proposta

hernioplastia com aposição de tela de polipropileno.



Figura 2. Reparo da hérnia realizado através da técnica de colocação de prótese livre de tensão.

O acesso de escolha foi uma incisão transversa na topografia do abaulamento, com dissecação por planos até a trígono lombar superior. Ao identificar o saco herniário (Figura 3) foi constatado pequena falha aponeurótica, menor que 2cm, sem aderências, sendo feita redução manual do mesmo e rafia do defeito com pontos de *Smead-Jones* utilizando fio não absorvível. Realizada aposição de tela de polipropileno livre de tensão sobre a herniorrafia e fixação com pontos de polipropileno (Figura 4) seguida de passagem de dreno suctor 3,2.

No pós-operatório evoluiu sem intercorrências e com baixo débito do dreno, que foi retirado após 48 horas. No seguimento ambulatorial de nove meses, a paciente mantém-se assintomática.

Caso 3

Paciente de 52 anos apresentou como queixa principal abaulamento e dor em região inguinal esquerda associados à

segunda tumefação em região lombar esquerda, que, no entanto, era inteiramente assintomática.

No pós-operatório evoluiu sem intercorrências e com baixo débito do dreno que foi retirado após 48 horas. No seguimento ambulatorial de nove meses, a paciente mantém-se assintomática.



Figura 3. Isolamento e exposição do saco herniário através de defeito aponeurótico na topografia do triângulo lombar superior.

A TC (Figura 5) evidenciou falha na parede pôstero-lateral esquerda, compatível com hérnia de Grynfeldt. Realizou hernioplastia inguinal e recebeu alta ambulatorial, orientada a retornar caso surgissem queixas ou sintomas relativos à hérnia lombar.

DISCUSSÃO

A maioria das hérnias lombares tem caráter espontâneo e unilateral, duas vezes mais frequentes à esquerda e mais incidentes entre a quinta e sétima décadas de vida, sendo 2/3 encontrados no sexo masculino. Ocorrem mais comumente no trígono lombar superior, provavelmente em virtude do seu frágil assoalho, composto apenas pela *fascia transversalis*⁶. Apresentações bilaterais são muito raras e

especula-se que estejam associadas a defeitos congênitos⁷. Estes correspondem a cerca de 20% dos casos e são descritos majoritariamente na população pediátrica. Podemos citar como exemplos a Síndrome Lombo-Costo-Vertebral e a agenesia renal. Na primeira temos uma associação de anormalidade em vértebras, costela e musculatura da parede abdominal, ocasionando disrafismos e defeitos que se exteriorizam como hérnias no trígono lombar superior. Na segunda entidade ocorre a ausência de uma víscera sólida em um espaço que anatomicamente possui menor cobertura muscular da parede pôstero-lateral, ficando a *fascia transversalis* sujeita diretamente aos efeitos da pressão intra-abdominal⁷.



Figura 4. Reparo do defeito após redução do saco herniário.

A apresentação clínica é variável, com queixas inespecíficas, mas assintomáticos em sua maioria. Podem provocar desconforto e dor lombar associada a achado característico ao exame físico de massa palpável em região do trígono superior, abaulando-se durante aumentos da pressão intra-abdominal e reduzindo com o decúbito ventral.



Figura 5. Tomografia computadorizada de abdome e pelve evidenciando saturação posterior à esquerda.

O conteúdo é variável, sendo descrito o achado de diversas estruturas, mais comumente, gordura retroperitoneal, rins, cólon e raramente alças de intestino delgado, grande omento, ovário, baço e até mesmo apêndice cecal. Em casos excepcionais o quadro clínico pode abrir com síndrome de obstrução intestinal devido à presença de vólvulo ou encarceramento (25% dos casos) que pode progredir para estrangulamento (18%)^{1,8}.

Apesar de o diagnóstico poder ser feito em bases clínicas é fortemente recomendado a confirmação por métodos radiológicos para planejamento operatório. A TC é o método mais empregado para analisar a anatomia da parede abdominal, identificar objetivamente o defeito e caracterizar o conteúdo ou sua ausência, assim como ampliar o leque de diagnósticos diferenciais para hematomas, abscessos glúteos ou de parede abdominal, neoplasias de partes moles (lipomas) e fragilidade de parede por atrofia muscular^{1,9}.

Sempre que o estado geral do paciente permitir, o mesmo deve submeter-se precocemente à correção cirúrgica do defeito. Há duas propostas terapêuticas descritas na literatura, uma pela abordagem direta mediante incisão lombar, como foram abordadas as pacientes relatadas, e outra por via laparoscópica, seja transabdominal ou totalmente extraperitoneal. Obviamente a experiência dos resultados em qualquer uma das abordagens é muito pequena tendo em vista o reduzido número de casos^{1,6}.

Na abordagem convencional aconselha-se a síntese do defeito em dupla camada, ou seja, o reparo da *fascia transversalis* e subsequentemente a síntese do músculo oblíquo interno à fascia do músculo serrátil posterior inferior como reforço. A aposição de telas de polipropileno é universalmente aceita.

A formação de seroma é a complicação mais comumente relatada (35% dos casos) no pós-operatório imediato, sendo que a mesma pode ser evitada com o uso de dreno suctores.

REFERÊNCIAS

1. Moreno-Egea A, Baena EG, Calle MC, Martínez JA, Albasini JL. Controversies in the current management of lumbar hernias. *Arch Surg*. 2007;142(1):82-8.
2. Barbette P. *Opera chirurgico-anatomica*. Lugduni: Gelder;1672.
3. Grynfeldt J. La hernie lombaire. *Montpellier Med*.1866;16:329.
4. Lesshaft P. Die Lumbal-gegend in Anatomisch-Chirurgischer Hinsicht. *Arch Anat Physiol Wiss Med*.1870;37:264.
5. Hafner CD, Wylie JH Jr, Brush BE. Petit's lumbar hernia: repair with Marlex mesh. *Arch Surg*. 1963;86:180-6.
6. Geis WP, Hodakowski GT. Lumbar hernia. In: Nyhus LM, Condon RE, eds. *Hernia*. 4th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott; 1995:412-423.
7. Wakhlu A, Wakhlu AK. Congenital lumbar hernia. *Pediatr Surg Int*. 2000;16(1-2):146-8.
8. Teo KA, Burns E, Garcea G, Abela JE, McKay CJ. Incarcerated small bowel within a spontaneous lumbar hernia. *Hernia*. 2010 Oct;14(5):539-41.
9. Liang TJ, TsaiCY. Imagens in clinical medicine. Grynfeldt hernia. *N Engl J Med*. 2013;369(11):e14.

Endereço para correspondência:

Alejandro Luis Bastos Voronaya
E-mail: albvoronaya@gmail.com