

HÉRNIA DE GRYNFELTT: A PROPÓSITO DE UM CASO

GRYNFELTT'S HERNIA: ABOUT A CASE

JOBE PETTER¹, AMANDA CRUZ¹, MARIA SILVA¹, SAMIRA AISSAMI¹, MARCELLE REIS¹, CLAYTON MORAES²

RESUMO

INTRODUÇÃO: proposta por Barbette e confirmada em 1731 por DeGarangeot, as hérnias lombares são um caso raro dentre os diagnósticos, correspondendo a 1,5-2% dos casos de hérnias de parede abdominal. São definidas como uma falha na fáscia transversal ou na aponeurose do músculo transverso do abdome que resulta na extrusão de órgãos intra ou extra peritoneais através da descontinuidade da parede abdominal pósterolateral e é classificada como hérnia lombar superior ou inferior.

RELATO DE CASO: um caso de hérnia de Grynfeldt, mostrando a importância da ultrassonografia (US) no diagnóstico. A US é importante ferramenta para definir a anatomia local e o conteúdo do saco herniário.

CONCLUSÃO: a despeito da raridade, as hérnias lombares devem ser consideradas no diagnóstico diferencial das massas nesta região, sendo a ultrassonografia instrumento com alta sensibilidade e especificidade para o seu diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVE: HÉRNIA; HÉRNIAS DA PAREDE ABDOMINAL; ULTRASSONOGRRAFIA

ABSTRACT

INTRODUCTION: proposed by Barbette and confirmed in 1731 by DeGarangeot, lumbar hernias are a rare case among diagnoses, corresponding to 1.5-2% of abdominal wall hernias cases. They are defined as an impairment in the transverse fascia or aponeurosis of the transversus abdominis muscle that results in the extrusion of intra- or extra-peritoneal organs through the discontinuity of the posterolateral abdominal wall and is classified as an inferior or superior lumbar hernia.

CASE REPORT: this paper is to report a case of Grynfeldt hernia, showing the importance of ultrasound in diagnosis. Ultrasonography is an important tool to define the local anatomy and contents of the hernia sac.

CONCLUSION: despite their rarity, lumbar hernias should be considered in the differential diagnosis of masses in this region, and ultrasonography is an instrument with high sensitivity and specificity for its diagnosis.

KEYWORDS: HERNIA; ABDOMINAL HERNIA; ULTRASONOGRAPHY

INTRODUÇÃO

Hérnia, termo geral derivado da palavra grega “hernios” (“brotamento”), apresenta-se como uma protrusão através de um orifício, natural ou acidental, da cavidade que o contém, tendo como seu conteúdo um tecido ou órgão¹. A hérnia lombar é caracterizada como uma falha na fáscia transversal ou na aponeurose do músculo transverso do abdome que resulta na extrusão de estruturas intra ou extra peritoneais, através da descontinuidade da parede abdominal pósterolateral². Proposta pela primeira vez em 1672 por Barbette e confirmada por DeGarangeot em 1731, após uma autópsia, as hérnias lombares são um caso raro dentre os diagnósticos das hérnias de parede abdominal, sendo 1,5 a 2% dos casos relatados^{2,3}. Embora a doença tenha sido descrita no século XVIII, a primeira descrição anatômica do trígono lombar superior

foi realizada em 1866 por Grynfeldt⁴.

A região lombar é delimitada superiormente pelo espaço entre a décima segunda costela, inferiormente pela crista ilíaca, medialmente pelo músculo eretor da espinha e lateralmente pelo músculo oblíquo externo. Dessa forma, as hérnias lombares são subdivididas anatomicamente em hérnia lombar superior (triângulo de Grynfeldt- Leshaft) e inferior (triângulo de Petit), além disso, possuem dois tipos principais, congênicas ou adquiridas, sendo a segunda classificada quanto a sua etiologia, primárias ou secundárias^{1,2}.

A hérnia de Grynfeldt trata-se de uma falha no triângulo lombar superior e possui apresentação clínica variável e inespecífica⁴. Um em cada dez pacientes com hérnia lombar apresenta complicações agudas, como obstrução intestinal ou urinária, exigindo intervenção de emergência⁵.

1 - Centro Universitário do Planalto Central
Apparecido dos Santos-UNICEPLAC
2 - Universidade Católica de Brasília

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:
JOBE PETTER
Email: jobe.petter@uniceplac.edu.br

Devido à baixa ocorrência, essa alteração tem baixo índice de identificação, mesmo tendo fácil diagnóstico, sendo erroneamente diagnosticadas como outras causas que ocasionem abaulamento em região lombar, por esse motivo suas consequências podem ser graves, aumentando as taxas de morbimortalidade ⁶.

O objetivo deste artigo é apresentar um caso de hérnia de Grynfelt e os respectivos achados de imagem à ultrassonografia.

RELATO DE CASO

Feminina, 63 anos, hígida, apresentou-se ao ambulatório com queixa de abaulamento em região lombar direita há mais de seis meses (Figura 1), sem outras queixas. Sem cirurgias prévias, histórico de trauma ou comorbidades associadas. À palpação, a textura é de massa de partes moles fixa aos planos profundos.



Figura 1 – À inspeção observa-se abaulamento em região lombar direita.

Encaminhada à ultrassonografia que foi realizada com equipamento linear de alta frequência e detectou-se em região lombar direita, lateral ao músculo quadrado lombar direito, e ao músculo eretor da espinha, imediatamente caudal a 12^a costela, presença de colo herniário medindo 1,2 x 0,8cm, e o conteúdo do saco herniário era de gordura pararrenal. Pode-se observar discreto aumento do volume herniário com manobra de Valsalva. Com base nos achados radiológicos e clínicos, foi feito o diagnóstico de hérnia lombar superior a direita (Hérnia de Grynfelt) (figuras 2 a 4).



Figura 2: Corte transversal do trígono lombar superior direito apresentando saco herniário com conteúdo de gordura pararrenal.



Figura 3: Imagem dinâmica de ultrassonografia no plano sagital da região do trígono lombar superior direito.



Figura 4: Imagem dinâmica de ultrassonografia no plano axial da região do trígono lombar superior direito (observe o polo inferior do rim direito e o colo herniário imediatamente caudal)

DISCUSSÃO

Em 1783, Jean Louis Petit determinou os limites anatômicos do triângulo lombar inferior, dando o seu nome a essa estrutura anatômica³. Depois deste feito acreditou-se que as hérnias lombares se originavam apenas no triângulo inferior de Petit, mas em 1866, Grynfeldt descreveu os limites anatômicos do triângulo lombar superior. Em 1870, o pesquisador alemão Lesshaft descreveu a mesma área que Grynfeldt, razão pela qual este espaço tem seu nome próprio de triângulo de Grynfeldt- Lesshaft⁷.

A classificação das hérnias na região lombar é feita quanto a anatomia, e podem ser divididas em superior, inferior ou difusa, sendo a última de tamanho considerável e não delimitada por nenhuma estrutura anatômica semelhante ao triângulo superior ou inferior. O triângulo lombar superior, ou de Grynfeldt- Lesshaft, é um triângulo invertido que tem como limites anatômicos a 12^a costela e o músculo serrátil inferior posteriormente, lateralmente pela borda posterior do músculo oblíquo interno e medialmente pela borda anterior do músculo eretor da espinha⁵.

Com apenas 300 casos relatados, desde sua descoberta em 1731, as hérnias lombares são entidades raras, tem predominância no sexo masculino entre a 6^a e 7^a década de vida⁷ e representam menos de 2% de todas as hérnias da parede abdominal^{4,9}. Clinicamente, pode apresentar-se como uma protuberância hemisférica no dorso, induzida pela manobra de Valsalva e que reduz em posição dorsal². A maioria dos pacientes acometidos queixa-se de dor no flanco, de diferentes intensidades, e desconforto nas costas¹. Não há sinais ou sintomas patognomônicos de hérnia de Grynfeldt, e náuseas, vômitos e cólica abdominal poderão estar presentes nos casos de estrangulamento com obstrução intestinal³. Raramente é descrito neuralgia intercostal, dor abdominal, obstrução intestinal, hidronefrose e hidroureter, e há casos assintomáticos¹. Eventualmente, ausculta-se ruídos hidroaéreos, e presença de timpanismo à percussão, quando na presença de cólon no saco herniário⁶.

De acordo com a etiologia, são divididas entre congênita ou adquirida. As congênitas representam cerca de 20% dos casos⁷. Suas principais causas são defeitos musculoesqueléticos durante o período embrionário, onde o septo intramuscular passa a ser ocupado pela fáscia e aponeurose dos músculos oblíquos e o enfraquecimento dessa região pode levar ao surgimento de herniações³.

As adquiridas equivalem a 80% dos casos de hérnia lombar, são subdivididas em duas categorias: primária, quando ocorre espontaneamente, havendo possibilidade de ser precipitada por condições associadas ao aumento da pressão intra-abdominal, (gravidez, ascite, obesidade, bronquite crônica), magreza extrema, fraqueza da parede abdominal posterior causada pelo envelhecimento e atrofia muscular, representando 25%; e secundária, após traumas, cirurgias (aórtica, renal ou suprarenal) abscessos, hematoma retroperitoneal, força direta ou feridas penetrantes, somando-se 55% dos casos^{2,6}. Considerando as condições clínicas, de histórico e idade consideramos que este caso é classificado com hérnia lombar superior adquirida primária.

Existe uma classificação morfométrica, de Moreno-Egea que é realizada pelo cirurgião no transoperatório e auxilia na escolha do tipo de reparo da hérnia⁷. Um dos parâmetros é a área do colo herniário, portanto será de valia se o ultrassonografista for

capaz de medir dois raios perpendiculares do colo para o cálculo da área de elipse (área = raio1 x raio2 x π).

O conteúdo do saco herniário é variável, podendo ser de origem retroperitoneal, rins, bexiga urinária, cólon ascendente ou descendente e gordura extra-peritoneal, ou intraperitoneal, como parte superior do duodeno, jejuno, íleo, omento, gordura pré-peritoneal, estômago e baço⁸. Pode até mesmo ser paraperitoneal quando ocorre deslizamento do peritônio, aderindo às vísceras⁷.

O reconhecimento desta entidade costuma ser difícil e nem sempre é presumido no início do quadro, visto o reduzido número de relatos². Deve sempre ser incluído no diagnóstico diferencial de massas lombares como fibromas, lipomas, hematomas, tumores retroperitoneais, abscessos locorregionais, tumores renais, rabdomiomas, sarcomas, e hérnias musculares^{3,6,10}.

Embora o diagnóstico seja de suspeição clínica os exames de imagem sempre devem ser considerados, pois além do defeito na parede abdominal posterior pode revelar o conteúdo da hérnia (vísceras ou tecido extraperitoneal), contribuindo para o planejamento cirúrgico^{5,9}.

A ultrassonografia, além de isenta de radiação ionizante, permite a obtenção de imagens dinâmicas tanto em repouso quanto durante a manobra de Valsalva aumentando a sensibilidade quanto a especificidade do método⁷. Como é entidade rara, a doença pode ser subdiagnosticada por ultrassonografistas menos experientes.

CONCLUSÃO

Embora seja uma entidade rara, o diagnóstico de hérnia lombar deve ser considerado nos diagnósticos diferenciais de massa lombares durante a realização de exames de imagem. Definir os limites da massa pode ajudar o ultrassonografista a identificar o colo herniário.

REFERÊNCIAS

1. AlAli MN, AlShammari SA, Omar WM, Ayesh M, Alawi K. Bilateral fat containing lumbar hernia: a case report and literature review. *American Journal of Case Reports* 2019; 20: 1253-1258.
2. Shen C, Zhang G, Zhang S, Yin Y, Zhang B, Song Y, et al. Clinical, surgical characteristics and long-term outcomes of lumbar hernia. *BMC Surg* 2021; 21(1): 332.
3. Moreno-Egea A. Controversies in the current management of lumbar hernias. *Archives of Surgery* 2007; 142(1): 82.
4. Cesar D, Valadão M, Murrahe RJ. Grynfeldt hernia: case report and literature review. *Hernia* 2012; 16(1):107-111.
5. van Steensel S, Bloemen A, van den Hil LCL, van den Bos J, Kleinrensink GJ, Bouvy ND. Pitfalls and clinical recommendations for the primary lumbar hernia based on a systematic review of the literature. *Hernia* 2019; 23(1): 107-117.
6. Sharma P. Lumbar Hernia. *Med J Armed Forces India* 2009; 65(2):178-179.
7. Piozzi GN, Cirelli R, Maino MEM, Lenna G. Management criteria of Grynfeldt's lumbar hernia: a case report and review of literature. *Cureus* 2019; 11(1): e3865
8. Mehrabi S, Yavari Barhaghtalab MJ, Babapour M. Renal pelvis and ureteropelvic junction incarceration in a Grynfeldt-Lesshaft hernia: a case report and review of the literature. *BMC Urol* 2020; 20(1): 74.
9. Gonie Mekonnen A, Bekele Gonfa K. Primary superior lumbar hernia a rare cause of lumbar swelling. *Int Med Case Rep J* 2019; 12: 67-70.
10. Henriksen NA, Kaufmann R, Simons MP, Berrevoet F, East B, Fischer J, et al. EHS and AHS guidelines for treatment of primary ventral hernias in rare locations or special circumstances. *BJS Open* 2020; 4(2): 342-353.