



## VC-136 - REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP) DE HERNIA LUMBAR DE GRYNFELT

Rivera Alonso, Daniel; Charef El Jari, Loubna; García Galocha, José Luis; Peña Soria, María Jesús; Lasses Martínez, Bibiana; López Antoñanzas, Leyre; Sánchez Cardona, Julián Alberto; Torres García, Antonio José

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** Las hernias lumbares son entidades poco frecuentes, representando el 1-2% de las hernias de pared abdominal. La hernia de Grynfelt o del triángulo superior es la más común. En los últimos años, el abordaje laparoscópico de estas hernias se ha hecho cada más frecuente, demostrando buenos resultados posoperatorios.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 64 años con antecedentes de reparación de hernia de Spiegel izquierda con malla de ventriointraperitoneal, que acude a consulta por tumoración a nivel lumbar izquierdo. La tomografía computerizada (TC) revela una hernia primaria en el espacio lumbar izquierdo con contenido graso y saco herniario de 33 mm y un orificio de aproximadamente 15 mm. Se programa para hernioplastia laparoscópica realizándose abordaje transabdominal-preperitoneal (TAPP). Tras acceder a cavidad abdominal y realizar la apertura del flap peritoneal, se accede a plano preperitoneal identificando los límites anatómicos de la región lumbar y estructuras nerviosas (nervio iliohipogástrico), constatando un orificio herniario de 15 mm, así como 2 pequeños defectos menores de 5 mm adyacentes. Se reduce el contenido graso herniado y se realiza cierre del defecto de 15 mm con Stratafix de 0. Finalmente, se coloca una malla de polipropileno autofijable en plano preperitoneal y se realiza cierre de brecha peritoneal con Vlock 3-0. La paciente fue dada de alta a las 24 h sin incidencias y se encuentra actualmente con buena evolución y sin signos de recidiva.

**Discusión:** El triángulo lumbar superior o de Grynfelt está delimitado posteriormente por el músculo erector de la columna, y cranealmente por la duodécima costilla. El suelo de este triángulo está formado por la aponeurosis del músculo transverso, y el techo, por el músculo dorsal ancho. El fondo de este espacio está constituido por la fascia lumbodorsal, cruzada por el nervio iliohipogástrico y los vasos lumbares. Las hernias a través de este espacio son infrecuentes, lo cual supone un reto para el cirujano que las debe de tratar, y es de especial importancia conocer correctamente todas las estructuras y límites anatómicos de cara a un óptimo manejo de las mismas. El diagnóstico de estas hernias suele ser clínico aunque el TC es la prueba que mejor caracteriza estas lesiones. En cuanto al tratamiento, aunque no existe una técnica estandarizada y de elección, el abordaje laparoscópico está cada vez más extendido, ya que se trata de un procedimiento seguro y reproducible que permite una correcta visualización de todo el espacio lumbar sin realizar grandes incisiones. Esto facilita una correcta reparación de la hernia disminuyendo las tasas de morbilidad

derivadas de un abordaje más invasivo, así como una disminución de la estancia hospitalaria y recuperación temprana del paciente a la actividad diaria. La utilización de malla disminuye el riesgo de recidiva y permite una reparación sin tensión frente a la sutura primaria. El uso de mallas autofijables parece reducir el riesgo de lesiones nerviosas y por tanto las tasas de dolor crónico.