

Hérnia de Grynfeltt inicialmente diagnosticada como lesão neoplásica: relato de caso

Grynfeltt's hernia initially diagnosed as a neoplastic lesion: case report

Emanuelle Santiago Pereira ¹, Luciana Rodrigues Queiroz de Souza ², Gleim Dias de Souza ³,
Teófilo Alvarenga Netto ⁴, Rodrigo Helou ⁴

Resumo

As hérnias lombares são raras e ocorrem por defeitos na fáscia fibromuscular da parede posterior do abdome. Os autores relatam um caso de hérnia do triângulo lombar superior (hérnia de Grynfeltt), associada a processo infeccioso local e consequente formação de coleções, simulando lesão neoplásica.

Palavras chave: Hérnia lombar; hérnia de Grynfeltt; hérnia lombar superior.

Abstract

Lumbar hernias are rare and occur through a defect of the fibromuscular fascia of the posterior abdominal wall. The authors report a case of superior lumbar triangle hernia (Grynfeltt's hernia), associated to a local infectious process and collection formation simulating a neoplastic lesion.

Key words: Lumbar hernia; Grynfeltt's hernia; Superior lumbar hernia.

1. Médica residente de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital de Base do Distrito Federal

2. Médica, especialista, radiologista do Hospital de Base do Distrito Federal

3. Médico, mestre, radiologista do Hospital de Base do Distrito Federal, docente do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília.

4. Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

E-mail do primeiro autor: emanuellesantiago@gmail.com

Recebido em 02/08/2012

Aceito, após revisão, em 10/10/2012

Introdução

Hérnias da parede abdominal são um achado de imagem frequente no abdome. Embora a maioria seja assintomática, elas podem desenvolver complicações agudas, necessitando de cirurgias de emergência.¹

As hérnias lombares são raras e ocorrem no triângulo lombar superior ou inferior, que são áreas de relativa fraqueza na parede abdominal posterolateral. A maioria é devido a causas adquiridas não traumáticas ou congênitas e ocorrem mais frequentemente no triângulo lombar superior, que apresenta como limites: superiormente, a 12^o costela; medialmente, o músculo quadrado lombar; inferolateralmente, o músculo oblíquo interno; e inferiormente, a aponeurose do músculo transversos do abdome.²

Descrevemos um caso de hérnia lombar não traumática, associada a processo infeccioso local e inicialmente confundida com lesão neoplásica.

Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, 76 anos, diabética e hipertensa, apresentando quadro de dor em flanco direito de início recente. Foi realizada tomografia computadorizada do abdome, que evidenciou uma formação complexa, heterogênea, com realce predominantemente periférico e áreas centrais hipodensas, sugerindo necrose/componente cístico, com seu maior eixo na parede abdominal lateral direita, com extensão para a cavidade abdominal e tecido subcutâneo (Figuras 1 e 2).



Figura 1: Tomografia computadorizada, corte axial, mostrando formação complexa, com realce periférico e componentes intra-abdominal, em parede abdominal e tecido subcutâneo.



Figura 2: Tomografia computadorizada, corte sagital, mostrando formação complexa, com realce periférico e componentes intra-abdominal, em parede abdominal e tecido subcutâneo.

A paciente foi submetida a duas drenagens percutâneas guiadas por ultrassonografia, com intervalo de uma semana, e o material coletado foi enviado para análise cito-histológica, cultura e antibiograma. Os resultados revelaram infecção bacteriana, formando coleção purulenta, e ausência de células neoplásicas. Foi iniciada antibioticoterapia, mas a coleção refez-se rapidamente e apresentava aumento das suas dimensões em tomografia de controle (Figura 3). Pela possibilidade de a lesão ser decorrente de fístula entérica e o fato de a

mesma não estar respondendo ao tratamento antibioticoterápico e drenagens, foi decidida a realização de laparotomia exploradora, a qual evidenciou extensa coleção com componentes intra e extra-abdominais, formando cavidades na parede abdominal e tecido subcutâneo. Destaca-se que não foi encontrada nenhuma comunicação com alças intestinais. Associadamente, observou-se defeito na fáscia fibromuscular do triângulo lombar superior (espaço de Grynfeldt). Foi realizada drenagem de toda a coleção e correção da hérnia lombar.

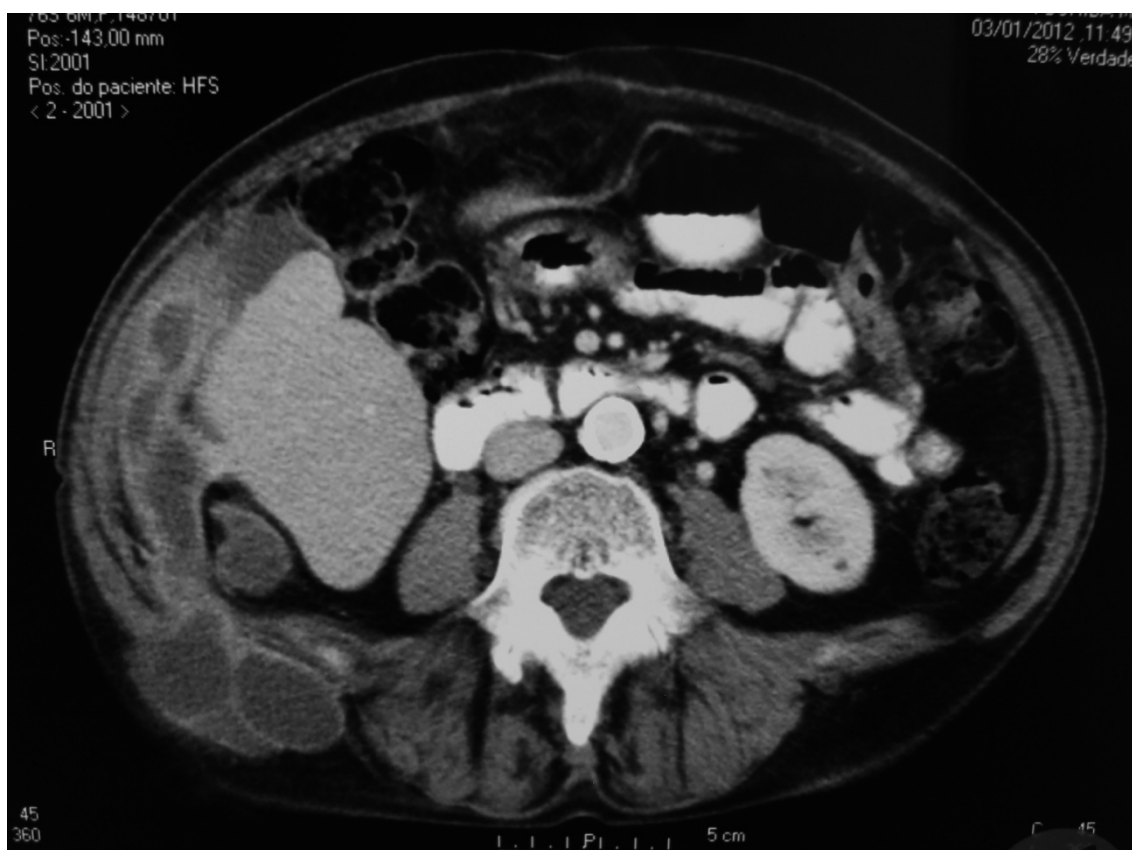


Figura 3: Tomografia computadorizada de controle, corte axial, evidenciando aumento do conteúdo herniado através do triângulo lombar superior.

Discussão

A hérnia lombar é uma entidade rara, sendo mais frequente em homens de faixa etária elevada (50 a 70 anos de idade).³ Ocorre por um defeito na fáscia fibromuscular da parede posterior do abdome, ocorrendo basicamente em dois locais: no espaço de Grynfeltt ou triângulo lombar superior e no espaço de Petit ou triângulo lombar inferior, sendo o primeiro a localização mais comum.⁴ Podem ser adquiridas ou congênitas, esta última manifestando-se geralmente na infância de forma isolada ou associada a distúrbios congênitos/hereditários como a meningocele e neurofibromatose.⁵

Alças intestinais, gordura retroperitoneal, rins ou outras vísceras podem protruir através do defeito herniário, ocasionalmente levando a encarceramento (25%) ou estrangulamento (10%).⁶

Radiografias contrastadas com bário são úteis quando a hérnia contém alças intestinais; entretanto, a tomografia computadorizada é mais útil na determinação da localização e conteúdo das hérnias lombares, assim como no delineamento das camadas musculares e fasciais e de defeitos em uma ou mais dessas camadas.⁷

Conclusão

O caso que descrevemos mostra uma apresentação atípica de hérnia lombar, complicada com abscesso por provável translocação bacteriana. Essa apresentação incomum levou à suspeita de lesão neoplásica nas tomografias realizadas.

O tratamento das hérnias lombares é cirúrgico, utilizando-se de reparo primário nos casos com diâmetro inferior a 5 cm. Nos casos com diâmetro superior, deve-se realizar a individualização das estruturas circunjacentes, a fim de aproximá-las sem tensão; caso não seja possível, o uso de material protético deve ser adotado.⁸

Referências

1. Aguirre DA, Santosa AC, Casola G, Sirlin CB. Abdominal Wall Hernias: Imaging Features, Complications, and Diagnostic Pitfalls at Multi-Detector Row CT. *RadioGraphics*, 2005; 25(1):1501-20.
2. Faro SH, Racette CD, Lally JF, Wills JS, Mansoor A. Traumatic Lumbar Hernia: CT Diagnosis. *AJR*, 1990; 154(1):757-9.
3. Renck DV, Gomes LM, Lopes Jr JJ. Hérnia lombar adquirida secundária do tipo Grynfeltt: relato de caso. *Radiol Bras*, 2009; 42(2):137-8.
4. Zanini M, Timoner FR, Machado Filho CD. Hérnia de Petit: comentário de um caso. *An bras Dermatol*. 2004; 79(2):235-6.
5. Karmani S, Ember T, Davenport R. Congenital lumbar hernias: A case report. *J Pediatr Surg*. 2002; 37(6):921-2.
6. Miller PA, Mezwa DG, Feczko PJ, Jafri ZH, Madrazo BL. Imaging of Abdominal Hernias. *Radiographics*. 1995; 15(2): 333-47.
7. Baker ME, Weinerth JL, Andriani RT, Cohan RH, Dunnick NR. Lumbar Hernia: Diagnosis by CT. *AJR*. 1987; 148(3): 565-7.
8. Pitrez FAB, Pioner SR, Lemchen HF, Rech D, Menegotto, LB. Eventrações lombares: revisão tardia de 20 pacientes. *Rev Col Bras Cir*. 2006; 33(1): 2-5.