



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-460 - HERNIA DE GRYNFELT. A PROPÓSITO DE UN CASO

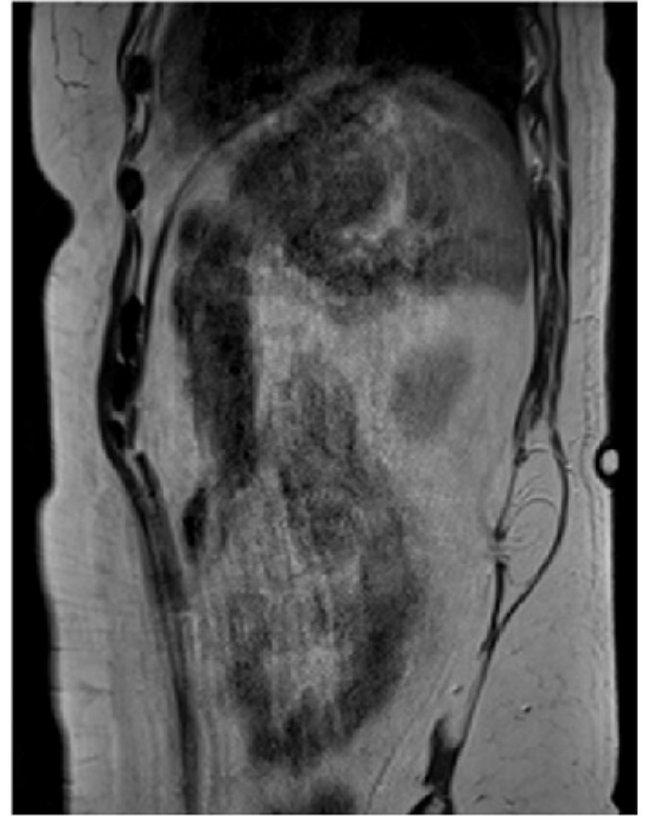
Fernández Fernández, Pedro Vicente; Carrasco Prats, Milagros; Abellán Rosique, Beatriz; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: Las hernias lumbares fueron descritas por de Garengéot en 1731. Son muy infrecuentes (1,5-2% de las hernias abdominales). Suelen localizarse en el triángulo lumbar superior izquierdo produciendo la hernia de Grynfelt.

Caso clínico: Mujer de 59 años, sin antecedentes, con un IMC de 24 que presentaba tumoración lumbar izquierda al Valsalva y en flexión ventral, que desaparecía en decúbito supino (tipo A según clasificación de Moreno-Egea), ocasionándole molestias de meses de evolución. Se realizó ecografía, TC y RMN compatibles con herniación grasa a través de defecto parietal posterolateral izquierdo, de 2,8 cm desde L2 a L4. Se intervino de forma programada, en decúbito lateral derecho, incisión lumbotomía, se halló el saco que contenía grasa preperitoneal con anillo de 2 cm. Tras su reducción se procedió al cierre del defecto y se colocó malla plana titanizada macroporosa en posición retromuscular. La paciente fue alta a las 24 horas. En revisiones se realizó RMN siendo satisfactoria.



Discusión: El triángulo lumbar viene limitado a nivel superior por la última costilla, cresta iliaca como límite inferior, oblicuo externo anteriormente y el erector de la columna a nivel posterior. Dicho triángulo a su vez, queda dividido en dos, el espacio de Grynfelt (superior) y el de Petit (inferior). El triángulo de Grynfelt se define entre el erector de la columna como límite posterior, la duodécima costilla, aponeurosis del musculo transverso como suelo y el dorsal ancho como techo. Las hernias lumbares se pueden dividir según su origen en congénitas (10-20%) o adquiridas (80-90%); en espontáneas o traumáticas (25% del total) y postoperatorias o incisionales (50%). La zona más frecuente de las hernia lumbares es el triangulo de Grynfelt, suelen ser unilaterales y ocurrir entre la 5ª-6ª década de vida. Su expresión clínica es muy diversa, desde asintomáticas o apenas molestias hasta producir la incarceration de su contenido (lo que ocurre en el 9% de los casos). Su diagnóstico es clínico, como masa palpable lumbar reductible en función de su contenido o incarceration. Se puede confirmar el diagnóstico así como ayudar en el diferencial (como hematomas o abscesos) mediante pruebas de imagen como TC o RMN. La ecografía puede ser de utilidad. Se recomienda el tratamiento precoz de dichas hernias, su abordaje puede ser anterior mediante lumbotomía o laparoscópico pudiéndose realizar transabdominal o extraperitoneal. En cualquier caso, debido a la rareza de esta hernia, la experiencia es muy escasa. Para los defectos pequeños con contenido extraperitoneal (tipo A de Moreno-Egea), se recomienda hernioplastia anterior, como en nuestro caso. En defectos moderados con contenido intraperitoneal (tipo B), se puede contemplar la via laparoscópica transabdominal. Si se tratase de recidivas o superiores a 10 cm (tipo C) se recomienda plastia anterior. Debido a su escasa frecuencia y dificultad diagnóstica, se precisa de un alta índice de sospecha para su correcto manejo. El único tratamiento es el quirúrgico, con malla sintética sin tensión, consiguiendo bajo índice de recurrencia.