

Hérnia de Petit: comentário de um caso*

*Petit's Hernia: a case report**

Maurício Zanini¹Fábio R. Timoner²Carlos D' Aparecida Machado Filho³

Paciente do sexo masculino, branco, 36 anos, operário industrial, procedente de Santo André-SP, procurou o serviço queixando-se de um "caroço" nas costas com mais de 10 anos de evolução. A lesão era assintomática, e seu tamanho estava aumentando progressivamente desde o aparecimento. Negava história de trauma local. Ao exame, observou-se na região dorsal inferior direita um tumor de configuração ovóide, 10cm x 8cm, pouco móvel e de consistência firme e elástica (Figura 1). Não se mostrava redutível e, à manobra de Valsalva, aparentava aumentar discretamente sua consistência. O paciente foi submetido a estudo ultra-sonográfico com a hipótese de lipoma. O exame mostrou uma protusão da parede fibromuscular dorsal tendo tecido adiposo como conteúdo. Estabelecido o diagnóstico de hérnia dorsal de Petit, o paciente foi encaminhado ao serviço de cirurgia geral.

Hérnia é uma protusão anormal de tecido ou órgão de seu local anatômico para outro através de um orifício natural ou defeito no septo fibromuscular. A maioria das hérnias ocorre na parede abdominal anterior, particularmente na região inguinal. Contudo, outros locais podem ser acometidos como a região femoral, umbilical, abdômen lateral e região lombar.¹

A hérnia lombar ou dorsal é rara e surge por um defeito na fáscia fibromuscular da parede posterior do abdômen.² Até 1995 haviam sido relatados apenas 300 casos de hérnias lombares.³ A hérnia lombar ocorre basicamente em dois locais: no espaço de Grynfeltt ou triângulo lombar superior e no espaço de Petit ou triângulo lombar inferior.² A hérnia de Grynfeltt é mais comum do que a de Petit.³ Podem ser adquiridas ou congênitas. A forma congênita manifesta-se normalmente na infância,² podendo ser um fenômeno isolado ou associado a distúrbios congênitos/hereditários como a síndrome da deficiência vertebral

Male patient, white, 36 years old, industrial worker, resident in Santo André, State of São Paulo, sought medical attendance at the service complaining of a "lump" in the back which had appeared over 10 years ago. The lesion was asymptomatic, and its size had been increasing progressively since onset. He denied any history of local trauma. Physical exam showed an ovoid tumor in the right inferior lumbar triangle, measuring 10cm x 8cm, it was not very mobile and had a firm and elastic consistency (Figure 1). It could not be compressed and on Valsalva maneuver, there was a slight tendency for it to increase in size. The patient was submitted to ultrasonography with a diagnostic hypothesis of lipoma. The exam showed a protrusion of the dorsal fibromuscular wall containing adipose tissue. A diagnosis of Petit's hernia was established and the patient was referred to the general surgery service.

A hernia is an abnormal protrusion of tissue or an organ from one anatomical site to another through a natural hole or defect in the fibromuscular septum. The majority of hernias occur in the anterior abdominal wall and particularly in the inguinal region. However, other places can be involved, such as the femoral, umbilical, lateral abdomen and lumbar regions.¹

The lumbar or dorsal hernia is rare and occurs due to a defect in the fibromuscular fascia of the posterior wall of the abdomen.² Up until 1995, only 300 cases of lumbar hernias had been reported in the literature.³ The lumbar hernia occurs basically in two places: in Grynfeltt's triangle or in the superior lumbar triangle and in Petit's lumbar triangle.² Grynfeltt's hernia is more common than Petit's hernia.³ It can be acquired or congenital. The congenital form usually appears in childhood,² and can be an isolated phenomenon or associated with congenital/hereditary anomalies, such as the syndrome of lumbar vertebral defi-

Recebido em 08.10.2002. / Received in October, 08th of 2002.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 08.10.2002. / Approved by the Consultive Council and accepted for publication in October, 08th of 2002.

* Trabalho realizado na Faculdade de Medicina do ABC - Instituto da Pele Prof. Dr. Luiz Henrique Camargo Paschoal - Serviço de Cirurgia Dermatológica - Santo André-SP. / Work done at ABC School of Medicine - Prof. Dr. Luiz Henrique Camargo Paschoal Skin Institute - Dermatological Surgery Service - Santo Andre-SP, Brazil.

¹ Especialista em Dermatologia, residente em Cirurgia Dermatológica, membro da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Cirurgia Dermatológica. / Specialist in Dermatology, resident in Dermatological Surgery, member of the Brazilian Society of Dermatology and Surgical Dermatology.

² Especialista em Dermatologia, professor assistente, membro da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Cirurgia Dermatológica. / Specialist in Dermatology, assistant professor, member of the Brazilian Society of Dermatology and Surgical Dermatology.

³ Chefe interino da disciplina de Dermatologia da FUABC, doutor em dermatologia / Acting Head of the Discipline of Dermatology, FUABC, doctor of Dermatology

Figura 1: Hérnia de Petit: tumor localizado na região lombar inferior direita.



Figure 1: Petit's hernia: tumor located in the right inferior lumbar triangle.

lombar, meningocele e neurofibromatose.^{4,5} A hérnia lombar adquirida pode ser primária ou idiopática e secundária (cirurgia, trauma fechado ou aberto).^{2,6}

A hérnia de Petit normalmente afeta mulheres jovens e atléticas. A principal queixa do paciente é a percepção de um tumor de consistência firme no dorso, que pode estar acompanhada de sensação de ardência ou dor. Encarceramento e estrangulamento ocorrem em 10% dos casos. O conteúdo herniário normalmente é composto de tecido adiposo, porém estruturas viscerais podem estar presentes. O tamanho da hérnia lombar evolui progressivamente, e, dessa maneira, o tratamento cirúrgico está indicado sempre que ela for diagnosticada e consiste na reconstrução da parede.^{1,6} O diagnóstico diferencial deve incluir tumores intracavitários (tumor renal), contratura muscular, tumores de partes moles (incluindo lipoma), hematoma e abscesso.^{1,2}

O objetivo desta correspondência foi ressaltar a importância do conhecimento médico holístico, bem como da salutar aplicação de exames complementares quando bem indicado. Baseando-se apenas nos achados clínicos, que sustentavam um forte diagnóstico de lipoma ou tumor de partes moles, e caso o paciente aqui descrito fosse conduzido cirurgicamente como tal, o resultado poderia ter sido desastroso. □

ciency, meningocele and neurofibromatosis.^{4,5} Acquired lumbar hernia can be primary or idiopathic and secondary (surgery, closed or open trauma).^{2,6}

Petit's hernia usually affects young and athletic women. The patient's main complaint being the perception of a tumor with firm consistency in the back, which can be accompanied by a burning sensation or pain. Imprisonment and strangulation occurs in 10% of the cases. The hernial content is usually composed of fatty tissues, however

visceral structures can be present. The size of the lumbar hernia develops progressively, and as such, whenever it is diagnosed surgical treatment is indicated, which consists of the reconstruction of the defective wall.^{1,6} The differential diagnosis should include intracavitary tumors (renal tumor), muscular contracture, soft part tumors (including lipoma), hematoma and abscess.^{1,2}

The objective of this correspondence was to emphasize the importance of a holistic medical knowledge, as well as the salutary application of complementary exams whenever appropriate. If on the basis of clinical findings alone, which gave a strong diagnosis of lipoma or soft part tumor, the patient described had been referred to surgery as such, the result could have been disastrous. □

REFERÊNCIAS / REFERENCES

1. Deveney KE. Hernias and other lesions of abdominal wall. In: Way LW. Surgical diagnosis and treatment. Connecticut: Appleton & Lange Pubs., 1994:712-22.
2. Thor K: Lumbar hernia. Acta Chir Scand 1985; 151:389-90.
3. Alves Junior A; Maximiano L; Fujimura I; Pires PW; Birolini D. Hérnia de Grynfelt. Relato de caso e revisão da literatura. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 1995;50(2):111-4.
4. Karmani S; Ember T; Davenport R. Congenital lumbar hernias: A case report. J Pediatr Surg 2002;37(6):921-2.
5. Rimmel A; Dias P; Salatino S; Dietemann JL. Hernie colique lombaire secondaire a des anomalies osseuses congenitales entrant

dans le cadre d'une neurofibromatose de type I. J Radiol 1996;77(4):279-81.

6. Barden BE; Maull KI. Traumatic lumbar hernia. South Med J 2000;93(11):1067-9.

Maurício Zanini

Rua Vicente de Carvalho, 198

09060-590 Santo André SP

Tel.: (11) 4992-7724

E-mail: drzanini@terra.com.br