



## VC-115 - MANEJO LAPAROSCÓPICA TAPP DE UNA RARA PATOLOGÍA: HERNIA LUMBAR RECIDIVADA (GRYNFELT)

Trujillo Díaz, Jeancarlos; Gómez López, Juan Ramón; Martínez Moreno, Clara; Concejo Cutoli, Pilar; Montenegro Martín, María Antonia; Schenone, Francesco; Martín del Olmo, Juan Carlos

Hospital Medina del Campo, Valladolid.

### Resumen

**Objetivos:** Las hernias lumbares son defectos muy raros de la pared abdominal posterior. Se pueden clasificar en: hernias de Grynfelt las que se ubican en el espacio lumbar superior (es el más frecuente) y las de Petit localizadas en el triángulo lumbar inferior. Su forma de presentación es muy variable. Suelen ser asintomáticos, pero pueden causar molestias o dolor asociado, masa palpable; en función de su tamaño, de su contenido y de la existencia o no de incarceración del mismo. Su tratamiento puede realizarse por abordaje abierto, o por abordaje laparoscópico (TAPP o TEP), observándose mejores resultados por abordaje mínimamente invasivo: menor incidencia de recidivas y de dolor posoperatorio. Presentación tipo vídeo.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 78 años que acudió a consulta presentando un bulto en región lumbar superior izquierda que ha ido aumentando de tamaño asociado a dolor. Antecedentes quirúrgicos: herniplastia lumbar izquierda abierta con malla *onlay* (2018). Exploración física: hernia lumbar izquierda recidivante (Grynfelt). En la tomografía computarizada se corrobora una hernia lumbar izquierda recidivada (defecto: 45 mm) con colon dentro del saco herniario asociado a una gran hernia hiatal paraesofágica. Dado que la hernia hiatal era sintomática y también se iba a realizar tratamiento quirúrgico del mismo, decidimos realizar un abordaje TAPP laparoscópico para tratar la hernia lumbar y la hiatal en el mismo acto quirúrgico. El paciente fue colocado en decúbito lateral derecho. Usamos 3 puertos (1 × 12 mm, 2 × 5 mm) para realizar la cirugía. La cirugía comienza liberando adherencias y reduciendo el contenido herniario. A continuación se realiza la apertura peritoneal por encima del defecto herniario, se continúa con la disección del saco herniario y reducción del contenido preperitoneal herniado, se realiza una disección amplia donde colocaremos la malla. Posteriormente cerramos el defecto herniario con sutura barbada 0 y colocamos una malla de PVDF de 10 × 15 cm fijada con Tisseel, finalmente cerramos el peritoneo con V-Lock 3-0. El paciente presentó evolución satisfactoria sin complicaciones y fue dado de alta en 1ºPOD. Actualmente, tras 12 meses de seguimiento, no presenta signos de recidiva herniaria.

**Discusión:** Las hernias lumbares son una patología con una incidencia muy baja, por lo que no existe un consenso claro sobre el mejor tratamiento quirúrgico. Nuestro grupo considera que el abordaje mínimamente invasivo (laparoscópico o robótico) en este tipo de hernias, ya sea a través del abordaje transabdominal (TAPP) o extraperitoneal (TEP), es el más adecuado, ya que ofrece las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva (menor dolor posoperatorio, menor estancia hospitalaria) y se han reportado tasas más bajas de complicaciones posoperatorias relacionadas con el sitio quirúrgico y una menor incidencia de recidivas herniarias.