



## P-489 - HERNIA DE GRYNFELT. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Jiménez Álvarez, Laura; Ratia, Tomás; Hernández-Merlo, Francisco; Granel, Francisco Javier; Pedraza, Antonio; Medina, Rita; Furtado, Isabel*

*Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.*

### Resumen

**Objetivos:** Revisar el manejo y tratamiento quirúrgico actual de las hernias lumbares superiores, a propósito de un caso.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 59 años, sin antecedentes de interés que consulta por tumoración lumbar derecha de años de evolución, que le produce molestias y que desaparece con el decúbito siendo, en un primer momento diagnosticada de lipoma dorsal. Se indica tratamiento quirúrgico dado su tamaño y sintomatología. Durante dicha intervención se comprueba que la tumoración realmente era una hernia lumbar que protruía a través triángulo de Grynfelt. Bajo anestesia local no se pudo completar el tratamiento motivo por el cual se decide intervenir a la paciente bajo anestesia general y tras realizar pruebas de imagen (TAC) que evidencian dehiscencia de la pared abdominal posterolateral contenido por el dorsal ancho herniándose contenido graso con un diámetro de unos 5 cm. Es reintervenida evidenciándose hernia lumbar superior cuyo saco se reduce y se realiza hernioplastia con malla de Dipromed, preperitoneal y en posición retromuscular, de 10 cm de diámetro sobrepasando ampliamente los bordes del defecto y que fijamos con Prolene del 0 y 2/0. Las hernias de la pared posterolateral del abdomen son entidades muy infrecuentes que representan aproximadamente el 1,5-2% de todas las hernias. Dentro de las hernias lumbares las más frecuentes son las hernias del triángulo lumbar superior. No existen síntomas ni signos patognomónicos lo que, añadido a su infrecuencia, hace que su diagnóstico sea, confundido con lipomas, tumores de partes blandas, hematomas, abscesos... Hay que sospecharlas ante una tumoración lumbar que aumenta con el Vasalva y que desaparece con el decúbito supino. Para la confirmación e identificación del contenido está indicada la realización de un TAC con contraste oral e IV. La reparación quirúrgica de las hernias lumbares suele ser difícil por la debilidad de los tejidos adyacentes, la dificultad para delimitar los bordes externos del defecto aponeurótico y por la escasa experiencia de la mayoría de los cirujanos. Sin embargo, siempre que no existan contraindicaciones, las hernias lumbares deben ser operadas al diagnóstico, debido a su tendencia a aumentar de tamaño que dificultará la reparación. La técnica clásica es la reducción de la hernia y reparación primaria mediante cierre simple y/o movilización de colgajos musculoaponeuróticos. Sin embargo, la complejidad y posibilidad de complicaciones, unido a los buenos resultados de la implantación de mallas y el desarrollo de la técnica laparoscópica, ha hecho que en las últimas décadas se haya extendido la reparación de las hernias lumbares con material protésico.

**Discusión:** En nuestro caso se realizó hernioplastia siendo dada de alta la paciente a los dos días. El

postoperatorio inmediato fue satisfactorio con buena evolución de la herida y sin signos de recidiva en el seguimiento, aunque con aparición de un dolor de perfil neuropático de difícil control a las pocas semanas de la cirugía. A pesar de la escasa experiencia que se tiene con este tipo de hernias dada su infrecuencia, parece seguro utilizar las técnicas de reparación con material protésico.