

Editorial: Hospital Metropolitano
ISSN (impreso) 1390-2989 - **ISSN (electrónico)** 2737-6303
Edición: Vol. 28 N° 2 (2020) abril-junio
DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol28/2/2020/4-7>
URL: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/69>
Pág: 4-7

Hernia de Grynfelt resuelta por vía laparoscópica: reporte de un caso

Grynfelt's hernia resolved laparoscopically: a case report

Diego Diaz¹ , Xavier Guarderas² , Alberto Gordillo³ , Diego Molina⁴ , Verónica Núñez⁵ 

Médico postgradista R4 de cirugía general y laparoscópica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Quito, Ecuador¹
Médico tratante de cirugía general y laparoscópica del Hospital Metropolitano de Quito, Ecuador; Quito, Ecuador²
Médico tratante de cirugía general y laparoscópica del Hospital Metropolitano de Quito, Ecuador; Quito, Ecuador³
Médico postgradista R4 de cirugía general y laparoscópica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Quito, Ecuador⁴
Médico Residente Asistencial Hospital San Francisco de Quito IESS; Quito, Ecuador⁵

Recibido: 10/01/2020 Aceptado: 26/02/2019 Publicado: 01/04/2020

RESUMEN

Las hernias lumbares son una patología rara que involucra herniación de los contenidos intraabdominales o retroperitoneales a través de debilidades congénitas o adquiridas en la pared abdominal posterolateral. El tratamiento quirúrgico es el recomendado, sin embargo, la vía de abordaje aún no está estandarizada en la literatura, pero existe mucha evidencia a favor de la laparoscopia con mejores resultados en el control del dolor posoperatorio, resultados estéticos y menor estancia hospitalaria. Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 55 años con cuadro de dolor lumbar izquierdo de 6 meses de evolución que fue diagnosticada de hernia del triángulo posterior por estudio de imagen. La reparación de su defecto herniario fue con tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica.

Palabras claves: Hernia; cirugía laparoscópica; procedimientos quirúrgicos operativos; patología quirúrgica; informes de caso.

ABSTRACT

Lumbar hernia are a rare pathology that involves herniation of the intra-abdominal or retroperitoneal contents through congenital or acquired weaknesses in the posterolateral abdominal wall. Surgical treatment is recommended, however, the approach is not yet standardized in the literature, but there is much evidence in favor of laparoscopy with better results in postoperative pain control, cosmetic results, and shorter hospital stay. We present the clinical case of a 55-year-old female patient with a 6-month history of left lumbar pain who was diagnosed with posterior triangle hernia by imaging study. The repair of her hernia defect was with laparoscopic surgical treatment.

Keywords: Hernia; laparoscopic surgery; operative surgical procedures; surgical pathology; case reports.

IDs Orcid

Diego Diaz: <https://orcid.org/0000-0002-7745-9245>
Xavier Guarderas: <https://orcid.org/0000-0001-9655-5649>
Alberto Gordillo: <https://orcid.org/0000-0002-2325-1115>
Diego Molina: <https://orcid.org/0000-0003-1927-9462>
Verónica Núñez: <https://orcid.org/0000-0001-7678-5623>

Correspondencia: Xavier Guarderas
Teléfonos: (593) 999735463
e-mail: xguarderas@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las hernias lumbares se han descrito desde el año 1672, cuando Barbette ha sugerido su existencia. Sin embargo, la confirmación llegó solo en 1731, cuando DeGarangeot describió la reducción de una hernia lumbar durante las autopsias¹. Una hernia lumbar es una protrusión de contenido intraperitoneal o extraperitoneal a través de un defecto de la pared abdominal posterolateral².

Las hernias lumbares son una patología rara, representa el 2% de las hernias de la pared abdominal y pueden presentarse de forma congénita en el 20% y adquirida en un 80%^{3,4}. Existen aproximadamente 300 casos descritos y la mayoría de los grandes centros hospitalarios ha publicado entre 2 a 3 casos⁵, Hafner et al. 1963⁶ afirmaron que un cirujano podría reparar un caso de hernia lumbar durante toda su vida profesional.

Los factores de riesgo asociados son la obesidad, delgadez extrema, atrofia muscular, adelgazamiento intenso, bronquitis crónica, infección de la herida y sepsis postoperatoria⁴.

El presente artículo describe el caso de una hernia lumbar de Grynfelt en la región lumbar superior izquierda con saco herniario en un paciente de 55 años que requirió un estudio de resonancia magnética de abdomen para determinar la patología existente.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 55 años de edad sin antecedentes clínico-quirúrgicos, presenta cuadro clínico de dolor lumbar izquierdo de 6 meses de evolución asociado con una masa a nivel lumbar izquierdo que aumenta de tamaño a la bipedestación y al esfuerzo físico. Fue valorada en el servicio de Cirugía General, al examen físico se evidencia una masa de 4x4cm en región lumbar izquierda debajo del reborde costal, no dolorosa y reducible que exacerba a la maniobra de valsalva. En estudio de resonancia magnética de abdomen describe la presencia de solución de continuidad en el triángulo de la región lumbar superior izquierda con saco herniario con contenido peritoneal y mide aproximadamente 6,8 x 1,3 x 5,2 cm en los ejes cefalocaudal, anteroposterior y transversal respectivamente con un cuello aproximado de 2,7 cm. Esta muestra señal de tejido adiposo. No se observa contenido de asas intestinales ni de otros órganos (figura 1). Ante estos hallazgos es diagnosticada de una hernia lumbar de Grynfelt, se decide resolución quirúrgica por vía laparoscópica con técnica trans abdomino preperitoneal.

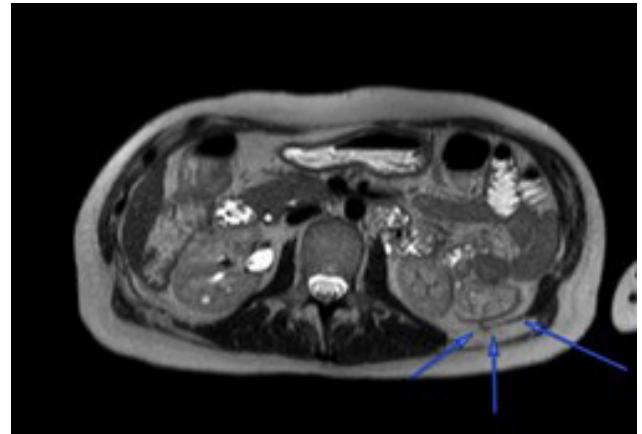


Figura 1. Resonancia Magnética de abdomen superior secuencia

Nota: T1. Se evidencia defecto herniario en el triángulo derecho superior de Grynfelt

Fuente: Los autores

Dentro de los hallazgos quirúrgicos se reporta hernia lumbar en triángulo de Grynfelt izquierdo con dos defectos herniarios de 2cm con saco herniario con contenido de grasa preperitoneal. Se exponen los defectos y se disecciona un adecuado espacio preperitoneal para la colocación de una malla de polipropileno de 12x15cm la misma que se fija con Tackers laparoscópicos.

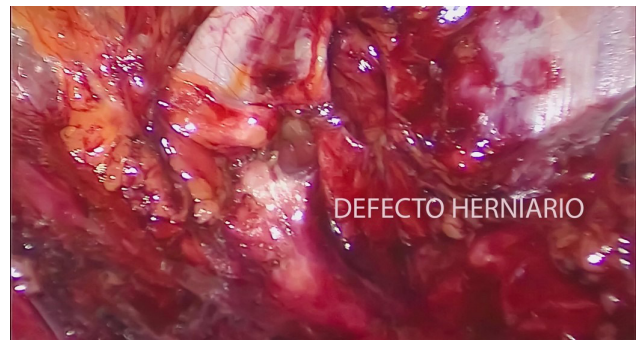


Figura 2. Defecto herniario

Fuente: Los autores



Figura 3. Colocación de la malla

Fuente: Los autores



Figura 4. Fijación de la malla

Fuente: Los autores

Paciente es egresado a las 48 horas posteriores al procedimiento, se revalora en la consulta externa, no refiere sintomatología y no se evidencia recidiva temprana del defecto herniario.

DISCUSIÓN

La descripción anatómica de la pared posterior del abdomen señala la presencia de dos triángulos, uno superior (Grynfeltt) delimitado superiormente por el borde inferior de la 12º costilla, medialmente por el

músculo erector de la columna y lateralmente por el músculo oblicuo interno, la fascia transversal y la aponeurosis del músculo transverso del abdomen forman el piso⁷ y un triángulo inferior (Petit) delimitado lateralmente por el músculo oblicuo externo, medialmente por el músculo erector de la columna e inferiormente por la cresta ilíaca⁸⁻¹⁰, con el músculo oblicuo interno como su piso¹⁰.

La manifestación clínica más común es una masa lumbar palpable sin sensibilidad que sobresale con la tos y actividad física, pero en el 9% de los pacientes se puede presentar con dolor por hernia encarcelada o estrangulada¹¹.

El tratamiento es quirúrgico, el abordaje depende del cirujano y de la clasificación preoperatoria, la clasificación más utilizada es la de Moreno – Egea que fue diseñada para las hernias de Grynfelt (*tabla 1*)⁴. De acuerdo a la clasificación nuestro paciente tuvo una hernia tipo A y pudo ser resuelta vía abierta o laparoscópica esta última con mejores resultados en cuanto al dolor, menor estancia hospitalaria, pronto retorno a sus actividades y resultados estéticos¹⁰.

Tabla 1. Clasificación de la hernia lumbar de Grynfelt

Características	A	B	C	D
Tamaño en cm	<5	5-15	>15	
Localización	Superior	Inferior	Difusa	
Contenido	Grasa extraperitoneal	Visceral	Visceral	
Etiología	Espontánea	Incisional	Traumática	
Atrofia muscular	No (mínimo)	Leve	Severa	Severa
Recurrencia	No	Si (abierta)	Si (Lap)	
Tipo de cirugía	Abierta o Lap	Lap	Abierta	Abierta (doble malla)

Fuente: Barriga JC. et al., 2019¹²

La técnica abierta se recomienda para defectos herniarios mayores de 15cm¹³. Actualmente la técnica más aceptada es la colocación de malla sintética combinada con colgajos musculares¹⁴, la recidiva en esta técnica puede deberse a la fuerza de la fascia limitada, la debilidad de los tejidos circundantes y la fijación a la porción ósea de los límites de los defectos¹⁴.

El abordaje laparoscópico se puede lograr por técnica totalmente extraperitoneal o transabdominal, esta última con mayores ventajas que permite una mejor exposición y visualización de los elementos anatómicos^{15,16}. Operar bajo visión directa puede crear un área de disección más grande en comparación con la cirugía abierta, esto va a permitir que la malla sintética se coloque de manera más precisa, además de reducir el riesgo de lesiones en estructuras vasculares y/o nerviosas¹⁷.

Existen algunas recomendaciones al momento de colocar la malla que deben ser en el espacio preperitoneal que debe ser lo suficientemente grande como para que la malla no tenga pliegues ni arrugas que puedan terminar en recurrencia; los bordes deben extenderse de 4 – 5 cm alejados del margen del defecto¹⁸. En cuanto a la fijación de la malla en este tipo de hernias no hay evidencia adecuada que respalde una técnica superior entre el uso de sutura, sutura y tackers combinados, tackers y adhesivos titulares, lo más importante es evitar dañar los nervios, a pesar de que en la laparoscopia se puede evidenciar fácilmente los nervios una vez colocada la malla se pierde esta visión, no hay informes de dolor crónico reportados después de una reparación laparoscópica sin embargo sus resultados pueden ser catastróficos¹⁹. Existen algunos estudios que respaldan el uso de adhesivos titulares con mejores resultados especialmente en el dolor posoperatorio y formación de seromas¹².

CONCLUSIONES

Las hernias lumbares constituyen una patología rara y de difícil diagnóstico debido a su presentación infrecuente que la confunde con otras enfermedades. El tratamiento es quirúrgico y va a depender de la clasificación preoperatoria para escoger el abordaje y de la experiencia del cirujano. El abordaje laparoscópico de preferencia es una técnica intraabdominal que permite tener una mejor exposición, disminuye la morbilidad y el tiempo de recuperación es más rápido. Para la fijación de la malla se recomienda el uso de adhesivos titulares con mejores resultados especialmente en el control del dolor.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Diego Díaz: Concepción y diseño del trabajo; recolección y obtención de resultados; análisis e interpretación de datos; redacción del manuscrito.

Xavier Guarderas: Concepción y diseño del trabajo; recolección y obtención de resultados; análisis e interpretación de datos; redacción del manuscrito.

Alberto Gordillo: Concepción y diseño del trabajo; recolección y obtención de resultados; análisis e interpretación de datos; redacción del manuscrito.

Diego Molina: Concepción y diseño del trabajo; recolección y obtención de resultados; análisis e interpretación de datos; redacción del manuscrito.

Verónica Núñez: Concepción y diseño del trabajo; recolección y obtención de resultados; análisis e interpretación de datos; redacción del manuscrito.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declararon no tener ningún conflicto de interés personal, financiero, intelectual, económico y de interés corporativo con el Hospital Metropolitana y los miembros de la revista MetroCiencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Shadhu K, Ramlagun D, Chen S, Liu L.** Surgical approach towards grynfelt hernia a single center experience. *Med (United States)* [Internet]. 2018 Aug 1;97(33):e11928. Available from: <http://journals.lww.com/00005792-201808170-00045>
2. **Alcoforado C, Lira N, Kreimer F, Martins-Filho ED, Ferraz AAB.** Grynfelt hernia. [Internet]. Vol. 26, *Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva : ABCD = Brazilian archives of digestive surgery. Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva - CBCD*; 2013. p. 241-3. Available from: <http://medind.nic.in/maa/t09/i2/maat09i2p178>.
3. **Ploneda-Valencia CF, Cordero-Estrada E, Castañeda-González LG, Sainz-Escarrega VH, Varela-Muñoz O, De la Cerda-Trujillo LF, et al.** Grynfelt-Lesshaft hernia a case report and review of the literature. *Ann Med Surg.* 2016 May 1;7:104-6.
4. **Moreno-Egea A, Baena EG, Calle MC, Martínez JAT, Albasini JLA.** Controversies in the current management of lumbar hernias [Internet]. Vol. 142, *Archives of Surgery. American Medical Association*; 2007. p. 82-8. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/399652>
5. **Cesar D, Valadão M, Murrahe RJ.** Grynfelt hernia: Case report and literature review [Internet]. Vol. 16, *Hernia. Springer-Verlag France*; 2012. p. 107-11. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10029-010-0722-8>
6. **Hafner CD, Wylie JH, Brush BE.** Petit's Lumbar Hernia: Repair with Marlex Mesh. *Arch Surg* [Internet]. 1963 Feb 1;86(2):180-6. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/560572>
7. **Armstrong O, Hamel A, Grignon B, NDoye JM, Hamel O, Robert R, et al.** Lumbar hernia: Anatomical basis and clinical aspects. *Surg Radiol Anat* [Internet]. 2008 Jun 14;30(7):533-7. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00276-008-0361-2>
8. **Loukas M, El-Zammar D, Shoja MM, Tubbs RS, Zhan L, Protyniak B, et al.** The clinical anatomy of the triangle of Grynfeltt. *Hernia* [Internet]. 2008 Jun 19;12(3):227-31. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10029-008-0354-4>
9. **Walgamage TB, Ramesh BS, Alsawafi Y.** Case report and review of lumbar hernia. *Int J Surg Case Rep.* 2015 Jan 1;6(1):230-2.
10. **Suarez S, Hernandez JD.** Laparoscopic repair of a lumbar hernia: Report of a case and extensive review of the literature. *Surg Endosc* [Internet]. 2013 Apr 30;27(9):3421-9. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-013-2884-9>
11. **Skrekas G, Stafyla VK, Papalois VE.** A Grynfeltt hernia: Report of a case. *Hernia* [Internet]. 2005 May 10;9(2):188-91. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10029-004-0278-6>
12. **Barriga JC, Padilla C, Ruiz JP, Barrios A, Lora A.** Abordaje laparoscópico de la Hernia de Grynfelt. *Reporte de caso. Rev Médica Sanitas.* 2019;22(1):21-7.
13. **Moreno-Egea, A., Alcaraz, AC y Cuervo M.** Opciones quirúrgicas en la hernia lumbar: reparación laparoscópica versus abierta. Un estudio prospectivo a largo plazo. *New Media Soc.* 2013;20(4):2450-2468.
14. **Sundaramurthy S, Suresh HB, Anirudh A V., Prakash Rozario A.** Primary lumbar hernia: A rarely encountered hernia. *Int J Surg Case Rep.* 2016 Jan 1;20:53-6.
15. **Tobias-Machado M, Rincon FJ, Lasmar MT, Zambon JP, Juliano R V., Wroclawski ER.** Laparoscopic surgery for treatment of incisional lumbar hernia. *Int Braz J Urol* [Internet]. 2005;31(4):309-14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-55382005000400003&lng=en&nrm=iso&tling=en
16. **Gagner M, Milone L, Gumbs A, Turner P.** Laparoscopic repair of left lumbar hernia after laparoscopic left nephrectomy [Internet]. Vol. 14, *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. Society of Laparoscopic & Robotic Surgeons*; 2010. p. 405-9. Available from: <http://pmc/articles/PMC3041040/?report=abstract>
17. **Huang DY, Pan L, Chen MY, Fang J.** Laparoscopic repair via the transabdominal preperitoneal procedure for bilateral lumbar hernia: Three cases report and review of literature. *World J Clin Cases* [Internet]. 2018;6(10):398-405. Available from: <https://www.wjgnet.com/2307-8960/full/v6/i10/398.htm>
18. **Claus CMP, Nassif LT, Aguilera YS, Ramos EJB, Coelho JCU.** Laparoscopic repair of lumbar hernia (grynfelt): technical description. *Arq Bras Cir Dig* [Internet]. 2017 Jan 1;30(1):56-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202017000100056&lng=en&nrm=iso&tling=en
19. **Birk D, Hess S, Garcia-Pardo C.** Low recurrence rate and low chronic pain associated with inguinal hernia repair by laparoscopic placement of Parietex ProGrip™ mesh: Clinical outcomes of 220 hernias with mean follow-up at 23 months. *Hernia* [Internet]. 2013 Jun 15;17(3):313-20. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10029-013-1053-3>

Como citar este artículo: Díaz D, Guarderas X, Gordillo A, Molina A, Núñez V. Hernia de Grynfelt resuelta por vía laparoscópica: reporte de un caso. *MetroCiencia.* 2020 abr 1;28(2):4-7. <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol28/2/2020/4-7>