

Hérnia de Grynfelt contendo ureter proximal: um relato de caso

Grynfelt's Hernia containing proximal ureter: a case report

DOI:10.34119/bjhrv5n5-202

Recebimento dos originais: 30/08/2022

Aceitação para publicação: 30/09/2022

Mariana França Bandeira de Melo

Graduada em Medicina

Instituição: Hospital Regional de Sobradinho

Endereço: Q 12, Sobradinho, Brasília - DF, CEP: 70297- 400

E-mail: marifrancabm@gmail.com

Eduardo Carvalho Horta Barbosa

Cirurgião Vascular

Instituição: Hospital Regional de Sobradinho

Endereço: Q 12, Sobradinho, Brasília - DF, CEP: 70297-400

E-mail: eduardochbarbosa@gmail.com

Herbeth Franco Queiroz

Graduado em Urologia

Instituição: Hospital Regional de Sobradinho

Endereço: Q 12, Sobradinho, Brasília - DF, CEP: 70297-400

E-mail: herbethfq@yahoo.com.br

João Paulo Majella de Godoy Morais

Graduado em Urologia

Instituição: Hospital Regional de Sobradinho

Endereço: Q 12, Sobradinho, Brasília - DF, CEP: 70297-400

E-mail: moraisjpbr@gmail.com

Leonardo Homem de Faria Martins

Graduado em Anestesiologia

Instituição: Hospital Regional de Sobradinho

Endereço: Q 12, Sobradinho, Brasília - DF, CEP: 70297-400

E-mail: leohfmartins@yahoo.com.br

Ana Luiza Alves Nicoletti

Graduada em Medicina

Instituição: Hospital Regional de Sobradinho

Endereço: Q 12, Sobradinho, Brasília - DF, CEP: 70297-400

E-mail: ana.a.nicoletti@gmail.com

Natália Mariana Diógenes Silva de Albuquerque

Graduada em Medicina

Instituição: Hospital Regional de Sobradinho

Endereço: Q 12, Sobradinho, Brasília - DF, CEP: 70297-400

E-mail: nmdsalbuquerque@gmail.com

Sara de Faria Souza
Graduada em Medicina
Instituição: Hospital Regional de Sobradinho
Endereço: Q 12, Sobradinho, Brasília - DF, CEP: 70297-400
E-mail: sara.faria1@hotmail.com

RESUMO

Hérnias lombares são defeitos na parede abdominal posterolateral, de acometimento raro. O tratamento padrão ouro é a correção cirúrgica com aposição de tela. Trata-se de caso de paciente idosa, com hérnia de Grynfelt bilateral, contendo ureter em um dos lados, sendo esta uma apresentação raríssima. Até o presente momento não foi encontrado em revisão bibliográfica a descrição de hérnia de triângulo lombar superior com conteúdo renal/ureteral. Trata-se de caso raro, com apresentação incomum.

Palavras-chave: Hérnia de Grynfelt, Hérnia lombar, ureter, tela.

ABSTRACT

Lumbar hernias are defects in the posterolateral abdominal wall, with rare involvement. The gold standard treatment is surgical correction with mesh apposition. This is the case of an elderly patient with bilateral Grynfelt's hernia, containing the ureter on one side, which is a very rare presentation. To date, no description of superior lumbar triangle hernia with renal/ureteral content has been found in a literature review. This is a rare case with an unusual presentation.

Keywords: Grynfelt's Hernia, lumbar Hernia, ureter, mesh.

1 INTRODUÇÃO

As hérnias lombares foram inicialmente descritas por Barbette em 1672 e, desde então, cerca de 300 casos foram relatados na literatura^{1,2,3}. Apresenta-se como um defeito na parede abdominal posterolateral, podendo conter estruturas abdominais intra ou extraperitoneais^{4,5}, sendo classificadas em superior (Grynfelt) ou inferior (Petit). Defeitos herniários lombares ocorrem em 1,5 - 2% das hérnias da parede abdominal, sendo menos frequente sua apresentação bilateral^{4,1}.

2 CASO CLÍNICO

Trata-se de paciente de 81 anos, do sexo feminino, admitida com lombalgia à direita, com irradiação para flanco ipsilateral há cerca de duas semanas, com intensificação há um dia. Não apresentou febre, náuseas, vômitos ou outras queixas. Portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2. Foi submetida a procedimento não informado em rim direito aos 25 anos, apresentando cicatriz de lombotomia ipsilateral. Ao exame físico, observou-se abdome globoso, depressível, indolor, sem sinais de irritação peritoneal, além de abaulamento em topografia de triângulo lombar superior bilateralmente, sendo doloroso à

palpação à direita. Exames laboratoriais da admissão apresentavam função renal preservada, leucocitose sem desvio e hiponatremia assintomática. Fora submetida à tomografia de abdome com contraste, a qual evidenciou rim direito deslocado lateralmente, sem plano de clivagem com parede abdominal, notando-se herniação do ureter proximal, com colo de 18 mm, através do triângulo lombar superior, com moderada dilatação uretero-piélica à montante; havia também pequena hérnia de conteúdo gorduroso no triângulo lombar superior à esquerda. Foi submetida à redução manual do conteúdo herniário bilateralmente sem intercorrências, optando-se por abordagem cirúrgica pela urgência à direita. Procedeu-se acesso posterior aberto em decúbito lateral esquerdo, com identificação da hérnia com presença de ureter proximal, sendo feita redução do mesmo para retrocavidade e correção do defeito herniário utilizando tela de polipropileno pela técnica *onlay*. A paciente em questão foi acompanhada durante três meses. Neste período, não houve evidências de alterações da função renal ou recidiva da hérnia aos exames complementares de controle.

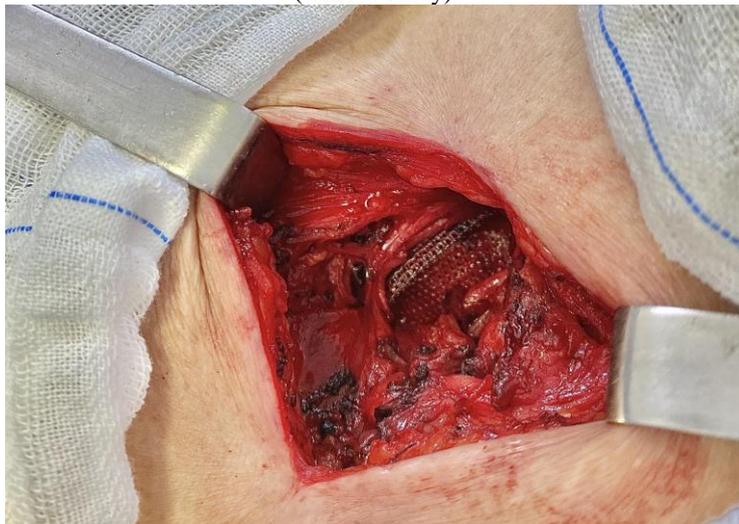
Figura 1. Tomografia de abdome com contraste (corte axial) evidenciando defeito herniário em triângulo lombar superior bilateral, com ureter proximal compondo conteúdo herniário à direita (A), com dilatação uretero-piélica à montante (B).



Figura 2. Tomografia de abdome com contraste (corte sagital) evidenciando defeito herniário em triângulo lombar superior à direita, com ureter proximal compondo conteúdo herniário.



Figura 3. Defeito herniário de triângulo lombar superior corrigido com posicionamento de tela de polipropileno (técnica onlay).



3 DISCUSSÃO

O triângulo lombar superior é delimitado por: borda inferior do décimo segundo arco costal, musculatura paraespinal e músculo oblíquo interno; o assoalho é formado pela fáscia do músculo transverso e o teto pelo músculo latíssimo do dorso⁶. Nesse local, há maior fragilidade anatômica, favorecendo surgimento de herniações^{1,4}, sendo a maioria de apresentação unilateral (principalmente à esquerda), ocorrendo majoritariamente entre 50 e 70 anos de idade, com predominância estimada de 2/3 no sexo masculino⁴.

As hérnias lombares podem ser primárias ou secundárias. Aquelas são mais frequentes em idosos e em situações de perda ponderal excessiva, sendo a causa justificada como fraqueza da parede abdominal posterior⁷. Já as secundárias são decorrentes de traumas, intervenções

cirúrgicas prévias, infecções ou mesmo hematomas retroperitoneais^{4,7}. Em geral, há cólon ou gordura retroperitoneal⁴ em seu conteúdo, podendo cerca de 25% dessas hérnias cursar com encarceramento, e 10% destas, evoluir com estrangulamento, as quais podem necessitar de abordagem cirúrgica de urgência devido quadro de abdome agudo^{8,7}.

Devido sua raridade, a suspeita diagnóstica torna-se baixa⁹. Tumores subcutâneos, tais como lipomas, devem ser excluídos como diagnósticos diferenciais^{2,10}. A tomografia computadorizada é considerada o método de escolha para o diagnóstico e avaliação do conteúdo herniário².

Quanto ao tratamento, a cirurgia é o padrão ouro. Os acessos podem ser via laparotômica ou laparoscópica, sendo preconizado o uso de tela em ambas as técnicas^{4,11}. A escolha deverá ser individualizada, levando-se em consideração a experiência da equipe, o tamanho do defeito, o conteúdo herniário e as condições clínicas do paciente⁹. Alguns estudos sugerem que a cirurgia aberta seria mais adequada para defeitos herniários maiores que 15 cm¹².

O caso clínico em questão relata uma paciente idosa, com hérnia de Grynfelt bilateral, contendo ureter em um dos lados, sendo uma apresentação raríssima. Não há como definir com precisão se o caso é decorrente de defeito congênito (por ser bilateral), ou derivado de abordagem cirúrgica pregressa à direita, tendo provocado herniação de conteúdo infrequente (ureter proximal/pelve renal).

Até o presente momento não foi encontrado em revisão bibliográfica a descrição de hérnia de triângulo lombar superior com conteúdo renal/ureteral. Trata-se de caso raro, com apresentação incomum.

REFERÊNCIAS

1. Ploneda-Valencia C.F., et al. Grynfeltt-Lesshaft hernia a case report and review of the literature. *Ann Med Surg (Lond)*. 2016 Apr 8;7:104-6. doi: 10.1016/j.amsu.2016.04.002.
2. Claus C.M.P., et al. Laparoscopic repair of lumbar hernia (Grynfeltt): technical description. *Arq Bras Cir Dig*. 2017 Jan-Mar;30(1):56-59. doi: 10.1590/0102-6720201700010016.
3. Moreno-Egea A., et al. Controversies in the Current Management of Lumbar Hernias. *Arch Surg*. 2007;142(1):82–88. doi:10.1001/archsurg.142.1.82
4. Alcoforado C., et al. Grynfeltt hernia. *Arq Bras Cir Dig*. 2013 Jul-Sep;26(3):241-3. English, Portuguese. doi: 10.1590/s0102-67202013000300017.
5. Teo K.A., et al. Incarcerated small bowel within a spontaneous lumbar hernia. *Hernia*. 2010 Oct;14(5):539-41. doi: 10.1007/s10029-009-0581-3. Epub 2009 Nov 5.
6. Armstrong O., et al. Lumbar hernia: anatomical basis and clinical aspects. *Surg Radiol Anat*. 2008 Oct;30(7):533-7; discussion 609-10. doi: 10.1007/s00276-008-0361-2. Epub 2008 Jun 14.
7. Basnet K., et al. Primary Grynfeltt Lumbar Hernia: A Case Report. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2022 Feb 15;60(246):192-195. doi: 10.31729/jnma.7251.
8. Horino T., et al. Primary Superior Lumbar Hernia with Nephrotic-range Orthostatic Proteinuria. *Intern Med*. 2022 Mar 12. doi: 10.2169/internalmedicine.8757-21. Epub ahead of print.
9. Sundaramurthy S., et al. Primary lumbar hernia: A rarely encountered hernia. *Int J Surg Case Rep*. 2016;20:53-6. doi: 10.1016/j.ijscr.2015.09.041. Epub 2015 Oct 30.
10. Mingolla, G.P., Amelio, G. Lumbar hernia misdiagnosed as a subcutaneous lipoma: a case report. *J Med Case Reports* 3, 9322 (2009). <https://doi.org/10.1186/1752-1947-3-9322>
11. van Veen RN, Wijsmuller AR, Vrijland WW, Hop WC, Lange JF, Jeekel J. Long-term follow-up of a randomized clinical trial of non-mesh versus mesh repair of primary inguinal hernia. *Br J Surg*. 2007 Apr;94(4):506-10. doi: 10.1002/bjs.5627.
12. Sarwal A., et al. Primary lumbar hernia: A rare case report and a review of the literature. *Asian J Endosc Surg*. 2019 Apr;12(2):197-200. doi: 10.1111/ases.12603. Epub 2018 May 16.