



# Revista Hispanoamericana de Hernia

www.elsevier.es/rehah



## Nota clínica

### Hernia de Grynfelt. Discusión y manejo



Francisco Javier González Rodríguez\*, Ana Paulos Gómez, Marta López, Rogelio Felipe Conde Freire, Salustiano González Vinagre, Francisco Barreiro Morandeira y Manuel Bustamante Montalvo

Servicio de Cirugía General, Sección de Pared Abdominal, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña, España

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

##### Historia del artículo:

Recibido el 24 de noviembre de 2013

Aceptado el 13 de enero de 2014

On-line el 18 de febrero de 2014

##### Palabras clave:

Hernia lumbar

Grynfelt

Malla

##### Keywords:

Lumbar hernia

Grynfeltt

Mesh

#### R E S U M E N

Las hernias lumbares son defectos congénitos o adquiridos que se producen en la pared posterolateral del abdomen, a nivel del triángulo superior de Grynfelt o en el triángulo inferior de Petit. Suele tratarse de pequeñas hernias asintomáticas en las que se palpa una masa, pero que en ocasiones producen dolor. Se han descrito muchas técnicas para su tratamiento mediante un abordaje laparoscópico o convencional. En la presente nota clínica describimos el caso de una paciente con una hernia lumbar que fue tratada mediante cirugía abierta con la colocación de una malla preperitoneal fijada con fibrina.

© 2013 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### Grynfeltt hernia. Discussion and management

#### A B S T R A C T

Lumbar hernias are rare defects involving two weak areas of the posterolateral wall that may be congenital or acquired: the superior lumbar triangle of Grynfeltt, which is the most common site, and the inferior lumbar triangle of Petit. Lumbar hernia is the protrusion of intraperitoneal or extraperitoneal contents through a defect of the abdominal wall. Lower-back pain is the most common symptom, although small hernias may be asymptomatic except for a palpable mass. Many techniques have been described for the surgical repair of lumbar hernias. Adequate surgical treatment depends largely on the type and size of the hernia and both open and laparoscopic techniques can be used with good results. We report a case of superior lumbar hernia, which was successfully repaired using an open mesh surgical repair.

© 2013 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia: Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Choupana s/n, 15706 Santiago de Compostela, A Coruña, España. Tel.: +616 520 340.

Correo electrónico: fran.padroso@gmail.com (F.J. González Rodríguez).

2255-2677/\$ - see front matter © 2013 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2014.01.001>

## Introducción

Las hernias lumbares se conocen desde 1672, cuando Barbette<sup>1</sup> sugirió su existencia; esta se confirmó en 1731, cuando De Garengot describió la reducción de una hernia lumbar durante la realización de una autopsia<sup>2</sup>. Las hernias lumbares son defectos de la pared abdominal posterior muy infrecuentes. Suelen localizarse en el triángulo lumbar superior izquierdo, y representan aproximadamente el 1.5-2% de todas las hernias de la pared abdominal. De hecho, existen aproximadamente unos 300 casos descritos en la literatura, y la mayor parte de los grandes centros hospitalarios han publicado únicamente 2 o 3 casos<sup>3</sup>. Hafner et al.<sup>4</sup> llegaron a afirmar que un cirujano tan solo tendría la oportunidad de reparar un caso de este tipo de hernia durante toda su vida profesional; por este motivo enviamos la descripción de este caso clínico para su publicación.

## Caso clínico

Presentamos el caso clínico de una paciente de 69 años de edad, sin antecedentes de interés, con un índice de masa corporal de 23, que refería la presencia de dolor lumbar después de realizar cualquier actividad física de intensidad moderada y una masa posterolateral derecha que aumenta con la tos y los esfuerzos, reductible y que desaparecía en decúbito supino (hernia de tipo A según la clasificación de Moreno-Egea et al.<sup>5</sup>), de un año de evolución. En la tomografía abdominal se evidenció la existencia de una hernia lumbar superior derecha con la presencia de grasa retroperitoneal como contenido herniario (fig. 1). La paciente fue intervenida quirúrgicamente mediante anestesia raquídea, recibió profilaxis antibiótica (cefazolina, 2 g por vía intravenosa en el momento de la inducción anestésica) y antitrombótica (bemiparina sódica, 3 500 UI por vía



**Figura 1** – TC abdominal. Hernia en triángulo lumbar superior con grasa perirrenal en el interior del saco herniario.

subcutánea, 12 h antes de la intervención). La paciente fue colocada en decúbito lateral izquierdo con aplicación de pilé en la mesa de quirófano. Como se trataba de un pequeño defecto herniario (45 mm) con contenido extraperitoneal, realizamos una hernioplastia preperitoneal anterior mediante lumbotomía, disección, reducción y cierre del defecto herniario con una sutura continua de polipropileno 0 (fig. 2). Fijamos en el espacio preperitoneal una malla de polipropileno macroporosa de baja densidad de 15 × 15 cm con un sellador de fibrina (Tissucol®), sobrepasando ampliamente los bordes del defecto herniario para que la malla tuviera una mayor superficie de contacto y aumentara el grado de efectividad del principio de Pascal (fig. 3). La malla se fijó con 4 puntos de polipropileno transmural al músculo dorsal ancho y al oblicuo menor, que cubren a su vez la superficie anterior de la malla y, finalmente, colocamos un drenaje aspirativo. La paciente fue dada de alta a las 24 h de la intervención. Las necesidades analgésicas fueron de paracetamol (1 g vía oral) cada 8 h durante 3 días, y el drenaje fue retirado de forma ambulatoria en consultas externas. La paciente no presentó ninguna complicación posoperatoria, y tras un año de seguimiento se encuentra asintomática y libre de recidiva herniaria.

## Discusión

La región lumbar es un área anatómica delimitada cranealmente por la 12.<sup>a</sup> costilla; caudalmente, por la cresta ilíaca; posteriormente, por el músculo erector de la columna, y anteriormente, por el músculo oblicuo externo. La región lumbar presenta 2 zonas de debilidad delimitadas y definidas en un triángulo superior y en otro inferior. La descripción de los límites anatómicos del triángulo inferior fue realizada por Petit en 1783, y la descripción del triángulo superior, por Grynfeldt en 1866<sup>6</sup>. El triángulo lumbar superior o de Grynfeldt está delimitado posteriormente por el músculo erector de la columna, y cranealmente por la 12.<sup>a</sup> costilla. El suelo de este triángulo está formado por la aponeurosis del músculo transversario, y el techo, por el músculo dorsal ancho. Las hernias lumbares pueden clasificarse en congénitas –en relación con una anomalía en el desarrollo músculo-esquelético (20%)– o adquiridas (80%). La mayor parte de las hernias lumbares son secundarias a un trauma o a una cirugía previa. Se originan fundamentalmente en el triángulo de Grynfeldt, son unilaterales y se producen entre la 5.<sup>a</sup> y la 6.<sup>a</sup> década de la vida<sup>7</sup>.

La forma de presentación de las hernias lumbares es muy variable. Suelen ser asintomáticas, pero pueden producir una molestia o dolor asociados o no a una masa palpable, dependiendo de su tamaño, de su contenido y de la existencia o no de estrangulación de la misma. Aunque el diagnóstico es clínico y debe estar basado en la anamnesis y en la exploración física, siempre se realizará una tomografía abdominal, ya que permite visualizar los músculos de la pared abdominal, identificar el defecto herniario (incluso en ausencia de contenido abdominal herniado) y realizar el diagnóstico diferencial con un hematoma o un absceso. En su defecto podría emplearse una ecografía como método diagnóstico,



**Figura 2 – Sección del músculo dorsal ancho. Disección del saco herniario.**

pero sin duda la planificación de la técnica quirúrgica es mucho mejor con una tomografía<sup>8</sup>.

Siempre que el estado general del paciente lo permita, las hernias lumbares han de tratarse precozmente corrigiendo el defecto primario. Existen 2 posibilidades de reparación: un abordaje anterior mediante incisión lumbar, y un abordaje laparoscópico (transabdominal o totalmente extraperitoneal)<sup>9</sup>; evidentemente, la experiencia obtenida en cualquiera de ellos es muy pequeña. Moreno-Egea recomienda: 1) una hernioplastia por vía anterior en los pequeños defectos con contenido extraperitoneal (tipo A); 2) la vía laparoscópica transabdominal en defectos moderados con hernia intraperitoneal (tipo B), y 3) en los casos recidivados o en hernias difusas con tamaño superior a 10 cm, una plastia anterior con doble malla (tipo C)<sup>10</sup>.



**Figura 3 – Fijación de malla de polipropileno en espacio preperitoneal con fibrina.**

## Conclusiones

La hernia lumbar es una entidad clínica poco frecuente. Para su diagnóstico es fundamental la clínica y la exploración física, pero hoy en día la realización de una prueba de imagen debe considerarse imprescindible en la evaluación preoperatoria de los pacientes con hernia lumbar. La tomografía identifica las relaciones anatómicas del área lumbar, diferencia la atrofia muscular de la verdadera hernia, identifica su contenido y descarta la posibilidad de un tumor, lo que facilita una decisión terapéutica más racional. La introducción de las mallas sintéticas ha permitido realizar una reparación segura, sin tensión, con un mínimo daño tisular y con un bajo índice de recidiva.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barbette P. Opera chirurgico-anatomica. Lugduni: Gelder; 1672. p. 26.
2. Swartz WT. Lumbar hernia. En: Nyhus LM, Condon RE, editores. Hernia. 2.ª ed. Filadelfia: Lippincott; 1978. p. 409-26.
3. Cesar D, Valadao M, Murrahe RJ. Grynfelt hernia: Case report and literature review. Hernia. 2012;16:107-11.
4. Hafner CD, Wylie JH, Brush BE. Petit's lumbar hernia: Repair with Marlex mesh. Arch Surg. 1963;86:180-6.
5. Moreno-Egea A, Baena EG, Calle MC, Martínez JA, Albasini JL. Controversies in the current management of lumbar hernias. Arch Surg. 2007;14:82-8.
6. Armstrong O, Hamel A, Grignon B. lumbar hernia: Anatomical basis and clinical aspects. Surg Radiol Anat. 2008;30:533-7.

7. Skrekas G, Stafyla VK, Papalois VE. A Grynfeltt hernia: Report of a case. *Hernia*. 2005;9:188-91.
8. 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.
9. Bittner R, Bingener-Casey J, Dietz U, Fabian M, Ferzli GS, Fortelny RH, et al. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society [IEHS]). *Surg Endosc*. 2014;28:2-29.
10. Moreno-Egea A, Torralba-Martínez JA, Morales G, Fernández T, Aguayo-Albasini JL. Open vs laparoscopic repair of secondary lumbar hernias: A prospective no-randomized study. *Surg Endosc*. 2005;19:184-7.