

Hérnia de Petit bilateral espontânea

Spontaneous bilateral Petit hernia

RODRIGO DIAS FONTOURA¹; EMERSON SILVEIRA DE ARAÚJO¹; GUSTAVO ALVES DE OLIVEIRA²; DEOLINDO SARMENGI FILHO, ACBC-ES³; MITRE KALL, TCBC-ES⁴

INTRODUÇÃO

As hérnias lombares (lomboilíacas) e dorsais (lombocostoabdominais) correspondem a menos de 1% das hérnias da parede abdominal¹. O conteúdo herniário pode ser, gordura pré-peritoneal, retroperitoneal ou uma víscera abdominal, contidos no saco herniário, que faz protusão através pontos fracos e orifícios existentes na aponeurose da musculatura dos espaços lombocostoabdominal, abaixo da 12^a costela (Grynfelt-Lesshaft) e do lombo-ilíaco (Petit)².

As hérnias lombares podem ser: espontâneas (55%), traumáticas (26%) e congênitas (19%)¹. O diagnóstico, na maioria das vezes, é feito através da história clínica e exame físico^{1,3}. O encarceramento ocorre em 25% dos casos e o estrangulamento em 8%⁴, sendo a cirurgia por via convencional a mais indicada e adequada.

O objetivo desse artigo é relatar um caso de hérnia de Petit espontânea bilateral tratada por via convencional sem o uso de prótese.

RELATO DO CASO

Paciente de 69 anos, masculino, pardo, natural de Cachoeiro de Itapemirim-ES, procurou o Serviço de Clínica Cirúrgica da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES, com queixa de massa indolor e de crescimento progressivo na região lombar direita há seis anos. Não apresentava comorbidades, história de trauma local ou cirurgia prévia.

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, lúcido e orientado, normocorado, normohidratado, eucárdico, eupneico, afebril, IMC=22,3, abdome atípico, indolor, sem visceromegalias ou massas palpáveis. Presença de tumorações lombares redutíveis, indolores à palpação, com diâmetros de 10cm à direita e 4cm à esquerda (Figura 1).

O paciente foi submetido à herniorrafia lombar bilateral através de incisões transversais de +/- 6cm, com

dissecção, abertura dos sacos herniários, recondução de seus conteúdos à cavidade e reforço músculoaponeurótico em dois planos de sutura com fio de nylon 0, incluindo os músculos oblíquo interno, externo e parte do grande dorsal (Figura 2). Teve boa evolução pós-operatória, tendo alta hospitalar no dia seguinte. Encontra-se em acompanhamento ambulatorial e sem queixas.



Figura 1 - Tumefações lombo-ilíacas – Hérnias de Petit.

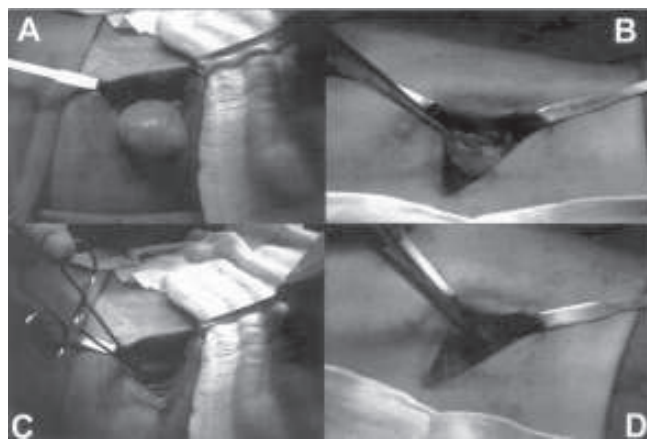


Figura 2 - Direita (A e C) e Esquerda (B e D) Hérnias de Petit.

Trabalho realizado no Departamento de Clínica Cirúrgica da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES - EMESCAM.

1. Ex. Residentes de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES; 2. Cirurgião da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES; 3. Cirurgião Geral do Hospital Evangélico de Vila Velha -ES; 4. Professor Associado Doutor da Disciplina de Fundamentos da Cirurgia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia - EMESCAM e Titular de Técnica Operatória e Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da UNIVIX - ES.

DISCUSSÃO

Na literatura pudemos verificar aproximadamente 300 casos de hérnias lombares traumáticas unilaterais. Os relatos de hérnias lombares bilaterais encontrados são aquelas secundárias à trauma lombar ou cirurgia prévia, sendo raro a de Petit bilateral e espontânea.

As hérnias lombares inferiores ou de Petit são menos frequentes que as superiores ou de Grynfelt², acometendo a mulher jovem e raramente constituída por saco herniário¹ (verdadeiras).

A hérnia lombar adquirida é quase sempre unilateral e tem como fatores etiopatogênicos, o enfraquecimento parietal, tosse, obesidade e esforço físico repetido¹.

A tumefação normalmente se apresenta como uma massa semicircular, indolor, redutível na região lombar como aqui evidenciado.

A escolha da técnica depende da experiência do cirurgião, das condições da camada músculoaponeurótica do paciente e do diâmetro do anel herniário. Neste paciente os tecidos estavam espessos e resistentes, o que propiciou dois planos de sutura firmes.

Moreno *et al.* relataram as vantagens da via laparoscópica sobre a convencional⁵. Somos partidários da via convencional, por ser esta a mais adequada na restauração anatômica da parede abdominal.

A B S T R A C T

Petit's lumbar hernia is an uncommon defect of the posterior abdominal wall that represents less than 1% of all abdominal wall hernias. It is more often unilateral and founded in young females, rarely containing a real herniated sac. There are two different approaches to repair: laparoscopy and open surgery. The goal of this article is to report one case of spontaneous bilateral lumbar Petit's hernia treated with open surgery.

Key words: Low back pain. Hernia. Therapeutic/surgery.

REFERÊNCIAS

1. Malangoni MA, Gagliardi RJ. Hérnias. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editores. Sabiston – Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 17^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p.1199-217.
2. Chacon JP, Goffi FS. Parede abdominal, fígado, vias biliares, pâncreas e baço. São Paulo: Sarvier; 1979. Hérnia lombar; p.35-48.
3. Kalil M, Man Nato CH. Técnica cirúrgica. Vitória/ES: Unimed Vitória; 1980.
4. Zhou X, Nve JO, Chen G. Lumbar hernia: clinical analysis of 11 cases. *Hernia* 2004; 8(3):260-3.
5. Moreno-Egea A, Torralba JA, Morales G, Fernández T, Guzmán P, Hita G, et al. Laparoscopic repair of secondary lumbar hernias: open vs. laparoscopic surgery. A prospective, nonrandomized study. *Cir Esp* 2005; 77(3):159-62.

Recebido em 01/03/2007

Aceito para publicação em 10/04/2007

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Como citar este artigo:

Fontoura RD, Oliveira GA, Araújo ES, Sarmenghi Filho D, Kalil M. Hérnia de petit bilateral espontânea. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2011; 38(5). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Prof. Mitre Kalil, TCBC.

E-mail: mitre.kalil@emescam.br