

Serie de casos

Hernia de Grynfelt: nuestra experiencia con reparación protésica

Grynfelt hernia: our experience with prosthetic repair

Adolfo Rafael Jaén Oropeza,* José Miguel Goderich Lalán,* Luis Alberto Ojeda López*

RESUMEN

Introducción: La hernia lumbar es una enfermedad relativamente rara en la práctica médica, por ello el objetivo de nuestro estudio fue investigar las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y los resultados del tratamiento quirúrgico del triángulo lumbar superior (espacio de Grynfelt).

Material y métodos: Cinco casos de hernia lumbar acudieron a la consulta de referencia de cirugía herniaria del Hospital General "Juan Bruno Zayas" de Santiago de Cuba; los pacientes fueron estudiados por observación clínica retrospectiva desde septiembre del 2004 a septiembre del 2006.

Resultados: El diagnóstico fue clínico en todos los pacientes y se confirmó en el acto operatorio; todos pertenecieron el sexo femenino, entre 50 y 65 años de edad; la manifestación clínica común resultó ser una masa reducible e indolora en región lumbar izquierda alta; en tres casos, la hernia era recurrente. Todos recibieron tratamiento quirúrgico electivo con anestesia espinal, reparación protésica con malla de polipropileno (PP), y alta hospitalaria a las 48 horas. No hubo complicaciones postoperatorias y durante dos años de seguimiento no ha habido recurrencia.

Conclusión: El diagnóstico de la hernia de Grynfelt es clínico, y la reparación protésica es un método seguro y eficaz.

Palabras clave: Hernia de Grynfelt, reparación protésica.
Rev Latinoam Cir 2013;3(1):29-31

INTRODUCCIÓN

Las hernias de la cavidad abdominal se pueden desarrollar a través de la pared abdominal lateral. Petit describió los límites del triángulo lumbar inferior en 1783; Grynfelt en 1986 y Lasgaft, en 1970, describen el triángulo lumbar superior. El área lumbar tiene los siguientes límites: a) superior, duodécima

ABSTRACT

Background: Lumbar hernia is a relatively rare disease in medical practice, so the aim of our study was to investigate the clinical manifestations, diagnosis and surgical treatment outcomes superior lumbar triangle (Grynfelt space).

Material and methods: Five cases of lumbar hernia attended the outpatient hernia surgery reference General Hospital "Juan Bruno Zayas" in Santiago de Cuba; the patients were studied by retrospective clinical observation from September 2004 to September 2006.

Results: The clinical diagnosis was in all patients and confirmed in the surgical procedure, all belonged females, between 50 and 65 years old; common clinical manifestation proved to be reducible, painless mass in left lumbar region high; in three cases the hernia was recurrent. All received elective surgery under spinal anesthesia, prosthetic mesh repair of polypropylene (PP), and hospital discharge at 48 hours. There were no postoperative complications, and follow-up for two years there has been no recurrence.

Conclusions: The diagnosis of herniated Grynfelt is clinical and prosthetic repair is a safe and effective method.

Key words: Grynfelt hernia, prosthetic repair.
Rev Latinoam Cir 2013;3(1):29-31

costilla; b) inferior, cresta ilíaca; c) lateral, músculo oblicuo externo; d) medial, músculo sacro espinoso.

Estas raras hernias pueden clasificarse como de Grynfelt en el espacio lumbar superior, de Petit en el triángulo lumbar inferior y como hernias difusas si ocupan todo este espacio. La hernia lumbar tiende a ser asintomática y suele ser descubierta por el paciente.¹

* Sociedad Cubana de Cirugía.

Correspondencia:

Adolfo Rafael Jaén Oropeza
Independencia Núm. 258, 6 y 7. Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Tel. 644884

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/revlatcir>

MATERIAL Y MÉTODOS

En el periodo de septiembre del 2002 a septiembre del 2004, en nuestra consulta de referencia de cirugía herniaria del Hospital General "Juan Bruno Zayas" de Santiago de Cuba fueron recibidos cinco pacientes con hernia lumbar, confirmándose el diagnóstico de hernia de Grynfelt; fueron operados en este periodo y llevaron seguimiento hasta septiembre del 2006; pertenecían todos al sexo femenino, entre 50 y 65 años de edad. Como antecedente relevante, dos pacientes habían sido operados por este diagnóstico en una ocasión y uno en dos ocasiones, todos con anestesia local sin implante de material protésico.

Todos los pacientes presentaban clínicamente una masa de tamaño variable en la región lumbar reducible e indolora, más evidente con las maniobras de Valsalva; el diámetro del tumor variaba entre 4 y 12 cm, todos se localizaban del lado izquierdo en el espacio lumbar superior (*Figuras 1 y 2*). El tratamiento quirúrgico se realizó en todos los casos por cirugía mayor ambulatoria, en la profilaxis antimicrobiana se empleó cefazolina (1 g EV) una hora antes de la operación y bajo anestesia regional vía espinal con lidocaína hiperbárica. Los pacientes fueron colocados en decúbito lateral derecho (posición de litotomía), se realizó la siguiente técnica: 1) incisión transversa debajo de la duodécima costilla; 2) apertura de piel y TCS; 3) divulsión y disección de los músculos serrato posteroinferior, oblicuo menor, cuadrado lumbar y erector espinal; 4) disección de la hernia (grasa retroperitoneal), defecto de la pared (5 cm) y reducción de la misma en el espacio retroperitoneal (*Figura 3*); 5) se colocó malla de PP de 10 cm en espacio retroperitoneal, se fijó a la fascia por transfixión con sutura de PP/000 a puntos separados (*Figura 4*); 6) se implantó malla de PP de 10 cm en espacio retro muscular, se fijó por

transfixión a los músculos oblicuo menor y dorsal ancho con sutura de PP/000 a puntos separados (*Figura 5*); 7) se cerró TCS con catgut simple 000 y piel con Nylon 000 y 8) no se dejó drenaje en ningún caso. La profilaxis antimicrobiana postoperatoria no se utilizó en ningún caso.

RESULTADOS

Los pacientes recibieron dieta a las seis horas, deambularon a las 24, egresaron del hospital a las 48 horas y se incorporaron a sus actividades habituales a los 15 días. No hubo complicaciones postoperatorias precoces. Todos los pacientes llevaron un seguimiento entre dos y tres años en nuestra consulta y no se presentó recurrencia.

CONCLUSIONES

Las hernias lumbares son defectos muy raros de la pared abdominal, pues representan el 2% de todas las hernias de la pared; aproximadamente 300 casos han sido reportados por la literatura. Éstas también han sido divididas en congénitas (10%) o adquiridas; en espontáneas o traumáticas (25% del total) y postoperatorias o incisionales (50%).

Pueden aparecer en el triángulo lumbar superior (hernia de Grynfelt, Lasgaft o Larrey), en el triángulo inferior (hernia de Petit o hernia suprailíaca o iliolumbar de Huguier) o difusas (postoperatorias o traumáticas).²

En el adulto, ocurren dos veces más en las mujeres; la mayoría son unilaterales y en el lado izquierdo (Baeza 1985, Le-Neel 1993), lo que corresponde con nuestra referencia. El diagnóstico es habitualmente simple cuando la hernia es grande, pero se dificulta cuando tiene menos de 5 cm de diámetro (dm); estos defectos usualmente se incrementan de forma progresiva. Estas hernias se producen por



Figura 1. Caso 1. Hernia de Grynfelt primaria con presencia de tumor lumbar izquierdo de 10 × 10 cm.



Figura 2. Caso 2. Hernia de Grynfelt primaria con presencia de tumor lumbar izquierdo de 6 × 6 cm.

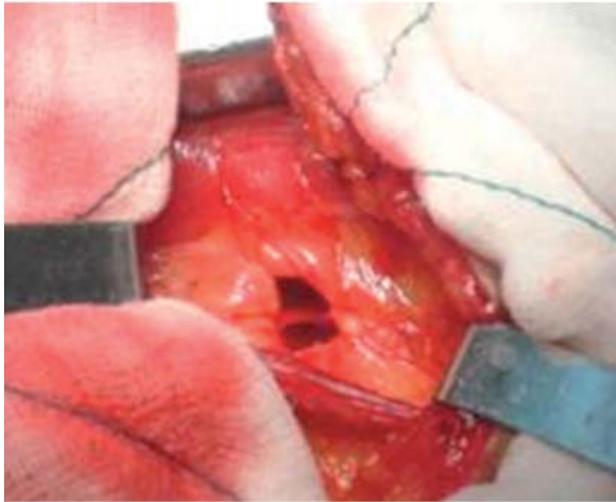


Figura 3. Caso 1. Defecto de 2 x 2 cm en triángulo lumbar superior posterior a disección de sus límites y reducción de grasa retroperitoneal.

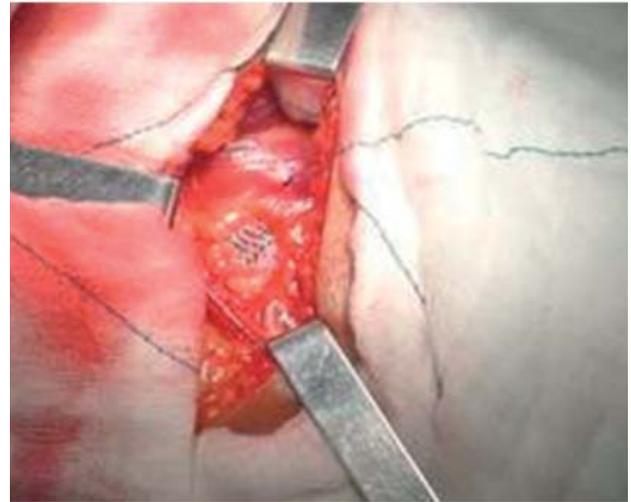


Figura 4. Caso 1. Prótesis de polipropileno en espacio retroperitoneal fijada con puntos a la fascia, donde existe separación de los músculos con retractor.

disrupción de los planos musculares y el dm del defecto se puede precisar bien por TAC.^{2,3}

Toda hernia de Grynfelt puede ser corregida quirúrgicamente. La reparación primaria con tejido autólogo o material protésico puede ser utilizada para obliterar el defecto (Alves 1996).⁴

El tratamiento para la hernia lumbar superior fue reportado por Down en 1997; el defecto fue cerrado con un flap de fascia lata y algunas técnicas fueron empleadas para hernia lumbar inferior con tejido periférico (Nyhus 1981). Defectos de alrededor de 2 cm en el triángulo superior pueden cerrarse con sutura interrumpida (Hamasaki 1994, Bolkier 1991), pero el cierre satisfactorio de los defectos sin material aloplástico ocasionalmente puede ser difícil o imposible (Esposito 1994). Grandes defectos requieren la inserción de un refuerzo de malla no absorbible (D Amico 1983); una malla de polipropileno o mersilene puede ser adecuada (Rosato 1996).⁵⁻⁹ Recientemente, Arca y colaboradores han descrito las ventajas de la reparación laparoscópica en siete pacientes; nuestro centro no tiene experiencia en cirugía por esta vía para hernias de la pared.^{10,11,12}

La reparación protésica parece ser una opción eficaz en el tratamiento quirúrgico de las hernias lumbares.

REFERENCIAS

- Díaz-Chávez EP, Medina-Chávez JL, Prieto DS. Grynfelt hernia. *Hernia*. 2000;4:159-161.
- Le NJ et al. Lumbar hernias in adults. A propos of 4 cases and review of the literature. *Chir Paris*. 1993;130:397-402.
- Baeza HC, Franco VR. Grynfelt triangle hernia, presentation of two cases. *Bol Med Mex*. 1985;42:329-331.
- Alves A, Maximiliano L, Fujimura I, Pires PW. Grynfelt hernia. *Arch Gastroenterol*. 1996;33:32-36.



Figura 5. Caso 1. Prótesis de polipropileno en espacio retromuscular fijada con puntos al músculo.

- Amico GD, Nardi M, Basti M, Perrone A. Lumbar hernia of Grynfelt quadrilateral space. A propos of a case *Inerva. Chir*. 1993;48:1025-1027.
- Esposito TJ, Fedorak I. Traumatic lumbar hernia: case report and literatura review. *J Trauma*. 1994;37:123-126.
- Rosato L, Paino O, Ginardi A. Traumatic lumbar hernia of the Petit triangles. A clinical case *Minerva Chir*. 1996;51:1125-1127.
- Shiki S, Kuwata Y, Kashihara E. A case of superior lumbar hernia. *Jpn J Surg*. 1991;21:696-669.
- Bolkier M et al. An operation for incisional lumbar hernia. *Eur Urol*. 1991;20:52-53.
- Arca MJ et al. Laparoscopic repair of lumbar hernias. *Am Coll Surg*. 1998;187:147-152.
- Abdalla RZ, Machado MAC, Cutait R. Laparoscopic repair of recurrent incisional lumbar hernia. *Hernia*. 2001;5:59.
- Zhou N, Nve JD, Chen G. Lumbar hernia: clinical analysis of 11 cases. *Hernia*. 2004;8:260-263.