

## INTRODUÇÃO

Hérnias da parede abdominal posterior são incomuns, de modo que além da anamnese e exame físico minuciosos, a realização de exame complementar de imagem torna-se imprescindível para a abordagem terapêutica devida. A região do triângulo lombar superior, Grynfeltt, é o local mais frequente, seguido pelo o triângulo lombar inferior de Petit. Os sintomas mais comuns são dor lombar e abaulamento, embora frequentemente assintomática quando o defeito é pequeno. A abordagem posterior, ou seja, laparoscópica, parece ser hoje a melhor opção para o tratamento de defeitos de tamanho pequeno a moderado, ficando a abordagem anterior, ou aberta, reservada para casos de maior volume ou recidiva à técnica posterior. Para a abordagem aberta, o uso de tela de polipropileno possibilita, assim como para as hérnias da parede abdominal anterior, técnica livre de tensão e baixos índices de recidiva.

## OBJETIVO

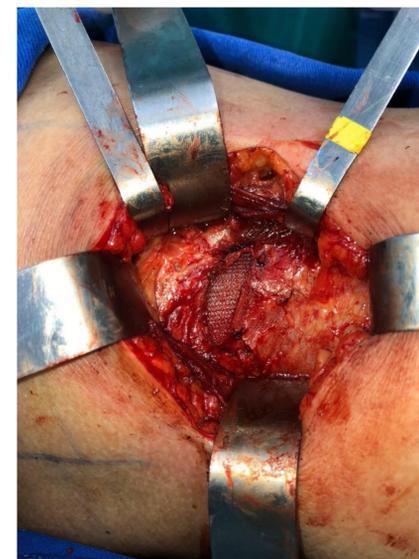
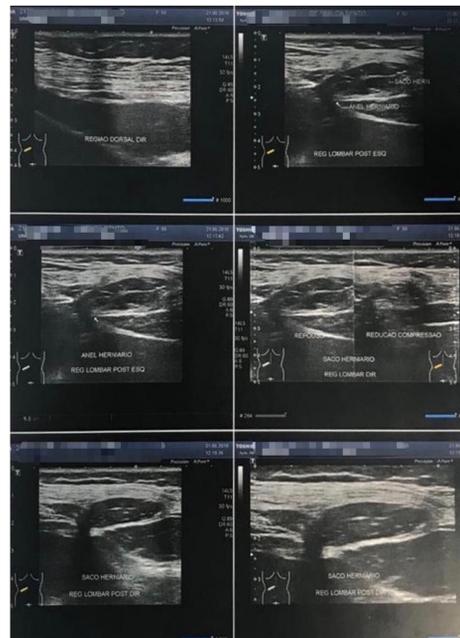
O presente estudo tem como objetivo fazer um relato de caso de uma paciente atendida em um ambulatório de cirurgia geral de um hospital secundário do interior paulista, portadora de hérnia de Grynfeltt, submetida a abordagem aberta para reparar o defeito.

## RELATO DO CASO:

Paciente feminina, 58 anos, referia dor e abaulamento em região lombar direita, de aumento progressivo há um ano. Relatava piora aos esforços e melhora ao repouso. Negava demais sintomas. Ao exame físico: abdome flácido, globoso por adiposidade, com ruídos hidroaéreos presentes, indolor a palpação e ausência de visceromegalias. Em região lombar direita, identificou-se abaulamento, medindo de 8 x 6 cm, de consistência amolecida e redutível. À ultrassonografia: descontinuidade da fáscia transversal, colo medindo 0,9 cm com protrusão de material amorfo hiperecótico (omento), confirmando a presença de hérnia do triângulo lombar superior. Diante do caso, recomendou-se internação hospitalar eletiva para abordagem cirúrgica da hérnia.

No pré operatório imediato, foi realizada a marcação dos limites da hérnia em posição ortostática, posicionamento da paciente em decúbito lateral esquerdo com coxim em flanco. Realizada incisão transversal abaixo da décima segunda costela, abertura do músculo oblíquo externo, identificação do triângulo de Grynfeltt, isolamento do saco herniário com dissecação do colo de dimensão média de 2cm e dissecação do espaço pré-peritoneal/retroperitoneal, além de alocação de duas telas de marlex; uma pré-peritoneal e a outra, acima da fáscia transversalis. Feita fixação das telas na fáscia e no décimo segundo arco costal, seguido de fechamento por planos.

A paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta no primeiro dia pós operatório. Foi reavaliada em consulta ambulatorial, no décimo segundo dia pós operatório e após quarenta e cinco dias, sem queixas, assintomática, recebendo alta ambulatorial.



## DISCUSSÃO

Com o presente estudo, apontamos que, pelo fato das hérnias lombares serem entidades raras, e existir um alto risco de encarceramento e estrangulamento sendo 25% e 8%, respectivamente, recomenda-se que sejam reparadas precocemente.

O objetivo do tratamento é eliminar o defeito, reconstruindo uma parede abdominal firme e elástica, que possa resistir ao estresse futuro. A abordagem da parede abdominal posterior é difícil devido à: ausência de uma camada musculo-aponeurótica bem definida, fraqueza desta em relação a parede abdominal anterior, além da presença de estruturas ósseas que limitam a dissecação e a adequada sobreposição e fixação da tela. Por estas razões, devido à raridade da doença, dada a inexperiência dos cirurgiões sobre o assunto, não há uma recomendação formal sobre a técnica cirúrgica mais eficaz nestes doentes.

Existem duas técnicas possíveis para a correção cirúrgica: abordagem aberta direta com incisão na pele sobre o local da hérnia e a abordagem laparoscópica. O tamanho da hérnia determina a escolha da técnica de reparação. Concluímos que devido a dificuldade diagnóstica, magnitude e prevalências de complicações, o cirurgião deve ter sempre em mente a existência destas hérnias de modo que, com a suspeita diagnóstica, possa ser feita uma abordagem precoce afim de evitar uma evolução desfavorável.

## REFERÊNCIAS:

- JUNIOR, Antônio Alves. Hernia de Grynfeltt: relato de caso e revisão da literatura. Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ano 2, v. 50, n. 2, p. 111-114, 12 abr. 1995.
- CLAUSS, Cristiano Marlo *et al.* Reparo Laparoscópico de Hérnia Lombar: descrição de técnica. Arquivos Brasileiros de cirurgia digestiva, São Paulo, v. 30, ed. 1, 1 jan. 2017
- RENCK, Decio Valente; GOMES, Laura de Moraes; JUNIOR, João Ivan Lopes. Hérnia lombar adquirida secundária do tipo Grynfeltt: relato de caso. Radiologia Brasileira, São Paulo, v. 42, ed. 2, mar/abr. 2009.
- Fulham SB. Lumbar hernia. J R Coll Surg Edinb 1985;30: 315-7
- Moreno-Egea A, Baena EG, Calle MC, *et al.* Controversies in the current management of lumbar hernias. Arch Surg 2007; 142: 82-8.
- Fulham SB. Lumbar hernia. J R Coll Surg Edinb 1985;30: 315-7.