

# Reparación laparoscópica de una hernia lumbar de tipo Grynfelt-Lesshaft. Caso clínico

Jorge Herrador B.<sup>1</sup>, Pablo Calvo E.<sup>1</sup> y Arsenio Menchero S.<sup>1</sup>

## Laparoscopic repair of Grynfelt-Lesshaft lumbar hernia. Case report

**Introducción:** Lumbar hernia is a very rare type of abdominal wall hernia with a small number of published cases. It can occur through two anatomical triangles: an upper one or Grynfelt-Lesshaft triangle and a lower one or Petit triangle. **Case presentation:** We present the case of a 64-year-old woman with a soft and reducible tumor in the left posterolateral region of the abdominal wall. Computerized tomography confirmed the existence of a lumbar hernia through the superior triangle or Grynfelt-Lesshaft triangle. Patient was operated through a transabdominal laparoscopic approach in which after reduction of hernial content (fatty tissue) a double-layer mesh was placed in an intraperitoneal position. She was discharged 24 hours after the intervention and no immediate complications were observed. **Discussion:** Lumbar hernia is a very rare type of abdominal wall hernia and its diagnosis requires high clinical suspicion and often radiological confirmation by computerized tomography. **Conclusion:** Lumbar hernia repair is indicated to avoid possible complications and can be performed with an open or laparoscopic approach. Repair should include a mesh to reduce the risk of recurrence.

**Key words:** hernia surgery; lumbar hernia; Grynfelt, Lesshaft.

## Resumen

**Introducción:** La hernia lumbar es un tipo muy infrecuente de hernia de la pared abdominal con un reducido número de casos publicados. Puede producirse a través de dos triángulos anatómicos: uno superior o triángulo de Grynfelt-Lesshaft y uno inferior o triángulo de Petit. **Presentación del caso:** Presentamos el caso de una mujer de 64 años con una tumoración blanda y reductible en la región posterolateral izquierda de la pared abdominal. La tomografía computarizada confirmó la existencia de una hernia lumbar a través del triángulo superior o Grynfelt-Lesshaft. Fue intervenida mediante un abordaje laparoscópico transabdominal en el que tras la reducción del contenido herniario (tejido graso) se colocó una malla de doble capa en posición intraperitoneal. Fue dada de alta a las 24 horas de la intervención sin observarse complicaciones inmediatas. **Discusión:** Se trata de un tipo muy infrecuente de hernia de la pared por lo que su diagnóstico requiere una alta sospecha clínica y a menudo una confirmación radiológica mediante tomografía computarizada. **Conclusiones:** La reparación de la hernia lumbar está indicada para evitar posibles complicaciones y puede realizarse tanto por vía abierta como laparoscópica, debiendo incluir la colocación de material protésico en forma de malla para reducir el riesgo de recidiva.

**Palabras clave:** cirugía de hernias; hernia lumbar; Grynfelt-Lesshaft.

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Móstoles. Comunidad de Madrid. Móstoles, España.

Recepción 2021-09-30, aceptado 2021-11-07.

**Correspondencia a:**  
Dr. Jorge Herrador B.  
[jorge.herrador@salud.madrid.org](mailto:jorge.herrador@salud.madrid.org)

## Introducción

Las hernias lumbares se producen a través de una zona de debilidad situada en la parte posterolateral del abdomen, donde encontramos dos triángulos anatómicos: uno superior o triángulo de Grynfelt-Lesshaft y uno inferior o triángulo de Petit<sup>1</sup>. Son hernias muy infrecuentes existiendo tan solo alrededor

de unos 300 casos publicados<sup>2</sup>. Debido a su escasa frecuencia se trata de una patología poco conocida por lo que el diagnóstico requiere una alta sospecha clínica. La reparación es necesaria para evitar complicaciones y en la misma puede emplearse un abordaje tanto abierto como laparoscópico<sup>3</sup>. En este artículo describimos el caso clínico de una hernia de Grynfelt-Lesshaft y su reparación por vía laparoscópica.

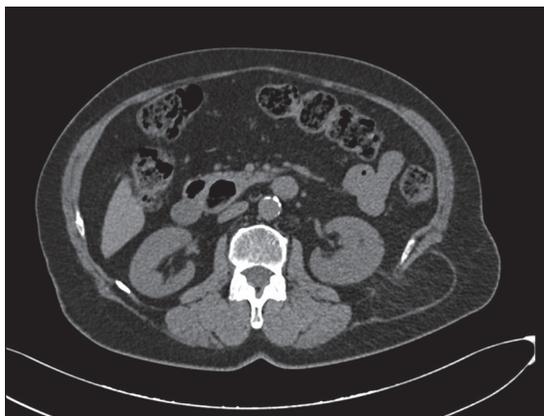
## CASOS CLÍNICOS

**Presentación del caso**

Mujer de 64 años de edad sin antecedentes médicos o quirúrgicos de interés. Cuadro de 2 años de evolución de tumoración en región lumbar izquierda, con crecimiento y molestias progresivas (Figura 1).



**Figura 1.** Tumoración visible en la región lumbar izquierda.

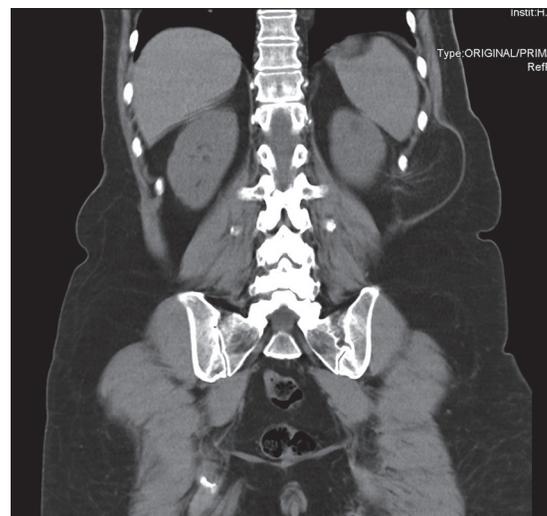


**Figura 2.** Imagen de tomografía computarizada (corte axial).

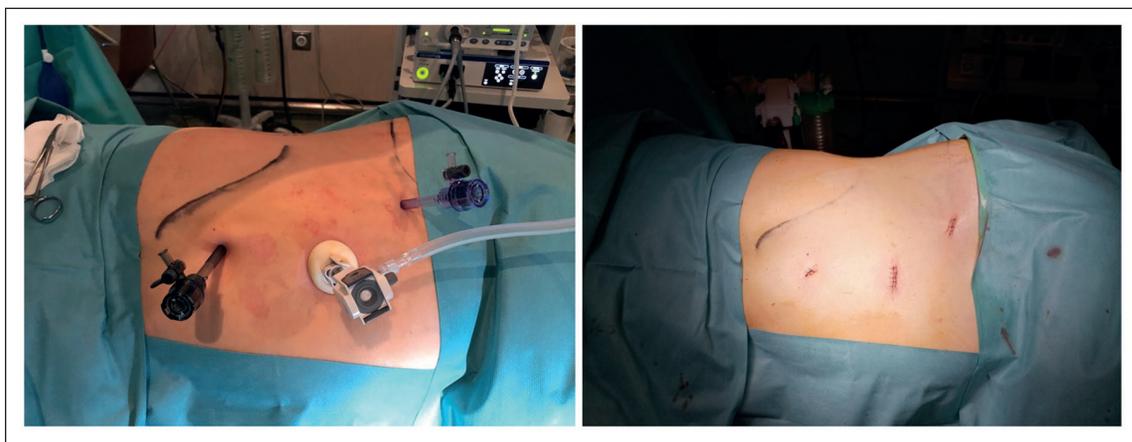
No relaciona la aparición de la lesión con ningún traumatismo o esfuerzo físico y tampoco tiene antecedentes de intervenciones quirúrgicas. Es valorada en consulta y ante la sospecha de posible hernia lumbar se solicita estudio de imagen mediante tomografía computarizada. El resultado confirma la presencia de una hernia de la pared abdominal a través del triángulo lumbar superior (Figuras 2 y 3).

Se ofrece a la paciente realizar una reparación quirúrgica de la hernia mediante abordaje laparoscópico. Bajo anestesia general y en posición de decúbito lateral derecho se realiza un abordaje a través de tres trocares: Hasson en posición paramediana izquierda a la altura del ombligo, trocar de 5 mm en hipocondrio izquierdo y trocar de 11 mm en fosa iliaca izquierda (Figura 4).

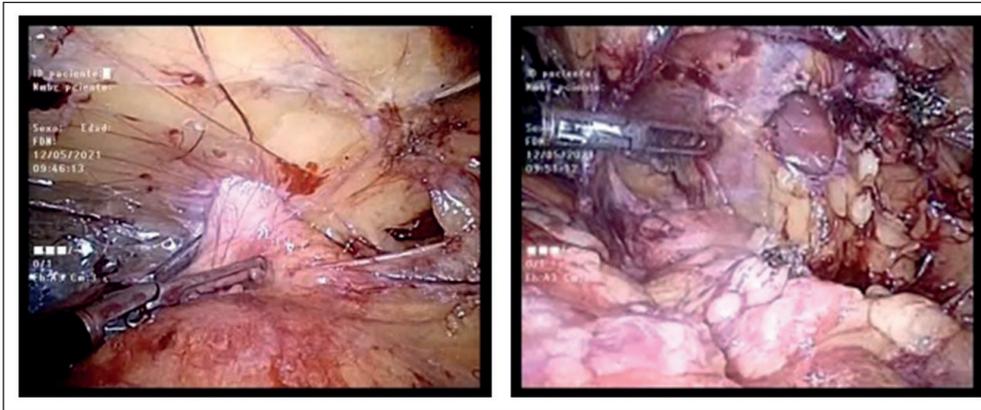
Tras liberar adherencias laxas entre el colon descendente y el peritoneo parietal, se objetiva la



**Figura 3.** Imagen de tomografía computarizada (corte coronal).



**Figura 4.** Posición de la paciente en el quirófano.



**Figura 6.** Malla de doble capa colocada en posición intraperitoneal.

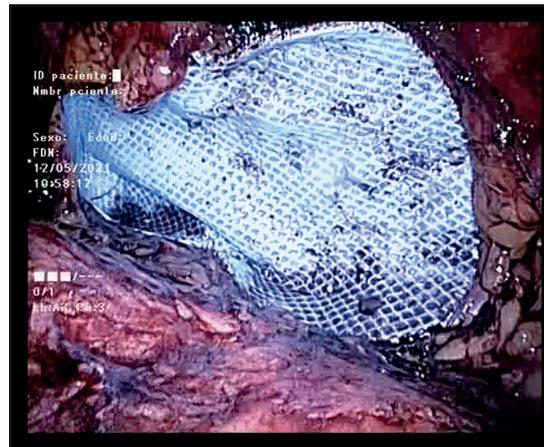
herniación de tejido graso a través de un orificio herniario de unos 2 x 2 cm (Figura 5).

El contenido es reducido y el orificio cerrado con una sutura continua *V-Loc 00* (*Medtronic, Fridley, MN, EE. UU.*). A continuación se coloca en posición intraperitoneal una malla de doble capa *Intra-Swing* (*THT Bio-Science, Montpellier, France*) de 10 x 15 cm, fijada con “*tackers*” absorbibles *Secure Strap* (*Ethicon, Raritan, NJ, EE. UU.*) (Figura 6). No se consideró necesario colocar ningún tipo de drenaje.

La paciente fue dada de alta sin incidencias 24 horas después de la intervención. En la revisión realizada en consulta un mes tras la cirugía se evidenció la presencia de un seroma que fue evacuado mediante aguja y jeringa. La tomografía de control realizada 2 meses tras la intervención confirmó la ausencia de recidiva herniaria, así como de otras complicaciones.

## Discusión

La hernia lumbar se produce en la región postero-lateral de la pared abdominal, limitada por la 12ª costilla cranealmente, la cresta iliaca inferiormente, los músculos erectores de la columna posteriormente y el borde posterior del músculo oblicuo externo anteriormente<sup>1</sup>. La primera referencia conocida a la existencia de esta hernia fue hecha por Paul Barbette en 1672<sup>4</sup>. En 1783 se publica la primera descripción anatómica detallada de la hernia lumbar, firmada por Jean Louis Petit<sup>4</sup>. En 1886, Joseph Casimir Grynfeldt realizó un completo estudio anatómico de lo que llamó “triángulo lumbo-costal-abdominal”<sup>4</sup>. Paul Lesshaft describió en 1870 el espacio lumbar superior, llamándolo “trígono lumbar superior”<sup>4</sup>.



**Figura 5.** Tejido graso a través del orificio herniario.

Así, hoy en día, existe consenso acerca de la existencia de dos espacios de forma triangular en esta región a través de los cuales puede desarrollarse la hernia lumbar: el triángulo inferior o triángulo de Petit y el triángulo lumbar superior o triángulo de Grynfeldt-Lesshaft<sup>5,6</sup>. Además, hay un tercer tipo de hernia, de tipo difuso, en la que no hallamos una dependencia clara de uno u otro espacio<sup>5</sup>. El triángulo de Grynfeldt-Lesshaft está limitado por la 12ª costilla, el músculo cuadrado lumbar y el músculo oblicuo interno. En profundidad encontramos la fascia transversalis y la aponeurosis del transversario, mientras que superficialmente el dorsal ancho constituye el “techo” de este triángulo superior<sup>5,7</sup>. Es en la parte más craneal de este espacio, en relación con el paquete vasculonervioso intercostal de la 12ª costilla, donde encontramos la zona de mayor debilidad y se producen la mayoría de las hernias<sup>1,5,8</sup>. Según la etiología encontramos hernias congénitas o

## CASOS CLÍNICOS

adquiridas. Las hernias lumbares adquiridas pueden ser primarias (también denominadas espontáneas) o secundarias; son las más frecuentes (80%) y se producen habitualmente a través del triángulo superior, al contrario que las hernias congénitas<sup>5,9</sup>. Los casos bilaterales son muy raros y se cree que son de tipo congénito<sup>6</sup>. Se presenta sobre todo en el lado izquierdo y la frecuencia es el doble en hombres que en mujeres. La edad habitual del diagnóstico está alrededor de los 60 años<sup>5,6,10,11</sup>.

Siendo un defecto muy infrecuente, algunas publicaciones describen una frecuencia del 1,5%-2% del total de las hernias de la pared abdominal<sup>5,9</sup>, en nuestra opinión probablemente la tasa real sea sensiblemente inferior. Además, aunque como otras hernias puede manifestarse en forma de tumoración blanda y reductible, a menudo no es así, refiriendo el paciente únicamente molestias locales. Por todo ello la sospecha clínica debe ser alta y el diagnóstico a menudo estará ayudado por técnicas de imagen como la ecografía, la resonancia magnética y sobre todo la tomografía computarizada, considerada la prueba estándar de oro en el estudio de la hernia lumbar<sup>5,12</sup>. La hernia lumbar puede dar lugar a episodios de encarceración en aproximadamente el 9% de los casos<sup>13</sup>. Factores predisponentes son la edad avanzada, la obesidad y situaciones de aumento de la presión abdominal como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica<sup>9</sup>.

La reparación de la hernia lumbar puede realizarse mediante un abordaje abierto o laparoscópico, descrito por primera vez en 1998 por Heniford et al.<sup>3</sup>. A su vez, la vía laparoscópica puede ser transperitoneal o de forma totalmente extraperitoneal<sup>3,9</sup>. En cualquiera de los casos la colocación de una malla es fundamental para evitar recidivas, más teniendo en cuenta la existencia de estructuras óseas (12ª costilla y cresta iliaca) que pueden dificultar la realización de una sutura sin tensión<sup>9,14</sup>. El abordaje laparoscópico es preferible: permite una mejor vi-

sualización del defecto así como de sus relaciones con las estructuras adyacentes, facilita la colocación de la malla en posición retromuscular, preperitoneal o intraperitoneal con una mínima fijación aprovechando la presión intraabdominal, y logra mejores resultados en cuanto a dolor posoperatorio, recuperación, resultado estético, formación de seromas o tasas de infección del sitio quirúrgico<sup>3,15</sup>.

### Conclusiones

Las hernias lumbares, tanto del triángulo superior de Grynfeltt-Lesshaft como del triángulo inferior de Petit, son poco frecuentes, pero no por ello debemos dejar de tenerlas presentes a la hora de estudiar un paciente que se presente con una masa o unas molestias en la región lumbar. Habitualmente deberán ser reparadas para evitar posibles complicaciones. La técnica quirúrgica no está estandarizada, pero sí hay consenso en la necesidad de emplear un material protésico en forma de malla. En cuanto al abordaje, tanto el abierto como el laparoscópico han sido descritos, aunque parece que esta última ofrece ventajas.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Los autores declaran tener la aprobación del comité de ética local institucional.

**Financiación:** Ninguna.

**Conflictos de interés:** Ninguno.

### Bibliografía

- Salameh JR. Primary and Unusual Abdominal Wall Hernias. *Surg Clin North Am.* 2008;88:45-60.
- Kadler B, Shetye A, Patten D, Al-Nowfal A. A primary inferior lumbar hernia misdiagnosed as a lipoma. *Ann R Coll Surg Engl.* 2019;101:e96-8.
- Heniford BT. Laparoscopic Inferior and Superior Lumbar Hernia Repair. *Arch Surg.* 1997;132:1141-4.
- Moreno-Egea A. Historia de la hernia lumbar y de los cirujanos que se enfrentaron a ella durante los siglos XVIII y XIX. *Rev Hispanoam HERNIA.* 2017;5:120-7.
- Coulier B. Grynfeltt hernia. *J Belg Soc Radiol.* 2011;94:99. doi: 10.5334/jbr-btr.518.
- Armstrong O, Hamel A, Grignon B, Doye JMN, Hamel O, Robert R, et al. Lumbar hernia: anatomical basis and clinical aspects. *Surg Radiol An.* 2008;30(7):533-7; discussion 609-10. doi: 10.1007/s00276-008-0361-2. Epub 2008 Jun 14.
- Mismar A, Al-Ardah M, Albsoul N, Younes N. Underlay mesh repair for spontaneous lumbar hernia. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4:534-6.
- Zhou X, Nve JO, Chen G. Lumbar hernia: Clinical analysis of 11 cases. *Hernia [Internet].* agosto de 2004 [citado el 19 de julio de 2021];8(3). Disponible

- en: <http://link.springer.com/10.1007/s10029-004-0230-9>.
9. Claus CMP, Nassif LT, Aguilera YS, Ramos EB, Coelho JCU. Laparoscopic Repair of Lumbar Hernia (Grynfeltt): Technical Description. *abcd Arq Bras Cir Dig São Paulo*. 2017;30:56-9.
  10. Teo KAT, Burns E, Garcea G, Abela JE, McKay CJ. Incarcerated small bowel within a spontaneous lumbar hernia. *Hernia*. 2010;14:539-41.
  11. Renck DV, Gomes L de M, Lopes Júnior JI. Hérnia lombar adquirida secundária do tipo Grynfeltt: relato de caso. *Radiol Bras*. 2009;42:137-8.
  12. Aguirre DA, Casola G, Sirlin C. Abdominal Wall Hernias: MDCT Findings. *Am J Roentgenol*. 2004;183:681-90.
  13. Light HG. Hernia of the Inferior Lumbar Space: A Cause of Back Pain. *Arch Surg*. 1983;118:1077-80.
  14. Salameh JR, Salloum EJ. Lumbar incisional hernias: diagnostic and management dilemma. *JSLs*. 2004;8:391-4.
  15. Suarez S, Hernandez JD. Laparoscopic repair of a lumbar hernia: report of a case and extensive review of the literature. *Surg Endosc*. 2013;27:3421-9.