

## ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DA HÉRNIA DE PETIT: EM BUSCA DE MELHORES RESULTADOS FUNCIONAIS

### LAPAROSCOPIC APPROACH OF PETIT'S HERNIA: IN SEARCH OF BETTER FUNCTIONAL OUTCOMES

Cláudio Franco do Amaral Kfourri, ACBC-SP<sup>1</sup>; Maria Clara Ferreira Nonato Romania<sup>1</sup>; Rodrigo Amaral Martins Ferreira<sup>2</sup>; Guilherme Paulo Carvalho de Amorim<sup>3</sup>; Cleibe Nicácio da Silva<sup>3</sup>; Claudinei da Silva<sup>3</sup>; Ricardo Zugaib Abdalla, TCBC-SP<sup>4</sup>.

#### RESUMO

O trígono lombar inferior, também conhecido por Trígono de Petit, pode ser um raro local de formação de hérnias. Embora a casuística mundial seja pequena, com cerca de 300 casos descritos, o diagnóstico deve ser aventado, uma vez que o doente refere uma dor incapacitante em região lombar, o que interfere na sua vida diária. Descreve-se um caso de uma paciente jovem com dor há três meses e abaulamento em região lombar, cujo diagnóstico definitivo foi de Hérnia de Petit e tratada via laparoscópica.

**Descritores:** Hérnia. Dor Lombar. Laparoscopia.

#### ABSTRACT

The inferior lumbar trigone, also known as the Petit's triangle, may be a rare site of hernia formation. Although the global casuistic is small, with about 300 cases described, the diagnosis should be made, since the patient reports a disabling lower back pain, which interferes in his daily life. This article describes a case of a young patient with pain for 3 months and bulging in the lumbar region, whose definitive diagnosis was of Petit's hernia and treated by laparoscopy.

**Keywords:** Hernia. Low Back Pain. Laparoscopy.

#### INTRODUÇÃO

O primeiro a documentar a existência de hérnias lombares foi o anatomista e médico holandês Paul Barbette em 1672. Apenas em 1731 que Rene Jacques Croissant de Garengot, médico cirurgião francês, escreveu a primeira publicação sobre hérnias lombares, relatando um caso de hérnia encarcerada redutível em um cadáver durante autópsia<sup>1</sup>. Mais tarde, em 1768, Francois Balin, escreveu uma descrição superficial da área anatômica envolvendo a hérnia em uma paciente viva<sup>2</sup>.

Apesar do trabalho de Balin e de outras descrições anteriores, o crédito foi finalmente dado para o também cirurgião francês Jean Louis Petit que, em 1738, descreveu em seu livro "Traité des Maladies Chirurgicales" um caso de uma hérnia estrangulada em uma paciente do sexo feminino, determinando ainda, no mesmo tra-

balho os limites anatômicos do triângulo lombar inferior, que leva seu nome até os dias de hoje<sup>1</sup>.

A hérnia lombar inferior ou hérnia de Petit ocorre em um local de fraqueza da parede lombar. Essa região é limitada, inferiormente, pela crista ilíaca, anteriormente, pelo músculo oblíquo externo e, posteriormente, pela borda do músculo latíssimo do dorso, tendo como assoalho a fâscia lombar e, sendo recoberto pela fâscia superficial e pele (Figura 1)<sup>3</sup>.

Entre todas as hérnias da parede abdominal, as hérnias lombares correspondem de 1,5% a 2%, ocorrendo mais comumente no sexo masculino (aproximadamente 2/3 de todos os casos notificados), e geralmente são unilaterais, sendo duas vezes mais comuns no lado esquerdo do que no lado direito e os pacientes diagnosticados

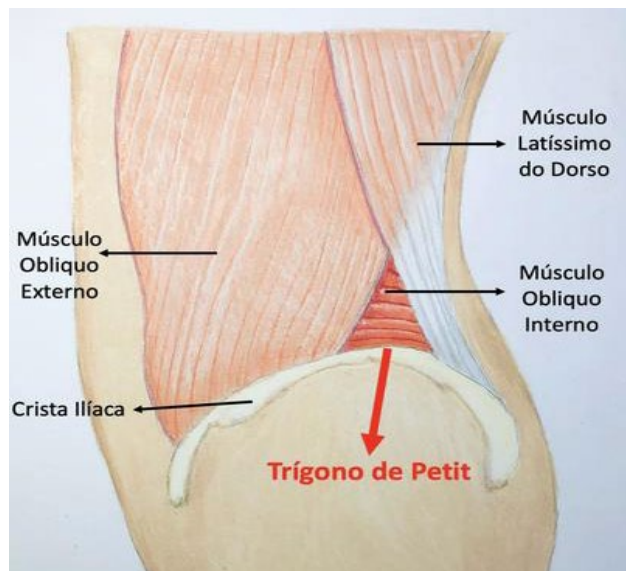
<sup>1</sup> Universidade de Araraquara, Faculdade de Medicina, Araraquara, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>3</sup> Hospital Carlos Fernando Malzoni, Serviço de Cirurgia, Matão, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Cirurgia do Aparelho Digestivo, São Paulo, SP, Brasil.

encontram-se, na grande maioria, entre 50 e 70 anos de idade<sup>4</sup>.



**Figura 1.** Demonstração em figura do Trígono de Petit.

## RELATO DO CASO

Paciente feminina, 32 anos, triatleta e professora de ballet, procurou o serviço de cirurgia do Hospital Carlos Fernando Malzoni queixando-se de dor em região lombar há três meses.

À anamnese, referiu dor em fossa ilíaca e flanco esquerdo que irradiava para a região lombar, com piora progressiva do quadro, principalmente aos esforços. A dor começara a atrapalhar em suas atividades laborais. Negou história de trauma no local e melhora ao uso de analgésicos e anti-inflamatórios. Referiu tratamentos prévios para lombociatalgia e litíase renal, porém sem melhora do quadro.

Ao exame físico, observou-se um abaulamento em região lombar à esquerda, superior à crista ilíaca e dor à palpação na região da linha média da crista ilíaca, com irradiação para fossa ilíaca esquerda e flanco ipsilateral, com piora à manobra de Valsalva.

Foi aventada a hipótese diagnóstica de hérnia do trígono lombar inferior ou Trígono de Petit.

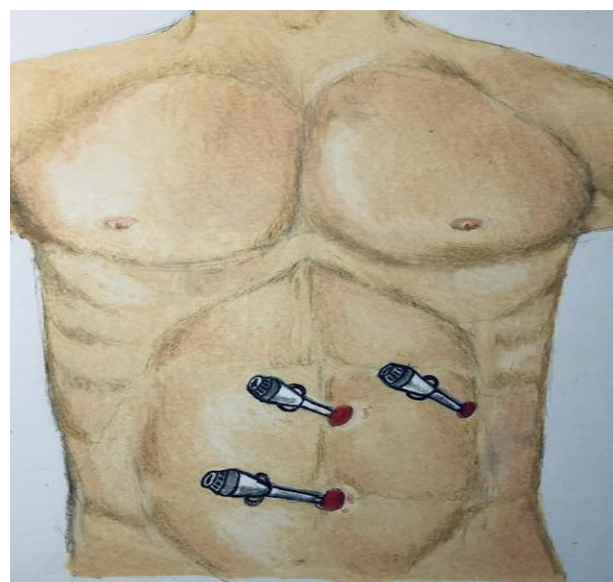
Para confirmação do diagnóstico foi solicitado ultrassom (USG) da região lombar, que não evidenciou qualquer alteração. Porém, a tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciou protrusão de conteúdo peritoneal e pré-peritoneal em topografia do trígono lombar inferior à esquerda (Figura 2).



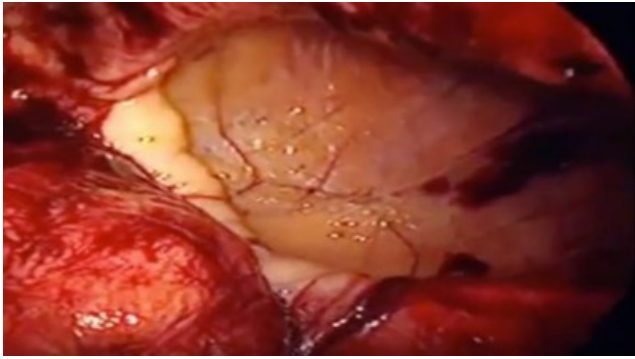
**Figura 2.** Tomografia Computadorizada demonstrando herniação de conteúdo pelo Trígono de Petit (seta).

Confirmado o diagnóstico, foi indicado tratamento via laparoscopia do defeito herniário.

Sob anestesia geral e em decúbito lateral direito a 45°, utilizou-se três trocartes, sendo dois de 10mm: um na cicatriz umbilical e outro no hipogástrio; e um de 5mm em flanco esquerdo (Figura 3). Realizada abertura do flap peritoneal, realizou-se a exérese do conteúdo pré-peritoneal que estava contido na hérnia e procedeu-se à dissecação da região do trígono lombar inferior esquerdo com a exposição dos seus limites (Figura 4). O limite anterior - borda do músculo oblíquo externo - e posterior - borda do músculo latíssimo do dorso - foram aproximados com fio absorvível V-Loc®, com posterior alocação de prótese de baixa gramatura (35g/m<sup>2</sup>) em posição *underlay* e fixação dessas à parede abdominal com uso de grampos absorvíveis (Figura 5). O flap peritoneal foi fechado com fio absorvível V-Loc®.



**Figura 3.** Disposição dos trocartes no abdome.



**Figura 4.** Limites do Trígono de Petit à esquerda superior. Limite anterior: borda do músculo oblíquo externo inferior; limite posterior: borda do músculo latíssimo do dorso.



**Figura 5.** Alocação de prótese de baixa gramatura.

O pós-operatório ocorreu sem qualquer intercorrência. No 20º PO, a paciente voltou às suas atividades laborais e segue sem queixas após um ano da cirurgia.

## DISCUSSÃO

Um estudo publicado em 2007 por Moreno-Egea *et al.* relatou que havia cerca de 300 casos de hérnias lombares até então na literatura e até o presente momento mantém-se pouco acima desse número, tornando-as entidades muito raras<sup>1,5</sup>. Geralmente ocorre em pacientes do sexo masculino e são mais comuns a partir da quinta década de vida. No presente estudo era uma paciente do sexo feminino e jovem, fatos que tornam esse caso ainda mais incomum.

A apresentação típica de um paciente com hérnia lombar é a presença de uma protuberância semiesférica saliente na parede abdominal posterior, particularmente na zona supra-iliaca posterior, que pode ser tanto assintomática ou associada a graus variáveis de dor<sup>2,4</sup>. Quando sintomático, pode manifestar-se com náuseas, vômitos, cólicas abdominais, insuficiência renal, edema, dor na região lombar ou outros si-

nais clínicos de obstrução intestinal em casos de encarceramento ou estrangulamento de seu conteúdo<sup>2,6</sup>. No caso ora apresentado, a sintomatologia corresponde com o apresentado na literatura, ou seja, dor irradiada para a região lombar, porém com abaulamento dessa região.

Quando houver grande suspeita de hérnia de Petit, pode-se confirmar seu diagnóstico através do exame clínico e exames de imagem como USG, TC ou ressonância magnética de abdome. Esses exames podem revelar informações sobre a anatomia e a natureza do conteúdo do saco herniário<sup>7</sup>. Além disso, eles são importantes no diagnóstico diferencial de hérnia lombar com lipomas, rabdomiomas, abscessos, hematomas ou tumores e sarcomas renais<sup>8</sup>. No presente relato, o USG não auxiliou na confirmação do diagnóstico, porém a TC foi fundamental e que, além de confirmar o diagnóstico, mostrou a natureza do conteúdo do saco herniário. Ainda, demonstrou que o volume da hérnia era pequeno, fato que encorajou a equipe a realizar o procedimento por via laparoscópica.

O tratamento consiste na síntese cirúrgica da parede abdominal em sua região posterolateral, visando reaproximar as massas musculares que formam o triângulo de Petit, podendo ser por cirurgia aberta ou videolaparoscópica<sup>3,5</sup>. Devido à presença de margens ósseas fixas na região onde essas hérnias acontecem, o reparo simples com suturas é dificultado<sup>2</sup>.

Recentemente, têm-se utilizado próteses para o reparo do defeito, a qual a mesma é colocada no espaço pré-peritoneal e fixada às aponeuroses circunjacentes<sup>9</sup>. Estudos recentes demonstraram que a técnica videolaparoscópica está associada a um menor índice de recidivas, menor uso de analgésicos no pós-operatório, menor morbidades e volta mais precoce às atividades normais, resultando, consequentemente em um menor custo para o sistema de saúde<sup>3,5,6</sup>. Devido à anatomia favorável dessa paciente, foi possível realizar a cirurgia por via laparoscópica, fato que garantiu o retorno precoce às suas atividades laborais, sem quaisquer queixas no período de um ano após o procedimento.

Em suma, embora seja um diagnóstico diferencial e de exclusão devido a sua raridade, a hérnia de Petit deve ser suspeitada quando há dor lombar com ou sem abaulamento da região lombar, uma vez

que o volume da hérnia pode não ser detectável ao exame físico. Deve estar à mente do cirurgião para que consiga devolver o seu paciente às suas atividades diárias o mais breve possível, principalmente ao lançar mão da cirurgia laparoscópica.

## REFERÊNCIAS

1. Moreno-Egea A. Historia de la hernia lumbar y de los cirujanos que se enfrentaron a ella durante los siglos XVIII y XIX. *Rev Hispanoam Hernia*. 2017;5(3):120-7.
2. Alcoforado C, Lira N, Kreimer F, Martins-Filho ED, Ferraz AB. Hérnia de Grynfeldt. *ABCD, Arq Bras Cir Dig*. 2013;26(3):241-3.
3. Loukas M, Tubbs RS, El-Sedfy A, Jester A, Polepalli S, Kinsela C, et al. The clinical anatomy of the triangle of Petit. *Hernia*. 2007;11(5):441-4.
4. Başak F, Hasbahçeci M, Canbak T, Acar A, Şişik A, Baş G, et al. Lumbar (Petit's) hernia: a rare entity. *Turk J Surg*. 2017;33(3):220-1.
5. Moreno-Egea A, Torralba-Martinez JA, Morales G, Fernández T, Girela E, Aguayo-Albasini JL. Open vs laparoscopic repair of secondary lumbar hernias: a prospective nonrandomized study. *Surg Endosc*. 2005;19(2):184-7.
6. Fontoura RD, Araújo ES, Oliveira GA, Sarmenghi Filho D, Kalil M. Hérnia de Petit bilateral espontânea. *Rev Col Bras Cir*. 2011;38(5):369-70.
7. Zanini M, Timoner FR, Machado Filho CA. Hérnia de Petit: comentário de um caso. *An Bras Dermatol*. 2004;79(2):235-6.
8. Stamatiou D, Skandalakis JE, Skandalakis LJ, Mirilas P. Lumbar hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg*. 2009;75(3):202-7.
9. Alves Junior A, Maximiano L, Fujimuri I, Pires PW, Birolini D. [Grynfeldt's hernia: case report and review of the literature]. *Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo*. 1995;50(2):111-4. Portuguese.

Recebido em: 02/01/2019

Aceito para publicação: 29/03/2019

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

## Endereço para correspondência:

Cláudio Franco do Amaral Kfourri

E-mail: [cfakfourri@gmail.com](mailto:cfakfourri@gmail.com)