

Hospital General Provincial Docente "Carlos Manuel de Céspedes"
Bayamo, Granma

HERNIA LUMBAR DE GRYNFELT-LESSHAFT. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Dr. Jesús Alberto Rondón Espino,¹ Dr. Ramón Fernández Larrea Silva,² Dra. Alina Gómez Trinchet³ y Dr. Luis Carlos Aguilar Domínguez³

RESUMEN

Las hernias lumbares son sumamente raras, y se reportan en pocas ocasiones. Las hernias que se producen a través del espacio lumbar superior o de Grynfelt-Lesshaft, por ser éste más constante y de mayor tamaño, suelen aparecer con más frecuencia que las que se producen a través del triángulo de Petit. Se reportan 2 pacientes diagnosticados y tratados quirúrgicamente a causa de esta afección.

DeCS: DESPLAZAMIENTO DEL DISCO INTERVERTEBRAL/cirugía; DESPLAZAMIENTO DEL DISCO INTERVERTEBRAL/diagnóstico; VERTEBRAS LUMBARES/lesiones.

Se denominan hernias lumbares a las que se desarrollan en la región comprendida entre la XII costilla y la cresta ilíaca, más específicamente a través de los espacios de Grynfelt o de los triángulos de Petit.¹

Fue *Barbette*, en 1672, el primero en sugerir que podían ocurrir hernias en esta área.² En 1731 *Garangeto* describió una hernia de este tipo, que se redujo en la necropsia. En 1750, *Ravatón* refirió la reducción de una hernia estrangulada, en esta área en una mujer embarazada;² *Petit*, en 1783, lo hizo con una hernia a través de la región lumbar baja y todas las hernias lumbares fueron conocidas como "hernia de Petit",

hasta 1866 cuando Grynfelt describe «un triángulo lumbar superior: triángulo de Grynfelt o rombo de Lesshaft». ^{2,3}

Estas son por lo general hernias raras, por lo cual consideramos de interés el reporte de 2 casos, diagnosticados y tratados quirúrgicamente en nuestra institución.

REPORTE DE CASOS

CASO 1

Paciente masculino, de 43 años de edad, blanco y de procedencia urbana.

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente.

² Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

³ Especialista de I Grado en Cirugía General.

Antecedentes patológicos personales (APP) y familiares (APF) negativos.

Hábitos tóxicos: café más bebidas alcohólicas y fuma cigarrillos (\pm 20 al día).

Actividad laboral moderada, sin grandes esfuerzos físicos.

Motivo de consulta (MC): aumento de volumen en el lado izquierdo de la espalda, por debajo de las costillas, la cual se hace más evidente cuando el paciente se ríe, tose, puja o realiza ejercicios físicos. No se queja de dolor.

Al examen físico (EF) se comprueba la existencia de un tumor de 5 x 3 x 2 cm en la región lumbar izquierda, en la parte superior, blando, de presilla y reductible, que aumenta de volumen con la maniobra de Valsalva; no se observa adherido a planos, no se muestra doloroso y sin signos flogísticos. No sopla, pulsa ni late (figs. 1 a y b). Se plantea el diagnóstico de hernia lumbar alta (de Grynfelt-Lesshaft). El chequeo preoperatorio fue normal.

Se interviene quirúrgicamente, y se utiliza anestesia general orotraqueal; se le practica incisión transversal de lumbotomía sobre el tumor, donde se comprueba un pequeño anillo herniario (1 cm) por el que protuye el tumor herniario, constituido por grasa properitoneal (lipoma preherniario). No se halló saco herniario. Se redujo el contenido y se cerró el anillo fascial aproximando sus bordes con puntos independientes con Dexón No.1. Luego se reforzó el primer plano al suturar el músculo oblicuo menor al serrato posteroinferior (por detrás) y al periostio de la duodécima costilla (por delante). La piel se suturó con seda 3/0. No se dejó drenaje.

La evolución posoperatoria fue buena; el paciente egresó a los 2 días. Se ha seguido en consulta externa durante 6 años, sin demostrarse recidiva.



FIG. 1 a y b. Se aprecia el tumor herniario en la zona del rombo de Grynfelt-Lesshaft (caso 1).

CASO 2

Paciente masculino, de 69 años de edad, negro y de procedencia rural. APP y APF negativos. Hábitos tóxicos: café-tabaco.

Actividad física moderada, sin grandes esfuerzos.

MC: Aumento de volumen en lado izquierdo de la espalda, por debajo de las costillas, la cual se hace más evidente con los esfuerzos físicos. No se queja de dolor.

EF: Presenta tumor de ± 2 cm en la región lumbar izquierda, en su parte superior, blando, depresible, reductible, que aumenta de volumen con maniobra de Valsalva, no adherido a planos, no dolorosos (fig. 2).

Se plantea el diagnóstico de hernia lumbar (de Grynfelt-Lesshaft). El chequeo preoperatorio fue normal. Fue visto en consulta de riesgo quirúrgico y no se le encontraron alteraciones.



FIG. 2. Se aprecia el tumor herniario en el caso 2.

Se interviene quirúrgicamente, con anestesia general orotraqueal; se práctica incisión de lumbotomía transversal sobre el tumor, y se le detecta pequeño anillo herniario (1,5 cm) por el cual protruye tumor herniario formado por grasa properitoneal (figs. 3 a y 3 b). No se encontró saco herniario. Después de reducir el contenido, se cerró el defecto fascial con puntos independientes de Dexón No. 1 y también se reforzó con un segundo plano al suturar el músculo oblicuo menor al músculo serrado posteroinferior (por detrás) y al periostio de la duodécima costilla (por delante). Se cerró la piel con poliamide 3/0, sin dejar drenaje. La evolución posoperatoria fue buena, y el enfermo egresó a los 4 días. Ha sido seguido durante 5 años, sin reportarse recidiva.



FIG. 3 a. Se aprecia el contenido herniario, formado por la grasa properitoneal (linfoma preherniario), en el caso 2.



FIG. 3 b. Se muestra el anillo herniario, después de reducir el contenido y antes de reparar el defecto (caso 2).

DISCUSIÓN

Las hernias lumbares son sumamente raras y se reportan en pocas ocasiones.¹⁻⁵

El espacio de Grynfelt-Lesshaft, por ser más constante y de mayor tamaño, suele ser más afectado que el espacio de Petit. El espacio de Grynfelt-Lesshaft puede ser triangular o más frecuentemente en forma de cuadrilátero, y está limitado por arriba y detrás por el músculo serrato poste-roinferior; por arriba y delante por la duodécima costilla, por debajo y delante por el músculo oblicuo menor y por debajo y medialmente por el músculo cuadrado lumbar.^{1,2} Las hernias que se producen a través de este espacio se conocen como hernias de Grynfelt-Lesshaft.^{1,2}

Se ha invocado un origen congénito, a causa de anomalías musculares, en cuyo caso suelen ser dobles,¹ aunque también pueden ser adquiridas (posquirúrgicas, postraumáticas, espontáneas, iatrógenas, etc).^{4,6} Se ha señalado que la debilidad y atrofas musculares producidas por la edad, los esfuerzos (constipación, partos, tos, etc.) y los ejer-

cicios violentos (levantar pesos, caídas, etc.) también pueden favorecer su desarrollo.¹ Se ha reportado su mayor frecuencia en el sexo masculino, en proporción de 3:1.¹

Las hernias lumbares se presentan invariablemente como un abombamiento en el área afectada, habitualmente blando y reductible. Se ha señalado además el dolor en la espalda, síntomas digestivos reflejos, dispepsia, náuseas, constipación y otros.^{1,2,5} En ocasiones pueden presentarse como un cuadro de oclusión intestinal mecánica.⁴ El diagnóstico en su presentación clásica suele ser fácil.¹⁻³

No se ha señalado predilección por uno de los hemicuerpos.¹⁻⁶

La anatomía de estas hernias hace que sean difíciles de tratar.⁴ Por otra parte, en muchas ocasiones no se reparan hasta que han llegado a alcanzar un tamaño.²

Generalmente se prefiere el abordaje por vía posterior (lumbotomía);^{1-3,5} no obstante, se debe recordar que si se sospecha una complicación (estrangulación) está indicado el abordaje por vía anterior, que facilitaría la exploración de las vísceras que forman el contenido del saco.⁴

Las hernias de Grynfelt-Lesshaft suelen estar constituidas por anillos herniarios pequeños, cuyo contenido suele ser la grasa perititoneal (lipoma preherniario); aunque se ha descrito que en las grandes hernias puede existir saco peritoneal, por lo general de cuello amplio, lo cual hace poco frecuente la estrangulación en este tipo de hernia.^{1,5}

La reparación clásica, descrita por Dowd en 1907,³ o sus modificaciones, involucran la identificación del defecto fascial y el cierre primario por aproximación de sus bordes, así como la aproximación del músculo oblicuo mayor a la fascia del músculo dorsal ancho.² Este cierre se refuerza al llevar hacia arriba un colgajo de fascia lata y aponeurosis del músculo glúteo mayor.

Nosotros hemos preferido cerrar el defecto fascial y reformarlo luego con un segundo plano, en el cual suturamos el músculo oblicuo menor al músculo serrato posteroinferior (por detrás) y al posterior

de la duodécima costilla (por delante): variante de la técnica propuesta, en 1944, por el profesor Presno Albarrán.⁷

En casos de grandes defectos herniarios, será necesario recurrir a plastias musculares y aponeuróticas, como por ejemplo las técnicas recomendadas por Dowd, Kuester, Rishmiller, Hancock y Koontz;⁸ o al empleo de materiales protésicos (fascia lata, duramadre mallas de mersilene, dacrón, goretex, dexón, etc.), para corregir el defecto y reforzar el cierre de éste, o ambos.^{1,3,5,8}

Por la amplia disección subcutánea, requerida en ocasiones, puede ser necesario el empleo de drenaje, lo cual no fue necesario en nuestros casos.

Las recidivas, después de la reparación de estas hernias, han sido reportadas con cierta frecuencia (alrededor del 5 %).² Hasta la fecha, con un seguimiento de 6 y 5 años, respectivamente, no hemos tenido esa complicación.

SUMMARY

Lumbar hernias are extremely -+rare and they are occasionally reported. The hernias occurred through the superior lumbar space or triangle of Grynfeltt-Lesshaft, which is more constant and larger, appear more often than those developed through the lumbar triangle of Petit. 2 patients who were diagnosed and surgically treated due to this affection are reported.

Subject headings: INTERVERTEBRAL DISK DISPLACEMENT/surgery; INTERVERTEBRAL DISK DISPLACEMENT/diagnosis; LUMBAR VERTEBRAE/injuries.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo de autores. Hernias abdominales. *En:* Cirugía. La Habana: Científico-Técnica, 1985; t 3:68-70.
2. Griffin WD. Hernias extrainguinales de la pared abdominal. *En:* Hardy JD. Tratado de patología quirúrgica. (S/L): Editorial Médica Panamericana, 1985:1074-83.
3. Igarzabal JE. Hernias lumbares. *En:* Nuevo tratado de patología quirúrgica. Buenos Aires: Librería Hachette, 1955; t 4:357.
4. Martínez Tapia G, Andova AM. Hernias lumbares complicadas. Presentación de dos casos. *Rev Cubana Cir* 1987;26(3):347-50.
5. Nyhus LM, Bobeck T. Hernias. *En:* Sabiston DC jr. Tratado de patología quirúrgica. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica. 1985; t 1, vol 1: 1344.
6. Espósito TJ, Fedorak J. Traumatic lumbar hernia. A case report and literature review. *J Trauma* 1994;37(1):123-6.
7. Presno Albarrán JA. Contribución al estudio de la hernia lumbar. *La Habana: Rev Med Cir* 1944;49(2):55.
8. Koontz AR. An operation for massive incisional lumbar hernia. *Surg Gynecol Obstet* 1955;101:119.

Recibido: 15 de agosto de 2000. Aprobado: 11 de diciembre de 2000.

Dr. *Jesús Alberto Rondón Espino*. Céspedes No. 109, entre Saco y Figueredo, barrio San Juan, municipio Bayamo, Granma, Cuba.