

Hernia Incisional Após Nefrolitotomia Percutânea: Contendo Polo Renal Inferior e Porção Proximal do Ureter

Lucas Dall Oglio¹, Osmar Eustáquio Ribeiro de Souza², Vitor Augusto Alves Cobo³

Hospital das Clínicas Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba, MG

- 1) Residente em Urologia
- 2) Preceptor da Urologia HC-UFTM
- 3) Preceptor da Urologia Hospital Hélio Angotti

Correspondência*: E-mail: loglio@hotmail.com
Telefone: 34 9 84027477

A nefrolitotomia percutânea (PCNL) é um tratamento minimamente invasivo para cálculos renais. Está associada a complicações variadas, como hemorragia, pielonefrite, abscesso perinefrico ou urinoma, hemotórax, pneumotórax, lesão colônica e, raramente, morte.

Antes da utilização da técnica minimamente invasiva para abordagem renal, a lombotomia era a forma mais comum para abordagem do rim, e muitos pacientes desenvolviam atrofia muscular, defeitos fasciais e conseqüentemente hernias incisionais. Por causa da anatomia particular da parede abdominal local, esta condição pode ser difícil de ser corrigida.

O acesso percutâneo é realizado usando sistemas dilatares geralmente considerados menos traumáticos. Essa técnica é menos agressiva para a parede abdominal.

RELATO DE CASO

Uma mulher de 56 anos de idade, que em Dezembro de 2011 foi submetida a Nefrolitotomia Percutânea à esquerda,

devido a cálculo de 2cm em cálice inferior. Procedimento realizado em decúbito ventral sob anestesia geral. Punção guiada por contraste e radioscopia. Dilatação até 30Fr. Utilizado energia pneumática para tripsia do cálculo. Utilizado nefrostomia com Foley 16 Fr. Sem intercorrência no intra-operatório ou pós-operatório imediato. Evoluiu de maneira habitual na enfermaria, e teve alto no 2 dia pós-operatório.

Em Junho de 2020 procurou atendimento devido queixa de abaulamento em região lombar esquerda há mais de um ano. Ao exame físico constatou-se que coincidia com o sítio de punção da Nefrolitotomia Percutânea prévia, como ilustrado na figura 1.

Foi investigado com Tomografia Contrastada de Abdome Total, que evidenciava herniação contendo porção do trato urinário alto. Imagem em detalhe na figura 2.

Trecho do laudo da Tomografia computadorizada de Abdome Total, data do exame: 06/07/2020: Descontinuidade de 2,7 x 2,4 cm da fascia da musculatura posterior do abdome no flanco esquerdo, lateral a musculatura paravertebral de

L2, com protusão de gordura constituindo um saco herniário medindo 9,3 x 7,7 x 5,2 cm no qual se nota também discreta protusão do polo inferior do rim esquerdo e protusão do ureter proximal com pequeno trajeto no interior do saco herniário no subcutâneo profundo e kinking retornando a cavidade abdominal ao seu trajeto habitual, anteriormente ao musculo psosas, com leve dilatação do sistema coletor a montante. Fascia toracolombar integra com faixa de espessamento fibrociatricial no flanco esquerdo em provável local de manipulação cirúrgica prévia.

Em Novembro/2020 foi submetida a correção da hernia via aberta com redução do conteúdo herniário com posicionamento de tela em polipropileno. Imagem em detalhe na figura 3. Paciente em seguimento, e após um ano, segue sem indícios de recidivada hernia. Image em detalhe na figura 4.

DISCUSSÃO

As hérnias lombares são doenças congênitas ou adquiridas (20% vs. 80% dos casos). Hérnias congênitas são vistas em lactentes e crianças e estão relacionados a defeitos na parede lombar. As hérnias adquiridas são divididas em dois grupos: hérnias espontâneas (primárias) e secundárias hérnias adquiridas¹.

Nossa paciente apresentou uma hérnia secundaria, adquirida, com protrusão de gordura retroperitoneal, porção polo inferior do rim esquerdo, e ureter proximal esquerdo.

Revisando a literatura sobre hérniação do sistema urinário na hérnia lombar, resulta em poucos casos. Encontramos cerca de cinco relatos publicados anteriormente. O primeiro relatório apresentado por Presti et al. em que um homem de 42 anos tinha uma história de 2 semanas de dor intermitente no flanco direito e hematúria. A tomografia computadorizada mostrou uma região na lombar direita com hérnia, e com rim herniado, então a cirurgia de reparo foi feito². Fogarty e cols. apresentou uma mulher de 76 anos com dor no flanco direito e insuficiência renal aguda. A tomografia computadorizada revelou hérnia de gordura perirrenal, pelve renal direita e junção ureteropélvica através uma hérnia lombar³. Cabello e cols. apresentou uma mulher de 79 anos com um abaulamento na região lombar esquerda e dor aguda em cólica, submetida à tomografia, foi diagnosticado com hérnia bilateral de Grynfeltt e herniação da pelve renal esquerda e ureter proximal⁴. Miyazato e cols. relatou uma mulher de 59 anos que foi submetido a adrenalectomia laparoscópica e posteriormente desenvolveu herniação lombar do rim esquerdo⁵. Al Hooti e cols. apresentou uma mulher de 60 anos com protrusão do

pólo inferior do rim direito através do triângulo lombar 10 anos após uma pieloplastia aberta direita⁶.

Mas nenhum desses casos envolvia herniação de porção do trato urinário alto após Nefrolitotomia Percutanea. Por isso o interesse na publicação.

A hérniação renal através da lombar é extremamente rara, e o diagnóstico requer avaliação e cuidados clínicos. A tomografia computadorizada é a modalidade de escolha para a avaliação.

O manejo através da cirurgia deve ser feito em pacientes sintomáticos. Tanto a abordagem laparoscópica quanto a aberta podem ser feitas para o tratamento desta doença; porém, uma abordagem aberta é um método mais fácil e seguro.

FIGURA 1

Foto do dorso da paciente.

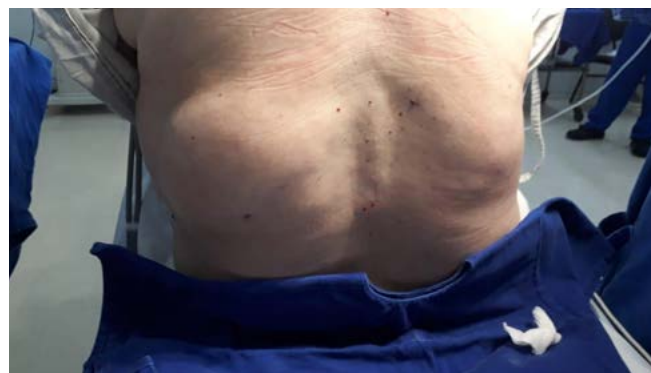


FIGURA 2

Seta em vermelho evidenciando porção herniada do ureter.



FIGURA 3

Transoperatório: após redução do conteúdo herniário e posicionamento de tela.



FIGURA 4

Aspecto cicatriz cirúrgica após 2 meses de cirurgia.



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ploneda-Valencia CF, Cordero-Estrada E, Castañeda-González LG, SainzEscarrega VH, Varela-Muñoz O, De la Cerda-Trujillo LF, et al. Grynfeltt-Lesshaft hernia a case report and review of the literature. *Ann Med Surg (Lond)*. 2016;7:104–6. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2016.04.002>
2. Presti JC Jr, Narayan P. Lumbar herniation of the kidney. *J Urol*. 1988;140: 586–7. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(17\)41726-5](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(17)41726-5).
3. Fogarty JD, Hafron JM, Melman A. Renal obstruction caused by herniation of renal pelvis and ureteropelvic junction through superior lumbar triangle hernia (Grynfeltt hernia). *Urology*. 2006;67(3):620–1. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2005.09.027>.
4. Cabello R, Cancho MJ, Monzó JI, López I, Tabares J, Hernández C. Herniation of renal pelvis and ureteropelvic junction resulting from superior lumbar triangle hernia. *Scand J Urol Nephrol*. 2008;42(1):81–2. <https://doi.org/10.1080/00365590701514589>.
5. Miyazato M, Yamada S, Kaiho Y, Ito A, Ishidoya S, Arai Y. Lumbar incisional hernia of the kidney after laparoscopic adrenalectomy in a patient with Cushing's syndrome. *Urol Int*. 2011;87(3):369–71. <https://doi.org/10.1159/000329284>.
6. Al Hooti Q, Saleh AA, Mahfooz AB, Aslam M, Moazin M. Kidney herniation through lumbar triangle following open pyeloplasty. *J Health Spec*. 2014;2: 24–5. <https://doi.org/10.4103/1658-600X.126061>.