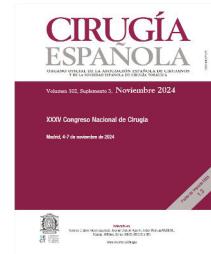




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## VC-123 - ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA HERNIA DE GRYNFELT

Licardie, Eugenio<sup>1</sup>; Navarro-Morales, Laura<sup>2</sup>; Moreno-Suero, Francisco<sup>2</sup>; Bellido-Luque, Juan<sup>3</sup>; Morales-Conde, Salvador<sup>3</sup>; Balongo-García, Rafael<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez, Quirónsalud Sagrado Corazón, Huelva; <sup>2</sup>Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla;

<sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla; <sup>4</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

### Resumen

**Introducción:** Las hernias lumbares son defectos congénitos o adquiridos que se producen en la pared posterolateral del abdomen, existen dos tipos; a nivel del triángulo superior de Grynfelt y de un triángulo inferior o triángulo de Petit. Suelen ser pequeñas hernias asintomáticas en las que se palpa una protrusión, pero que ocasionalmente pueden provocar molestias o incluso dolor. Se han descrito muchas técnicas para su tratamiento, ya sea por vía laparoscópica o abordaje convencional. Ya han sido demostradas las ventajas de un abordaje mínimamente invasivo, y si a estas ventajas se le puede añadir la posibilidad de reparar la hernia, colocando una malla en el espacio preperitoneal, con lo que se podría evitar el contacto con las asas intestinales. Queremos presentar el abordaje mínimamente invasivo de un paciente con una hernia L4 W1 (EHS).

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 28 años con antecedentes de intervención urológica en la infancia por defectos congénitos en ambos riñones mediante lumbotomía bilateral. El paciente se quejaba de molestias en el lugar de la hernia lumbar izquierda desde hacía un año. En la exploración se palpaba una protuberancia blanda y reductible en la región posterolateral izquierda de la pared abdominal. El TAC confirmó la existencia de una hernia lumbar a través del triángulo superior o de Grynfelt de 35 mm de diámetro, y se programa una intervención quirúrgica con el diagnóstico de hernia tipo L4 W1. Se interviene mediante abordaje laparoscópico transabdominal, inicialmente con aguja de Veress en el punto de Palmer, colocando tres trócares en línea media clavicular izquierda, en el que tras la liberación del parietocólico izquierdo se diseña un colgajo de peritoneo para acceder al triángulo de Grynfelt. Se realiza reducción del contenido herniario (tejido graso), observándose un defecto herniario de 35 × 35 mm aprox. Posteriormente, se realizó el cierre directo del defecto herniario con sutura barbada absorbible del 1 y se colocó una malla de PVDF adaptada a la medida del defecto con un adecuado overlap (10 × 10 cm) en posición preperitoneal fijándola con suturas helicoidales absorbibles y pegamento de cianocrilato. Posteriormente, se realizó el cierre del colgajo peritoneal con sutura barbada absorbible del 3-0. El paciente fue dado de alta 24 horas después de la intervención, sin que se observaran complicaciones inmediatas ni recidivas al año y medio de seguimiento.

**Discusión:** Creemos que el abordaje mínimamente invasivo de las hernias lumbares es factible y aporta las ventajas de ya conocidas de la cirugía mínimamente invasiva, además de poder explorar adecuadamente toda la cavidad abdominal. Si a esto le añadimos la posibilidad de colocar una malla

preperitoneal, creemos que los pacientes podrían beneficiarse aún más de dicho abordaje. Son necesarios más estudios con mayor número de pacientes para obtener resultados más concluyentes.