

# Correção transabdominal videolaparoscópica de hérnia de Grynfeltt

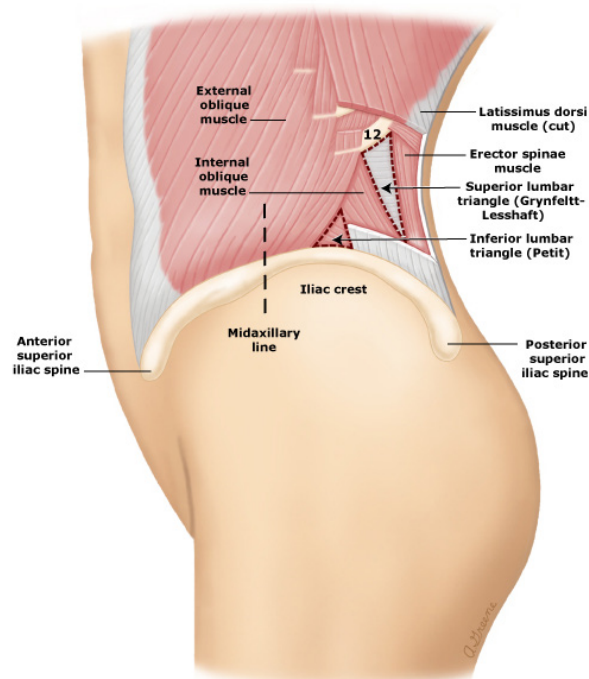
## Videolaparoscopic transabdominal correction of Grynfeltt's hernia

Guilherme Camarotti de Oliveira **CANEJO**<sup>1,2</sup>, Pedro Pereira **GONZAGA-NETO**<sup>3</sup>, Oscar Capistrano dos **SANTOS**<sup>3</sup>, Jurandir Marcondes **RIBAS-FILHO**<sup>2</sup>, Ronaldo Mafia **CUENCA**<sup>4</sup>, Orlando Jorge Martins **TORRES**<sup>5</sup>, Nelson Adami **ANDREOLLO**<sup>6</sup>

**PALAVRAS-CHAVE:** Hérnia de Grynfeltt. Cirurgia. Videolaparoscopia.  
**KEYWORDS:** Grynfeltt's hernia. Surgery. Videolaparoscopy

## INTRODUÇÃO

As hérnias lombares são a protrusão de conteúdos intraperitoneais ou extraperitoneais em localização não anatômica através de defeitos fasciais na parede abdominal pósterio-lateral.<sup>1</sup> Aquelas da região lombar correspondem a 1-2% dentre as hérnias da parede abdominal.<sup>2</sup> A região lombar é limitada superiormente pela 12ª costela, medialmente pelo músculo eretor da espinha, inferiormente pela crista do osso ilíaco e lateralmente pela borda posterior do músculo oblíquo externo.<sup>3,4</sup> As hérnias lombares primárias ou congênitas surgem em 1 dos 2 possíveis defeitos triangulares na região lombar (Figura 1).<sup>3</sup>



Fonte: Anatomical and surgical considerations on lumbar hernias<sup>2</sup>.

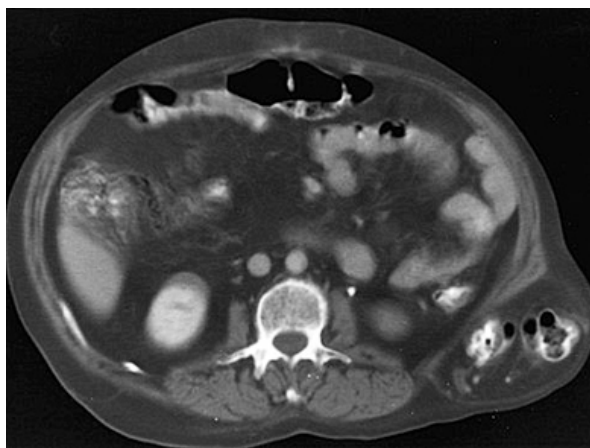
**FIGURA 1** - Triângulos lombares

O triângulo lombar superior ou de Grynfeltt (Figura 2) é invertido e delimitado pela 12ª costela superiormente, oblíquo interno lateralmente (anteriormente) e quadrado lombar medialmente (posteriormente)<sup>5</sup>. O assoalho é a fáscia transversal e a aponeurose do músculo transverso do abdome. O teto são os músculos oblíquo externo e grande dorsal.

O triângulo inferior ou de Petit (Figura 3) é vertical, menor, e localizado entre a borda posterior do músculo oblíquo externo lateralmente (anteriormente), a borda lateral do músculo grande dorsal medialmente (posteriormente) e a crista ilíaca inferiormente. O assoalho é composto pela fáscia lombodorsal, contínua com a aponeurose dos músculos oblíquo interno e transverso do abdome.



**FIGURA 2** - Hérnia lombar através do triângulo superior (Grynfeltt)



**FIGURA 3** - Hérnia lombar através do triângulo inferior (Petit)

### RELATO DO CASO

Mulher de 56 anos foi atendida na emergência com abaulamento de cerca de 2 cm doloroso na região do triângulo lombar superior posterolateral à esquerda, acentuado à manobra de valsalva, caracterizando hérnia de Grynfeltt. Ultrassonografia mostrou descontinuidade da parede abdominal na região lombar medindo cerca de 1 cm, com protrusão de conteúdo abdominal. Foi indicado tratamento cirúrgico por realização videolaparoscopia transabdominal através de decúbito lateral direito e acesso à cavidade por técnica aberta em flanco esquerdo, seguida pela introdução de 2 trocâteres de 5 mm em linha axilar anterior. Foi realizada dissecação e confecção de flapping peritoneal, respeitando o limite inferior até o músculo ileopsoas. Identificado o defeito da hérnia lombar, foi feita a redução do conteúdo herniário que continha cólon medindo aproximadamente 2 cm. Em seguida foi posicionada tela de polipropileno de 15x15 cm cobrindo o defeito, optando-se em não fixá-la, e realizado fechamento do flapping peritoneal com fio absorvível. A paciente evoluiu bem, necessitando pouca analgesia com dipirona 2 g durante internamento e recebeu alta 24h após o procedimento.

### DISCUSSÃO

Vinte por cento das hérnias lombares são congênitas, 80% adquiridas<sup>6</sup>, que podem ser primárias (espontâneas) ou secundárias a trauma ou procedimento cirúrgico, como nefrectomia, adrenalectomia, ressecção hepática e reparo de aneurisma da aorta abdominal. As hérnias lombares pós-traumáticas e incisionais são maiores e mais difusas do que as hérnias lombares primárias, podendo não corresponder os limites triangulares descritos acima e, portanto, são frequentemente chamadas de hérnias de flanco.<sup>3</sup>

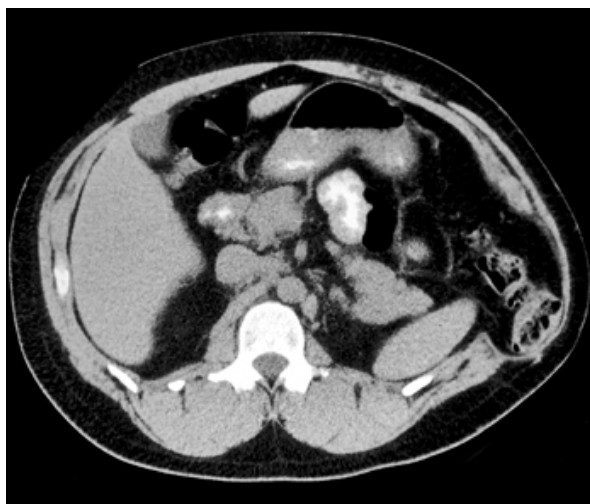
A hérnia lombar secundária ou de flanco se forma devido a múltiplos fatores. Danos aos nervos que inervam a parede abdominal levam à atrofia muscular, fraqueza, abaulamento e eventualmente, hérnia. Trauma ou operações podem exacerbar fraquezas inerentes da parede abdominal por avulsão de músculos e tendões de suas inserções ósseas.<sup>7</sup> A hérnia aparente também pode ser área de diástase, na qual a aponeurose muscular foi enfraquecida.

Clinicamente, a apresentação mais comum de hérnia lombar é massa posterolateral palpável que aumenta de tamanho com tosse e atividade extenuante.<sup>8</sup> A massa geralmente é redutível e desaparece quando o paciente assume a posição de decúbito.<sup>7</sup> Cerca de 25% das hérnias de região lombar estão propensas a encarceramento e 10% a estrangulamento, com sofrimento vascular de conteúdo intra-abdominal e necessitando de abordagem de urgência.<sup>2,5,9</sup> As hérnias lombares também podem se apresentar como dor lombar vaga, obstrução intestinal, obstrução urinária, massa pélvica ou raramente como abscesso retroperitoneal ou glúteo. Tomografia abdominal e pélvica é a modalidade de imagem preferida para confirmar o diagnóstico.

Os reparos cirúrgicos podem ser realizados por meio de abordagem aberta ou minimamente invasiva (laparoscópica ou robótica). A imagem (normalmente com TC) é crítica para determinar o tamanho e a localização do defeito da hérnia e auxiliar na seleção da técnica adequada. Não existe consenso quanto à melhor técnica para correção cirúrgica. Invariavelmente, o reparo requer o uso de tela. Embora pequenos defeitos fasciais possam ser reparados laparoscopicamente com tela intraperitoneal, a colocação pré-peritoneal/retromuscular é preferida para hérnias maiores, que podem ser realizadas por meio de abordagem aberta ou robótica. Classicamente a técnica convencional consiste em correção anterior, com redução do saco herniário, aposição de tela de polipropileno e fixação no periósteo da costela.<sup>10</sup>

Em revisão da literatura foi constatado que a técnica aberta é preferida em pacientes com hérnias grandes (>15 cm), pele atrófica fina ou grandes cicatrizes distróficas para facilitar o manuseio da pele e dos tecidos moles. Eles usaram a abordagem robótica em pacientes com hérnias menores e/ou alto risco de complicações da ferida (por exemplo, obesos, fumantes ativos, diabetes mal controlado).<sup>4</sup> Deve-se notar que esta abordagem para o reparo da hérnia lombar foi descrita em artigo de revisão, e os autores não publicaram os resultados dos pacientes validando esta abordagem.

Antes de colocar a tela (normalmente de polipropileno de peso médio), o plano pré-peritoneal deve ser dissecado em todas as direções por mínimo de 5 cm, que normalmente se estende ao músculo psoas e tendão posteriormente, crista ilíaca inferiormente, abaixo da margem costal, superiormente ao músculo diafragmático e a borda lateral do músculo reto medialmente. Na fixação da tela à crista ilíaca, os autores utilizaram âncoras ósseas com suturas permanentes. Ao fixar a tela na costela, eles colocaram suturas lentamente absorvíveis diretamente através da borda cartilaginosa da costela.<sup>4</sup> Diante dos bons resultados da herniorrafia inguinal videolaparoscópica, a correção das hérnias lombares intra-abdominalmente mostra-se como opção factível. A abordagem transabdominal e a totalmente extraperitoneal (TAPP e TEPP) permitem a aposição de tela em espaço pré-peritoneal sem a necessidade de fixação a estruturas adjacentes, o que reflete diretamente na qualidade da recuperação pós-operatória dos pacientes com diminuição das queixas algícas.<sup>11,12</sup>



**FIGURA 4** - Tomografia computadorizada de hérnia lombar do lado esquerdo após nefrectomia para câncer de células renais

A abordagem cirúrgica videolaparoscópica para correção de hérnias lombares quando comparada à técnica convencional, que consiste na fixação da tela de polipropileno ao periósteo da costela adjacente, apresenta-se como segura, contribui para menor tempo de internamento, menor índice de complicações, além de recuperação mais rápida das atividades laborais. A correção transabdominal com material de baixo custo e kit básico de videolaparoscopia mostra-se como alternativa prática e aplicável em centros de baixa complexidade para correção de hérnias lombares.

#### Afiliação dos autores:

<sup>1</sup>Hospital Santa Casa de Misericórdia do Recife, PE, Brasil

<sup>2</sup>Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, São Paulo, SP, Brasil

<sup>3</sup>Hospital Unimed Caruaru, PE, Brasil

<sup>4</sup>Centro de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília, Universidade de Brasília, DF, Brasil

<sup>5</sup>Departamento de Medicina II, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, MA, Brasil

<sup>6</sup>Departamento de Cirurgia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas – UNICAMP, Campinas SP, Brasil

#### Correspondência

Guilherme Camarotti de Oliveira Canejo

Email: guilhermecanejo@hotmail.com

Conflito de interesse: Nenhum

Financiamento: Nenhum

#### Como citar:

Canejo GCO, Gonzaga-Neto PP, dos Santos OC, Ribas-Filho JM, Cuenca RM, Torres OJM, Andreollo NA. Correção transabdominal videolaparoscópica de hérnia de Grynfeltt. *BioSCIENCE* 2023; 81(2): 133-132

#### Contribuição dos autores

Conceituação: Guilherme Camarotti de Oliveira Canejo, Pedro Pereira Gonzaga Neto

Metodologia: Guilherme Camarotti de Oliveira Canejo, Oscar Capistrano dos Santos Redação (esboço original): Guilherme Camarotti de Oliveira Canejo, Jurandir Marcondes Ribas Filho

Redação (revisão e edição): Ronaldo Mafia Cuenca, Orlando Jorge Martins Torres, Nelson Adami Andreollo

Recebido em: 11/06/2023

Aceito em: 14/07/2023

#### REFERÊNCIAS

1. Park AE, Roth JS, Kavac SM. Abdominal Wall Hernia. *Current Problems in Surgery*. 43(5):326-375, 2006.
2. Claus CMP, Nassif LT, Agulera TS, et al. Laparoscopic repair of lumbar hernia (grynfeltt): Technical description. 30(1): 215-57, 2017.
3. Cavallaro G, Sadighi A, Paparelli C, et al. Anatomical and surgical considerations on lumbar hernias. *Am Surg*. 75(12):1238-41, 2009.
4. Beffa LR, Margiotta AL, Carbonell AM. Flank and Lumbar Hernia Repair. *Surg Clin North Am*. 98(3): 593-605, 2018.
5. Shadhu K, Ramlagun D, Chen S, et al. Surgical approach towards Grynfeltt hernia: A single center experience. 93(33): e11928, 2018.
6. Stamatou D, Skandalakis JE, Skandalakis LJ, et al. Lumbar hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg*. 75(3):202-7, 2009.
7. Orcutt TW. Hernia of the superior lumbar triangle. *Ann Surg*. 173(2):294-7, 1971.
8. Moreno-Egea A, Baena EG, Calle MC, et al. Controversies in the current management of lumbar hernias. *Arch Surg*. 142(1): 82-8, 2007.
9. Teo KA, Burns E, Garcea G. Incarcerated small bowel within a spontaneous lumbar hernia. *Hernia*. 14(5): 539-41, 2010.
10. Aza MS, Yawi JB, Musumba SK, et al. Bilateral Grynfeltt lumbar hernia: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 145, 2023.
11. Rafols M, Bergholz D, Andreoni A, et al. Bilateral Lumbar Hernias Following Spine Surgery: A Case Report and Laparoscopic Transabdominal Repair. *Case Reports In Surgery*. 2020
12. Dias D, Guarderas X, Gordillo A. et al. Hernia de Grynfeltt resuelta por vía laparoscópica: reporte de un caso. *Metro Ciencia*, 28(2): 4-7, 2020