

# Hérnia lombar adquirida secundária do tipo Grynfeltt: relato de caso\*

*Acquired secondary Grynfeltt's hernia: a case report*

Décio Valente Renck<sup>1</sup>, Laura de Moraes Gomes<sup>2</sup>, João Ivan Lopes Júnior<sup>3</sup>

**Resumo** A hérnia lombar é um diagnóstico infrequente e difícil. É mais prevalente em pessoas do sexo masculino e de idade avançada. Relatamos o caso de um paciente de 79 anos de idade, do sexo masculino, que realizou drenagem de derrame pleural há 17 anos e que apresentou quadro clínico e tomográfico de hérnia lombar adquirida secundária do tipo Grynfeltt.

*Unitermos:* Hérnia lombar; Hérnia de Grynfeltt; Hérnia lombar superior.

**Abstract** Lumbar hernia is a rare condition whose diagnosis is hardly achieved. The prevalence is higher in elderly men. The present case report describes the case of a male, 78-year-old patient who underwent pleural effusion drainage 17 years before presenting with clinical manifestations and tomographic findings compatible with acquired secondary Grynfeltt's hernia.

*Keywords:* Lumbar hernia; Grynfeltt's hernia; Superior lumbar hernia.

Renck DV, Gomes LM, Lopes Jr JI. Hérnia lombar adquirida secundária do tipo Grynfeltt: relato de caso. Radiol Bras. 2009;42(2):137-138.

## INTRODUÇÃO

A hérnia lombar é rara e surge por um defeito na fáscia fibromuscular da parede posterior do abdome (2%)<sup>(1)</sup>, tendo sido relatados, até 1995, apenas 300 casos<sup>(2)</sup>. Ocorre basicamente em dois locais: no espaço de Grynfeltt (95%) e no espaço de Petit<sup>(3,4)</sup>. Comumente, as hérnias lombares são unilaterais e envolvem fáscia muscular, aponeurose muscular e músculos<sup>(4)</sup>.

A hérnia lombar pode ser adquirida ou de origem congênita (20%). Esta se manifesta normalmente na infância<sup>(3,4)</sup>, podendo ser isolada ou associada a distúrbios hereditários como síndrome da deficiência vertebral lombar, meningocele e neurofibromatose. A hérnia adquirida pode ser primária (50% a 55%), ocorrendo em pessoas de idade avançada, situações de aumento da pressão intra-abdominal, perda excessiva

de peso; e secundária (25% a 30%), que é acarretada por procedimento cirúrgico, trauma fechado ou aberto<sup>(3-6)</sup>. Existem outras causas de hérnia lombar do tipo adquirida, que compreendem feridas penetrantes (75% a 80%), gravidez, tuberculose, mal de Pott, retirada de enxerto ósseo, poliomielite, obesidade, enfermidades debilitantes e desnutrição extrema<sup>(4)</sup>.

Neste trabalho é relatado um caso de hérnia lombar adquirida secundária do tipo Grynfeltt em um paciente do sexo masculino e com idade avançada que, no passado, esteve internado com derrame pleural e foi submetido a toracocentese.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 79 anos de idade, tabagista há 71 anos, etilista há 40 anos, procurou atendimento médico com queixa de astenia, dispneia aos pequenos esforços, tosse e hemoptise, sem queixa de perda abrupta de peso. Há 17 anos teve tuberculose e sofreu intervenção para colocação de dreno em decorrência de um derrame pleural.

Na avaliação física o paciente apresentava-se em bom estado geral, com as mucosas úmidas e coradas, anictérico, afebril, taquipneico, com murmúrio vesicular diminuído à direita, apresentando roncos e si-

bilos difusos bilateralmente. Na inspeção da região dorsal visualizava-se retração na região paravertebral direita, sendo que, na região lombar, no espaço de Grynfeltt ou triângulo lombar superior, havia um abaulamento, onde se palpava uma massa.

Inicialmente, pensando-se em tuberculose recidivante, foi solicitada radiografia de tórax, que revelou deformidade da caixa torácica inferior direita e redução da transparência da base pulmonar direita.

Para melhor esclarecimento diagnóstico, foi realizada tomografia computadorizada helicoidal do tórax com contraste venoso, que evidenciou deformidade da caixa torácica látero-posterior direita, com espessamento pleural e herniação do rim direito (funcionante) para a parede torácica posterior (Figuras 1 e 2). O exame também demonstrou estrias fibrosas residuais, bronquiectasias de tração nos lobos inferiores e enfisema centrolobular.

## DISCUSSÃO

Pacientes com hérnia lombar apresentam tumor na região lombar, de consistência amolecida, com sonoridade à percussão, de caráter redutível, entretanto, suscetível a tornar-se irreduzível<sup>(4,7)</sup>. Os sintomas acentuam-se com o esforço e caracterizam-se por gerar desconforto e dor na região ab-

\* Trabalho realizado no Centro de Diagnóstico por Imagem do Hospital Santa Casa de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

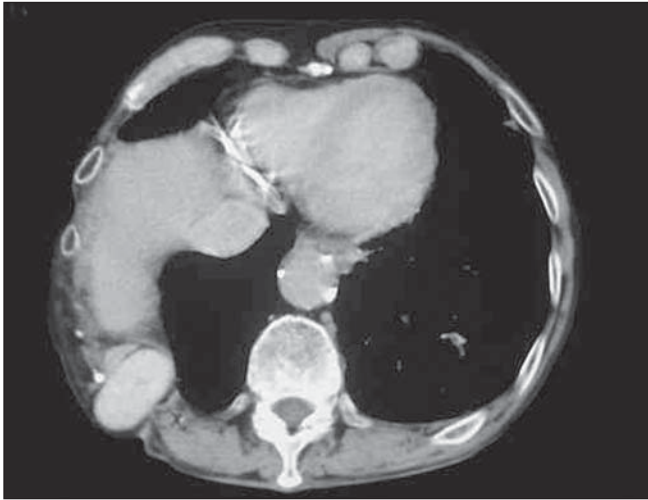
1. Mestre, Médico Radiologista Chefe do Centro de Diagnóstico por Imagem do Hospital Santa Casa de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

2. Mestre, Radiologista do Hospital Santa Casa de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

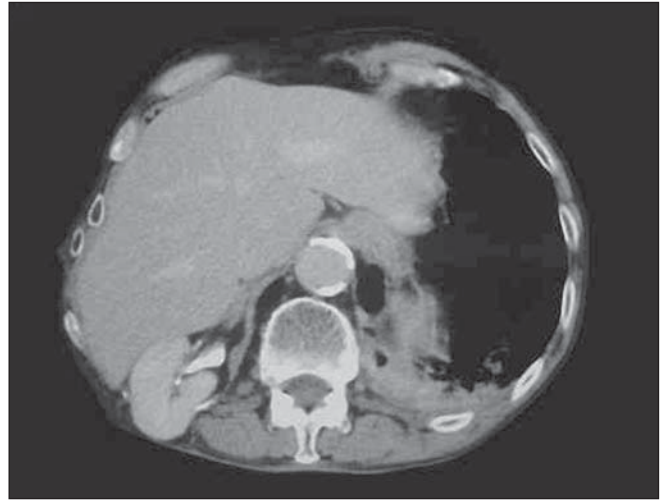
3. Acadêmico do sexto ano de Medicina da Escola de Medicina da Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

Endereço para correspondência: João Ivan Lopes Júnior. Rua Emílio Jorge dos Reis, 512, Colina do Sol, Pelotas, RS, Brasil, 96220-440. E-mail: joaoivanjunior@yahoo.com.br

Recebido para publicação em 25/5/2007. Aceito, após revisão, em 6/7/2007.



**Figura 1.** Tomografia computadorizada ao nível da transição toracolombar mostrando rim herniado à direita através do triângulo lombar superior.



**Figura 2.** Tomografia computadorizada ao nível da transição toracolombar, mais abaixo do que a Figura 1, mostrando rim herniado à direita através do triângulo lombar superior.

dominal anterior e baixa, sugerindo intestino, rim, mesentério ou omento como conteúdo herniário. Cerca de 25% podem estar encarceradas e 10%, estranguladas<sup>(2,4,7)</sup>.

As hérnias lombares são predominantes no lado esquerdo e acometem mais as pessoas do sexo masculino entre 50 e 70 anos de idade<sup>(4)</sup>. São consideradas entidades nosológicas infrequentes e pouquíssimas vezes são diagnosticadas; a carência de manifestações clínicas faz com que passem despercebidas<sup>(4,8)</sup>.

O diagnóstico baseia-se na história e no exame físico do paciente. Entre os diagnósticos diferenciais estão tumores de partes moles, hematomas, abscessos e tumores renais. A confirmação é feita por exames de imagem<sup>(2-4,7)</sup>. Em geral, as radiografias simples apresentam resultados normais; entretanto, a tomografia computadorizada auxilia a definir a parede abdominal e o conteúdo herniário, ajudando a diferenciar

tumor retroperitoneal de lipoma de parede abdominal, por exemplo. A ultrassonografia é o meio de diagnóstico mais acessível em comparação com a tomografia computadorizada, podendo ser utilizada em suspeita de hérnia lombar<sup>(4,7)</sup>.

O tratamento indicado é o cirúrgico, pois utiliza técnicas que visam a aproximar as massas musculares que formam o triângulo de Grynfeltt. Preferencialmente, deve-se evitar o uso de material sintético<sup>(4)</sup>. O pós-operatório é comum a todas as hérnias e, até o presente momento, não se tem registro de recidiva deste tipo de hérnia<sup>(4)</sup>. Em crianças, a reparação cirúrgica deve ser realizada entre os 6 e 12 meses de vida, e em adultos, imediatamente após o diagnóstico<sup>(4,5)</sup>.

## CONCLUSÃO

A hérnia lombar é infrequente, podendo ser congênita ou adquirida. O seu diag-

nóstico é baseado na história clínica, no exame físico e nos métodos de imagem.

## REFERÊNCIAS

1. Barden BE, Maull KI. Traumatic lumbar hernia. *South Med J.* 2000;93:1067-9.
2. Thor K. Lumbar hernia. *Acta Chir Scand.* 1985; 151:389-90.
3. Prieto-Díaz-Chávez E, Medina-Chavez JL, Prieto-Díaz S. Grynfeltt's hernia. *Hernia.* 2000;4:159-61.
4. Guillem P, Czarnecki E, Duval G, et al. Lumbar hernia: anatomical route assessed by computed tomography. *Surg Radiol Anat.* 2002;24:53-6.
5. Karmani S, Ember T, Davenport R. Congenital lumbar hernias: a case report. *J Pediatr Surg.* 2002;37:921-2.
6. Luna Bauza ME, Bello Fernández JF, Díaz Ramírez A. Hernia bilateral de Grynfeltt. Informe de un caso. *Rev Med IMSS.* 2003;41:339-43.
7. Skrekas G, Stafyla VK, Papalois VE. A Grynfeltt hernia: report of a case. *Hérnia.* 2005;9:188-91.
8. Alves Junior A, Maximiano L, Fujimura I, et al. Hérnia de Grynfeltt. Relato de caso e revisão da literatura. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo.* 1995;50:111-4.