

Primera versión: 7 de mayo de 2002
Versión definitiva: 6 de marzo de 2003
Aceptado: 11 de marzo de 2003

**Manuel Emiliano
Luna Bauza,¹
Juan Fernando
Bello Fernández,²
Andrea Díaz Ramírez³**

¹Médico familiar
²Cirujano general
³Anestesiólogo

Departamento de
de Urgencias,
Hospital General
de Zona 8,
Instituto Mexicano
del Seguro Social,
Córdoba, Veracruz

Comunicación con:
Manuel Emiliano
Luna Bauza.
Tel.: (01 271) 713 0331.
Direcciones electrónicas:
melb945@hotmail.com
melb@prodigy.net.mx

Hernia bilateral de Grynfeltt. Informe de un caso

RESUMEN

Las hernias lumbares son raras, existen antecedentes desde hace 300 años y su incidencia es tan baja que sólo hay 300 casos informados en ese lapso. De acuerdo con el factor causal, pueden ser congénitas o adquiridas; de acuerdo con el sitio de protrusión, hernias del espacio lumbar superior (Grynfeltt-Lesshaft), hernias del espacio lumbar inferior (Petit) y hernias difusas, generalmente posquirúrgicas o postraumáticas. La literatura indica que en 95 % de las ocasiones, las hernias lumbares afectan el espacio superior, son unilaterales y sólo involucran fascia, aponeurosis y músculos. Las hernias bilaterales se presentan por defecto en el desarrollo embrionario. Las hernias adquiridas pueden ser espontáneas, y entre las principales causas está el traumatismo directo con compresión del abdomen, como sucede en los accidentes de tránsito; 25 % puede presentar incarceration y 10 % estrangulamiento; el contenido generalmente incluye grasa, intestino o riñón. El objetivo de la presente comunicación es dar a conocer un caso de hernia bilateral de Grynfeltt, su presentación clínica y su tratamiento.

SUMMARY

Objective: To inform on a case of bilateral Grynfeltt hernia, clinical presentation, and treatment. Lumbar hernias are uncommon; antecedents have existed for 300 years and incidence is so low that 300 cases were reported during that lapse. According to causal factor, they are congenital or acquired; according to protrusion site, hernias of superior lumbar space (Grynfeltt-Lesshaft), hernias of inferior lumbar space (Petit), and diffuse hernias are generally post-traumatic or post-surgical. The literature reports that 95 % of cases of lumbar hernia affect the superior space; they are generally unilateral and involve fascia, aponeurosis, and muscles. Bilateral hernias are due to a defect in development. Acquired hernias can be spontaneous and among the causes there is direct trauma with compression of the abdomen, as in traffic accidents. A total of 25 % can present incarceration and 10 %, strangulation. The content generally includes fat, intestine, or kidney.

Introducción

El primer reporte de hernia lumbar la realizó Barbette en 1672. En 1866, Joseph C. Grynfeltt, anatomista francés, describió los límites anatómicos del triángulo lumbar superior. En forma independiente, Pyotr Frantsovish Lesshaft, anatomista ruso, en 1870 describió los mismos límites anatómicos que Grynfeltt y denominó *triángulo lumbar superior* a dicho espacio. En 1923, Radvin

opinó que la mayoría de las hernias lumbares se encontraba en el triángulo lumbar superior, observación que ratificó Virgilio en 1925 y posteriormente Watson, Thorek y Swartz (1954, 1978).¹⁻³

El triángulo superior de Grynfeltt y Lesshaft tiene forma de un triángulo invertido y sus límites están formados por el borde inferior de la duodécima costilla que se continúa con el borde inferior del serrato posterior e inferior;

Palabras clave

- ✓ hernia
- ✓ triángulo de Grynfeltt
- ✓ hernia lumbar

Key words

- ✓ hernia
- ✓ triangle of Grynfeltt
- ✓ lumbar hernia

el borde interno está formado por el músculo cuadrado lumbar y el borde externo corresponde al músculo oblicuo menor. El techo del triángulo lumbar superior está formado por el dorsal ancho y el piso, por la fascia *transversalis* y la aponeurosis del músculo transverso del ab-

domen; el espacio es uno de los puntos débiles ya que carece de fascículos musculares y se encuentra atravesado por los vasos iliolumbares. En cuanto a su forma y tamaño, el triángulo lumbar superior es variable, lo que predispone potencialmente a hernia lumbar. Existen factores que aumentan su vulnerabilidad: la longitud y el ángulo de la duodécima costilla, la forma y el tamaño del cuadrado lumbar y del serrato posterior e inferior, la inserción variable del dorsal ancho en la undécima y duodécima costilla. En una persona alta, magra y con costillas inferiores anguladas, disminuye el tamaño del espacio lumbar superior. No sucede así en un sujeto de escasa altura, pecho ancho y costillas horizontales, en quien el triángulo superior es mayor.²⁻⁵

Según el factor causal, las hernias pueden ser congénitas o adquiridas. Las *congénitas* tienen su génesis entre la tercera y séptima semana de gestación, cuando se inicia la diferenciación de los músculos y logran su relación final en el cuerpo. Por su parte, las *adquiridas* pueden ser posquirúrgicas o postraumáticas.⁵ De acuerdo con el contenido herniario (Thorek 1950), se agrupan en extraperitoneales, paraperitoneales e intraperitoneales.^{3,4,6}

Otras causas de tipo adquirido incluyen heridas penetrantes (75 a 80 %), embarazos, tuberculosis, enfermedad de Pott, toma de homoinjerto de cresta iliaca, poliomielitis, obesidad, edad avanzada, enfermedades debilitantes y desnutrición extrema.^{7,8}

Frecuentemente las hernias son unilaterales e involucran fascia, aponeurosis y músculos. Las hernias bilaterales se presentan por defecto en el desarrollo embrionario durante la tercera semana de gestación.^{4,9} En una serie de seis pacientes en 10 años, Nyhus menciona sólo un paciente con hernia bilateral (18 %).^{1,9,10}

Las hernias lumbares son poco comunes, fueron reportadas por primera ocasión hace 300 años y con 300 casos en dicho periodo; 95 % se encuentra en el espacio lumbar superior (Grynfeltt) y es unilateral. En 1957 se informó una serie de 200 casos de hernia lumbar, de las cuales sólo 10 % fueron congénitas;⁶

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer un caso de hernia bilateral de Grynfeltt, su presentación clínica y tratamiento.



Figura 1. Se observan defectos de la pared abdominal en ambas regiones lumbares.



Figura 2. Tomografía axial computarizada con medio de contraste donde se hacen evidentes los sacos herniarios sin contenido peritoneal.

Caso clínico

Hombre de 54 años, repartidor en un camión de bebidas gaseosas, originario de Cuitláhuac, Veracruz, residente en Córdoba, Veracruz, casado, heterosexual, escolaridad secundaria, tabaquismo y alcoholismo negativos, a quien 15 años antes se le había efectuado plastia inguinal.

Después de una caída de un metro de altura en la que se golpeó la cara posteroinferior del hemitórax izquierdo contra una caja con bebidas gaseosas, el paciente había presentado dolor y equimosis que cedieron con reposo. Transcurrida una semana cursó con cuadro gripal y tos no productiva que le ocasionaba dolor en la región lumbar izquierda donde se había golpeado y en la cual desde dos años antes presentaba protuberancia que hasta ese momento no le había ocasionado problemas. Con los accesos de tos el diámetro de la protuberancia aumentaba aproximadamente de cuatro a ocho centímetros. El paciente ingresó al servicio de urgencias diez días después de la caída.

A la exploración física se registró talla de 1.61 metros, complexión delgada, orofaringe discretamente hiperémica, dolor a la palpación en región lumbar izquierda en trayecto de costillas nueve, 10 y 11. Se palpó tumor de 8 cm de diámetro no doloroso, reducible, sin timpanismo, cuyo volumen aumentaba con los accesos de tos, presentándose dolor. En la región lumbar derecha había otro tumor de aproximadamente 6 cm de diámetro con las mismas características (figura 1).

Se solicitaron telerradiografías de tórax posteroanterior y tórax óseo, para descartar fracturas. Establecido el diagnóstico de hernia lumbar bilateral de Grynfeldt, se procedió a protocolo de estudio preoperatorio: biometría hemática completa, química sanguínea, tiempo de protrombina y tromboplastina parcial, examen general de orina, radiografías simples de abdomen anteroposterior y lateral. Todos los resultados fueron normales. La tomografía axial computarizada contrastada sirvió para corroborar la presencia de hernia lumbar bilateral sin contenido abdominal (figuras 2 y 3).

Bajo anestesia general y bloqueo peridural, se practicó intervención quirúrgica con la siguiente técnica:

Con el paciente en decúbito lateral izquierdo se efectuó incisión lumbar de Pónka para localizar el triángulo de Grynfeldt y resecar el defecto, aproximadamente de 3 cm de diámetro, y el contenido herniario (grasa preperitoneal), con una longitud de 8 cm y grosor máximo de 4 cm (figuras 4 y 5). Primero se llevó a cabo reducción parcial y después resección del excedente, verificando la hemostasia. El defecto fue reparado con plastia de Mayo.

**Manuel Emiliano
Luna Bauza et al.
Hernia de Grynfeldt**

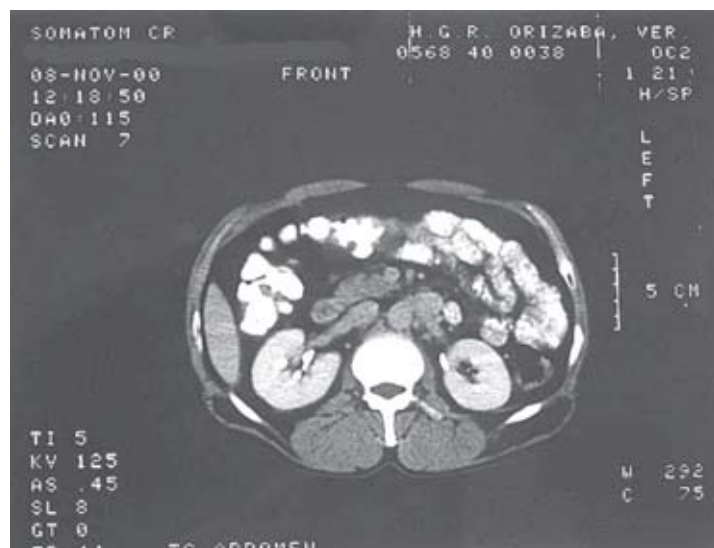


Figura 3. Tomografía axial computarizada con medio de contraste en donde se hacen evidentes los sacos herniarios sin contenido peritoneal.



Figura 4. Exposición de la hernia de Grynfeldt del lado derecho.

En el triángulo de Grynfeltt se colocó malla de Marlex mediante puntos de fijación con suturas de polipropileno 2-0, puntos simples sobre la fascia lumbodorsal hasta 1 cm por dentro de los bordes musculares del cuadrado lumbar, transverso del abdomen y por arriba en el ligamento lumbosacro. Se afrontaron los bordes del músculo serrato posterior e inferior, y cuadrado lumbar al oblicuo menor como segundo reforzamiento, siempre verificando hemostasia. El cierre se llevó a cabo por planos: tejido celular subcutáneo y piel.

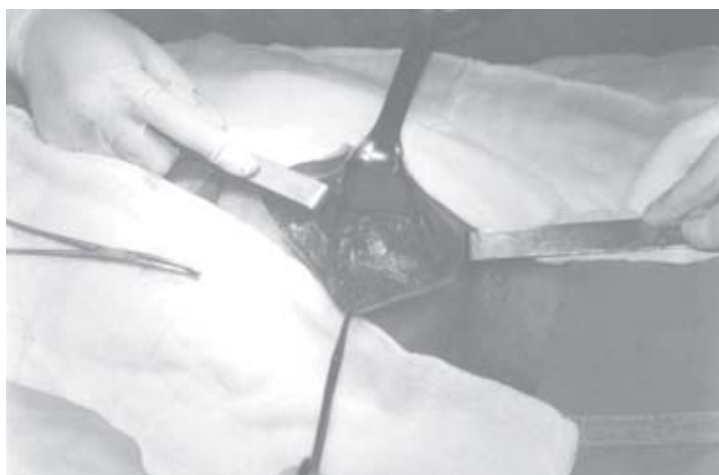


Figura 5. Exposición de la hernia de Grynfeltt del lado izquierdo.



Figura 6. El paciente al término de la cirugía, en la que se le intervino hernia bilateral de Grynfeltt.

Dado el carácter bilateral de la hernia, se efectuó de nuevo la misma técnica pero con el paciente en decúbito lateral derecho. El cierre del defecto fue simple ya que la fascia lumbodorsal no estaba lo suficientemente laxa para la imbricación. El defecto, de 1.5 cm, contenía grasa preperitoneal de aproximadamente 5 x 2 cm de diámetro, la cual se redujo. Se efectuó plastia con aplicación de malla de Marlex y cierre por planos (figura 6).

Discusión

Las hernias lumbares fueron estudiadas por H. Lalley en 1869 y son infrecuentes (según E. Rochard, para 1904 no se contaba con más de 50 observaciones). Se manifiestan por un tumor en la región de los lomos (de ahí su nombre), blando, sonoro a la percusión, reducible, pero susceptible a tornarse irreducible y mate. Pueden confundirse con otras afecciones, sobre todo con hernias y roturas musculares, hematomas, abscesos y lipomas. Han sido incididas erróneamente, como hicieron Dolbeau y Heneramm (1797), cuyo enfermo curó después de haber presentado una fístula estercorácea y un *ano artificial*.

A través de los orificios vasculares se pueden drenar espontáneamente los abscesos renales manifestándose en el triángulo de Petit.^{1,2} Existe predominio en el lado izquierdo, en el sexo masculino y en pacientes entre los 50 y 70 años de edad.⁸ Las hernias lumbares son entidades nosológicas infrecuentes y pocas veces diagnosticadas; las escasas manifestaciones clínicas coadyuvan a que pasen desapercibidas.^{1,3,5,6} En la literatura mundial existen pocos informes de hernias lumbares; hasta la actualidad han sido reportados 300 casos.^{1,6}

Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal y lumbar, distensión abdominal y vómitos. No hay síntomas subjetivos patognomónicos, el paciente se puede quejar de una sensación de tirón que cesa cuando la hernia se reduce; ésta puede desaparecer en posición supina. Algunos pacientes refieren dolor a lo largo de la distribución del nervio ciático, los muslos o los testículos; 25 % de las hernias puede presentar incarceration y 10 % estrangulamiento. El contenido generalmente incluye grasa, intestino o riñón.^{1,4}

Las radiografías simples generalmente son normales. La tomografía computarizada puede ayudar a definir la pared abdominal y el contenido de la hernia antes de la cirugía, para diferenciarla de tumor retroperitoneal o lipoma de pared abdominal. Es importante usar un método de imagen que permita un diagnóstico rápido y seguro de la hernia lumbar. El ultrasonido es un medio diagnóstico más accesible comparado con la tomografía computarizada y deberá ser utilizado cuando se sospeche hernia lumbar.^{4,11}

El diagnóstico diferencial debe realizarse con abscesos, hematomas, tumores de partes blandas, tumores renales y hernias musculares. El diagnóstico diferencial entre neuritis posincisional y hernia es muy difícil.¹

En niños la reparación quirúrgica es necesaria entre los seis y 12 meses de edad; en adultos debe ser inmediata. La cirugía abierta ha sido el tratamiento tradicional para este defecto. Las técnicas utilizadas son modificaciones de las técnicas de Dowd, Rishmiller o como la que recomienda Pollak, en la cual se aplica malla y colgajos del dorsal ancho y oblicuo.¹² Existen autores que recomiendan el abordaje extraperitoneal y por laparoscopia con excelentes resultados.^{6,13}

El control posoperatorio después de un mes de la intervención es suficiente para valorar la plastia de la hernia.¹⁴

La importancia del caso informado radica en su carácter bilateral, en que se trató de un hallazgo clínico, y en que un experto como Nyhus reporta sólo un caso de hernia bilateral en una revisión de 10 años en una serie de seis pacientes.^{1,9,10}


Se insiste en la descripción anatómica y en la técnica quirúrgica con la finalidad de que los médicos dispongan de una alternativa diagnóstica ante un problema de tumor lumbar y tengan presente la entidad nosológica referida.

Después de un año de evolución preoperatoria el paciente continuaba laborando satisfactoriamente sin evidencia de recidiva.

Agradecimientos

Al licenciado en Ciencias de la Comunicación, Raymundo Rubén Carpinteyro Díaz, cuya participación fue trascendente para la elaboración de este trabajo.

Referencias

1. Geis WP, Saletta JD. Hernia lumbar. En: Nyhus LM, Condon RE. Hernia. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana; 1991. p. 391-403.
2. Testut L, Jacob O. Tratado de anatomía topográfica con aplicaciones médico-quirúrgicas. Barcelona, España: Salvat Editores; 1948.
3. Todd BH, Iannitti DA, Gagner M. Laparoscopic inferior and superior lumbar hernia repair. Arch Surg 1997;132:1141-1144.
4. Siffring PA, Forrest TS, Frick MP. Hernias of the inferior lumbar space: Diagnosis with US. Radiology 1989;190.
5. Sutherland RS, Gerow RR. Hernia after dorsal incision into lumbar region; a case report and review of pathogenesis and treatment. J Urol 1995; 153: 382-384.
6. Light HG. Hernia of the inferior lumbar space. Arch Surg 1983;118:1077-180.
7. Quick CR. Traumatic lumbar hernia. Br J Surg 1982;69:160.
8. Baker ME, Weinerth JL, Andriani RT, Cohan RH, Reed ND. Lumbar hernia: Diagnosis by CT. AJR 1987;148:565-567.
9. Arey LD. Developmental anatomy. A textbook and laboratory manual of embryology. Philadelphia, USA: W. B. Saunders; 1941.
10. Lee CM, Matthews H. Congenital lumbar hernia. Arch Dis Child 1957;32:47.
11. Lawdahl RB, Moss CN, Van Dyke JA. Inferior lumbar hernia. AJR 1986;147:744-745.
12. Romero-Torres R. Tratado de cirugía. Distrito Federal, México: McGraw-Hill-Interamericana; 1993.
13. Lichtenstein IL. Repair of large diffuse lumbar hernias by an extraperitoneal binder technique. Am J Surg 1986;151:501-504.
14. D'Amico G, Nardi M, Besti M, Perrone A, Casciani E, Di Luzio P, Colecchia G. Lumbar hernia of Grynfeldt's quadrilateral space. Apropos a case. Minerva Chirurgical 1993;48(18):1025-1027. 

**Manuel Emiliano
Luna Bauza et al.
Hernia de Grynfeldt**