

**PRESENTACION DE CASO****Hernias lumbares de Grynfeld. Presentación de un caso de origen congénito.****Grynfeld lumbar hernias. Presentation of a congenital case.**

Dra. Cleopatra Cabrera Cuellar<sup>1</sup>, Dra. Nilda B. Cortizo Martínez<sup>2</sup>, Dra. Alina L. Díaz Dueñez<sup>2</sup>, Dr. Sergio Elías Molina Lamothe<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Especialista de I Grado en Neonatología. Profesor Asistente. <sup>2</sup>Especialista de I Grado en Neonatología. <sup>3</sup>Especialista de I Grado en Neonatología. Profesor Instructor. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

**RESUMEN**

Las hernias lumbares son sumamente raras, y se reportan en muy pocas ocasiones. Solo se informan poco más de 300 casos en la literatura, y de ellas solo existen 10 casos que se han presentado de forma congénita, según reportes. Las hernias que se producen a través del espacio lumbar superior o de Grynfeld-Lesshaft por ser de más constantes y de mayor tamaño suelen aparecer con más frecuencia que las que se producen a través del triángulo de Petit. Se reporta un recién nacido con diagnóstico de hernias lumbares bilaterales y malformación de la columna vertebral.

**Palabras Clave:** Hernia; Región Lumbosacra

**ABSTRACT**

Lumbar hernias are uncommon and are reported rarely, they are informed only few more than 300 in literature and of them only 10 cases are congenital. The hernias that are produced through the superior lumbar space or Grynfeld-Lesshalf's hernia, are due to the fact that they are more constant and larger they are usually more frequent than the Petit triangle. We are reporting a Newborn infant with the diagnosis of bilateral lumbar hernias and malformation of the vertebral column.

**Keywords:** Hernia; Lumbosacral Region

**INTRODUCCIÓN**

El primer reporte de hernia lumbar lo realizó Barbette en 1672. En 1866, Joseph C. Grynfeld, anatomista francés, describió los límites anatómicos del triángulo lumbar

superior. En forma independiente, Pyotr Frantsovish Lesshalf, anatomista ruso, en 1870 describió los mismos límites anatómicos que Grynfeld denominó triángulo lumbar superior a dicho espacio<sup>(1)</sup>. En 1923, Radvin opinó que la mayoría de las hernias lumbares se encontraban en el triángulo lumbar superior, observación que ratificó Virgilio en 1925 y posteriormente Watson, Thorek y Swartz (1954, 1978)<sup>(1, 2)</sup>.

El triángulo superior de Grynfeld y Lesshalf tiene forma de un triángulo invertido y sus límites están formados por el borde inferior de la duodécima costilla que se continúa con el borde inferior del serrato posterior e inferior; el borde interno está formado por el músculo cuadrado lumbar y el borde externo corresponde al músculo oblicuo menor. El techo del triángulo lumbar superior está formado por el dorsal ancho y el piso, por la fascia transversales y la aponeurosis del músculo transversal del abdomen; el espacio es uno de los puntos débiles ya que carece de fascículos musculares y se encuentra atravesado por los vasos íleo lumbares. Existen factores que aumentan su vulnerabilidad: la longitud y el ángulo de la duodécima costilla, la forma y el tamaño del cuadrado lumbar y del serrato posterior e inferior, la inserción variable del dorsal ancho en la undécima y duodécima costilla.

Según el factor causal, las hernias pueden ser congénitas o adquiridas. Las congénitas tienen su génesis entre la tercera y la séptima semana de gestación, cuando se inicia la diferenciación de los músculos y logran su relación final en el cuerpo. Por su parte las adquiridas, pueden ser posquirúrgicas o postraumáticas<sup>(3)</sup>.

De acuerdo con el contenido herniario, se agrupan en

**Recibido:** 25 de noviembre de 2005.

**Aprobado:** 10 de enero de 2006

**Correspondencia:**

Dra. Cleopatra Cabrera Cuellar  
Servicio de Neonatología  
Hospital Provincial de Cienfuegos "Dr. Gustavo Aldereguía Lima"  
Cienfuegos, Cuba  
CP: 55100

extraperitoneales, paraperitoneales e intraperitoneales<sup>(4-6)</sup>. Otras causas de tipo adquirido incluyen heridas penetrantes (mayor por ciento), embarazo, toma de homoinjerto de cresta iliaca, poliomielitis, obesidad, edad avanzada, enfermedades debilitantes, y desnutrición extrema<sup>(7)</sup>. Frecuentemente las hernias son unilaterales; las bilaterales, se presentan por defectos en el desarrollo embrionario durante la tercera semana de gestación<sup>(4)</sup>.

Las hernias lumbares son poco comunes, solo fueron reportados 300 casos en la literatura hasta 1957, y de éstas solo el 10 % fueron congénitas, y el 95 %, se encuentran en el espacio superior. Por eso decidimos publicar este caso.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Recién nacido femenino de color de piel blanca, de madre de 26 años; con edad gestacional de 39,2 semanas, sin antecedentes obstétricos de interés,

embarazo que cursó sin riesgos, con líquido amniótico claro, parto eutócico. Peso al nacer de 3450 g, Apgar de 8 y 9.

En el examen inmediato al nacimiento mostró buen color, llanto fuerte y tumoración a ambos lados del abdomen en espacio lumbar, de consistencia blanda que crepitaba a la palpación, no impresionó como doloroso, no movable, y al observar a la recién nacida en decúbito prono se constató ligera incurvación del tronco hacia el lado derecho. El resto del examen físico fue negativo. Pasado el período de transición se comenzó la alimentación sin dificultad; expulsó meconio.

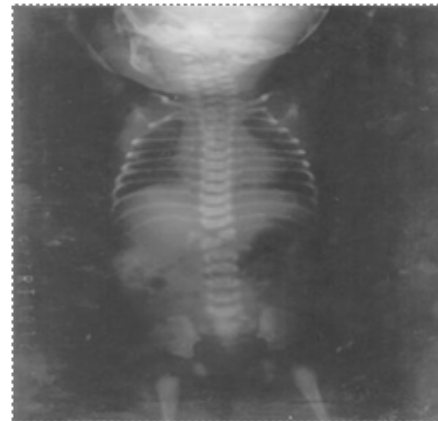
Se realizó radiografía de abdomen y columna vertebral donde se observaron imágenes poliédricas radio transparentes dentro de una de las tumoraciones, que recuerdan asas intestinales y hemi vértebra a nivel de la 12 vértebra dorsal y primera lumbar; además se constató la ausencia de la 12 costilla derecha.



**Figura 1.** Vista posterior el tumor herniario .



**Figura 2.** Vista anterior el tumor herniario.



**Figura 3.** Radiografía de columna vertebral que muestra la presencia de hemivértebra y ausencia de la XII costilla derecha

La imagen ultrasonográfica mostró ausencia de vísceras abdominales involucradas en ambos sacos herniarios, así como otras malformaciones.

Se solicitó interconsulta con cirugía por interpretarse como hernias bilaterales lumbares de Grynfelt. No existió criterio de reparación inmediata de las hernias por no presentar estrangulación, ni encarcelación de estas y por tratarse de un recién nacido.

### DISCUSIÓN

Las hernias lumbares son sumamente raras y se reportan en pocas ocasiones<sup>(1,5)</sup>. El espacio de Grynfelt-Lesshaft, por ser más constante y de mayor tamaño, suele ser más afectado que el espacio de Petit. El espacio de Grynfelt-Lesshaft puede ser triangular o más frecuentemente en forma de cuadrilátero<sup>(1,2)</sup>. Las hernias que se producen a través de este espacio se conocen como hernias de Grynfelt-Lesshaft. Se ha invocado un origen congénito, a causa de anomalías musculares, en

cuyo caso suelen ser dobles, aunque también pueden ser adquiridas (posquirúrgicas, postraumáticas, espontáneas, iatrogénicas, etc). Se manifiesta por un tumor en la región de los lomos, blando sonoro a la percusión, reducible, pero en ocasiones irreducible y mate, por lo que pueden ser confundidas con otras afecciones. Los síntomas más frecuentes son: dolor abdominal y lumbar, distensión abdominal y vómitos. El contenido generalmente incluye grasa, intestino o riñón. La radiografía y el ultrasonido pueden ayudar a definir el contenido de la hernia antes de la cirugía y así diferenciarla de tumores retroperitoneales, o lipomas de la pared abdominal. En niños la reparación quirúrgica es necesaria entre los 6 y 12 meses de edad. La importancia del caso informado radica en su carácter bilateral, su origen congénito, su asociación con alteraciones de la columna vertebral y la escasez de reporte de estos casos en la literatura mundial.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Luna Bauza ME, Bello Fernández JF. Hernia bilateral de Grynfelt: informe de un caso. Rev Méd Instituto Mejicano Seguro Social.2003; 41(4):339-343.
2. Arey LD. Developmental anatomy. A text book and laboratory manual of embryology. Philadelphia : W.B. Saunders; 1941.
3. Siffing PA, Forrest B. Hernias of inferior lumbar space: diagnosis with US. Radiology. 1989; 190(6):35-44.
4. Romero-Torres R. Tratado de Cirugía. México, DF: McGraw-Hill Interamericana;1993.
5. D´Amico G, Nardo M. Lumbar hernia of Grynfelt´s quadrilateral space. Apropos a case. Minerva Chirurgica. 1993; 48 (18): 125-127
6. Lee CM, Matthewis H. Congenital lumbar hernia. Arch Dis Child.1957; 32: 47.
7. Rondón Espino J A. Hernia lumbar de Grynfelt-Lesshaft: a propósito de 2 casos. Rev Cubana Cir. 2002;41(2):124-8