

## Hernia lumbar del espacio de *Grynfelt*. A propósito de un caso

Lumbar hernia of the Grynfelt space. Apropos of a case

Dr. Luis Rolando García Méndez<sup>1\*</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-2572-8930>

<sup>1</sup> Hospital Docente Iluminado Rodríguez. Matanzas, Cuba.

\* Autor para la correspondencia: [garciamendezluisr@gmail.com](mailto:garciamendezluisr@gmail.com)

### RESUMEN

La hernia lumbar del espacio de *Grynfelt*, pese a que es la más frecuente de los dos tipos de hernias lumbares, es un defecto raro de la pared abdominal posterior. Su diagnóstico se hace difícil por su relativa poca frecuencia. Los médicos no piensan seriamente en esta variedad de hernia, aunque constituye una patología en la que el diagnóstico, al igual que el resto de las hernias de la pared abdominal, es esencialmente clínico. Se presentó un caso tipo de hernia poco frecuente. Una paciente de 32 años con antecedentes de salud, que hacía 3 meses comenzó a quejarse de dolor en la región lumbar y notó la presencia de una masa pequeña en esa misma región. Acudió a la consulta de Cirugía por este motivo y posterior a los estudios correspondientes se le realizó hernioplastia lumbar.

**Palabras clave:** hernia del espacio de *Grynfelt*; cirugía; hernia abdominal.

### ABSTRACT

Lumbar hernia of the Grynfelt space, although it is the most frequent of the two kinds of lumbar hernias, is a rare posterior abdominal wall defect. Its diagnosis is difficult

because of its low frequency. Doctors do not think about this illness because it is very infrequent, though it is a disease that, like the rest of abdominal wall hernia, is mainly clinically diagnosed. The authors presented a typically infrequent case of hernia. A female patient, aged 32 years, with health antecedents, referred that three months ago she began to feel pain in the lumbar region and noticed the presence of a little mass in that region. For that reason she assisted the consultation of Surgery and, after being correspondently studied, she underwent a lumbar hernioplasty.

**Key words:** hernia of the Grynfelt space; surgery; abdominal hernia.

Recibido: 23/05/2017.

Aceptado: 20/02/2020.

## INTRODUCCIÓN

Se denomina hernia abdominal externa a la protrusión anormal de uno o más de los órganos que contiene esta cavidad, o de una parte de ellos a través de orificios congénitos o adquiridos de las capas musculo fascio-aponeuróticas de la pared abdominopelvica. Puede llegar a perder la capacidad de reintegrarlos a su lugar habitual.<sup>(1)</sup>

Las hernias lumbares se conocen desde 1672, cuando *Barbette* sugirió su existencia. Se confirmó en 1731, cuando De *Garengeot* describió la reducción de una hernia lumbar durante la realización de una autopsia. 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.

*Hafner* llegó a afirmar que un cirujano tan solo tendría la oportunidad de reparar un caso de este tipo de hernia durante toda su vida profesional.<sup>(2)</sup>

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.<sup>(3)</sup>

Las hernias del espacio de *Grynfelt* son hernias a través del triángulo lumbar superior. Es la mayor y más frecuente de las hernias lumbares. Se produce en la parte más alta de la región lumbar y su forma puede ser cuadrangular o triangular, de acuerdo con el número y disposición de los bordes musculares que lo limitan.

Según Testut sus límites son: por delante y arriba, el borde inferior de la XII costilla; por arriba y detrás, el músculo serrato menor inferior; por debajo y delante, el músculo oblicuo menor; y por detrás, el borde de los músculos espinales o el músculo cuadrado lumbar, según la amplitud de este músculo. De esta forma se constituye un cuadrilátero. Pero, cuando la XII costilla es muy corta o los músculos serrato y oblicuo menor la cubren, ella no forma parte de los límites del espacio, el cual queda reducido a un triángulo, por lo que es preferible denominar a esta zona espacio de *Grynfelt*, para no tener que precisar su forma. El fondo de este espacio está constituido por la fascia lumbodorsal, cruzada por el nervio abdominogenital mayor y los vasos lumbares, y está cubierto por los músculos dorsal ancho y oblicuo mayor. Existen distintos tipos de tipos de hernias lumbares.<sup>(4)</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 32 años, con antecedentes de salud. Refirió que desde hacía 3 meses comenzó a quejarse de dolor en la región lumbar izquierda y notó la presencia de una masa pequeña en esa misma región; por tal motivo decidió acudir a la consulta de Cirugía.

Datos positivos al interrogatorio: presencia de pequeña masa desde hace varios meses, indolora, que aumenta con el ejercicio o la tos y que mejoraba con el reposo.

Datos positivos al examen físico: se evidenció a la palpación de la región afectada, un discreto aumento de volumen que se hizo evidente con las maniobras de Valsalva reductible, así como la presencia de un anillo herniario. (Fig. 1)

Exámenes complementarios: Hb: 112 g/L, coagulograma: tiempo de sangramiento 1 min, tiempo de coagulación 8 min, conteo de plaquetas  $291 \times 10^9/L$ ; glicemia: 4,8 mmol/L; creatinina: 102 mmol/L; grupo sanguíneo y factor Rh: A positivo; EKG: sin alteraciones, radiografía simple de tórax postero-anterior: sin alteraciones.

Se decidió aplicar tratamiento quirúrgico.



**Fig. 1.** Región afectada y presencia de un anillo herniario.

Descripción del acto operatorio: paciente en decúbito lateral derecho, asepsia y antisepsia con agua, jabón y alcohol yodado. Se colocaron campos estériles. Se realizó una incisión oblicua. Se localizó el saco herniario en el espacio de *Grynfelt*. Encontrado el saco, se procedió a su abertura hallándose en su interior epiplón; por lo que se estaba en presencia de un epiplocele. Posteriormente el saco fue ligado y resecao. Se realizó reconstrucción anatómica de la pared mediante malla de polipropileno colocada preperitonealmente a puntos separados. Se realizó hemostasia, se cerró por planos, sutura piel con nylon 2-0. (Fig. 2 y 3).

Se utilizó cefazolina 1g 1Bb EV profilácticamente  $\frac{1}{2}$  h antes de la intervención quirúrgica.



**Fig. 2.** Imagen que muestra el saco encontrado durante el acto operatorio.



**Fig. 3.** Muestra el anillo herniario durante el acto quirúrgico.

Posoperatorio inmediato: el paciente evolucionó satisfactoriamente y fue egresado al recuperarse de la anestesia.

## DISCUSIÓN

Según la experiencia de los cirujanos las hernias de la pared abdominal, constituyen una enfermedad cuyo diagnóstico es esencialmente clínico.<sup>(5)</sup>

Las hernias lumbares son defectos muy raros de la pared abdominal, pues representan el 2 % de todas las hernias de la pared. Estas 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, Lasgait o Larrey*), en el triángulo inferior (hernia de *Petit* o hernia suprailíaca o iliolumbar de *Hoguiet*) o difusas (postoperatorias o traumáticas).<sup>(6)</sup>

Hay aproximadamente, 300 casos informados en la literatura inglesa desde que su primera descripción por *Barbette*, en 1672. La anatomía del triángulo lumbar inferior y superior se informó por *Petit y Grynfelt* en 1783 y 1866, respectivamente.<sup>(7)</sup>

La forma de presentación de las hernias lumbares es muy variable. Suelen ser asintomáticas, pero pueden producir una molestia o dolor asociado 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. Esta 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, pero sin duda la planificación de la técnica quirúrgica es mucho mejor con una tomografía. En este caso, el paciente tratado se presentaba de forma asintomática con la presencia de una masa palpable en la región lumbar. No se realizaron otros estudios como ecografía o tomografía abdominal, porque durante el examen físico se presentaba una masa palpable que aumentaba con las maniobras de Valsalva y cuando se procedió a la palpación de la zona se encontró la presencia de un anillo herniario.<sup>(8)</sup>

En un estudio de autores cubanos, miembros de la Sociedad Cubana de Cirugía, en su artículo *Hernia de Grynfelt: nuestra experiencia con reparación protésica*, exponen el estudio de cinco pacientes con hernia lumbar y se confirma el diagnóstico de hernia de *Grynfelt*, los que fueron operados en este periodo y llevaron seguimiento hasta septiembre del 2006. Pertenecían todos al sexo femenino y entre 50 y 65 años de edad. No existe coincidencia con el caso que se presenta, ya que era del sexo masculino y q contaba en el momento del acto quirúrgico con 32 años de edad.<sup>(9)</sup>

Referido al proceder, generalmente se prefiere el abordaje por vía posterior (lumbotomía), con el cual los autores coincidieron que era el más adecuado.<sup>(10)</sup>

En la actualidad no es discutible en cuanto a si se debe de ofrecer a estos pacientes una reparación con técnicas libres de tensión. Para lo que se ha descrito el acceso abierto, ya sea a través del mismo defecto o en forma indirecta; se llega al defecto por un acceso anterior. Tiene como ventaja iniciar la cirugía lejos de cicatrices, materiales protésicos y/o suturas de cirugías previas que dificulten una adecuada disección. En todos los casos se deberá colocar un segmento grande de malla en el espacio preperitoneal. Actualmente es el polipropileno ligero, en cualquiera de sus variedades, la mejor opción.<sup>(11)</sup>

En este caso se procedió por el acceso abierto y a través del mismo defecto con la colocación de material protésico, una malla de polipropileno en el espacio preperitoneal.

En la última década, la laparoscopia ha ganado campo y se han realizado reparaciones exitosas con este abordaje, colocando una malla de material no absorbible en el espacio preperitoneal de forma transabdominal. Así se expone un hallazgo con una hernia lumbar postraumática y otro con un paciente obeso con hernia lumbar adquirida. Son informes de casos aislados utilizando técnicas de reparación quirúrgica, muy similares (en uno de ellos con colocación de malla en forma de "cono"). Todos resultados igualmente satisfactorios. En el caso presentado se optó por la cirugía convencional ambulatoria, sobre todo por la ausencia de este servicio en el centro hospitalario "Iluminado Rodríguez".<sup>(12,13)</sup>

Las recidivas, después de la reparación de estas hernias, han sido reportadas con cierta frecuencia, alrededor de un 5 %.<sup>(14)</sup> El paciente estudiado con un seguimiento de un año no ha mostrado hasta la fecha ningún tipo de complicación.

La hernia lumbar es una entidad poco frecuente reportada en los casos de cirugía, sobre todo los publicados en la *Revista Cubana de Cirugía*. Su diagnóstico se basa fundamentalmente en la clínica y en la exploración física. Aunque, la utilización de técnicas imagenológicas ayudan a ofrecer un diagnóstico más certero, así como una opción terapéutica más racional. La introducción de las mallas protésicas, como en otras cirugías de hernias, ha permitido una reparación más segura y una disminución del índice de recidiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abraham Arap JF, Mederos Curbelo ON, Garcia Gutierrez A. Características generales de las hernias abdominales externas. En: Pardo Gomez G, Garcia Gutierrez A, et al. Temas de Cirugía[Internet]. La Habana. Ciencias Médicas; 2011[citado 22/0417]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/temas\\_cirurgia2/temas\\_cirurgia2\\_completo.pdf/](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/temas_cirurgia2/temas_cirurgia2_completo.pdf/)

2. González Rodríguez FV, Paulos Gómez A, López M, et al. Hernia de Grynfelt. Discusión y manejo. Rev Hispanoamericana de Hernia[Internet]. 2014[citado 22/0417]; 2(2):63-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-hispanoamericana-hernia-357-articulo-hernia-grynfelt-discusion-manejo-S2255267714000024/>
3. Díaz-Chávez EP, Medina-Chávez JL, Prieto DS. Grynfelt hernia. Hernia. 2000;4:159-61.
4. Abraham Arap JF. Capítulo 2. Aspectos clínicos de las hernias de la pared abdominal: Tema 6. Características generales de las hernias abdominales externas[Internet]. En: Cirugía de las hernias de la pared abdominal. La Habana: Ciencias Médicas; 2010 [citado 22/0417]. p 87-90.Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/cirugia\\_hernias/cirugia\\_hernias\\_completo.pdf/](http://www.bvs.sld.cu/libros/cirugia_hernias/cirugia_hernias_completo.pdf/)
5. Merello Lardies JM, Napoli ED. Pared abdominal. Hernias y eventraciones. En: Ferraina P, Oria A. Cirugia de Michigans[Internet]. 5ta ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2002[citado 22/04/17]. p. 417-19. Disponible en: [https://www.academia.edu/32352182/Cirug%C3%ADa\\_de\\_michans\\_5ta\\_ed\\_2002\\_optimizado\\_copia/](https://www.academia.edu/32352182/Cirug%C3%ADa_de_michans_5ta_ed_2002_optimizado_copia/)
6. Le Neel JC, Sartre JY, Borde L, et al. Lumbar hernias in adults. A propos of 4 cases and review of the literature. J Chir (Paris). 1993 Oct; 130(10):397-402. Citado en PubMed; PMID: 8276908.
7. Heniford BT, Iannitti DA, Gagner M. Laparoscopic inferior and superior lumbar hernia repair. Arch Surg. 1997 Oct; 132(10): 1141-4. Citado en PubMed; PMID: 9336516.
8. Cavallaro G, Sadighi A, Miceli M, et al. Primary lumbar hernia repair: The open approach. Eur Surg Res. 2007;39(2):88-92. Citado en PubMed; PMID: 17283432.
9. Jaén Oropeza AR, Goderich Lalán JM, Ojeda López LA. Hernia de Grynfelt: nuestra experiencia con reparación protésica. Rev Latinoamericana de Cirugía[Internet]. 2013 Ene-Dic[citado 22/0417]; 3(1) . Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/felac/fl-2013/fl131h.pdf/>
10. Nyhus LM, Bobeck T. Hernias. En: Sabiston DC jr. Tratado de patología quirúrgica. Tomo 1. vol 1. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica. 1985. p.1344.
11. Mayagoitia González JC, Cisneros Muñoz HA, Álvarez Quintero R, et al. Manejo de las hernias lumbares de la pared abdominal. Seguimiento a mediano y largo plazo de sus resultados. Centro Especializado en el Tratamiento de Hernias, León, Gto. México. Cirujano General[Internet]. 2008[citado 22/0417]; 30(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2008/cg084d.pdf/>
12. Lau H, Lee F. Mesh plug hernioplasty of superior lumbar hernia. Ann Coll Surg Hong Kong[Internet]. 2006[citado 22/0417]; 1:25-27. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1442-2034.2002.00123.x/>
13. Arca MJ, Heniford BT, Pokorny R, et al. Laparoscopic repair of lumbar hernias. J Am Coll Surg 1998; 187(2): 147-52.



14. Griffin WD. Hernias extrainguinales de la pared. En: Hardy JD. Tratado de patología quirúrgica. EE UU: Editorial Medica Panamericana; 1985. p.1074-83.

### **Conflicto de Intereses**

El autor declara no tener conflictos de intereses.

### **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

García Méndez LR. Hernia lumbar del espacio de Grynfelt. A propósito de un caso. Hospital "Comandante Faustino Pérez". Rev Méd Electrón [Internet]. 2020 May.-Jun. [citado:            fecha            de            acceso];42(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2376/4830>