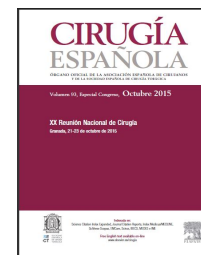




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-471 - Hernia lumbar superior adquirida espontánea: Hernia de Grynfelt-Lesshaft

García Calleja, José Luis; Blas Laina, Juan Luis; Fernando Trebolle, José; Ferrer Sotelo, Rocío; Valero Sabater, Mónica; Borlan Ansón, Sofía; Gonzalvo González, Elena; Fatás Cabeza, José Antonio

Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

Resumen

Introducción: La hernia lumbar es un defecto de la pared abdominal posterior. El espacio lumbar contiene dos zonas débiles, bien definidas, por donde se producen las hernias. Triángulo lumbar superior o triángulo de Grynfelt-Lesshaft. Tiene forma invertida limitado en su base por la 12^a costilla y borde inferior del músculo serrato posteroinferior. En su lado posterior el músculo sacroespinal y el anterior el músculo oblicuo interno. Su techo el oblicuo externo y el dorsal ancho y el suelo la fascia transversalis y la aponeurosis del músculo transverso. Triángulo lumbar inferior o triángulo de Petit. Límites: cresta del hueso iliaco como base, músculo oblicuo externo como borde lateral y músculo dorsal ancho como borde medial. El suelo lo forma la fascia lumbodorsal. Estas hernias pueden ser congénitas o adquiridas. Las adquiridas representan el 80%: espontáneas o primarias, y secundarias si existe un factor casual. Por tratarse de hernias infrecuentes, consideramos de interés presentar un caso de hernia de Grynfelt-Lesshaft, diagnosticada y tratada quirúrgicamente en nuestro Servicio.

Caso clínico: Paciente de 51 años, mujer, sin antecedentes. Acude a nuestras consultas por presentar aumento de volumen en la región posterolateral del lado derecho de la espalda, por debajo de las costillas. A la exploración se palpa una tumoración blanda en la parte superior lumbar derecha, fácilmente reductible y que aumenta con maniobras de Valsalva. La TC informa de herniación de tejido graso en el triángulo superior derecho lumbar, de unos 40 × 50 mm con orificio herniario de 1 cm. Cirugía: paciente en decúbito lateral izquierdo. Incisión transversa por debajo de la 12^a costilla derecha. Pequeño orificio herniario de 1 cm, por el que protruye la hernia. Disección/apertura del saco, objetivándose grasa retroperitoneal en su interior. Se practica hernioplastia con malla de polipropileno bilaminar (UHS), colocando la lamina inferior en espacio retroperitoneal y la superior sobre fascia de los tejidos adyacentes, anclada con hilo monofilamento irreabsorbible. Postoperatorio transcurre con normalidad. Alta al 2^o día de la intervención. En controles posteriores no se objetiva recidiva a la exploración ni en TC de control.

Discusión: Las hernias lumbares son relativamente raras. El triángulo de Grynfelt-Lesshaft, es más grande y constante que el de Petit y representa el lugar más común de localización de estas hernias. Se presentan con mayor frecuencia en adultos mayores de 50 años, varones y en el lado izquierdo. Según la clasificación de las hernias lumbares propuesta por Moreno-Egea, el caso que presentamos correspondería a un tipo A (espontánea, anillo < 5 cm, localización superior, contenido de grasa extraperitoneal, sin atrofia muscular y no recidivada). El tratamiento es quirúrgico: Cirugía abierta o

laparoscópica. La clasificación de Moreno-Egea es útil a la hora de elegir el abordaje. El abordaje anterior está indicado en los pequeños defectos con contenido extraperitoneal (tipo A). La vía laparoscópica se realizará en defectos moderados con hernias intraperitoneales (tipo B), en las recidivas o en las hernias > 10 cm (tipo C).