Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. **SALUD Y VIDA**
Volumen 9. Número 18. Año 9. Juio-Diciembre. 2025
Hecho el depósito de Ley: FA2016000010
ISSN: 2610-8038
FUNDACIÓN KOINONIA (F.K).
Santa Ana de Coro, Venezuela.

https://doi.org/10.35381/s.v.v9i18.4744

Hernia de Grynfelt; actualización y manejo laparoscópico, a propósito de un caso

Grynfelt's hernia: update and laparoscopic management, based on a case study

Luis Xavier Armijos-León
pg.docentelxal@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua
Ecuador
https://orcid.org/0000-0003-3001-0712

María Ángeles García-Verduga
mariagv.0209@gmail.com
Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo
Ecuador
https://orcid.org/0009-0008-6468-3134

Karen Patricia Proaño-Calero
drakarenproano@gmail.com
Universidad Tecnológica Equinoccial, Quito, Pichincha
Ecuador
https://orcid.org/0009-0002-5561-1047

Recepción: 13 de marzo 2025
Revisado: 16 de abril 2025
Aprobación: 18 de junio 2025
Publicado: 01 de julio 2025

Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. **SALUD Y VIDA**
Volumen 9. Número 18. Año 9. Juio-Diciembre. 2025
Hecho el depósito de Ley: FA2016000010
ISSN: 2610-8038
FUNDACIÓN KOINONIA (F.K).
Santa Ana de Coro, Venezuela.

RESUMEN

Introducción: La hernia de Grynfeltt es una patología poco frecuente que se manifiesta en región lumbar, de contenido de grasa retroperitoneal, del peritoneo o de un órgano intraperitoneal, de origen congénito o adquirido, a nivel del triángulo lumbar superior. **Objetivo:** Realizar una técnica quirúrgica actual y beneficiosa para la reparación de la hernia de Grynfelt con cirugía mínimamente invasiva en los pacientes. **Caso:** Paciente femenina de 45 años, sin antecedentes relevantes, acude a consulta por presentar masa en región lumbar de 8 años de evolución que ha incrementado gradualmente de tamaño. Dicha prominencia se localiza en triángulo lumbar superior, y corresponde a masa de 4 cm de diámetro, dolorosa a la palpación, reductible que se aprecia mediante maniobra de Valsalva. **Conclusiones:** Una adecuada anamnesis, examen físico y una tomografía abdominal confirman el diagnóstico. La literatura es limitada, pero respalda el uso de malla en reparaciones laparoscópicas para hernias sintomáticas.

Descriptores: Hernia de Grynfelt; laparoscopía; triángulo lumbar superior; Hafner. (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Introduction: Grynfeltt's hernia is a rare condition that occurs in the lumbar region, involving retroperitoneal fat, the peritoneum, or an intraperitoneal organ, and may be congenital or acquired, occurring at the level of the superior lumbar triangle. **Objective:** To perform a modern and beneficial surgical technique for the repair of Grynfeltt's hernia using minimally invasive surgery in patients. **Case:** A 45-year-old female patient with no relevant medical history attended the clinic due to a mass in the lumbar region that had been present for eight years and had gradually increased in size. This prominence is located in the upper lumbar triangle and corresponds to a mass 4 cm in diameter, painful on palpation, and reducible by the Valsalva maneuver. **Conclusions:** An adequate medical history, physical examination, and abdominal tomography confirm the diagnosis. The literature is limited but supports the use of mesh in laparoscopic repairs for symptomatic hernias.

Descriptors: Grynfelt hernia; laparoscopy; upper lumbar triangle; Hafner. (Source: DeCS).

INTRODUCIÓN

La hernia de Grynfeltt es una patología poco frecuente que se presenta en región lumbar, caracterizada por la protrusión de grasa retroperitoneal, peritoneo o de contenido intraperitoneal, de origen congénito o adquirido, a nivel del triángulo lumbar superior. De acuerdo con la literatura, se han reportado aproximadamente 300 casos a nivel mundial, porlo que se convierte en una patología excepcional. Menos del 1% de las hernias abdominales corresponden a este tipo.

La mayoría de los casos de estas hernias se clasifican como congénitas o adquiridas (82%), siendo aproximadamente el 54% los casos de forma espontánea. El resto corresponde a hernias secundarias, principalmente derivadas de traumatismos o cirugías quirúrgicas previas [1]. Esta hernia se manifiesta en dos zonas anatómicamente vulnerables: el triángulo lumbar inferior (triángulo de Jean-Louis Petit) y el triángulo lumbar superior (triángulo de Grynfeltt-Lesshaft).

El diagnóstico clínico de la hernia de Grynfeltt puede ser complejo por su baja prevalencia y la inespecificidad de los síntomas. Por lo genera los síntomas incluyen una masa palpable en la región lumbar, por lo general asintomática o de molestias vagas como un dolor sordo o sensación de peso. En algunos casos, el disgnóstico se retrasa producto de confusiones con otras enfermedades como lipomas, abscesos, tumores retroperitoneales o incluso patologías musculoesqueléticas [2].

La exploración física debe realizarse con el paciente en bipedestación y en decúbito, con maniobras de Valsalva, para valorar cambios en la prominencia de la masa. El diagnóstico clínico suele confirmarse mediante tomografía computarizada, aunque algunos casos, se utilizan como métodos complementarios la ecografía o radiografía [2].

La hernia de Grynfeltt, puede manifestarse con diferentes variantes clínicas, siendo la forma unilateral la más común, aunque también se han documentado caso bilaterales en la literatura [3]. En cuanto a su tratamiento, se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas que incluyen abordajes convencionales abiertos y procedimientos mínimamente invasivos por vía laparoscópica, en correspondencia con la experiencia del cirujano, los

recursos disponibles y las características de la hernia [4]. Según Hafner, un cirujano tendría la ocasión de corregir únicamente una Hernia de Grynfeltt a lo largo de su carrera profesional [5], por tal motivo se decide hacer público este caso, considerando que en Ecuador solo hay un caso más que ha sido resuelto.

A partir del análisis se propone como objetivo: realizar una técnica quirúrgica actual y beneficiosa para la reparación de la hernia de Grynfelt con cirugía mínimamente invasiva en los pacientes.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 45 años, mestiza, natural de Tiputini y residente en Tena, sin antecedentes personales patológicos de relevancia. Acude a consulta por una masa dolorosa en región lumbar derecha de 8 años de evolución que ha presentado un aumento progresivo de tamaño. La lesión se localiza en triángulo lumbar superior, y corresponde a masa de 4 cm de diámetro, dolorosa a la palpación, de cosistencia blanda reductible y más evidente con la maniobra de Valsalva (Figura 1).

Figura 1. Señalización de sitio quirúrgico de masa.
Elaboración: Los autores.

Se solicita ecografía de partes blandas donde se explora región lumbar con transductor lineal de 7,5 mHz, visualizándose piel y tejido celular subcutáneo de grosor y ecogenicidad normal. En una situación posterior al musculo dorsal ancho se visualiza defecto herniario que mide 7,6 mm, a través del cual protruye saco herniario que mide 10x24mm, durante la maniobra de Valsalva alcanza 29x12mm, sin visualizarse otras alteraciones por dicho estudio. Debido al cuadro clínico, se decide planificar resolución quirúrgica, para lo que se administró cefazolina 1g IV durante la inducción anestésica como profilaxis.

En quirófano la paciente fue instalada en posición de lumbotomía izquierda, llevando a cabo una herniorrafia lumbar, en la que bajos normas de asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles previa anestesia general con intubación orotraqueal. Se lleva a cabo el método laparoscópico para lo que se realizan 3 incisiones, una supraumbilical de 10 mm para videocámara, otra en flanco derecho de 10 mm y una en hipocondrio derecho de 5 mm.

Se inició realizando la apertura del peritoneo parietal previa a la liberación de adherencias, luego se identificó el saco herniario, se hizo la reducción del tejido lipomatoso y el cierre de agujero con prolene 1/0 (Figura 2). A continuación se adecua el espacio para la colocación de la malla de polipropileno de 7.5 x 15 cm con los respectivos puntos de sujeción (Figura 3), además se utilizó vycril 2.0 para el cierre del peritóneo (Figura 4).

Entre los hallazgos quirúrgicos se encontró defecto herniario lumbar doble con contenido lipomatoso en el triángulo de Grynfeltt del lado derecho, destacando que los nervios y resto de estructuras se encontraban sin compromiso. El paciente fue dado de alta sin ninguna complicación a las 24 horas, con un control postoperatorio a los seis meses normal.

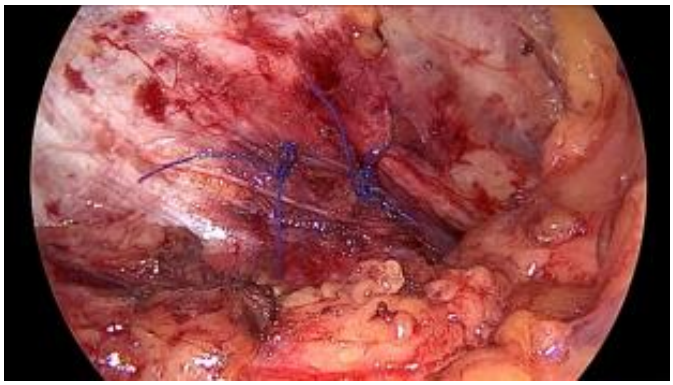

Figura 2. Cierre de orificio herniario.
Elaboración: Los autores.

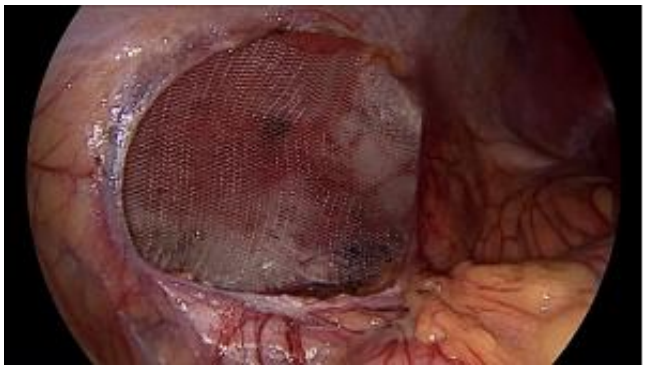

Figura 3. Colocación de malla de polipropileno.
Elaboración: Los autores.

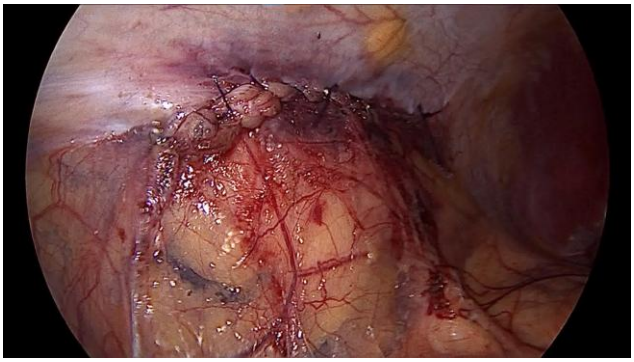

Figura 4. Cierre de peritoneo.
Elaboración: Los autores.

DISCUSIÓN

La hernia de Grynfelt es una condición relativamente rara en la que el tejido abdominal protruye a través de un defecto en la pared muscular lumbar. De acuerdo al presente caso existía debilidad del triángulo lumbar superior delimitado inferolateralmente por el músculo oblicuo externo mayor, inferomedialmente por el borde lateral del músculo espinal, superiomedial por el músculo serrato menor y superolateral por la duodécima costilla. En cambio, en el caso de la hernia inferior lumbar o de Petit, es delimitado por el límite externo como bordeado por la cresta del hueso ilíaco como base, el músculo oblicuo externo como borde lateral y el músculo dorsal ancho como borde medial [5 6].

Esta hernia puede presentarse como una masa palpable en la región lumbar y puede causar síntomas como dolor o molestias en esa área [8], aunque en otros casos suelen carecer de síntomas. Al examen físico el diagnóstico suele basarse en la presencia de una protuberancia reducible que se incrementa al realizar la maniobra de Valsalva o al toser [9].

Hay que tener en cuenta que es posible que en algunos casos la hernia de Grynfelt o Petit se confundan con un lipoma como se manifiesta en el artículo publicado por Kadler [10], en el que una hernia lumbar fue diagnosticada erróneamente como un lipoma. La similitud en la presentación puede llevar a una confusión inicial, pero pruebas de diagnóstico como ecografías o tomografías pueden ayudar a diferenciar entre una hernia lumbar y un lipoma [11].

La tomografía computarizada es considerada el método de imagen preferido debido a su capacidad para proporcionar detalles adicionales, incluyendo el contenido herniado y precisar los límites del defecto muscular. Aunque la ecografía y la resonancia magnética también son útiles para este propósito [12].

Los reportes de caso de hernia de Grynfelt varían en su presentación, tratamiento y resultados, ya que cada caso es único. Dicha hernia puede contener peritoneo y órganos intraperitoneales, o pueden ser completamente extraperitoneal [13]. Algunos factores que pueden influir en los resultados incluyen el tamaño de la hernia, el tiempo transcurrido

desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento, la presencia de complicaciones como estrangulación de la hernia, la edad y la salud general del paciente [14].

Los resultados suelen ser buenos cuando la hernia se diagnosticada y se trata tempranamente para prevenir el encarcelamiento y el estrangulamiento [15]. La reparación quirúrgica es el único tratamiento definitivo [16] para reparar el defecto en la pared muscular y devolver el tejido abdominal a su posición correcta, bien puede ser laparoscópica o convencional. De acuerdo al artículo publicado por Moreno [17], los resultados a largo plazo no muestran diferencias significativas en términos de complicaciones y reaparición de la hernia. No obstante, se sugiere que el enfoque laparoscópico para tratar la hernia lumbar es seguro, eficaz y más eficiente que la cirugía abierta, y podría ser preferible. La cirugía abierta podría ser más adecuada para hernias extensas, superiores a 15 cm, en concodancia con Gopi-Singh et al. [18].

Además, la colocación de la malla de polipropileno está indicada para proporcionar el refuerzo necesario, considerando que la porosidad, el tamaño y la forma de los poros de la malla desempeñan funciones importantes a la hora de integrarse con éxito en el cuerpo después de la reparación de la hernia. Sin embargo, se ha demostrado que, a largo plazo, ni la densidad del material ni su composición química parecen influir en el éxito de la herniorrafía [19]. En este sentido, Sosa [11] indica que el uso de la malla quirúrgica Optilene de bajo peso, macroporosa, sin iones de plata considerando que reduce la inflamación con una óptima integración tisular.

En general, los pacientes experimentan una mejoría significativa en los síntomas después de la reparación quirúrgica [20]. Sin embargo, en algunos casos pueden surgir complicaciones, como recurrencia de la hernia, infección postoperatoria, dolor crónico o daño a estructuras cercanas durante la cirugía. Por lo tanto, es importante abordar cada caso de hernia de Grynfelt de manera individual y realizar un seguimiento adecuado para evaluar la recuperación y detectar cualquier problema que pueda surgir. En última instancia, el tratamiento dependerá de las preferencias y experiencia individuales del médico. Fue posible identificar limitaciones del estudio en cuanto a la escasa

disponibilidad de artículos actuales, para comparar nuevas propuestas por partes de otros autores.

CONCLUSIONES

La hernia lumbar es un defecto poco común de la pared abdominal, puede ser de origen congénito o adquirido. Una anamnesis, examen físico y una tomografía abdominal confirman el diagnóstico. Incluso en casos simples, la TC es crucial antes de la cirugía. La literatura es limitada, pero respalda el uso de malla en reparaciones laparoscópicas para hernias sintomáticas.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no conflicto de intereses con su investigación.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

AGRADECIMIENTO

A todos los agentes sociales involucrados en el proceso investigativo.

REFERENCIAS CONSULTADAS

1. Prost D, Seman M, Cortes A. Cure de hernie lombaire de Grynfeltt par abord direct. *Journal de Chirurgie Viscérale*. 2020;157(2):143-7. https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2019.11.008

2. Romero JA, Farell J, Ruiz-Funes AP, Gonzalez JP, Guillen EA. Laparoscopic retro muscular lumbar hernia repair using an extended totally extraperitoneal (eTEP) approach: how do we do it? AME Surg J. 2023;3(7):1-5. https://doi.org/10.21037/asj-21-90

3. Rafols M, Bergholz D, Andreoni A, Knickerbocker C, Davies J, Grossman RA. Bilateral Lumbar Hernias Following Spine Surgery: A Case Report and Laparoscopic Transabdominal Repair. Case Rep Surg. 2020;2020(8859106):1. https://doi.org/10.1155/2020/8859106

4. Diaz D, Guarderas X, Gordillo A, Molina D, Núñez V. Hernia de Grynfelt resuelta por vía laparoscópica: reporte de un caso. Metro Cienc. 2020;28(2):04-7. https://n9.cl/7vz1s

5. Hafner CD, Wylie JH, Brush BE. Petit's lumbar hernia: repair with Marlex mesh. Arch Surg Chic Ill 1960. 1963;86(1):180-6. https://doi.org/10.1001/archsurg.1963.01310080004002

6. Attolou SG, Meli Momene BA, Gandji W, Imorou Souaibou Y, Gnangnon F, Mehinto KD. Hernie lombaire du triangle inferieur: une forme rare de hernie parietale à propos d'un cas au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou. J Société Biol Clin Bénin. 2018;29(1):95-8. https://acortar.link/W0aRhr

7. Ghezala HB, Feriani N. Hernia of the Jean Louis Petit triangle in the emergency department: a rare image. Pan Afr Med J. 2020;37(166):1-2. https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.166.10702

8. García Méndez LR. Hernia lumbar del espacio de Grynfelt. A propósito de un caso. Rev Médica Electrónica. 2020;42(3):1928-36. https://n9.cl/0llfkd

9. Baig N, Elberm H, Warren P. Traumatic inferior lumbar hernia. J Surg Case Rep. 2022;(5):240. https://doi.org/10.1093/jscr/rjac240

10. 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(4):96-8. https://doi.org/10.1308/rcsann.2019.0009

11. Sosa FF, Castillo1 YR, González ÁC, Sánchez TM, Ntutumu PO. Hernia lumbar de petit: a propósito de un caso: [lumbar hernia of petit: a case report]. Rev Cir Galicia. 2022;6(7):1-4. https://n9.cl/vl8p05

12. Estudillo GV, Ochoa Viveros EY, Nicasio Delgado AQ, Cervantes DT, Cajica GR, Hernández Rojas MA, et al. Recurrent petit traumatic hernia plasty: case report. Int Surg J. 2019;6(2):593. https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20190410

13. Dyatta Mayombo K, Ipouka Doussiemou S, Nguele N, Orendo Sossa J, Oparadji JR, Mvé Ndong BF, Diallo Owono FK, Ondo N'Dong F. Diagnostic and Therapeutic Modalities of Lumbar Hernia: About A Case. Med Clin Case Rep. 2021;1(1):1-3. https://doi.org/10.33425/2768-6647.1005

14. Prost D, Seman M, Cortes A. Cure de hernie lombaire de Grynfeltt par abord direct. J Chir Viscérale. 2020;157(2):143-7. https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2019.11.008

15. Shadhu K, Ramlagun D, Chen S, Liu L. Surgical approach towards Grynfelt hernia: A single center experience. Medicine (Baltimore). 2018;97(33):119-28. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000011928

16. Quaunine M, Wilkins A, Mitton D, Myatt A. 1227 Laparoscopic Repair of a Grynfeltt-Lesshaft Hernia: Case Report. Br J Surg. 2023;110(7):258-320. https://doi.org/10.1093/bjs/znad258.320

17. Moreno-Egea A, Alcaraz AC, Cuervo MC. Surgical Options in Lumbar Hernia: Laparoscopic Versus Open Repair. A Long-Term Prospective Study. Surg Innov. 2013;20(4):331-44. https://doi.org/10.1177/155335061245872

18. Gopi-Singh L, Chiranjeevi S, Krishna-Ramavath, Harshitha-Rani H, Lekha-Komparu, Sreepada-Nutan. The Primary Lumbar Hernia: Open or Laparoscopic Approach? Gen Surg. 2021;6:3387. https://n9.cl/su8kl

19. Saha T, Wang X, Padhye R, Houshyar S. A review of recent developments of polypropylene surgical mesh for hernia repair. OpenNano. 2022;7(1):1-32. https://doi.org/10.1016/j.onano.2022.100046

20. Tounkara I, Ongoiba O, Kanté A, Diarra A, Togo A. Superior lumbar hernia or hernia of GRYNFELTT, a case study. Mali Med. 2020;35(2):50-1. https://n9.cl/fpn7v

©2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
(https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)