



P-493 - HERNIA DE GRYNFELT. A propósito de dos casos

A. Soto, J.M. Sánchez, A. Fera, A. Goya, A. Alonso, R. Gianchandani, J. Jordán y A. Soriano

Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción: Las hernias lumbares son sumamente raras, representado menos del 1,5% de las hernias totales. Solamente de 200 a 300 casos han sido reportados en la literatura. Existen dos espacios triangulares potencialmente débiles en la región lumbar, cada uno de los cuales puede ser el punto de salida de una hernia, el triángulo lumbar inferior de Petit y el triángulo lumbar superior de Grynfelt-Lesshaft.

Objetivos: Presentar dos casos de hernias de Grynfelt diagnosticadas y tratadas quirúrgicamente en nuestro hospital.

Casos clínicos: Varón de 79 años colecistectomizado y mujer de 63 años sin antecedentes quirúrgicos de interés. Ambos presentaban tumoración lumbar de años de evolución dolorosa, palpable en bipedestación. Se realizó ecografía de abdomen y TAC que reveló imagen de 58 × 26 × 56 compatible con saco herniario con contenido intestinal que protruía por orificio herniario en región lumbar derecha de 27 mm en uno de los casos, y herniación de grasa perirrenal a través de un defecto en región lumbar izquierda de 4,5 cm de diámetro en el otro. Se decidió intervención quirúrgica programada accediendo por vía posterior en ambos pacientes y se realizó hernioplastia con malla de prolene. En seguimiento a 1 año no han presentado recidiva.

Discusión: Se denomina hernia de Grynfelt-Lesshaft a aquella que se produce a través del triángulo del mismo nombre, el cual limita por arriba y detrás por el músculo serrato poste-roinferior; por arriba y delante por la duodécima costilla, por debajo y delante por el músculo oblicuo menor y por debajo y medialmente por el músculo cuadrado lumbar. Barbette en 1672, fue el primero en sugerir que podían ocurrir hernias en esta área y en 1866 Grynfelt describió el triángulo de Grynfelt o rombo de Lesshaft. Se ha descrito origen congénito, a causa de anomalías musculares, en cuyo caso suelen ser dobles, aunque también pueden ser adquiridas (posquirúrgicas, postraumáticas, espontáneas, iatrógenas, etc.). Se ha reportado su mayor frecuencia en el sexo masculino (3:1). Se pueden presentar con una clínica variable y la exploración revela una masa redondeada en la región lumbar con el paciente en bipedestación. La estrangulación se produce en 8% de los casos. Generalmente se prefiere un abordaje por vía posterior (lumbotomía) aunque si se sospecha una complicación (estrangulación) está indicado el abordaje por vía anterior, que facilitaría la exploración de vísceras incluidas en el saco herniario. Las recidivas han sido reportadas en un 5%.