

Rodrigo Tadashi Martines<sup>1</sup>, Orlando Contrucci Filho<sup>2</sup>, Pamela Adami Serine<sup>1</sup>, Jorg Dirks<sup>3</sup>, Felipe Aniceto Portella<sup>3</sup>, Elias Jirjoss Ilias<sup>2</sup>, Osvaldo Antonio Prado Castro<sup>2</sup>, Bernardo Mazzini Ketzer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ACADÊMICO(A) DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO; <sup>2</sup>PROFESSOR DA DISCIPLINA DE CIRURGIA GERAL DA UNISA; <sup>3</sup>MÉDICO CIRURGIÃO GERAL

FACULDADE DE MEDICINA – UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO

## INTRODUÇÃO

As hérnias lombares foram descritas pela primeira vez em 1672 por Barbette e o primeiro caso descrito em 1731 por Garangeot.<sup>1</sup> São caracterizadas pela falha na fáscia transversal ou na aponeurose do músculo transverso do abdome que resulta na extrusão de órgãos intra ou extraperitoneais através da descontinuidade da parede abdominal posterolateral.<sup>2</sup> Elas representam cerca de 1% a 2% de todas as hérnias de parede abdominal.<sup>3</sup> O triângulo lombar inferior (triângulo de Petit) e o triângulo lombar superior (triângulo de Grynfelt-Lesshaft) representam áreas de fraqueza da região lombar.<sup>4,5,6,7</sup>

O triângulo de Grynfelt-Lesshaft é um triângulo invertido, tendo os seus limites formados superiormente pela 12ª costela torácica, medialmente pelo grupo muscular eretor da espinha e lateralmente pelo músculo oblíquo interno. O assoalho deste triângulo é formado pela aponeurose do músculo transverso do abdome e o teto formado pelo músculo latíssimo do dorso.<sup>4,7,8</sup>

## RELATO DE CASO

MJF, 49 anos, sexo feminino com queixa de tumoração nas costas há 2 anos. Iniciou com pequeno abaulamento na região posterior do abdome, acompanhado de leve desconforto abdominal, obstipação intestinal e sem outras queixas. Negou comorbidades prévias e vícios, fazendo apenas uso de ansiolítico. Ao exame físico identificou-se abaulamento da região posterolateral dorsal esquerda de aproximadamente 20 x 25cm (figuras 1 e 2), ruídos hidroaéreos presentes e discreto timpanismo à percussão. O conteúdo apresentava-se irreduzível aventando-se a hipótese diagnóstica de hérnia encarcerada cronicamente.

Realizou-se uma tomografia computadorizada de abdome em que se constatou a presença da hérnia encarcerada em dorso compatível com a hérnia de Grynfelt (figuras 3 e 4). O tratamento foi realizado por meio de lombotomia aberta com colocação de tela de polypropileno sobre a correção do anel herniário (figuras 5, 6 e 7). A paciente evoluiu de forma satisfatória, sem recidivas locais (figura 8).

## DISCUSSÃO

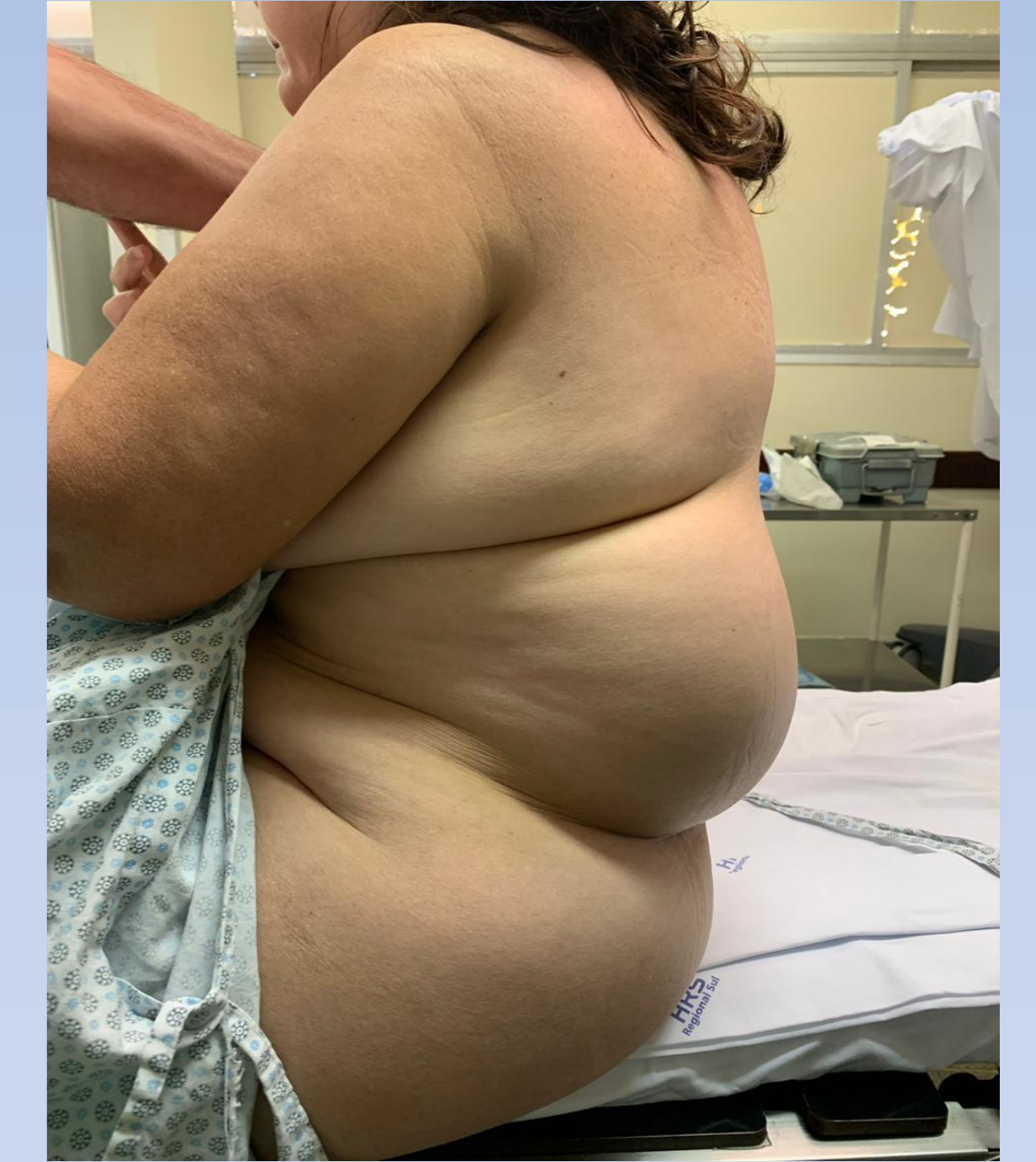
A apresentação de uma hérnia lombar é variável, o seu diagnóstico é baseado em alto índice de suspeição clínica e confirmado por meio de exame clínico associado a métodos de imagens.<sup>2,9</sup> Frequentemente é assintomática porém pode apresentar-se com dor lombar ou no flanco associada ou não à presença de massa palpável e estrangulamento do conteúdo herniário.<sup>9</sup> Ocasionalmente, as hérnias de grande volume podem causar assimetria do torso do paciente.<sup>10</sup>

Os diagnósticos diferenciais incluem abscesso, hematoma, espasmo muscular ou tumores.<sup>11</sup> Embora o diagnóstico deva ser clínico, o uso de tomografia computadorizada deve ser considerada como uma técnica exploratória de rotina na avaliação pré-operatória de pacientes com hérnia lombar.<sup>11</sup> Todas as hérnias lombares devem ser tratadas com cirurgia.<sup>12</sup>

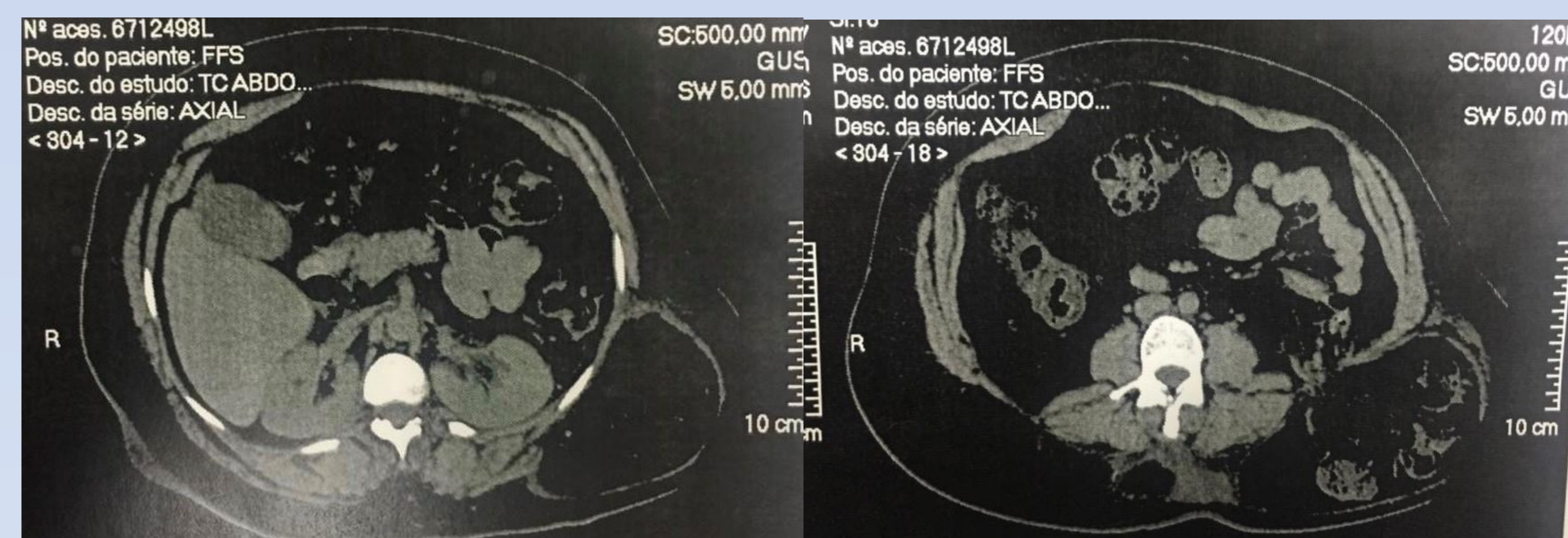
Para o reparo das hérnias de Grynfelt pode ser realizada por meio de cirurgia convencional ou laparoscópica. Na primeira, é recomendada sutura em dupla-camada. Na primeira camada, a fáscia transversal deve ser reparada e na segunda, a fáscia do músculo oblíquo interno é aproximada à fáscia do músculo serrátil posterior. Atualmente, o uso de telas é universalmente aceito, principalmente quando o defeito é grande. Geralmente apresentam boa evolução pós operatória, sendo seroma a complicação mais comum.<sup>13,14</sup>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Stamatou D, Skandalakis J, Skandalakis LJ, et al. Lumbar hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg* 2009;76:202-7.
2. Alcoforado C., Lira N., Kreimer F., Martins-Filho ED, Ferraz AAB. Hérnia De Grynfelt. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2013;26(3):241-243.
3. Zhou X, Nve JO, Chen G. Lumbar hernia: clinical analysis of 11 cases. *Hernia* 2004;8:260-3.
4. Cesar D., Valadão M., Murráhe R.J., Grynfelt hernia: case report and literature review. *Hernia* 16 (2012) 107e111.
5. Moreno-Egea A., Baena E.G., Calle M.C., Martínez J.A.T., Albasini J.L.A., Controversies in the current management of lumbar hernias. *Arch. Surg.* 142 (2007) 82e88.
6. Tronco-Alves G.R., de-Andrade-Silva R.V., Missel-Corrêa J.R., Pereira-Haygert C.J., Grynfelt-Lesshaft hernia. *Ann. Gastroenterol.* 25 (64) (2012).
7. Walgamage T.B., Ramesh B.S., Alsawaf Y., Case report and review of lumbar hernia. *Int. J. Surg.* Case Rep. 6 (2015) 230e232.
8. Loukas M., El-Zammar D., Shoja M.M., Tubbs R.S., Zhan L., Protyniak B., et al., The clinical anatomy of the triangle of Grynfeltt, *hernia* 12 (2008) 227e231.



Figuras 1 e 2: Pré operatório - tumoração em região posterolateral dorsal esquerda.



Figuras 3 e 4: TC de abdome evidenciando alça intestinal no saco herniário.



Figura 5: Saco herniário.



Figura 6: Miorrafia do músculo oblíquo interno.



Figura 7: Tela de polypropileno sobre a correção do anel herniário.



Figura 8: Pós-operatório após 45 dias.

## CONCLUSÃO

A lombotomia aberta proporciona visualização cirúrgica adequada das estruturas envolvidas na hérnia de Grynfelt. É possível manipular, posicionar e suturar a tela de Polypropileno adequadamente. Oferece ao paciente risco reduzido de complicações e rápida recuperação pós-operatória.

9. Alfisher MM, Larsen CR, Palmer LF (1995) Lumbar herniation of the spleen. *Abdom Imaging* 20:446-448.
10. Machado MT, Rincón FJ, Lasmar MT, Zambon JP, Juliano RV, Wrocławski ER (2005) Laparoscopy surgery for treatment of incisional lumbar hernias. *Int Braz J Urol* 31:309-314.
11. Egea AM, Baena EG, Calle MC, Martínez JA, Albasini JL (2007) Controversies in the current management of lumbar hernias. *Arch Surg* 142:82-88.
12. Barden BE, Maull KI (2000) Traumatic lumbar hernia. *South Med J* 93:1067-1069.
13. Skrekas G, Stafyla VK, Papalois VE. A Grynfeltt hernia: report of a case. *Hernia*. 2005 May;9(2):188-91.
14. Zhou X, Nve JO, Chen G. Lumbar hernia: clinical analysis of 11 cases. *Hernia*. 2004 Aug;8(3):260-3.