

HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
PLACETAS, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

HERNIA LUMBAR DE GRYNFELT-LESSHAFT. A PROPÓSITO  
DE UN CASO

Por:

Dr. Ricardo Alemán Barrera<sup>1</sup>, Dr. Francisco Rodríguez Rodríguez<sup>1</sup> y Dr. Daniel Zelaya López<sup>2</sup>

1. Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital General Docente de Placetas, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC. e-mail: [alemanb@sld.cu](mailto:alemanb@sld.cu)
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de primer año de Cirugía General. Hospital General Docente de Placetas, Villa Clara. e-mail: [Danielarmandoz2001@yahoo.com](mailto:Danielarmandoz2001@yahoo.com)

*Descriptor DeCS:*

HERNIA  
REGION LUMBOSACRA

*Subject headings:*

HERNIA  
LUMBOSACRAL REGION

Las hernias de la pared abdominal son afecciones frecuentes en las consultas de cirugía; su diagnóstico se realiza mediante la exploración física, y habitualmente se localizan en las regiones inguinocrurales; sin embargo, aparecen en otras zonas poco frecuentes, como la región lumbar.

Se denominan hernias lumbares a las que se desarrollan en la región comprendida entre la XII costilla y la cresta iliaca; se describen dos áreas anatómicas débiles: Petit y Grynfelt. El primero denomina al triángulo lumbar inferior y el segundo al superior. En 1672, Barbette fue el primero en sugerir que podían ocurrir hernias en esta región, hasta que Petit, en 1783, redujo una hernia en la región lumbar baja; por tal motivo, se conocen como "hernias de Petit"; Grynfelt, en 1866, describe un "triángulo lumbar superior", o triángulo de Grynfelt, o rombo de Lesshaft.

Los defectos herniarios de la pared abdominal posterior son muy raros, aproximadamente unos 300 casos descritos en la literatura a nivel mundial<sup>1</sup>. En Cuba han sido informados dos pacientes en el Hospital General Provincial Docente "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayazo, en Granma. Sus causas<sup>2</sup>, clásicamente, se han dividido en: congénitas (muy raras, que afectan a pacientes menores de dos años, muchas veces de forma bilateral<sup>3</sup>) y adquiridas. Estas últimas, a su vez, se dividen en primarias o espontáneas (70-75% de los casos) y en secundarias<sup>4</sup> (posquirúrgicas, postinfecciosas y postraumáticas).

Por su aspecto, en el examen físico pueden ser confundidas con tumores de partes blandas, lipomas, etc. Su diagnóstico exige tratamiento quirúrgico, dado el alto índice de complicaciones<sup>5</sup>.

Presentación del paciente

Paciente femenina de 47 años, blanca, ama de casa, de procedencia urbana, con antecedentes patológicos familiares y personales de salud, y de hábitos tóxicos: consumo ligero de café; pero no de tabaco y alcohol; realiza actividad física moderada.

El motivo de consulta es un aumento de volumen en la región izquierda de la espalda, no doloroso, pero que al realizar ejercicios físicos, pujar o toser, se constata aumento de tamaño en dicha región. Al realizar examen físico se comprueba un aumento de volumen de 4 x 4 x 2 cm, localizado

en la región lumbar izquierda, blando, reductible, no doloroso a la palpación, que no late, ni se ausculta soplo y que aumenta de volumen con la maniobra de Valsalva (Fig1).



Fig 1. Se observa la hernia en la región lumbar izquierda.

Se hace el diagnóstico de hernia lumbar de Grynfelt-Lesshaft, teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas y su localización alta en la región lumbar; se realizan exámenes complementarios preoperatorios: Hb: 13,6 g/l; tiempo de sangrado: 3 min; tiempo de coagulación: 5 min; conteo de plaquetas: 300 000  $\times 10^9/l$ ; tiempo de coagulación 2 min; es interconsultada con el especialista en anestesia.

Se realiza la intervención quirúrgica, se utiliza anestesia general orotraqueal, incisión transversal "lumbotomía" izquierda sobre aumento de volumen lumbar, y se encuentra anillo herniario de 2 cm (Fig 2) por el que protruye lipoma preherniario (Fig 3); no se encuentra el saco; se reduce el lipoma y se cierra el anillo herniario con material protésico, por medio de malla de polipropileno (Fig 4). La malla se fija a la fascia lumbar con vicryl 3/0, se refuerzan planos musculares, puntos de piel con nylon 3/0, y no se deja drenaje. La paciente evoluciona satisfactoriamente, y en el seguimiento, a los seis meses no presenta recidiva.

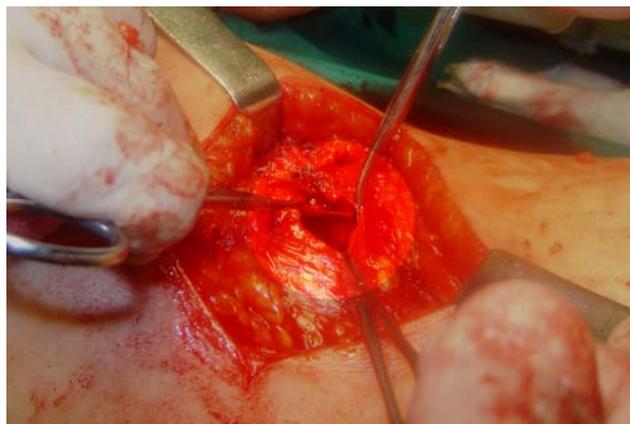


Fig 2 Anillo herniario.

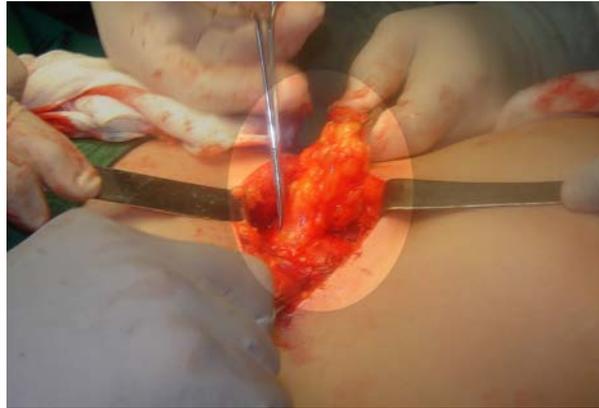


Fig 3 Lipoma preherniario.

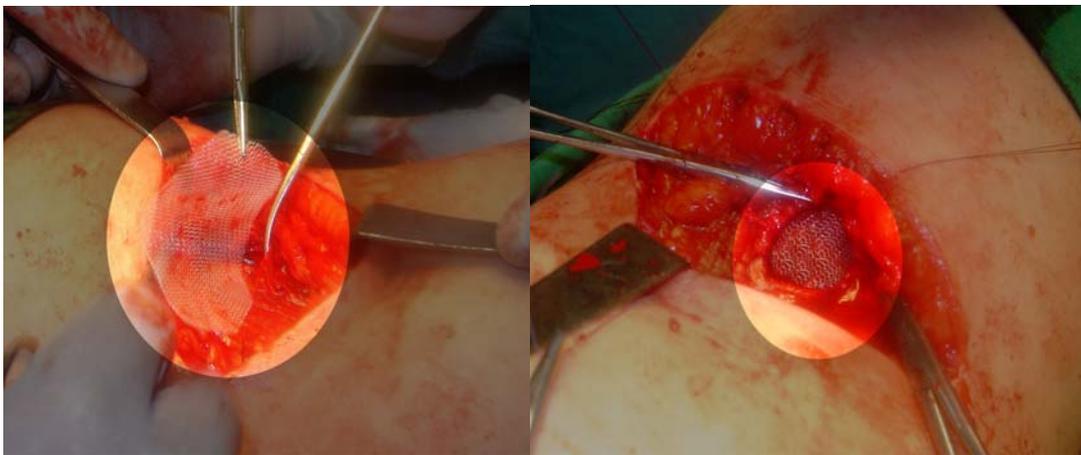


Fig 4 Malla de polipropileno.

#### Comentario

El origen congénito de esta afección es raro<sup>1</sup>, es causado por anomalías musculares, y de forma adquirida, posteriores a intervenciones quirúrgicas o a traumatismos, así como por la constipación, los partos y los deportes que exigen grandes esfuerzos físicos y favorecen su desarrollo<sup>6</sup>.

Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, en una proporción de 3:16, y no presenta predilección por un hemisferio<sup>7</sup>.

Aparece como un abombamiento del área lumbar, suave, reductible, generalmente pueden presentar dolor, síntomas digestivos como náuseas, dispepsias y constipación; se prefiere el acceso por la vía posterior (lumbotomía)<sup>8</sup>, a menos que se sospeche una complicación, como la estrangulación, entonces está indicado acceder por la vía anterior, para poder explorar las vísceras que forman el contenido del saco.

En las hernias de Grynfelt-Lesshaft es usual encontrar un anillo pequeño por el cual protruye grasa preperitoneal (lipoma preherniario), aunque se ha descrito que pueden llegar a encontrarse sacos peritoneales, pero con un anillo amplio que no permite su estrangulación.

La reparación clásica de Dowd describe el cierre primario o por colgajos miofasciales, técnica utilizada en los dos pacientes informados en el año 2002 en Cuba, por el Hospital General Provincial Docente "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, Granma. Actualmente se ha abandonado esta técnica a favor de la plastia por material protésico, que es colocada en el espacio

preperitoneal mediante incisión amplia en la región lumbar (lumbotomía) o por vía laparoscópica<sup>9,10</sup>.

### ***Referencias bibliográficas***

1. Aguirre DA, Casola G, Sirlin C. Abdominal wall hernias: MDCT findings. *AJR*. 2004;183:681-90.
2. Zhou X, Nve JO, Chen G. Lumbar hernia: Clinical analysis of 11 cases. *Hernia*. 2004;8:260-3.
3. Waklu AK. Congenital lumbar hernia. *Pediatr Surg Int*. 2000;16:146-8.
4. Patten L, Awad S, Berger D. A novel technique for the repair of lumbar hernias after iliac crest bone harvest. *Am J Surg*. 2004;188:85-8.
5. Arca M, Heniford B, Pokorny R. Laparoscopic repair of lumbar hernias. *J Am Coll Surg*. 2005;187:147-52.
6. Universidad de La Habana. Hernias abdominales. En: *Cirugía vol.3*. La Habana: Científico-Técnica; 1985. p. 68-70.
7. Espósito TJ, Fedorak J. Traumatic lumbar hernia. A case report and literature review. *J Traum*. 2004;37(1):123-6.
8. Griffin WD. Hernias extrainguinales de la pared abdominal. En: Hardy JD. *Tratado de patología quirúrgica*. La Habana: Médica Panamericana; 1985. p.1074-83.
9. Moreno-Egea A, Torralba J, Morales G. Reparación laparoscópica de las hernias lumbares secundarias. *Cirugía abierta frente a laparoscópica*. Estudio prospectivo no aleatorizado. *Cir Esp*. 2005;77:159-62.
10. Habib E. Retroperitoneoscopic tension-free repair of lumbar hernias. *Hernia*. 2003;7:150-2.

Recibido: 15 de septiembre de 2008

Aprobado: 24 de octubre de 2008