

Reporte de caso

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA DE GRYNFELT. Reporte de caso

Juan Carlos Barriga¹, Cristina Padilla², Juan Pablo Ruiz¹, Arnold Barrios³, Alejandro Lora¹

1. Cirujano general, Clínicas Colsanitas. Profesor postgrado de cirugía general, Fundación Universitaria Sanitas.

2. Médico general. Residente de Cirugía General, Fundación Universitaria Sanitas

3. Cirujano general Clínicas Colsanitas. Profesor postgrado de cirugía general, Fundación Universitaria Sanitas.

Jefe del servicio de Cirugía general, Clínica Reina Sofía

RESUMEN

La hernia lumbar es una patología poco frecuente, representando menos del 2% de las hernias de la pared abdominal. Usualmente, puede ser confundida con otras entidades y a pesar de un examen físico adecuado es difícil sospechar su presencia. El tratamiento quirúrgico es el estándar de referencia; sin embargo, no hay evidencia establecida en la literatura en relación con la mejor vía de abordaje. Aun así, el menor trauma y la recuperación clínica más rápida hacen que se prefiera el abordaje laparoscópico. La presente publicación tiene como objetivo describir el caso clínico de un paciente adulto mayor con dolor lumbar crónico en quien se documenta una hernia lumbar, posterior a lo cual se le indica una corrección quirúrgica por abordaje mínimamente invasivo. Adicionalmente, se realiza una breve revisión de la literatura del tema en mención.

Palabras clave: Hernia abdominal; Región Lumbosacra; Cirugía General; Laparoscopia.

DOI: <https://doi.org/10.26852/01234250.32>

Recibido: 27 de diciembre de 2018

Aceptado: 12 de marzo de 2019

Correspondencia: judithpa2014@gmail.com

LAPAROSCOPIC REPAIR OF GRYNFELT HERNIA. Case report

ABSTRACT

Lumbar hernia is a rare pathology, representing less than 2% of hernias of the abdominal wall. Usually, it can be confused with other entities and despite an adequate physical examination it is difficult to suspect its presence. Surgical treatment is the reference standard; however, there is no established evidence in the literature regarding the best approach. Even this way, less trauma and faster clinical recovery make the laparoscopic approach preferred in these cases. The aim of this report is to describe the clinical case of an elderly patient with chronic low back pain in whom a lumbar hernia is documented, after which a surgical correction is indicated by a minimally invasive approach. Additionally, a brief review of the literature on the subject in question is carried out.

Key words: Hernia, Abdominal; Lumbosacral Region; General Surgery; Laparoscopy

INTRODUCCIÓN

La hernia lumbar es definida como una protrusión de contenido intra o retroperitoneal a través de un defecto en la pared posterior del abdomen y representan del 1- 2% de todas las hernias. Hasta el 25% de estos pacientes pueden presentar como primera manifestación, encarcelación y menos del 9% con estrangulación (1, 2).

La primera serie de casos fue descrita por Macready en 1890 y en la actualidad, se registran entre 250 a 300 casos reportados en la literatura; la mayoría de ellas de origen congénito (3, 4). Esta patología generalmente se asocia con dolor lumbar inexplicable y durante el examen físico usualmente se evidencia una masa blanda no dolorosa que puede ser confundida con un lipoma, razón por la cual la mayoría de los pacientes son llevados a toma de imágenes diagnósticas en las que se evidencia el defecto en la pared posterior del abdomen (5, 6).

El manejo quirúrgico de estas hernias se puede realizar por un abordaje abierto con incisión lumbar o por un abordaje laparoscópico por técnica totalmente extraperitoneal, este último según reporta Moreno-Egea et al, tiene menor tasa de recurrencia y dolor crónico (4, 7).

El objetivo de este artículo es describir el caso clínico de una paciente femenina adulta mayor con una hernia sintomática en el triángulo lumbar superior, que

fue intervenida por un abordaje mínimamente invasivo totalmente extraperitoneal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 77 años de edad, quien asiste a la consulta de medicina general por cuadro clínico de ocho meses de dolor lumbar de lateralidad predominantemente izquierda que se exacerbó en las dos últimas semanas previo a la consulta; no se presentan antecedentes de trauma o intervenciones quirúrgicas. Por dicho cuadro es remitida al servicio de ortopedia quienes durante el examen físico describen la presencia de una masa blanda, que podría estar en relación con la sintomatología referida por la paciente, razón por la cual ordenan toma de imágenes diagnósticas y remiten al grupo de cirugía general.

En la consulta de cirugía general se documenta una masa de 2 x 2 cm en región lumbar izquierda inmediatamente debajo del reborde costal, dolorosa, no reducible. El reporte de tomografía de abdomen describe un defecto en la pared posterior con contenido graso sin signos de sufrimiento, que sugiere la presencia de una hernia (figura 1). Con dichos hallazgos, la paciente es diagnosticada con una hernia del triángulo superior de Grynfeltt y es llevada a corrección laparoscópica

FIGURA 1. Tomografía abdominal.



Defecto de la pared posterior del abdomen asociado a masa isodensa, redondeado de contornos bien definidos, sin signos de sufrimiento localizado a nivel del ángulo costofrénico

por técnica totalmente extraperitoneal. Con la paciente en decúbito lateral derecho, se posicionan a nivel de la línea media tres trócares de trabajo, dos de 12 mm y uno de 5 mm, ingresando al espacio preperitoneal.

Dentro de los hallazgos intraoperatorios, se describe un defecto herniario de 18 mm, de localización inferior en relación con el 12° arco costal, entre el músculo oblicuo interno y el músculo erector de la columna con contenido graso el cual se reduce. Se cerró el defecto herniario con puntos de material no absorbible y posteriormente, se instaló una malla de polipropileno de densidad intermedia, la cual se fija con adhesivo tisular.

La paciente es egresada durante el posoperatorio inmediato y revalorada en la consulta externa, sin referir dolor y sin evidenciar recidiva herniaria, razón por la cual se da de alta de la consulta de cirugía general

DISCUSIÓN

La hernia lumbar fue descrita por primera vez en 1672 por Barbette y posteriormente entre 1783 y 1866, Petit y Grynfeltt describen los límites de los triángulos de la pared abdominal posterior. La hernia lumbar se define como la interrupción de la fascia toracolumbar en la inserción de la aponeurosis de los músculos oblicuo interno y transverso del abdomen (1-3).

Su origen puede ser congénito en el 20% de los casos y adquirido en el 80% restante, subdividiéndose este último, en un tipo espontáneo (primario) en el 50-60% de los pacientes y un tipo secundario, generalmente en relación a lesiones traumáticas (8).

Anatómicamente el espacio lumbar contiene dos triángulos, uno inferior o de Petit, delimitado por la cresta iliaca inferiormente, el músculo oblicuo externo

lateralmente y el músculo erector de la columna medialmente, conformando su piso la aponeurosis del músculo transverso, el músculo oblicuo interno y la fascia lumbodorsal (3); y un triángulo superior o de Grynfeltt-Lesshaft conformado superiormente por el 12° arco costal, medialmente por el musculo erector de la columna y lateralmente por el músculo oblicuo interno. El piso de este último triángulo lo forma la fascia transversalis y su raíz el músculo dorsal ancho. Una de las áreas de debilidad del triángulo superior se encuentra justo por debajo del reborde costal, donde la fascia transversalis no se une con la fascia del musculo oblicuo externo, como en el caso del paciente en mención (2, 4, 9).

Existen múltiples sistemas de clasificación para las hernias lumbares; sin embargo, en la actualidad una de las clasificaciones más utilizadas es la de Moreno-Egea que las divide en 4 tipos (A-D) teniendo en cuenta el tamaño, la localización, el contenido, la etiología, la presencia de atrofia muscular y la recurrencia (tabla 1); según los resultados sugiere el mejor abordaje terapéutico, abierto o laparoscópico, para cada tipo de paciente (8).

En el presente reporte de caso la paciente cursaba con una hernia tipo A dado por su tamaño menor de 2 cm, su localización superior, contenido de grasa extraperitoneal y su etiología espontánea, por lo que

se beneficiaba de cualquiera de los dos tipos de abordaje quirúrgico.

Clínicamente este tipo de lesiones se manifiestan como una masa palpable reductible en decúbito supino y que puede asociarse a un dolor abdominal o lumbar inespecífico que en ocasiones limita las actividades normales. Menos del 9% de los pacientes presentan síntomas de encarcelación, estrangulación u obstrucción intestinal (1, 3, 5). Aunque el diagnóstico usualmente se obtiene con la historia clínica y el examen físico, las imágenes por tomografía son consideradas el estándar de referencia en el diagnóstico, pues permiten la evaluación del contenido de la hernia (1, 4, 5).

En la literatura se encuentran descritas diferentes técnicas, ninguna de las cuales puede ser fuertemente recomendada dada la baja frecuencia de estas hernias, la presencia de estructuras óseas que limitan las maniobras operatorias y la falta de experiencia quirúrgica, entre otras. Sin embargo, un estudio prospectivo publicado en el 2016 que compara la técnica abierta vs la técnica laparoscópica en un periodo de 14 años concluye que el abordaje laparoscópico es más efectivo que el abordaje abierto, con una tasa de recurrencia del 2.9% y que el abordaje abierto debería considerarse como opción solo para defectos mayores de 15 cm (4, 7).

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE LAS HERNIAS LUMBARES

CARACTERÍSTICAS	A	B	C	D
Tamaño en cm	<5	5-15	>15	
Localización	Superior	Inferior	Difusa	
Contenido	Grasa extraperitoneal	Visceral	Visceral	
Etiología	Espontánea	Incisional	Traumática	
Atrofia muscular	No (mínimo)	Leve	Severa	Severa
Recurrencia	No	Si (abierta)	Si (Lap*)	
Tipo de cirugía	Abierta o Lap*	Lap*	Abierta	Abierta (doble malla)

*Lap: Laparoscópica. Tomado y adaptado de Grynfeltt-Lesshaft hernia a case report and review of the literature. Ann Med Surg. 2016

Por otra parte, en una revisión sistemática publicada más recientemente, concluyen que el abordaje laparoscópico preperitoneal es preferible en defectos pequeños (menores de 5 cm) y simples, a diferencia de defectos mayores que deben ser individualizados según las características del paciente; además, se plantea como alternativa el abordaje robótico transabdominal preperitoneal, pero se requieren más estudios para poder sugerir una recomendación (9).

En los últimos años publicaciones como la de Kamlesh Singh et al, describen que el uso de malla disminuye la frecuencia de presentación de dolor dentro de los 12 meses de seguimiento posoperatorio, en comparación con las técnicas con tensión, así como la tasa de recurrencia llegando hasta el 0% (1,10). Hay poca evidencia en la literatura sobre la mejor técnica de fijación de las mallas, principalmente en este tipo de hernias. En la actualidad ninguna de las técnicas descritas (fijación con sutura, sutura y tackers, tackers, adhesivos tisulares) ha demostrado ser superior en prevenir la recurrencia de la hernia ni la reducción del dolor posoperatorio (11). Una revisión sistemática de la universidad de Ghent en Bélgica, que incluyó 25 publicaciones que comparaban la fijación de la malla en corrección laparoscópica de hernias de la pared abdominal con tacker vs tacker y sutura vs sutura vs adhesivo tisular, encontró que aunque la aparente fijación de la malla solamente con sutura parece tener menor recurrencia, no se reportó una diferencia estadísticamente significativa cuando se comparó con el uso de tacker y sutura o solo tackers; además, refieren que a pesar de que la fijación solamente con sutura tiene menor dolor posoperatorio a corto y largo plazo (5%), las técnicas de fijación atraumática (adhesivos tisulares) se asocian con tasas muchas más bajas de dolor posoperatorio (12).

Existen pocos estudios sobre el uso de adhesivos tisulares en la reparación laparoscópica de la hernia; sin embargo, publicaciones como la de Olmi et al., concluyen que la fijación con esta técnica tiene los mejores resultados especialmente en términos de dolor posoperatorio y formación de seroma, pues en la serie de casos descrita por este autor no se registran complicaciones a los 90 días del seguimiento (13, 14). Estos resultados

conducen con lo descrito por Morales – Conde en su publicación del 2011, quienes además de los resultados ya descritos con esta técnica, afirman que también hay una reducción de la estancia hospitalaria, las complicaciones hemorrágicas y el tiempo quirúrgico (15).

En una serie de casos publicada en un hospital de Monza - Italia, tuvo como objetivo describir el efecto de un pegamento de fibrina en la fijación de prótesis macroporosas en hernias incisionales por técnica laparoscópica, reportando que este tipo de adhesivos facilitaba una fijación uniforme y estable de la prótesis principalmente en defectos herniarios de pequeño y mediano tamaño (2-7 cm), con baja incidencia de dolor, hemorragia, desarrollo de seroma o recurrencia a los 24 meses de seguimiento (16).

Por otra parte, Taylor et al., en un estudio multicéntrico, aleatorizado y prospectivo de tres años reportaron que la no fijación de prótesis en técnica laparoscópica totalmente extraperitoneal no solo se asocia a menor dolor crónico, al igual que en la técnica con uso de adhesivo tisular, sino también un menor costo operativo (17-20).

Fundamentado en lo anterior, desde hace algunos años en ciertos pacientes de nuestra institución, principalmente los que tienen comorbilidades como obesidad o diátesis hemorrágicas y que son llevados a corrección laparoscópica de hernia, se les realiza fijación a traumática con adhesivo tisular, con el objetivo no solo disminuir el tiempo quirúrgico sino también la morbimortalidad asociada a una técnica con fijación invasiva (tackers). En las Clínicas Colsanitas no se cuenta con datos institucionales que permitan conocer la prevalencia de presentación de estas hernias; sin embargo, al contar con un alto entrenamiento y tecnología idónea, rutinariamente se ofrece a estos pacientes un abordaje laparoscópico con buenos resultados clínicos.

CONCLUSION

Las hernias lumbares usualmente son de difícil diagnóstico pues con frecuencia son confundidos con otras patologías mucho más prevalentes como los tumores benignos de tejido adiposo. La tomografía es el estándar de referencia en el diagnóstico y en la planeación

quirúrgica de estos defectos de la pared abdominal. Por otra parte, existe mucha controversia sobre el mejor abordaje terapéutico de este tipo de hernias y aunque en la literatura no existen estudios con fuertes recomendaciones sobre el abordaje laparoscópico, esta vía se relaciona con un menor trauma y una recuperación clínica más rápida además de una menor tasa de recidiva en defectos menores de cinco centímetros.

En la actualidad ninguna de las técnicas de fijación de las mallas ha demostrado ser superior a la otra; sin embargo, las técnicas de fijación atraumática (adhesi-

vos tisulares) se asocian con menores tasas de dolor y eventos del sitio operatorio; esta es una de las razones por las cuales en nuestra institución se está adoptando, cada vez con más frecuencia, la práctica de fijación de las mallas con adhesivos tisulares en las técnicas preperitoneales por laparoscopia.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno de los autores declara algún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Shadhu K, Ramlagun D, Chen S, Liu L. Surgical approach towards Grynfelt hernia. 2018;0(July):4-6.
2. Alves A, Maximiano L, Fujimura I, Pires PWA, Birolini D. Grynfelt hernia. Arq Gastroenterol. 1996;33(1):32-5.
3. Cesar D, Valadao M, Murrahe RJ. Grynfelt hernia: Case report and literature review. Hernia. 2012;16(1):107-11.
4. Moreno-Egea A, Baena EG, Calle MC, Martínez JAT, Albasini JLA. Controversies in the current management of lumbar hernias. Arch Surg. 2007;142(1):82-8.
5. Claus CM, Nassif LT, Aguilera YS, Ramos EB, Coelho JC. Laparoscopic Repair of Lumbar Hernia (Grynfelt): Technical Description. ABCD Arq Bras Cir Dig (São Paulo). 2017;30(1):56-9.
6. Matzke G, Espil G, Alferes JPDR, Larrañaga N, Oyarzún A, Kozima S. Un recorrido por la pared abdominal: evaluación de las hernias por tomografía computada multidetector. Rev Argentina Radiol. 2017;81(1):39-49.
7. Moreno-Egea A, Alcaraz AC, Cuervo MC. Surgical options in lumbar hernia: Laparoscopic versus open repair. A long-term prospective study. Surg Innov. 2013;
8. Ploneda-Valencia CF, Cordero-Estrada E, Castaneda-Gonzalez LG, Sainz-Escarrega VH, Varela-Munoz O, De la Cerda-Trujillo LF, et al. Grynfelt-Lesshaft hernia a case report and review of the literature. Ann Med Surg. 2016;7(2016):104-6.
9. Steensel S Van, Bloemen A, Hil LCL Van Den, Bos J Van Den, Bouvy GJKND. Pitfalls and clinical recommendations for the primary lumbar hernia based on a systematic review of the literature. 2018;(0123456789).
10. Fei Y, Li L. [Comparison of two repairing procedures for abdominal wall reconstruction in patients with flank hernia]. Chinese J reparative Reconstr Surg. 2010; 24(12):1506-9.
11. Agresta F, Marzetti A, Vigna S, Prando D, Porfidia R, Di Saverio S. Repair of primary and incisional hernias using composite mesh fixed with absorbable tackers: preliminary experience of a laparoscopic approach with a newly designed mesh in 29 cases. Updates Surg. 2017;69(4):493-7.
12. Reynvoet E, Deschepper E, Rogiers X, Troisi R, Berrevoet F. Laparoscopic ventral hernia repair: Is there an optimal mesh fixation technique? A systematic review. Langenbeck's Arch Surg. 2014;399(1):55-63.
13. Luca S, Giuseppe V, Stefano O, Claudio P, Enrico C, Giovanni C. Laparoscopic Incisional Hernia Repair With Fibrin Glue in Select Patients. JSLS J Soc Laparoendosc Surg. 2010;14(2):240-5.
14. Berney CR, Descallar J. Review of 1000 fibrin glue mesh fixation during endoscopic totally extraperitoneal (TEP) inguinal hernia repair. Surg Endosc. 2016;30(10): 4544-52

15. Morales-Conde S, Barranco A, Socas M, Alarcón I, Grau M, Casado MA. Systematic review of the use of fibrin sealant in abdominal-wall repair surgery. *Hernia*. 2011;15(4):361-9.
16. Olmi S, Scaini A, Erba L, Croce E. Use of fibrin glue (Tissucol®) in laparoscopic repair of abdominal wall defects: Preliminary experience. *Surg Endosc*. 2007;21(3):409-13.
17. Taylor C, Layani L, Liew V, Ghusn M, Crampton N, White S. Laparoscopic inguinal hernia repair without mesh fixation, early results of a large randomised clinical trial. *Surg Endosc*. 2008;22(3):757-62.
18. Glaser KS, Redl H. Use of fibrin sealant (Tisseel / Tissucol) in hernia repair : a systematic review. *Surg Endosc* .2012;26(7):1803-12.
19. Topart P, Vandenbroucke F. Tisseel vs tack staples as mesh fixation in totally extraperitoneal laparoscopic repair of groin hernias A retrospective analysis. *Surg Endosc*. 2005;19(5):724-7.
20. Schwab R, Schumacher O , Binnebo M. Biomechanical analyses of mesh fixation in TAPP and TEP hernia repair. *Surg Endosc*. 2008;22(3):731-8.