

Revista Brasileira de Saúde

ISSN 3085-8089

vol. 1, n. 12, 2025

... ARTIGO 9

Data de Aceite: 01/12/2025

HÉRNIA DE GRYNFELT: UM RELATO DE CASO

Amanda Roberta Labarce

Isabela Nunes Russo

Luanna Caroline Costa Bepe

Lucas Tiezi de Oliveira

Graziela Francisca de Araújo Terciott



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Resumo: O triângulo de Grynfelt, também conhecido como triângulo lombar superior, é definido superiormente pela 12ª costela, pelo músculo oblíquo interno lateralmente e medialmente pelo músculo quadrado lombar. Frente à descontinuidade da parede abdominal posterolateral, ocorre extrusão de órgãos intra e extraperitoneais, resultando na hérnia de Grynfelt. Este artigo retrata o caso de uma paciente do sexo feminino, a qual apresentou desconforto abdominal sem melhora com tratamento clínico e piora dos sintomas aos esforços de intensidade moderada, associada ao surgimento de abaulamento de crescimento progressivo em topografia subcostal direita. Após investigação, a paciente foi diagnosticada com Hérnia de Grynfelt, sendo indicado reparo cirúrgico com rafia do oblíquo interno com reposição de tela Onlay. As hérnias lombares compreendem cerca de 1,5% das hérnias abdominais. Sua apresentação é rara e há poucos relatos sobre esse tema na literatura, reforçando a importância do diagnóstico adequado e conhecimento acerca da melhor abordagem.

Palavras-chave: Hérnia lombar. Hérnia de Grynfelt. Reparo de hérnia.

INTRODUÇÃO

A hérnia de Grynfelt foi descrita pela primeira vez no ano de 1866 (1,2) e é definida como uma falha na fáscia transversal ou na aponeurose do músculo transverso do abdome que culmina na extrusão de algum conteúdo extra ou intraperitoneal por meio da descontinuidade da parede abdominal posterolateral (3,4,5), e possui as respectivas áreas de fraquezas: inferiormente a costela, onde não há a presença do músculo oblíquo externo, mas somente da fáscia trans-

versal, entre a borda inferior da costela e o ligamento de Henle, e no local de penetração da fáscia do 12º pedículo neurovascular intercostal dorsal (3,6,7,8). Seus limites são formados pelo triângulo lombar superior, conhecido como triângulo de Grynfelt-Lesshaft, delimitado superiormente pela 12 costela torácica, lateralmente pelo músculo oblíquo interno e medialmente pelos músculos eretores da espinha (4,5,6,7).

As hérnias lombares representam aproximadamente 1,5% das hérnias abdominais, e, atualmente, é possível observar aproximadamente 300 casos descritos na literatura, de forma que os mais frequentes correspondem às hérnias de Grynfelt (3,4,5,6,7,8). Sua origem é classificada como congênita em 20% dos casos, ou adquirida, em 80% dos diagnósticos, nesta última, consideradas como primárias ou secundárias à algum evento. (7)

Relato de Caso

Paciente feminino, 74 anos, hipertensa, sem outras comorbidades associadas, ausência de traumas e cirurgias prévias, foi referenciada ao ambulatório de cirurgia geral. Apresentava queixa de desconforto abdominal sem melhora com tratamento clínico, com dor do tipo cólica, de leve a moderada intensidade em região de flanco superior e subcostal pósterolateral à direita, de forma intermitente. Ela piorava quando realizava esforço físico de moderada intensidade, associada a percepção de que havia um abaulamento com crescimento progressivo e redutível em topografia subcostal à direita, posteriormente, com início há 5 anos. Desde que notou a presença deste abaulamento, nunca houve um episódio em que este encontrava-se irreduzível e com sinais flogísticos, não havendo necessidade

de internação nesse ínterim. Ao exame físico, apresentava-se sem queixas álgicas, com presença de abaulamento em região subcostal posterior a direita, ao nível do triângulo lombar superior de aproximadamente quatro polpas digitais, de consistência fibroelástica, indolor a palpação, móvel, não aderido a estruturas adjacentes, redutível e sem sinais de flogose. Apresentou uma ultrassonografia realizada há 1 ano que evidenciava a presença de uma herniação em parede abdominal dorsal (figura 1 e 2).

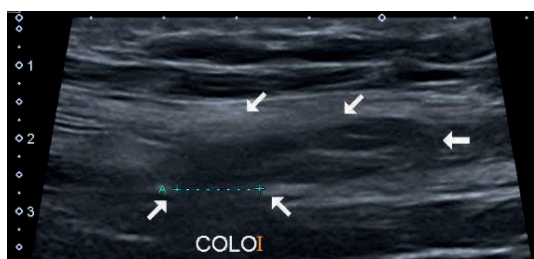


Figura 1. Ultrassonografia de região lombar superior direita evidenciando processo herniário com anel (colo) medindo cerca de 1,1 cm e saco herniário (isolado pelas setas brancas) medindo 5,5 x 1,5 cm com componente adiposo.

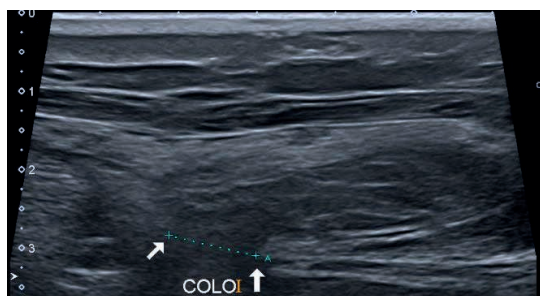


Figura 2. Ultrassonografia de região lombar superior direita evidenciando extensão do anel herniário (setas brancas) medindo 1,1 cm.

Em seguida, foi solicitada uma tomografia computadorizada para complementação diagnóstica para posterior indicação de reparo do defeito herniário através de técnica

operatória. As imagens obtidas são demonstradas nas figuras 3 - 5, as quais demonstram o processo herniário em topografia do triângulo lombar superior à direita (triângulo de Grynfeltt-Lesshaft), contendo tecido adiposo, com abertura de 12 mm, tendo o saco herniário cerca de 72 x 43 x 25 mm.

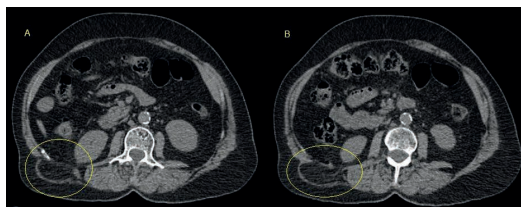


Figura 3. Tomografia computadorizada de abdome sem contraste, em corte axial, evidenciando presença de herniação em triângulo de Grynfeltt-Lesshaft ao nível de polo inferior renal direito. Em "A", identifica-se 12º segmento costal seguido do saco herniário e em "B", observa-se seu conteúdo adiposo.

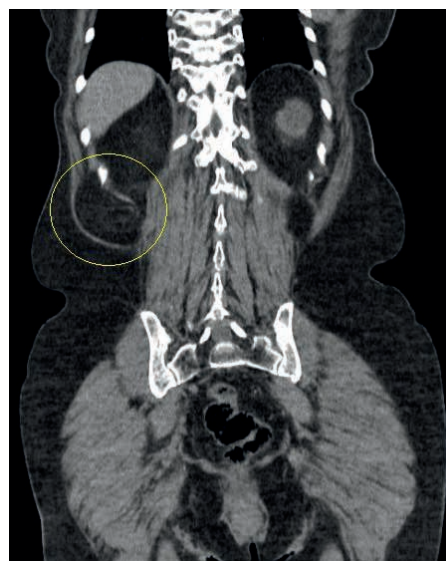


Figura 4. Tomografia computadorizada de abdome sem contraste, em corte coronal, evidenciando o saco herniário em topografia do triângulo de Grynfeltt-Lesshaft. Observa-se o 12º segmento costal superiormente e o músculo quadrado lombar, medialmente.

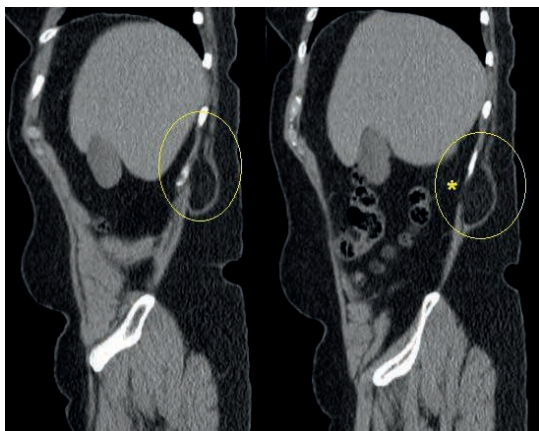


Figura 5. Tomografia computadorizada de abdome sem contraste, em corte sagital, evidenciando saco herniário em trígono de Grynfeltt-Lesshaft evidenciando extensão do anel herniário de 12 mm.

A partir dos dados fornecidos pela clínica apresentada pela paciente e da complementação com os exames imaginológicos, confirmou-se o diagnóstico de hérnia de Grynfelt, sendo indicado o reparo cirúrgico. Assim, para a realização do procedimento, a paciente foi posicionada em decúbito lateral esquerdo, seguido de uma incisão transversal na topografia do trígono lombar superior direito (figura 6).

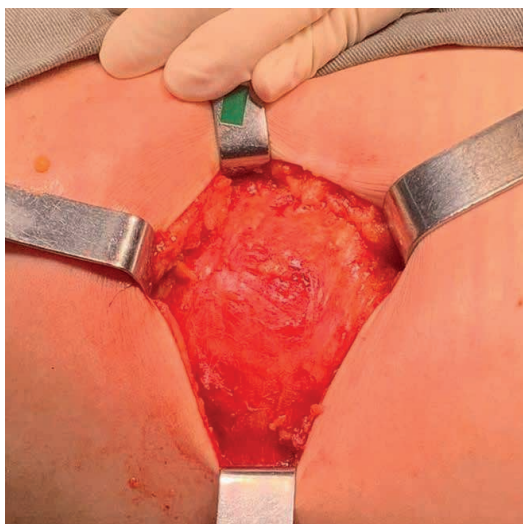


Figura 6. Incisão transversal em trígono lombar superior direito demonstrando o plano muscular referente ao músculo oblíquo externo.

Em seguida, foi realizada a divulsão das fibras do músculo oblíquo externo para ter acesso e isolar o saco herniário no seguimento do trígono de Grynfelt-Lesshaft, limitando o plano de clivagem ao músculo oblíquo interno, lateralmente, ao músculo quadrado lombar, medialmente, e a décima segunda costela, superiormente (figura 7).

Após isolar o conteúdo herniário e constatar a presença de gordura pré-peritoneal, o mesmo foi reduzido para cavidade abdominal e o defeito do anel herniário foi reparado por meio de síntese com fio de poliglactina 2-0 (figura 8) e colocação de tela de polipropileno sob o reparo do músculo oblíquo interno (figura 9) com fixação por meio de fios de polipropileno 3-0. Posteriormente, foi realizada a síntese do músculo oblíquo externo (figura 10) com reforço através da fixação de outra tela de polipropileno (figura 11), seguida da síntese do plano subcutâneo e pele (figura 12).

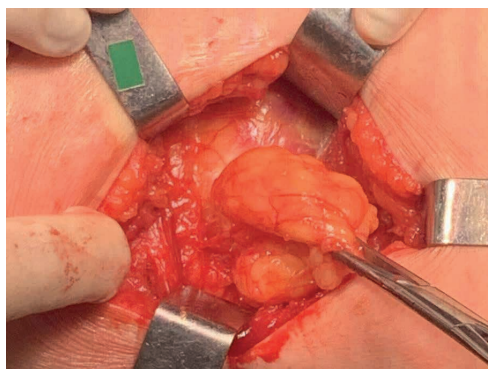


Figura 7. Exposição e isolamento do conteúdo herniário, evidenciando a presença de gordura pré-peritoneal.

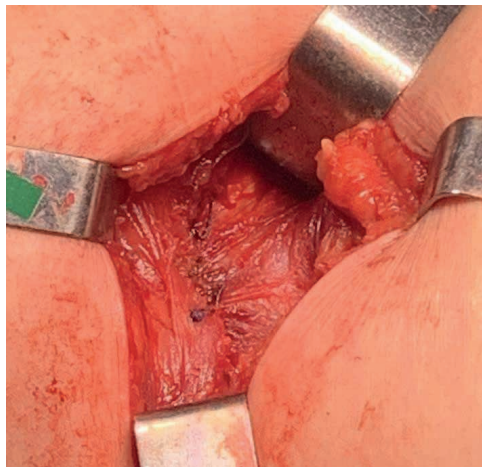


Figura 8. Síntese do defeito herniário no triângulo lombar superior direito.

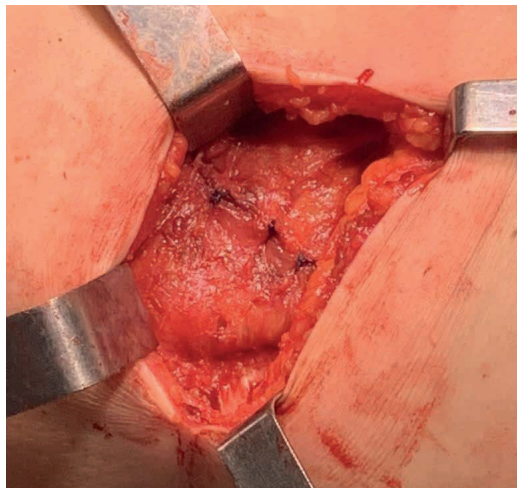


Figura 10. Síntese do músculo oblíquo externo.

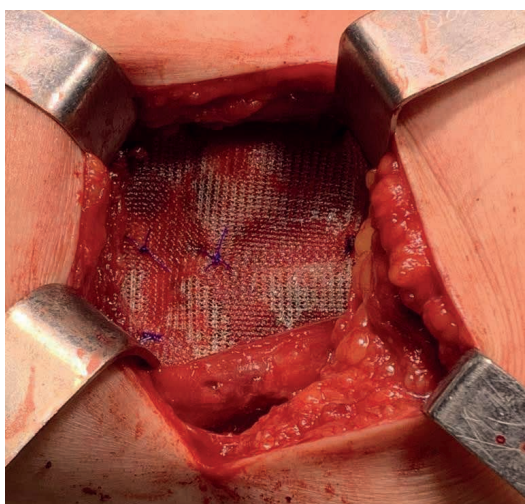


Figura 9. Fixação da tela de polipropileno sob o defeito herniário sob o músculo oblíquo interno.

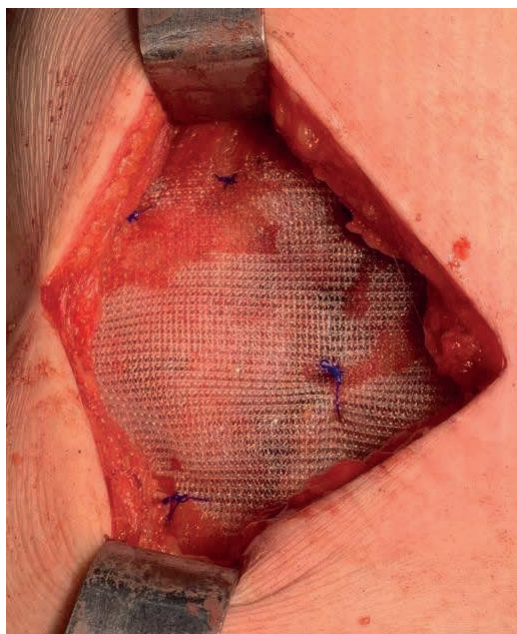


Figura 11. Fixação de tela de polipropileno sob o músculo oblíquo externo



Figura 12. Síntese dos planos subcutâneo e pele com fixação do dreno de sucção por sistema fechado.

A paciente apresentou boa evolução em seu pós-operatório imediato e mediato, recebendo alta hospitalar no primeiro dia de pós operatório, com retirada do dreno de sucção sem intercorrências e retorno em ambulatório de cirurgia geral após 10 dias.

CRONOGRAMA

AÇÕES	DATA INICIAL	DATA FINAL
Elaboração do Projeto	01/02/2025	02/03/2025
Levantamento Bibliográfico	01/02/2025	02/03/2025
Encaminhamento Comitê de Ética	01/02/2025	01/02/2025
Apresentação do Relato	01/02/2025	01/02/2025
Elaboração do Artigo	01/02/2025	01/02/2025

Fonte: Autores. 20/10/2021

DISCUSSÃO

O triângulo de Grynfelt, ou triângulo lombar superior, tem sua delimitação através da 12ª costela superiormente, o músculo oblíquo interno lateralmente, o músculo quadrado lombar medialmente, a fáscia transversal e a aponeurose do músculo transversal abdominal formando o assoalho e o músculo oblíquo externo e músculo grande dorsal, formando o teto (9,10,12), e como já citado anteriormente, possui algumas áreas específicas de maior fraqueza, as quais permitem a formação de hérnias locais. 80% das hérnias lombares têm origem adquirida, e os 20% restantes são de origem congênita. Em comparação às hérnias lombares do triângulo inferior, as superiores são mais comuns. Porém, hérnias lombares no geral são raras, havendo poucos relatos na literatura (10, 11, 13,15) e representando apenas 2% do total de hérnias abdominais (5,9), ocorrendo quando há a protrusão de conteúdo abdominal, retroperitoneal ou intraperitoneal através do defeito da parede lombar (10, 12, 14). Quando protruído conteúdo intraperitoneal, pode conter alças intestinais e até mesmo órgãos sólidos (14).

Dentro dos 80% das hérnias lombares adquiridas existem duas formas possíveis, classificadas em primárias ou espontâneas, constituindo a porção mais comum, e as secundárias, que ocorrem por traumas e até mesmo após intervenções cirúrgicas ou processos infecciosos (5, 6,13,18). Nossa paciente se encaixa no grupo de portadores de hérnias primárias, não incisionais. Características como obesidade

e magreza extrema, atrofia musculares, bronquite crônica e infecção de ferida operatória são fatores de risco para o desenvolvimento da mesma (5, 13, 18).

Tratando especificamente das hérnias primárias, clinicamente se manifestam como uma massa em região lombar, não dolorosa, que aumenta de tamanho ao tossir e regride ao decúbito dorsal, sendo, portanto, redutíveis. Podem menos comumente causar dor abdominal e lombalgia, tornando possíveis diagnósticos diferenciais tumores, lipomas e abscessos (6, 10, 13).

Segundo relatos recentes da literatura, pacientes portadores da hérnia de Grynfelt do tipo primária manifestaram sintomas como abaulamento em região lombar, em sua maioria indolores e redutíveis, sendo apenas um dos casos descrito como irreduzível ao exame físico (11). Além da clínica, a tomografia computadorizada se mostra uma ferramenta importante na elucidação diagnóstica (20), revelando conteúdos herniários como gordura periesplênica, gordura retroperitoneal, gordura perinéfrica e tecido adiposo (5, 6, 11,17). Outros relatos utilizaram a ultrassonografia da região para diagnóstico (10,13,16), sendo um dos casos por falta de recurso no serviço (13) e em outro foi necessária realização de ressonância magnética

para confirmação etiológica (16). Mesmo utilizando de método de imagem que não a tomografia computadorizada, o conteúdo visualizado foi descrito como lipoma.

Moreno e Egea propuseram uma classificação para as hérnias lombares baseado nos seguintes critérios: localização, tamanho, presença de atrofia muscular, conteúdo da hérnia, origem e presença de recidiva prévia. Estando presente pelo menos 2 critérios é possível classificar a hérnia em um dos quatro tipos propostos - A, B, C ou D. Além da descrição da classificação citada, os autores também ressaltam a relevância da tomografia computadorizada na avaliação pré-operatória do paciente com hérnia lombar. (18). Considerando a classificação, as hérnias de Grynfelt são tidas como do tipo A.

Quadro 1: Adaptado de Moreno-Egea - 2007 (12)

O tratamento cirúrgico é a única opção terapêutica a ser considerada precocemente, visando principalmente evitar complicações. Dentre as opções terapêuticas tem-se a abordagem laparoscópica e a abordagem aberta. Apesar de existirem relatos de que a técnica laparoscópica oferece menor dor pós-operatória, menor tempo de internação e melhor resultado estético (5,6,10,12,16), trata-se de uma técnica que precisa de acesso

Característica	A	B	C	D (pseudohérnia)
Tamanho (cm)	< 5	5-15	>15	
Localização	Superior	Inferior	Difusa	
Conteúdo	Gordura extraperitoneal	Visceral	Visceral	
Etiologia	Espontânea	Incisional	Traumática	
Atrofia muscular	Ausente	Média	Severa	Severa
Recorrência	Ausente	Presente (aberta)	Presente (laparoscópica)	
Abordagem cirúrgica	Aberta, extraperitoneal, totalmente extraperitoneal laparoscópica	Intraperitoneal laparoscópica	Aberta	Aberta (dupla malha)

*a presença de pelo menos dois critérios é necessária para definir o tipo de hérnia

ao retroperitônio para posicionamento da tela, o que pode ser uma causa de recidivas (12), além de exigir maior conhecimento técnico para realização da mesma (5, 6, 10, 16).

Em 2013 foi descrita a técnica de reparo em “Sanduíche” por Sahoo et. al., modalidade de reparo aberto que foi reproduzida em relatos de caso na literatura atual, e, que segundo os autores é uma técnica de fácil realização, segura e de baixa taxa de recorrência a curto prazo, que consiste na redução do conteúdo herniário e colocação de uma tela de polipropileno extraperitoneal e outra semelhante, sobreposta (5, 16, 19)

Apesar das vantagens da técnica laparoscópica as abordagens abertas são mais comumente aplicadas e não há consenso na literatura a respeito de qual é a mais indicada (6, 11, 13, 16, 20), mas sim de que a colocação de tela no reparo apresenta bons resultados (10, 12, 16). Na paciente relatada no presente caso foi utilizada técnica de reparo aberto, com rafia do músculo oblíquo interno e colocação de tela onlay. No geral, a escolha da técnica a ser empregada exige a análise individual de cada paciente (20).

CONCLUSÃO

A hérnia de Grynfeldt é entre todas as hérnias da parede abdominal, um tipo extremamente raro, o que a torna desafiadora tanto para realização do diagnóstico quanto para o tratamento. A cirurgia, seja por abordagem aberta ou laparoscópica, é o único tratamento definitivo. Para o cirurgião é necessário um conhecimento anatômico sólido e imagens adequadas, visto que o manejo requer que seja personalizado para cada caso.

REFERÊNCIAS

1. Zanghi G, Falzone U, Sapienza E, Romano G, Dionigi G, La Via L, Zanghi M. Grynfeldt-Lesshaft hernia Personal experience of nine cases and a review of the literature. *Annali italiani di chirurgia* [internet]. 1 de janeiro de 2022 [citado 10 de agosto de 2024], v.93, n.1, p.698-701. disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36617279/>
2. Sundaramurthy S, Suresh HB, Anirudh A V., Prakash Rozario A. Primary lumbar hernia. *International journal of surgery case reports* [internet]. 29 de setembro de 2015 [citado em 10 de agosto de 2024] v.20 p.53–6. disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26812667/>
3. Alcoforado C, Lira N, Kreimer F, Martins-Fialho ED, Ferraz ÁAB. Hernia de Grinfelt. *Arq Bras Cir Dig* [internet]. 1 de novembro de 2013 [citado em 10 de agosto de 2024], vol. 26,3, p. 241-3. disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24190386/>
4. Martines RT, Filho OC, Serine PA, Dirks J, Portella FA, Ilias EJ, Castro OAP, Ketzer BM. Hernia de Grynfeldt: Relato de caso. congresso paulista cbc [internet]. 2007;9(2005):2007. Disponível em <https://congressopaulistacbc.pericoco.com.br/wp-content/uploads/2020/08/HERNIA-DE-GRYNFELT.RELATO-DE-CASO.pdf>
5. Ploneda-Valencia CF, Cordero-Estrada E, Castañeda-González L G, Sainz-Escarrega VH, Varela-Muñoz O, De la Cerda-Trujillo L F, Bautista-López C A, López-Lizarraga C R. Grynfeldt-Lesshaft hernia a case report and review of the literature. *Ann Med Surg (Lond)* [internet]. 1 de maio de 2016 [citado em 10 de agosto de 2024] vol. 7 p.104-106. disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27144007/>

6. Walgamage TB, Ramesh BS, Alsawafi Y. Case report and review of lumbar hernia. *Int J Surg Case Rep* [internet]. 22 de julho de 2014 [citado em 10 de agosto de 2024] v. 6 p.230-2. disponível em <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4334490/>
7. Juraski DS, Vanessa F, Barros P, Figueiredo B, Cerci R. Hérnia de grynfeldt: relato de caso. 2017;2:59–66.
8. González Rodríguez FJ, Paulos Gómez A, López M, Conde Freire RF, González Vinagre S, Barreiro Morandeira F, Montavo M,B. Hernia de Grynfeldt. Discusión y manejo. *Rev Hispanoam Hernia* [Internet]. 1 de janeiro de 2014 [citado em 10 de agosto de 2024] v.2 p. 263–6. disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255267714000024?via%3Dihub>
9. David C. Brooks, MD. Overview of abdominal wall hernias in adults. [internet] 29 de março de 2024.[citado em 10 de agosto de 2024]
10. Melo DMV, Braga APF, Junior SPB, Braga TM, Dias JSR, Nogueira HPP, Lima PTS, Barbuto RC, Vinícius Rodrigues. Nunes VRT. Relato de Caso: Hérnia Lombar Primária. *Revista Médica de Minas Gerais* [Internet]. 1 Janeiro 2020[citado em 10 de agosto 2024] v. 30. Disponível em <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2693>
11. Basnet K, Bhandari R, Shah SR, Limbu Y, Ghimire R. Primary Grynfeldt Lumbar Hernia: A Case Report. *JNMA J Nepal Med Assoc.* [internet] 15 de fevereiro de 2022 [citado em 10 de agosto de 2024] v. 60(246) p. 192-195. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35210629/>
12. Claus CMP, Nassif LT, Aguilera YS, Ramos EB, Coelho JCU. LAPAROSCOPIC REPAIR OF LUMBAR HERNIA (GRYNFELT): TECHNICAL DESCRIPTION. *Arq Bras Cir Dig* [internet]. 1 de março de 2017 [citado em 10 de agosto de 2024] v. 30(1) p. 56–9. disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28489172/>
13. Aza, M. S., Yawi, J. B., Musumba, J. K., Muliwavyo, F. K., Kavuyiro, A. M., Mitamo, A. A., Masumboko, C. K., Akinja, S. U. Bilateral Grynfeldt lumbar hernia: a case report. *Journal of medical case reports* [Internet]. 6 de abril de 2023 [citado em 10 de agosto de 2024] v.17(1). p. 145 disponível em : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37020300/>
14. Caramaschi J, M. Hérnia de Grynfeldt: uma revisão narrativa da literatura. 2024. Universidade Federal de São Carlos. disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/19157/H%c3%a9rnia%20de%20Grynfeldt%20-%20Caramaschi%20J.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Beffa LR, Margiotta AL, Carbonell AM. Flank and Lumbar Hernia Repair. *The Surgical clinics of North America* [Internet]. 1 junho de 2018 [citado 10 de agosto de 2024] v.98(3), p. 593–605. disponível <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29754624/>
16. Cardoso VS, Vasconcelos BP, Ascensão C. Grynfeldt Hernia (GH): A Rare Case of Hernia. *Curêus* [Internet]. 26 de julho de 2023 [citado em 10 de agosto de 2024] 15(7):e42478. disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37637559/>

17. Sarwal A, Sharma A, Khullar R, Soni V, Baijal M, Chowbey P. Primary lumbar hernia: A rare case report and a review of the literature. *Asian J Endosc Surg* [internet]. 16 de maio de 2018 [citado em 10 de agosto de 2024] v. 12(2). p.197-200. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29770607/>
18. Moreno-Egea A, Baena EG, Calle MC, Martínez JA, Albasini JL. Controversies in the current management of lumbar hernias. *Arch Surg* [internet]. Janeiro de 2007 [citado em 10 de Agosto de 2024] v 142,1 p. 82-8. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17224505/>
19. Sahoo M R, Kumar AT. Sandwich technique of closure of lumbar hernia: A novel technique. *International Journal of Case Reports and Images* [internet]. Maio de 2013 [citado em 10 de Agosto de 2024] v. 4 n. 5 p. 243 – 247. Disponível em <https://www.ijcasereportsandimages.com/archive/2013/005-2013-ijcri/001-05-2013-sahoo/ijcri-00105201311-sahoo.pdf>
20. Sundaramurthy S, Suresh HB, Anirudh AV, Prakash Rozario A. Primary lumbar hernia: A rarely encountered hernia. *Int J Surg Case Rep* [internet]. Setembro de 2015 [citado em 10 de agosto de 2024] v.20 p.53-6. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26812667/>