

Hernia lumbar bilateral de Grynfelt Lesshaft: un nuevo reporte

Bilateral lumbar Grynfelt Lesshaft hernia: a new report

Dr. Joaquín Márquez Hernández; Dr. Alejandro Barrabí Díaz; Dr. Bárbaro Agustín Armas Pérez; Dr. Breinier Guillén Pacheco.

Hospital Universitario "Amalia Simoni". Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: de las hernias lumbares, la congénita es la menos frecuente y representa menos del 20 %, entre las adquiridas la menos observada es la espontánea o primaria. Se expone la anatomía de la pared abdominal posterior con sus dos triángulos, inferior de Petit y superior de Grynfelt Lesshaft que dan lugar a hernias lumbares de igual nombre. La hernia lumbar superior es más frecuente que la inferior y se origina en el triángulo superior, es inusual la presencia de hernia bilateral; se actualiza la clasificación, diagnóstico y tratamiento.

Objetivo: exponer lo infrecuente de la hernia Grynfelt Lesshaft, al ser bilateral y tratada por cirugía ambulatoria con anestesia local.

Caso clínico: se reporta el caso de una paciente diagnosticada con hernia primaria espontánea de Grynfelt Lesshaft bilateral y tratada por cirugía ambulatoria con anestesia local.

Conclusiones: debe conocerse la anatomía de esta región y aplicar el tratamiento adecuado, con las distintas variantes técnicas que permitan lograr el éxito terapéutico en esta variedad de hernia.

DeCS: HERNIA ABDOMINAL/CIRUGÍA; MALLAS QUIRÚRGICAS; LAPAROSCOPIA; RESULTADO DEL TRATAMIENTO; INFORMES DE CASOS.

ABSTRACT

Background: among lumbar hernias, congenital one is the less frequent and represents less than 20 %. From the acquired ones, the less observed is the spontaneous or primary. The anatomy of the posterior abdominal wall with its two triangles, inferior of Petit and superior of Grynfelt Lesshaft is presented. Lumbar hernias are named after them. Superior lumbar hernia is more common than the inferior and it originates in the superior triangle. The presence of bilateral hernia is unusual. Classification, diagnosis and treatment are updated.

Objective: to show how infrequent is Grynfelt Lesshaft hernia since it is bilateral and treated with ambulatory surgery with local anaesthesia.

Clinical case: the case of a patient diagnosed with spontaneous primary Grynfelt Lesshaft bilateral hernia is reported and treated with local anaesthesia in ambulatory surgery.

Conclusions: anatomy of this region should be known and the effective treatment with different technical variants that permit to achieve therapeutic success in this type of hernia.

DeCS: HERNIA, ABDOMINAL/SURGERY; SURGICAL MESH; LAPAROSCOPY; TREATMENT OUTCOME; CASE REPORTS.

INTRODUCCIÓN

La hernia lumbar (HL) es un defecto de la pared abdominal posterior que permite la aparición por encima de la cresta ilíaca de grasa pre peritoneal o peritoneo, con o sin contenido visceral. Si es pequeña, el anillo lo forma la fascia toraco lumbar y fibras del oblicuo interno. Los defectos en la pared abdominal lumbar están referidos a dos zonas débiles, el triángulo de Petit (TP) y el de Grynfelt Lesshaft (TGL), si la hernia es grande puede incluir todo un triángulo o ambos.¹⁻³ Es tan infrecuente que Hafner CD, según Moreno Egea A,³ afirmó que un cirujano sólo repararía una en su vida.

La clasificación puede variar, pero se consideran congénitas, traumáticas, incisionales y espontáneas. La mayoría son traumáticas entre ellas la pos incisional; solo del 10 al 20 % son congénitas. La variedad menos frecuente es la espontánea o primaria, que es atribuida a trastornos neurológicos regionales asociados a atrofia muscular. Fue Paul Barbette en 1672, quien primero sugiere su aparición entre la última costilla y la cresta iliaca. En 1731, Croissant de Garengot describió una HL que se redujo durante la necropsia. Fue en 1738 que Hugues Ravaton, señala el éxito quirúrgico al reducir una HL estrangulada en una mujer embarazada.^{1, 3, 4}

El triángulo lumbar inferior lo describió Jean Louis Petit en 1783 y está delimitado por: cresta iliaca, músculos dorsal ancho y oblicuo mayor, el techo lo conforman la piel, el tejido celular subcutáneo y el piso la fascia lumbo dorsal continuada por la aponeurosis de los músculos oblicuo menor y transverso. En el vértice hay un punto débil fisura de Hartmann donde pudiera originarse la hernia de Petit (HP). A diferencia

del triángulo superior, al TP no lo penetran nervios o vasos sanguíneos que alteren su piso y que se consideran un factor causal.¹⁻⁴

En 1866, Joseph Casimir Grynfelt describe el triángulo superior, confirmado por Paul Lesshaft en 1870, 20 años después Mac Ready JF citado por Moreno Egea A,³ propuso, denominarlo TGL por donde aparece la hernia de Grynfelt Lesshaft (HGL), lo que fue aceptado. Este triángulo es delimitado por: los músculos oblicuo menor, cuadrado lumbar del sacro espinal y el serrato posterior, así como la decimosegunda costilla; el piso lo forma la fascia transversalis con fibras del músculo transverso abdominal y el techo por el dorsal ancho.^{1, 3-5}

Según Thorek M, citado por Moreno Egea A,³ las HL pueden: no tener saco peritoneal (extra peritoneal); tener el peritoneo adherido a las vísceras, tipo deslizada o para peritoneal y por último tener saco que redondea al contenido visceral (intra peritoneal). El diagnóstico de HL se basa en el método clínico y se confirma por ultrasonografía y tomografía axial computarizada que suelen ser útiles. Las vías de abordaje quirúrgico son las convencionales, lumbares o abiertas y la vídeo asistida. En la hernia encarcerada aguda debe ser abdominal.^{1, 4-6} Por lo tanto el objetivo de este reporte es exponer lo infrecuente de la hernia Grynfelt Lesshaft, al ser bilateral y tratada por cirugía ambulatoria con anestesia local.

CASO CLÍNICO

Mujer de 69 años de edad, de piel blanca, con buena salud que presenta pérdida de peso en los últimos años sin motivo aparente y que realiza

a diario esfuerzos físicos en el hogar. Le aparece una tumoración lumbar bilateral hace dos años, sin precisar cual lado primero, con lento crecimiento y que al permanecer mucho tiempo de pie y hacer esfuerzos se hacen más evidentes, duelen y se tornan tensas. Remitida de la atención primaria, se diagnostica HL bilateral del TGL, la izquierda mayor de 6 cm de diámetro, la derecha de 5 cm, ambas resultan dolorosas al palpar e intentar reducirlas (figura 1).

Estudios analíticos

Hematológicos y hemoquímicos normales, grupo y Rh 0 positivo. La ultrasonografía confirma el diagnóstico presuntivo, no se considera hacer tomografía. Electrocardiograma y Rayos X de tórax de pie dentro de límites normales. Se obtiene el consentimiento informado de la paciente y sus familiares, para la intervención con la propuesta de realizar la intervención en dos tiempos, con anestesia local y cirugía electiva ambulatoria, de inicio la izquierda que es mayor y luego la derecha.

Breve recuento de ambas intervenciones quirúrgicas

Primera: anestesia local con lidocaína al 1

% (cuatro bulbos) y bupibacaína al 0,5 (un bulbo). Incisión transversa de 7 cm sobre la hernia cuyo contenido es grasa pre peritoneal sin saco, se reseca lipomas donde se utilizaron puntos de catgut cromado 0. Cierre del anillo (3 cm) con cuatro puntos en U de poliéster 1, se aplanó la pared y se hizo plastia con malla protésica prolene, se fijaron con puntos de nylon 000, no se deja drenaje. Tiempo quirúrgico 35 minutos. Se mantuvo una hora en sala de recuperación y luego se le dejó ir al hogar. No complicación precoz ni tardía (figura 2).

Segunda: a los seis meses se repara la derecha de igual forma, solo que esta es de 5 cm y el anillo de dos, es similar a la anterior pero menor, en este caso no se utiliza malla protésica como se había previsto. Tiempo quirúrgico 25 minutos, no drenaje. No complicaciones (figura 3).

En la actualidad la primera hernia lleva 24 meses de operada y la segunda 18, no hay evidencia de recidiva y la enferma está satisfecha. Ambas HL eran del tipo espontáneas y primarias.



Figura 1. Ambas hernias con flechas. Vista posterior



Figura 2. Lipoma herniario lado izquierdo



Figura 3. Lipoma herniario lado derecho

DISCUSIÓN

La HGL es superior y anterior, más frecuente que la HP que es inferior y posterior además, ambas son más frecuentes en adultos mayores de 50 años y en mujeres. La HGL es más observada por ser este triángulo más amplio y presentar en el suelo la entrada de nervios y vasos que lo hace más vulnerable y se consideran factores causales. La hernia congénita es la menos diagnosticada y la adquirida de forma espontánea como el caso reportado, es de las más inusuales sobre todo en la mujer.^{1-3, 6}

Desde la época de Swartz WT citado por Tripoloni DE, et al,¹ se conoce que la pérdida importante de peso es un factor predisponente, confirmado en este reporte que resultó corresponderse con una hernia primaria, así también se señala que ocurre en pacientes con enfermedad respiratoria crónica. Tabares de la Paz LA y Martínez Ordaz JL,² presentan una niña con HL congénita que ocupaba ambos triángulos, operada a los cinco meses de nacida y donde se confirmó el diagnóstico por USG, se operó por el método

abierto, se colocó una malla tipo prolene debajo del anillo, tenía además una agenesia renal de ese lado, los autores se refieren al auge de la cirugía video asistida en ese tipo de tratamiento.

En Cuba, Jaén Oropesa AR, et al,⁴ presentan cinco casos con HGL, entre ellos pacientes ya operados con hernias recidivadas, algunos habían sido tratados con anestesia local, pero sin malla. Rondón Espino JR, et al,⁶ en Bayamo en el año 2002, reportan dos casos con HGL en el sexo masculino y edades sobre los 50 años, donde se utilizó anestesia general oro traqueal sin el uso de malla protésica; no encontraron anillo herniario, pero sí tuvieron buenos resultados, aunque no mencionan el tratamiento endoscópico.

La video laparoscopia se abre paso desde hace años en la cirugía herniaria en general y también en HL, en tal sentido aparecen diversos y recientes reportes donde la utilizan con buenos resultados, incluso con la colocación de bioprótesis con una porción de malla intra peritoneal como en la reparación laparoscópica tipo TAPE.⁷

-10

Mellnick VM, et al,¹¹ en el 2014 presentan su serie de 21 casos de HL traumática que aunque las consideran raras, pueden lesionar la pared abdominal, el intestino y mesenterio. Se señaló el valor de la tomografía, USG y radiología en el diagnóstico y donde el 52 % tuvo lesión de intestino y mesenterio. Se insiste en distintos reportes sobre la profilaxis antibiótica y la técnica cuidadosa y segura, con vistas a reducir la tasa de infección en estos procedimientos quirúrgicos.¹²⁻¹⁴

En los últimos años, se han diagnosticado y reparado por vía endoscópica HL aparecidas posterior a la utilización de colgajos musculares del dorsal ancho para la cirugía estética, luego de la mastectomía en cáncer de mama, que se utiliza malla de politetra flour etilene (PTFE).^{13,}
¹⁵ Se reporta el uso de prótesis sintética en hernias abdominales, incluso luego de resección colo rectal, como señala El Gassaz GH, et al.¹⁶

La cirugía convencional ha demostrado su utilidad y vigencia en HL,¹⁷ la utilización de

refuerzo protésico con mallas diversas y la cirugía video asistida en tales circunstancias, son una realidad evidente y se deben incorporar donde sea posible, ya que ofrecen ventajas a los enfermos con hernias por encima de la cresta iliaca, como señalan Yurcisin BM et al,¹⁸ pero no son los únicos que abogan por este proceder.^{19,}
²⁰

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico abierto ha demostrado beneficios; el refuerzo protésico con mallas sintéticas y la cirugía video asistida, mantienen una tendencia ascendente y se deben utilizar donde existan condiciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tripoloni DE, Rico J, Huerta JE. Hernias poco frecuentes. Enciclopedia Médica Americana. Cir Dig. 2007;138(1):1-9.
2. Tavares de la Paz LA, Martínez Ordaz JL. Hernia lumbar. Informe de un caso y revisión de la literatura. Cir Ciruj. Set-Oct 2007;75:381-4.
3. Moreno Egea A. Clasificación de Moreno Egea en hernias lumbares. Arch Surg. 2007;142:82-8.
4. Jaén Oropesa AR, Goderich Lalán JM, Ojeda López LA. Hernia de Grynfeldt: nuestra experiencia con reparación protésica. Rev Latinoam Cir. Ene-Dic 2013;3(1):29-31.
5. Zhou N, Nve JO, Chen G. Lumbar hernia: clinical analysis of 11 cases. Hernia. 2004 Aug;8(3):260-3.
6. Rondón Espino JR, Fernández Larrea-Silva R, Gómez Trinchet A, Aguilar Domínguez LC. Hernia lumbar de Grynfeldt-Lesshaft. A propósito de 2 casos. Rev Cubana Cir. May-Ago 2002;41(2):124-8.
7. Sun J, Chen X, Li J, Zhang Y, Dong F, Zheng M. Implementation of the trans-abdominal partial extra-peritoneal (TAPE) technique in laparoscopic lumbar hernia repair. BMC Surgery. 2015 Dec;15:118-22.

8. Light D, Griffin M, Srivastava K, Danelli P, Ballerini A, Leone N, et al. Rare and special cases. *Hernia*. 2015;19(Suppl 1):S19-24.
9. Frueh FS, Vuille dit Bille RN, Raptis DA, Notter H, Muff BS. Perforated sigmoid diverticulitis in a lumbar hernia after iliac crest bone graft - a case report. *BMC Surgery*. 2014 Dec;14(46):14-26.
10. Suárez S, Hernández JD: Laparoscopic repair of lumbar hernia: report of a case and extensive review of the literature. *Surg Endosc*. 2013 Sep;27(9):3421-9.
11. Mellnick VM, Raptis C, Lonsford C, Lin M, Schuerer D. Traumatic lumbar hernias: do patient or hernia characteristics predict bowel or mesenteric injury? *Emergency Radiology*. 2014 Jun;21(3):239-43.
12. Molina Fernández EJ, Paz Mora O de la, Arias Larios L, García Sierra JC, Tamayo Gandol Y. Infecciones en cirugía herniaria bioprotésica. *Rev Cubana Cir*. 2014;53(4):415-9.
13. Fraser SM, Fatayer H, Achuthan R. Lumbar herniation following extended autologous latissimus dorsi breast reconstruction. *BMC Surg*. 2013 Jan;13:10-6.
14. López Cano M, Pereira JA, Lozoya R, Feliu X, Villalobos R, Navarro S, et al. Prebious trial: a multicenter randomized controlled trial of Preventive midline laparotomy closure with a Bioabsorbable mesh for the prevention of incisional hernia: rationale and design. *Contemp Clin Trials*. 2014 Abr;39(2):335-41.
15. Obregón L, Ruiz Castilla M, Binimelis MM, Guinot A, García V, Puig O, et al. Laparoscopic repair of non-complicated lumbar hernia secondary to a latissimus dorsi flap. *J Plastic Reconst Aesth Surg*. 2014;67(3):407-10.
16. El-Gazzaz GH, Farag SH, El-Sayd MA, Mohamed HH. The use of synthetic mesh in patients undergoing ventral hernia repair during colorectal resection: risk of infection and recurrence. *Asian J Surg*. 2012 Oct;35(4):149-53.
17. Cavallaro G, Sadighi A, Miceli M, Burza A, Carbone G, Cavallaro A. Primary lumbar hernia repair: the open approach. *Eur Surg Res*. 2007;39(2):88-92.
18. Yurcisin BM, Myers CJ, Stahlfeld KR, Means JR. Laparoscopic hernia repair following iliac crest harvest. *Hernia*. 2010;14(1):93-6.
19. Coccolini F, Agresta F, Bassi A, Catena F, Crovella F, Ferrara R, et al. Italian Biological Prosthesis Work-Group (IBPWG): proposal for a decisional model in using biological prosthesis. *World J Emerg Surg*. 2012;7(1):34.
20. Mayagoitia González JC, Guillén Contreras JM, Díaz-Chávez EP. Hernias lumbares de la pared abdominal. En: Mayagoitia G, editor. *Hernias de la pared abdominal Tratamiento actual*. 2da ed. México: Alfil; 2009. p. 475-85.

Recibido: 29 de enero de 2016

Aprobado: 31 de mayo de 2016

Dr. Joaquín Márquez Hernández. Especialista de Cirugía General. Hospital Universitario "Amalia Simoni". Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.