

Hérnia lombar encarcerada: diagnóstico raro de abdome agudo obstrutivo

Incarcerated lumbar hernia: a rare diagnosis of obstructive acute abdomen

Nicole Campagner Matos¹, Patrícia Albertini Orioli¹, João Victor Luisi de Moura¹, Andrew Seung Ho Park¹, Ruy França de Almeida², Maurício Alves Ribeiro³, José César Assef⁴

Resumo

Hérnia é a protrusão anormal de um órgão ou tecido através de um defeito congênito ou adquirido dos tecidos circunjacentes. As hérnias lombares são entidades clínicas raras, representando menos de 2% de todas as hérnias abdominais. As complicações das hérnias lombares são raras, porém severas, sendo crucial o diagnóstico precoce para diminuir morbi-mortalidade. A hérnia de Petit, localizada no triângulo lombar inferior, em particular, geralmente é assintomática mas pode causar obstrução crônica intermitente, raramente evoluindo com encarceramento do saco herniário ou estrangulamento de seu conteúdo. Estima-se que até 2007 cerca de 300 casos de hérnia lombar foram descritos na literatura.

Nesse artigo, os autores relatam o caso de uma mulher de 52 anos que foi admitida no Serviço de Emergência da Santa Casa de São Paulo com dor abdominal, inflamação em região lombar esquerda e parada de eliminação de gases e fezes, secundários a uma hérnia lombar de Petit, que foi diagnosticada pelo binômio história clínica-tomografia computadorizada. A paciente foi tratada cirurgicamente com sucesso.

Descritores: Hérnia, Região lombossacral, Obstrução intestinal

Abstract

Hernia is the abnormal protrusion of an organ or tissue through a congenital or acquired defect of surrounding tissue. Lumbar hernias are rare clinical entities, representing less than 2% of all abdominal hernias. Complications of lumbar hernias are rare but severe, therefore, early diagnosis is crucial to decrease morbidity and mortality. Petit's hernia, located in the inferior lumbar triangle, in particular, is usually asymptomatic but can cause chronic intermittent obstruction, rarely progressing with incarceration or strangulation of hernia content. It is estimated that by 2007 about 300 cases of lumbar hernia have been reported.

In this article, the authors report the case of a woman of 52 years who was admitted to the emergency service of Santa Casa of São Paulo with abdominal pain, inflammation in the left lumbar region and obstruction symptoms, secondary to a Petit's hernia, which was diagnosed by clinical history associated to computed tomography. The patient was successfully treated by surgery.

Key words: Hérnia, Lumbosacral region, Intestinal obstruction

Introdução

Hérnia é a protrusão anormal de um órgão ou tecido através de um defeito congênito ou adquirido dos tecidos circunjacentes. As hérnias lombares são entidades clínicas raras, representando menos de 2% de todas as hérnias abdominais⁽¹⁾. A maioria dos casos (cerca de 95%) resulta de defeitos em dois espaços específicos da parede póstero-lateral do abdômen: o triângulo lombar superior, limitado pela 12^a costela, músculos para-espinhais e músculo oblíquo interno (hérnia de Grynfeltt) e o triângulo lombar inferior, limitado pela crista ilíaca, músculo latíssimo do dorso e músculo oblíquo externo (hérnia de Petit)^(2,3,4). Existem

1. Acadêmicos do 5º ano do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

2. Médico Assistente do Grupo de Esôfago e Chefe de Equipe do Serviço de Emergência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

3. Médico Assistente do Grupo de Fígado e Hipertensão Portal e Chefe de Equipe do Serviço de Emergência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Mestre em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

4. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Cirurgia. Diretor do Serviço de Emergência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Trabalho realizado: Serviço de Emergência do Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Endereço para correspondência: Maurício Alves Ribeiro. Rua Padre Vieira, 472 – 09090-720 – Santo André – SP – Brasil – e-mail:ribeiro.mauricio.dr@gmail.com

ainda as hérnias classificadas como “difusas”, que não se limitam a esses dois espaços⁽²⁾.

As complicações das hérnias lombares são raras, sendo as de maior relevância o encarceramento (25%), o estrangulamento (8–10%) e a obstrução intestinal, logo o diagnóstico precoce é crucial para diminuir morbi-mortalidade^(4,5). Quanto à hérnia de Petit, geralmente é assintomática, mas pode causar obstrução crônica intermitente, raramente evoluindo com encarceramento do saco herniário ou estrangulamento de seu conteúdo⁽⁶⁾.

Na primeira publicação sobre hérnia lombar, em 1731, Garangeot descreveu um encarceramento herniário e 20 anos depois ocorreu o primeiro reparo cirúrgico deste defeito, em um caso de estrangulamento. Em 1783, Petit descreveu os limites anatômicos do triângulo lombar inferior enquanto o triângulo lombar superior foi descrito por Grynfeldt, em 1866^(2,7). No início do século XX (1916) Goodman relatou a predominância do triângulo de Petit como sítio predominante de herniação lombar, o que foi contestado por estudos posteriores a 1920, que consagraram o triângulo de Grynfeldt como origem principal desse tipo hérnia⁽²⁾. Estima-se que até 2007 cerca de 300 casos de hérnia lombar foram descritos na literatura, sendo que 60% dos casos ocorreram em homens^(2,4,8,9).

Relato de caso

DM, feminino, 52 anos, branca, natural e procedente de São Paulo, solteira, do lar, foi admitida no Serviço de Emergência da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com quadro de dor abdominal e inflamação em região lombar esquerda há três dias da internação. A dor se iniciou em região lombar esquerda acompanhada por sinais flogísticos, tornou-se difusa progressivamente pelo abdômen ao longo de três dias acompanhada por náuseas e vômitos. Relatava ainda parada de eliminação de gases e fezes há cinco dias, sem melhora à realização de clister. Ao exame, em região lombar esquerda, observou-se cicatriz antiga por drenagem de abscesso na infância circundada por rubor e edema sem sinais de lesão atual em pele. O abdômen apresentava-se distendido, com ruídos hidroaéreos aumentados, doloroso difusamente, com defesa e dor à percussão. O paciente foi então submetido a exames laboratoriais, cujas alterações estão descritas na tabela 1.

À radiografia notou-se opacificação de planos retroperitoneais à esquerda e distensão de alças de delgado com empilhamento de moedas e níveis hidroaéreos, sendo então realizada tomografia computadorizada (TC) de abdômen com contraste via oral e endovenoso, que revelou níveis hidroaéreos e distensão de alças intestinais, além da presença de protrusão

Tabela 1		
Exame	Resultado	Valor de referência
Hemoglobina	16,2 g/dL	12,2 a 16,2 g/dL
Leucócitos	8,5 mil/ μ L	4,6 a 10,2 mil/ μ L
Prot. C reativa	2,4 mg/dL	até 1,0 mg/dL
Urina - Leuco	25 leuc/MCL	Negativo

Fonte: Laboratório Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

de alça de delgado em região lombar esquerda em topografia de hérnia de Petit (figuras 1 e 2).

Foi realizada herniorrafia incisional por lombotomia, com paciente em decúbito lateral direito, sob

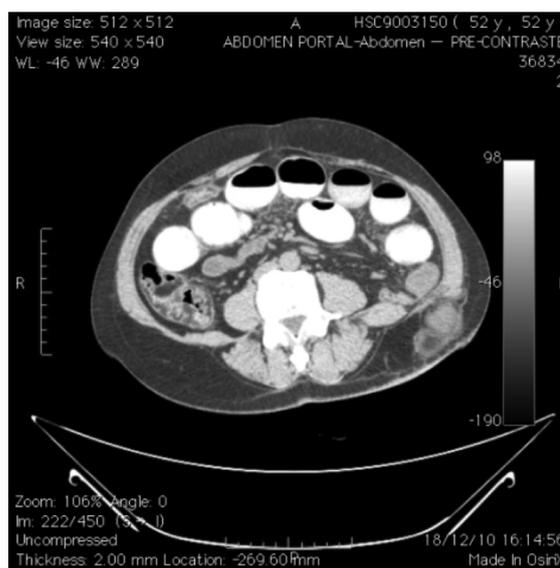


Figura 1 - Tomografia com distensão de alça de delgado, níveis hidroaéreos e presença de alça em TCSC.

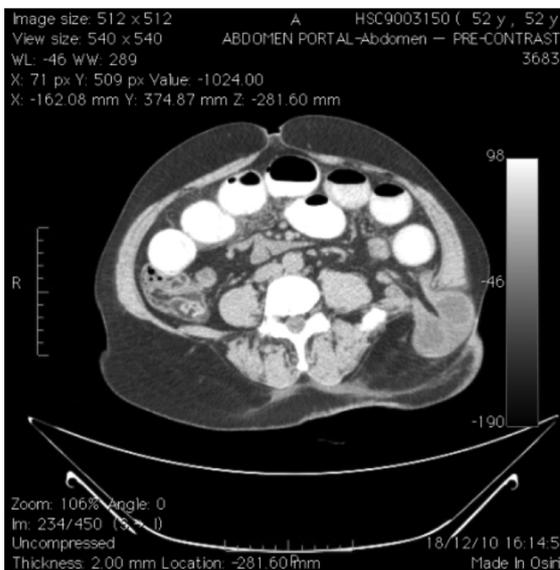


Figura 2 - Os mesmos achados descritos na figura 1 e protrusão de alça através do defeito da aponeurose.

anestesia geral. Foi realizada incisão lombar sobre área de incisão de cirurgia prévia, dissecação por planos com isolamento de saco herniário e seu colo (figuras 3 e 4). A abertura do saco evidenciou presença de alça de delgado, sem sinais de sofrimento, a hérnia foi então reduzida e realizou-se sutura do saco herniário em bolsa. Para reparo da parede, foi feita sutura de dois planos de oblíquos em grande dorsal e de fâscia sobre ilíaco (figura 5).

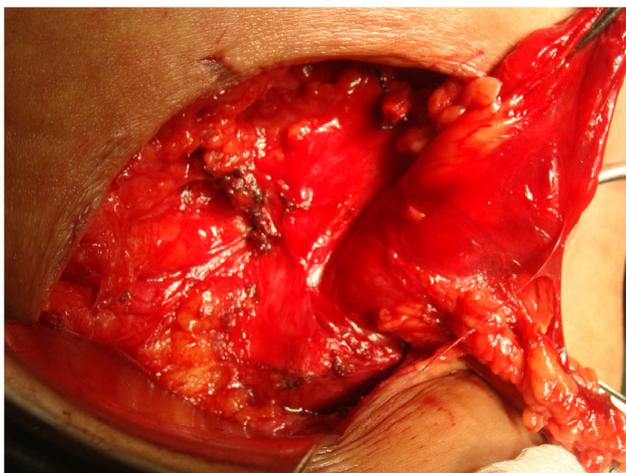


Figura 3 - Saco herniário

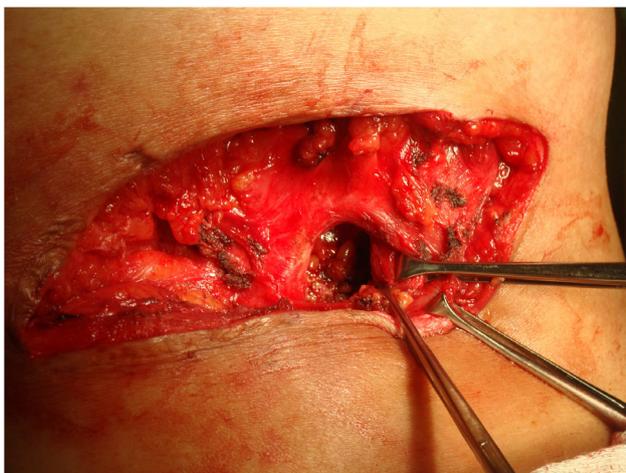


Figura 4 - Colo da hérnia

Por fim, foram colocados dreno de silicone no tecido celular subcutâneo (TCSC) e curativo compressivo no local de ferida operatória. A paciente evoluiu sem intercorrências, tendo recebido alta no terceiro dia de pós-operatório.

Discussão

Em relação à etiologia, aproximadamente 20% das hérnias lombares são congênitas, e, como causas, podemos citar: defeitos musculares, anóxia fetal,

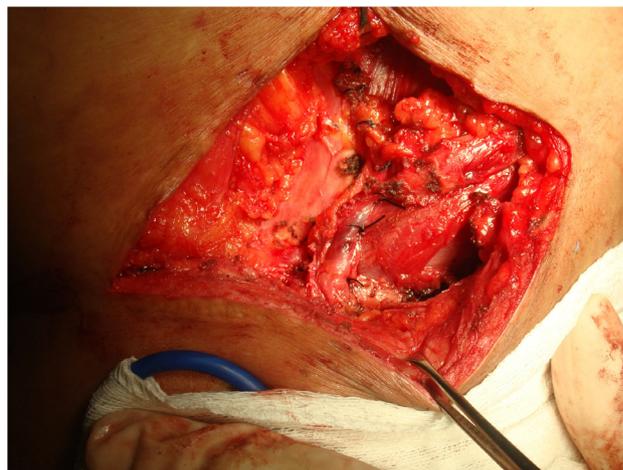


Figura 5 - Aspecto final do reparo

neuropraxia, encarceramento nervoso em espinha bífida e pressão por massa abdominal^(2,4). Além disso, cerca de 67% associam-se a outras anomalias como: síndrome da regressão caudal, hérnia diafragmática, obstrução da JUP, hiperplasia nodular focal hepática, hidrocefalia, agenesia renal, meningomielocele, malformação anorretal alta, criptorquidia, deficiência vertebral lombar, neurofibromatose entre outros^(2,9). Vale ressaltar que as hérnias lombares bilaterais são decorrentes exclusivamente de defeito congênito⁽¹⁾. Já aquelas ditas adquiridas, correspondem aos 80% restantes das hérnias lombares e podem ser classificadas como primárias (aproximadamente 55% das hérnias lombares relatadas) ou secundárias. As hérnias primárias ocorrem, com maior frequência em homens na proporção de 3:1, do lado esquerdo (2:1) e no triângulo de Grynfelt. Além disso, essas últimas têm como causas, condições associadas a: aumento da pressão intra-abdominal, atividade física intensa ou bronquite crônica, além de alterações anatômicas da parede abdominal posterior decorrentes de idade avançada, doenças debilitantes, caquexia e perda de tecido adiposo, que facilita a ruptura de feixes neurovasculares que penetram a fâscia toracolombar. Já as hérnias secundárias correspondem a menos de 25% das hérnias lombares e suas causas relacionam-se a: incisão cirúrgica (como incisões para nefrectomia e para reparo de aneurisma de aorta), trauma (por contusão direta, esmagamento ou fraturas da crista ilíaca), abscesso lombar e lesão neuro-vascular que leva à atrofia muscular^(2,6).

O diagnóstico é realizado pela história clínica com exame físico associado a imagem para exclusão de diagnósticos diferenciais. O paciente pode referir dor na área em questão, ou ainda, no exame físico, exteriorizar uma protuberância no local quando realizada a manobra Vasalva. No entanto, no politraumatizado e em obesos, o exame físico provavelmente será de

valor limitado. A suspeita clínica desse tipo de afecção pode ainda ser aumentada pela presença de lesões conhecidas associadas à existência dessas hérnias, tais como hematoma de flanco e fratura de pelve. Nos casos em que o diagnóstico é duvidoso, recomenda-se avaliação ou confirmação do diagnóstico com a realização de TC do abdome e da pelve com contraste, uma vez que estudos recentes ressaltam a sua importância na demonstração detalhada da anatomia da área acometida^(4,5,6). Enema baritado, radiografia lombar e lombossacral, ultrassonografia (US), e ressonância magnética também são considerados úteis ao processo diagnóstico, sendo que na maioria dos casos o US demonstra falha na região lombar e na grande maioria encaminha para o diagnóstico^(4,6).

É pertinente citar que os diagnósticos diferenciais possíveis podem ser: lipoma (com maior frequência), hematoma, contratura muscular, abscesso pós-traumático ou pós-cirúrgico além de tumores renais^(1,9). Esses, porém, são menos dolorosos e não redutíveis, mas, assim como na hérnia lombar, a massa cresce com o aumento da pressão intra-abdominal⁽¹⁾.

O tratamento sempre é cirúrgico e visa à correção do defeito muscular da parede posteriormente à redução da hérnia. Esse objetivo pode ser alcançado por aproximação e sutura das margens musculares e, quando necessário, por utilização de tela sintética.^[4]

Dispõe-se de muitas técnicas para a realização desse tipo de reparo cirúrgico, sendo que o simples fechamento do defeito por aproximação de margens pode ser efetivo no caso de hérnias pequenas como no presente caso. No entanto, é inadequado ao reparo de hérnias maiores uma vez que a sutura fica sob tensão, predispondo à deiscência. Já o uso de retalho requer grandes dissecções, podendo ocorrer isquemia

com consequente insucesso do reparo. Outra opção é a abordagem laparoscópica, realizada nos casos de hérnias lombares adquiridas, que geralmente são maiores do que as congênicas e tendem a possuir menos variações anatômicas^(4,10).

Referências Bibliográficas

1. Armstrong O, Hamel A, Grignon B, NDoye JM, Hamel O, Robert R, et al. Lumbar hernia: anatomical basis and clinical aspects. *Surg Radiol Anat.* 2008; 30:533-7; discussion 609-10.
2. Stamatou D, Skandalakis JE, Skandalakis LJ, Mirilas P. Lumbar hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg.* 2009;75:202-7.
3. Patten LC, Awad SS, Berger DH, Fagan SP. A novel technique for the repair of lumbar hernias after iliac crest bone harvest. *Am J Surg.* 2004;188:85-8.
4. Puttine SMB, Vianna AL, Reys LG. Hérnia lombar encarcerada complicada com obstrução intestinal e perfuração de ceco. *Rev Col Bras Cir.* 2003; 30:153-5.
5. Shuhaiber J, Dunn T, Evans A, Fishman D, Merlotti G, Salzman S. Traumatic lumbar hernia with ureteropelvic junction disruption: case report and review of the literature. *J Trauma.* 2003; 55:985-8.
6. Torer N, Yildirim S, Tarim A, Colakoglu T, Moray G. Traumatic lumbar hernia: report of a case. *Int J Surg.* 2008; 6:e57-9.
7. Iannitti DA, Biffl WL. Laparoscopic repair of traumatic lumbar hernia. *Hernia.* 2007; 11:537-40.
8. Light D, Gopinath B, Banerjee A, Ratnasingham K. Incarcerated lumbar hernia: a rare presentation. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010; 92:W13-4
9. Zanini M, Timoner FR, Machado Filho CDA. Petit's Hernia: comentário d um caso. *An Bras Dermatol.* 2004. 79: 235-6.
10. Cavallaro G, Sadighi A, Miceli M, Burza A, Carbone G, Cavallaro A. Primary lumbar hernia repair: the open approach. *Eur Surg Res.* 2007; 39:88-92.

Data de recebimento: 17/03/2011

Data de aprovação: 11/06/2011