



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, octubre del 2024

Señores
CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Luis Alberto Alvarez Motta, con C.C. No. 1075268169,

Gabriela Ruiz Cerquera, con C.C. No. 1075296911,

Paula Andrea Silva Calderon, con C.C. No. 1075319822,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado Hernia de Grynfelt posterior a reconstrucción mamaria con dorsal ancho presentado y aprobado en el año 2023 como requisito para optar al título de Medico;

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores” , los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

Gabriela Ruiz Cerquera

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

Paula A. Silva Calderón



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Hernia de Grynfelt posterior a reconstrucción mamaria con dorsal ancho

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Alvarez Motta	Luis Alberto
Ruiz Cerquera	Gabriela
Silva Calderon	Paula Andrea

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Castro Betancourt	Dolly
Olaya Ramirez	Justo German

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Medico

FACULTAD: Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Medicina

CIUDAD: Neiva **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2024 **NÚMERO DE PÁGINAS:** 33

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general_ ___ Grabados___
Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___ Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas
o Cuadros___



SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español

Inglés

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| 1. Hernia De Grynfelt | Grynfelt's Hernia |
| 2. Hernias Posteriores | Posterior Hernias |
| 3. Reconstrucción Mamaria | Breast Reconstruction |
| 4. Mastectomía | Mastectomy |
| 5. Carcinoma Metastásico | Metastatic Carcinoma |

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Al servicio de la unidad de mastología y cancerología se presenta una paciente con un cuadro compatible con una hernia lumbar superior (o de Grynfeltt-Lessahft), dado su antecedente de carcinoma metastásico en axila derecha, estadio anatómico IIIB sometida a mastectomía simple derecha e izquierda, vaciamiento linfático axilar derecho y posterior reconstrucción inmediata con prótesis y colgajo del dorsal ancho, se realiza examen físico y una tomografía computarizada que reveló una hernia lumbar en región posterolateral inferior izquierda con colon encarcerado. Con estos hallazgos se confirma el diagnostico.

En la actualidad no se tiene total conocimiento del porque se produce estas hernias lumbares posterior, luego de realización de una mastectomía y reconstrucción pero se ha encontrado relación con la falta de superposición entre los bordes opuestos en la dirección de sus fibras, del músculo gran dorsal y del oblicuo, dicho lo anterior podemos encontrar la importancia clínica de estas hernias , pero en cierto caso se puede encontrar que estas personas con antecedentes de trauma o intervención quirúrgica donde se manipule estos músculos como en el caso de nuestra paciente, se vuelve más indicador de que deben



estar en control y seguimiento luego de una intervención para hacerles un adecuado manejo y obtener nuevos datos del curso de la misma y así mismo prevenir complicaciones.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

At the service of the mastology and cancerology unit, a patient presented with symptoms compatible with an upper lumbar hernia (or Grynfeltt-Lessahft), given her history of metastatic carcinoma in the right axilla, anatomical stage IIIB, who underwent simple right and left mastectomy. , right axillary lymphatic emptying and subsequent immediate reconstruction with prosthesis and latissimus dorsi flap, a physical examination and a computed tomography were performed that revealed a lumbar hernia in the lower left posterolateral region with an incarcerated colon. These findings confirm the diagnosis.

At present, there is no full knowledge of why these posterior lumbar hernias occur, after performing a mastectomy and reconstruction, but a relationship has been found with the lack of overlap between the opposite edges in the direction of their fibers, of the large dorsi muscle. and of the oblique, having said the above, we can find the clinical importance of these hernias, but in certain cases it can be found that these people with a history of trauma or surgical intervention where these muscles are manipulated, as in the case of our patient, becomes more indicative that they must be in control and follow-up after an intervention to make an adequate management and obtain new data on its course and likewise prevent complications.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: Dolly Castro Betancourt

Firma:

Nombre Jurado:

Firma:

Nombre Jurado:

Firma:

Hernia de Grynfelt posterior a reconstrucción mamaria con dorsal ancho

Luis Alberto Álvarez Motta

Gabriela Ruiz Cerquera

Paula Andrea Silva Calderon

Universidad Surcolombiana

Facultad de Salud

Programa de Medicina

Neiva- Huila

2024

Hernia de Grynfelt posterior a reconstrucción mamaria con dorsal ancho

Luis Alberto Álvarez Motta

Gabriela Ruiz Cerquera

Paula Andrea Silva Calderon

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Médico

Asesores:

Justo German Olaya Ramírez

Cirujano General, Especialista en Cirujano Mastólogo

Dolly Castro Betancourt

Enfermera, MS Salud pública, ESP y MS epidemiología

Universidad Surcolombiana

Facultad de Salud

Programa de Medicina

Neiva- Huila

2024

Nota de aceptación

Aprobado



Firma del presidente del jurado



Firma del jurado

Neiva, 09 de octubre de 2024

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo inicialmente a Dios y a la Virgen María por otorgarnos el conocimiento y la sabiduría para culminar un trayecto más en nuestra formación académica; también por darnos la oportunidad de abrir nuestro corazón para servir a la comunidad por medio de nuestros conocimientos, prácticas y brindar lo mejor de nosotros.

A nuestros padres por su amor, sacrificio y enseñanzas que han sido la base sobre la cual hemos construido nuestros sueños. Gracias por creer en nosotros e incluso en los momentos más difíciles y por ser nuestra mayor fuente de inspiración.

A nuestros profesores y asesores, gracias por compartir su conocimiento y por guiarnos con paciencia y sabiduría. Ustedes han sido pilares fundamentales que por medio de sus conocimientos nos han iluminado en este proceso, y cada lección aprendida se refleja en este trabajo.

A nuestros compañeros que juntos a nosotros lucharon por sus sueños. Que este trabajo sea un recordatorio de que, con dedicación y perseverancia, todo es posible.

A nuestra querida Universidad Surcolombiana quien nos recibió durante tantos años y nos inculco las bases esenciales para la formación de nuestra vida profesional, por cada docente, administrativo y cada personal de salud que apoyo estos procesos de formación académica impartiendo sus conocimientos que hoy en día contribuyeron al desarrollo personal y académico de cada uno de nosotros.

Luis, Gabriela, Paula

Agradecimientos

Agradecemos en primer lugar a Dios, cuya guía y fortaleza nos ha acompañado en cada paso de este camino. Su luz iluminó los momentos de incertidumbre, nos otorgó la paciencia y la determinación necesaria para afrontar los obstáculos que día a día se presentaron. Sin su apoyo, este proceso habría sido mucho más difícil. Nos sentimos profundamente agradecidos por las bendiciones y oportunidades que recibimos en nuestra formación académica. A nuestros padres expresamos el más sincero agradecimiento, su amor incondicional, apoyo constante y sacrificios a lo largo de nuestras vidas han sido la fuerza motriz detrás de cada uno de nuestros logros. gracias por enseñarnos la importancia de la educación y la perseverancia en los momentos más difíciles; a nuestros docentes y asesores Justo German y Dolly Castro un agradecimiento especial por compartir su sabiduría y experiencia, sus apoyos durante la investigación, sus valiosos consejos en cada etapa del proceso han sido una inspiración constante, por sus críticas constructivas, que nos permitieron mejorar y profundizar en el trabajo , gracias porque cada granito fue esencial para el desarrollo y formación académica que hoy culminamos. A nuestros compañeros de clase, gracias su amistad, las largas noches de estudio y los momentos de diversión han hecho que esta experiencia sea inolvidable y estamos agradecidos por haber compartido este viaje con personas tan talentosas y dedicadas. Además, queremos agradecer a la Facultad de Salud por proporcionar los recursos necesarios para llevar a cabo nuestra investigación. La disponibilidad de información y el ambiente de trabajo han sido fundamentales para el desarrollo de este proyecto. Por último, pero no menos importante, queremos dedicar un agradecimiento a todas las personas que influyeron en nuestra vida y en este trabajo. Ya sean familiares, amigos o conocidos, cada uno de ustedes ha aportado algo valioso en este viaje

académico. Este trabajo de grado es un reflejo de un esfuerzo colectivo, y cada uno de ustedes ha sido parte de este logro. Gracias a todos por ser parte de este maravilloso proceso de aprendizaje

Contenido

	Pág.
Introducción	12
1. Presentación del Caso	14
2. Revisión de Tema	16
2.1. Historia.....	16
2.2. Clasificación Anatómica	17
2.3. Factores Predisponentes	18
2.4. Etiopatogenia.....	19
2.5. Diagnostico diferencial	20
2.6. Tratamiento.....	21
3. Discusión.....	23
4. Conclusiones	25
Referencias Bibliográficas	26
Anexos	30

Lista de ilustraciones

	Pág.
Imagen 1. Imagen de tomografía computarizada (corte axial).	15

Lista de Anexos

	Pág.
Anexo A. Acuerdo de Confidencialidad	31

Resumen

Al servicio de la unidad de mastología y cancerología se presenta una paciente con un cuadro compatible con una hernia lumbar superior (o de Grynfeltt-Lessahft), dado su antecedente de carcinoma metastásico en axila derecha, estadio anatómico IIIB sometida a mastectomía simple derecha e izquierda, vaciamiento linfático axilar derecho y posterior reconstrucción inmediata con prótesis y colgajo del dorsal ancho, se realiza examen físico y una tomografía computarizada que reveló una hernia lumbar en región posterolateral inferior izquierda con colon encarcelado. Con estos hallazgos se confirma el diagnóstico.

En la actualidad no se tiene total conocimiento del porque se produce estas hernias lumbares posterior, luego de realización de una mastectomía y reconstrucción pero se ha encontrado relación con la falta de superposición entre los bordes opuestos en la dirección de sus fibras, del músculo gran dorsal y del oblicuo, dicho lo anterior podemos encontrar la importancia clínica de estas hernias , pero en cierto caso se puede encontrar que estas personas con antecedentes de trauma o intervención quirúrgica donde se manipule estos músculos como en el caso de nuestra paciente, se vuelve más indicador de que deben estar en control y seguimiento luego de una intervención para hacerles un adecuado manejo y obtener nuevos datos del curso de la misma y así mismo prevenir complicaciones.

Palabras Claves: Hernia de Grynfeltt, hernias posteriores, Reconstrucción mamaria, mastectomía, carcinoma metastásico.

Abstract

At the service of the mastology and cancerology unit, a patient presented with symptoms compatible with an upper lumbar hernia (or Grynfeltt-Lessahft), given her history of metastatic carcinoma in the right axilla, anatomical stage IIIB, who underwent simple right and left mastectomy, right axillary lymphatic emptying and subsequent immediate reconstruction with prosthesis and latissimus dorsi flap, a physical examination and a computed tomography were performed that revealed a lumbar hernia in the lower left posterolateral region with an incarcerated colon. These findings confirm the diagnosis.

At present, there is no full knowledge of why these posterior lumbar hernias occur, after performing a mastectomy and reconstruction, but a relationship has been found with the lack of overlap between the opposite edges in the direction of their fibers, of the large dorsi muscle. and of the oblique, having said the above, we can find the clinical importance of these hernias, but in certain cases it can be found that these people with a history of trauma or surgical intervention where these muscles are manipulated, as in the case of our patient, becomes more indicative that they must be in control and follow-up after an intervention to make an adequate management and obtain new data on its course and likewise prevent complications.

Key Words: Grynfelt's hernia, posterior hernias, breast reconstruction, mastectomy, metastatic carcinoma.

Introducción

Es frecuente la utilización de colgajos en el abordaje quirúrgico de reconstrucción mamaria, intervención que podría generar un defecto en la pared posterior, este tipo de manejo quirúrgico no está exento de la presentación de hernias. La hernia lumbar es considerada por su disposición anatómica como una hernia de flanco o posterior, esta es definida como cualquier hernia que tiene una distribución desde la línea axilar anterior hasta la columna vertebral y desde el margen costal hasta la tuberosidad isquiática. [1]

Se pueden encontrar por la ubicación anatómica del defecto dos tipos particularmente: la hernia lumbar superior y la hernia lumbar inferior. Este tipo de hernias se originan anatómicamente en la región posterolateral de la pared abdominal. Esta área anatómica se delimita a partir de la doceava costilla en la región superior, la cresta ilíaca en la región inferior, el borde posterior del oblicuo externo en la parte anterior y el borde lateral de los músculos erectores de la columna en la parte posterior. [2]

La región también abordarse desde algunas subdivisiones importantes como el triángulo superior (Grynfelt) y un triángulo inferior (Petit). El músculo *Latissimus dorsi* define el techo del triángulo lumbar superior y la reubicación de esta estructura aumenta las probabilidades de que el paciente pueda desarrollar como consecuencia una hernia. [3]

Las hernias de localización lumbar se consideran muy poco frecuentes si se abordan comparativamente con otras hernias de la pared abdominal, pues abarcan menos del 1,5 % de la totalidad de las hernias que se presentan en la pared abdominal hallando un número inferior a 300 casos notificados en los últimos 3 siglos en todo el mundo según la literatura inglesa. [4]

Este tipo de hernias pueden clasificarse según el momento de desarrollo como congénitas o adquiridas. Las congénitas representan alrededor del 20 % de todas las hernias y, a menudo, se asocian con otras malformaciones corporales. Las hernias adquiridas a su vez pueden clasificarse como primarias o secundarias. Los factores de riesgo que podrían predisponer al desarrollo de hernias primarias incluyen la obesidad, la atrofia muscular, la edad y la actividad física intensa. Por otro lado, las hernias adquiridas secundarias se consideran consecuencia de un evento traumático, relacionadas a patologías de tipo inflamatorio del área retroperitoneal, o asociadas a una cicatriz quirúrgica por una nefrectomía, cirugía de aneurisma de aorta, extracción de injerto óseo de la lámina ilíaca, entre otros. [5]

Cerca del 25% se desarrollan como consecuencia de una etiología traumática, este puede haber ocurrido durante el periodo posquirúrgico o posterior de lesiones contusas que se encuentren vinculadas con lesiones intraabdominales. El abordaje terapéutico de estos pacientes representa un considerable reto quirúrgico. [6]

El presente estudio de caso pretende identificar una de las eventuales complicaciones de etiología quirúrgica asociada a reconstrucción mamaria con músculo dorsal ancho, dado que, aunque no es una hernia frecuente en la práctica clínica, si puede presentarse, aspecto por el cual debe tenerse en cuenta su ocurrencia para abordarse y tratarse de manera oportuna, pues de no resolverse el defecto, podría conllevar a eventuales complicaciones a la paciente.

1. Presentación del Caso

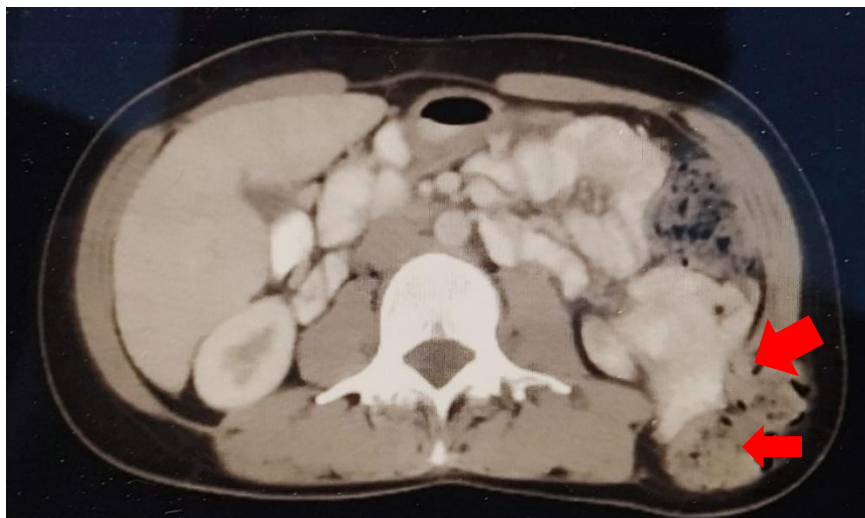
Mujer de 40 años con antecedentes de carcinoma metastásico en axila derecha, estadio anatómico IIIB con estudio genético que arrojó BRCA1 positivo, se sometió a mastectomía simple derecha e izquierda, vaciamiento linfático axilar derecho, quimioterapia neoadyuvante, radioterapia y a una posterior reconstrucción inmediata con prótesis y colgajo del dorsal ancho por etapas en el año 2018. En control realizado se evidencia adecuada constitución y colgajos de piel en área quirúrgica de mastectomía, no se visualizan nódulos de permeación, ni signos de recaída local, prótesis se encuentra en adecuado posicionamiento sin signos de ruptura, no hay cápsulas, complejo areola pezón normal lado derecho e izquierdo, con axila derecha e izquierda sin signos de recaída regional y estética adecuada. Cinco años después de su reconstrucción, presentó bulto palpable no doloroso sobre plano muscular en el examen realizado en área lumbar posterolateral inferior a nivel de la cresta iliaca izquierda. Una tomografía computarizada reveló una hernia lumbar en región posterolateral inferior izquierda con colon encarcelado. No tenía antecedentes de cirugía abdominal previa y fue sometida a quimioterapia adyuvante y radiación después de la mastectomía.

Aunque a la fecha la paciente se encuentra asintomática se sugiere realizar reparación vía laparoscópica de la hernia a través de 4 puertos acudiendo a la utilización de laparoscopio de 30° de 5 mm. La conducta subsiguiente se fundamenta en la corrección del defecto herniario. Posteriormente, la reducción del colon sigmoide y la movilización el riñón, para la herniorrafía se proyecta mediante el reforzamiento estructural por malla de poliéster como base con tachuelas absorbibles y suturas transfasciales. Se prevé que la pérdida de sangre no sea considerable, se

considera que por las características de la intervención se pueda dar de alta prontamente a la paciente y citarla a control posoperatorio a los 6 meses para monitorear su evolución.

Imagen 1.

Imagen de tomografía computarizada (corte axial).



2. Revisión de Tema

2.1.Historia

Como es descrito en la literatura, en 1672 Paul Barbette sugiere por primera vez la existencia de las hernias lumbares. [7]

Pero es hasta 1726 cuando Michel-Louis Reneaulme de Lagaranne efectúa la primera descripción anatómica, ubicándolas a nivel de la falsa costilla y la cresta iliaca, entre las fibras de los músculos oblicuos y transversos del abdomen. Cinco años después, John Budgen describe la presencia de una hernia situada en el espacio paravertebral inferior, sugiriendo la primera descripción de una hernia de etiología congénita. [8]

Posteriormente en 1731 Rene-Jacques Croissant de Garengeo reduce este tipo de hernia en una mujer durante una autopsia a través de maniobras de taxis postmortem. [9]

Sin embargo, es Ravatón quien en 1750 realiza el primer manejo quirúrgico al reducir una hernia estrangulada en esta localización a una mujer en estado de embarazo. [10]

Jean Louis Petit en 1783 publica detalladamente una descripción anatómica de la hernia en el espacio lumbar inferior y en 1886 Joseph Casimir Grynfeldt describe los límites del triángulo lumbo-costal abdominal o triángulo lumbar superior y estableció que “La falta de superposición entre los bordes opuestos en la dirección de sus fibras, del músculo gran dorsal y del oblicuo, es lo que proporciona específicamente la formación de la HL, sobre todo si la inserción del músculo oblicuo inferior a la duodécima costilla es deficiente”. [11]

Asimismo, Pyotr Frantsovich Lesshalf, anatomista ruso, en 1870 realizó una descripción del mismo espacio que Grynfelt y es por esta razón que dicho triangulo es denominado también rombo de Lesshaft. [12]

En 1923 Radvin propuso que el triángulo lumbar superior es la localización más frecuente de las hernias lumbares, Virgilio en 1925 ratificó este hecho, así como Watson, Thorek y Swartz. [13]

2.2. Clasificación Anatómica

El área lumbar presenta como límites anatómicos superiormente la doceava costilla, inferiormente la cresta iliaca, posteriormente los músculos erectores de la columna y anteriormente por el borde posterior del músculo oblicuo externo. [14]

Las hernias de la región lumbar pueden clasificarse anatómicamente en Hernia lumbar superior (o de Grynfeltt-Lessahft), Hernia lumbar inferior (de Petit). Adicional, existe una hernia lumbar difusa en la cual no se establece claridad de su pertenencia a alguno de los espacios previamente mencionados, puede abarcar ambos y ser consecuencia de procedimientos quirúrgicos o traumatismos. [15] [16]

De esta manera, es preciso mencionar que el espacio de Grynfeltt-Lesshaft aunque ha sido denominado como un triángulo (puede encontrarse como un triángulo invertido), su forma de presentación más frecuente es como un cuadrilátero y sus límites corresponden en su “base a la doceava costilla, en su borde inferior el musculo serrato posteroinferior, posteriormente se encuentra el músculo sacroespinal, anteriormente el músculo oblicuo interno, el techo es el

músculo oblicuo externo y el músculo dorsal ancho, su suelo es la fascia transversalis y la aponeurosis del músculo transverso”. [17]

Es la porción superior la cual está en relación con el paquete vasculonervioso intercostal de la doceava costilla donde reside el área de mayor susceptibilidad y predomina la formación de la mayoría de las hernias lumbares. [18]

Por otro lado, el espacio de Petit o triángulo lumbar inferior se encuentra delimitado en su base por la cresta del hueso iliaco, en su borde lateral por el músculo oblicuo externo, en su borde medial por el músculo dorsal ancho y su suelo es conformado por la fascia lumbodorsal. [19]

2.3. Factores Predisponentes

Dentro de los factores predisponentes para el desarrollo de hernias de la región lumbar corresponden a la edad avanzada, la obesidad y situaciones de aumento de la presión abdominal como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. [20]

Otros autores describen como factores asociados la obesidad, la delgadez extrema, atrofia muscular, adelgazamiento intenso, bronquitis crónica, infección de la herida y sepsis postoperatoria. [21]

La región también se subdivide en un triángulo superior (Grynfelt) y un triángulo inferior (Petit). El músculo dorsal ancho define el techo del triángulo lumbar superior y la movilización de este músculo puede predisponer al paciente a la hernia. Presentamos un caso de una hernia lumbar después de una reconstrucción mamaria con colgajo de dorsal ancho que fue reparada con éxito mediante un abordaje laparoscópico. [22]

El diagnóstico clínico de esta entidad es difícil debido a la inespecificidad de los síntomas. El diagnóstico es particularmente elusivo en individuos obesos o en pacientes posquirúrgicos. Aunque son defectos raros, las hernias lumbares son propensas a la incarceration y la estrangulación. [23]

2.4.Etiopatogenia

La presentación de las hernias puede presentarse de forma bilateral, pero en mayor porcentaje unilateral del lado izquierdo, en una relación de hombres mayor a las mujeres 2:1; estas hernias lumbares de Grynfeltt-Lesshalft se clasifican, según Swartz y de acuerdo con la causa del defecto parietal, en congénitas y adquiridas. Las congénitas son el 20%, se evidencian en el recién nacido y asociadas a otras anomalías músculo-esqueléticas. Las adquiridas son el 80%, se dividen en trauma o cirugía (50%) que pueden exacerbar las debilidades inherentes de la pared abdominal al avulsionar el músculo y el tendón de sus uniones óseas, postincisionales (25%), espontáneas (5%) debido a daños a los nervios que inervan la pared abdominal provocando atrofia muscular, debilidad, abultamiento y, finalmente, la hernia y en otras causas menos frecuentes (embarazo, poliomielitis, obesidad, edad avanzada, desnutrición extrema). [24]

Actualmente existen múltiples sistemas de clasificación para las hernias lumbares; sin embargo, una de las más utilizadas es la de Moreno-Egea que las divide en 4 tipos (A-D) teniendo en cuenta el tamaño, la localización, el contenido, la etiología, la presencia de atrofia muscular y la recurrencia. [25]

De acuerdo al tamaño pueden ser menores a 5 cm, de 5 a 15cm y mayores a 15cm según las características; se pueden localizar en la parte superior, inferior o difusa de acuerdo a los

límites del triángulo; de acuerdo al contenido herniario, se agrupan en extraperitoneales, paraperitoneales e intraperitoneales; presentación de atrofia muscular (mínima, leve, severa o muy severa), recurrencia (No, Si-abierta, Si-laparoscópica) y tipo de cirugía (abierta o laparoscópica, laparoscópica, abierta o abierta con doble malla). [26]

2.5. Diagnostico diferencial

De acuerdo a su presentación, la hernia de Grynflet comparte clínica y características similares con otras hernias, sin embargo, según Testut de acuerdo a sus límites y a la ubicación de la XII costilla se puede realizar aproximaciones que permitan diferenciarla entre las hernias, en el caso de la hernia de Grynfelt, Lasgaft o Larrey se determina por su forma de cuadrilátero, pero cuando es corta los músculos serrato y oblicuo menor la llegan a cubrir, generando que no formen parte de los límites del espacio, el cual queda reducido a un triángulo, por lo que es preferible denominar a esta zona espacio de Grynfelt, para no tener que precisar su forma. En cuanto el caso de la hernia de Petitv, hernia suprailíaca o iliolumbar de Huguier, hernia con la cual se suele comparar por la clínica y presentación, esta se localiza en el triángulo lumbar inferior, finalmente también se presenta las hernias de tipo difusas, son las que ocupan todo este espacio (postoperatorias o traumáticas). Es por ello que la anamnesis, antecedentes, clínica, examen físico, imágenes permiten realizar un abordaje más certero sobre la presentación de la hernia y su ubicación. [27]

2.6. Tratamiento

El manejo quirúrgico debe decidirse según el tamaño de la hernia, el sitio, el contenido y la disponibilidad de instalaciones y experiencia del hospital.

En cuanto a la reparación de la hernia lumbar puede realizarse mediante un abordaje abierto o laparoscópico. A su vez, la vía laparoscópica puede ser transperitoneal o de forma totalmente extraperitoneal. 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. El abordaje laparoscópico es preferible: permite una mejor visualización 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. [28]

Para enfoques laparoscópicos fallidos y defectos grandes, la cirugía abierta puede evitar el dolor postoperatorio, los nervios alrededor del triángulo lumbar superior, como el nervio ilioinguinal, el nervio cutáneo femoral lateral y el nervio genitofemoral, deben protegerse durante las operaciones, especialmente durante la fijación. Cuando se presenta dolor somático puede ser con dolor localizado o referido a la pared abdominal anterior a través del nervio ciático. El tratamiento de línea principal de este dolor serían los agentes no opioides como los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos y el paracetamol. Si el dolor persiste, incluso después de un tratamiento no opioide, se deben iniciar opioides débiles. [29]

Las recidivas, después de la reparación de estas hernias, han sido reportadas con cierta frecuencia, alrededor de un 5 %. Los pacientes que son estudiados con un seguimiento de un año no han mostrado hasta la fecha ningún tipo de complicación. [30]

3. Discusión

Las hernias lumbares son raras y pueden ser congénitas o adquiridas. Se han informado menos de 300 casos en la literatura y solo tres de estos casos se han informado después de la reconstrucción con colgajo de dorsal ancho. [31]

Esta complicación se puede evitar con la recolección adecuada del colgajo dorsal ancho, disecando primero a lo largo de la superficie profunda del músculo dorsal ancho y luego cortando la aponeurosis desde este plano más profundo para evitar comprometer la fascia más profunda donde se encuentran los dos músculos están unidos. [32]

Sin embargo, las hernias lumbares pueden ocurrir después de otros procedimientos quirúrgicos, como nefrectomía, suprarrenalectomía, reparación de aneurisma aórtico o extracción de hueso de la cresta ilíaca. [33]

Clínicamente, se manifiestan con mayor frecuencia como un bulto palpable o reducible o incluso obstrucción intestinal con una resistencia indolora en un lugar determinado. Pero también puede manifestarse primero como dolor en la región lumbar y así simular problemas vertebrogénicos. [34]

El dolor puede ocurrir a lo largo de la distribución del nervio ciático a lo largo de la parte anterior del abdomen si las vísceras están encarceradas. Los estudios de imágenes como la tomografía computarizada (TC) ayudan a confirmar el diagnóstico, así como a identificar la presencia de vísceras encarceradas o estranguladas. El diagnóstico diferencial incluye tumor (es decir, lipoma, fibroma, sarcoma, rabdomioma, tumor renal), hematoma, absceso, hidrocele renal, paniculitis o hernia lumbosacriática panicular. Finalmente, las hernias lumbares deben

distinguirse de la atrofia por denervación de la pared abdominal, ya que puede presentarse como un abultamiento de la pared abdominal pero no incurre en un verdadero defecto fascial. [35]

Se manejan quirúrgicamente y se reparan a través de un abordaje abierto, laparoscópico o retroperitoneoscópico. La laparoscopia ofrece muchas ventajas, incluida la exposición y caracterización óptimas del defecto herniario, así como la identificación de su contenido.

También permite una reparación de base y fijación de malla que puede extenderse más allá de los límites del defecto, idealmente mayor a 5 cm. Finalmente, un enfoque mínimamente invasivo a menudo resulta en menos dolor en la incisión, estancias hospitalarias más cortas y menos complicaciones en la herida. [36].

Es relevante hacer hincapié en la necesidad de hacer seguimiento al caso para evaluar su evolución y el eventual éxito de la intervención quirúrgica, pues, aunque se tiene en consideración su realización, está aún no se realiza, por tanto, las acciones quirúrgicas encaminadas a la corrección del defecto y la óptima progresión clínica de la paciente se deben abordar con mayor profundidad.

4. Conclusiones

El área lumbar es una zona de poca presentación de hernias. Hernias de Grynfeltt-Lesshaft es la forma de presentación más frecuente. Dentro de factores predisponentes se tienen la edad avanzada, la obesidad y situaciones de aumento de la presión abdominal como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se requiere realizar un seguimiento más profundo a la paciente del presente caso con el objetivo de poder evidenciar la evolución asociada al a la corrección quirúrgica de su defecto herniario. La reparación laparoscópica de hernia lumbar con malla es una forma segura y factible de manejar una complicación poco común después de la reconstrucción mamaria con un colgajo de dorsal ancho.

Referencias Bibliográficas

- [1] Moreno-Egea A, Baena EG, Calle MC, et al. Controversies in the current management of lumbar hernias. *Arch Surg.* 2007; 142:82–88.
- [2] Lillie GR, Deppert E. Inferior lumbar triangle hernia as a rarely reported cause of low back pain: a report of 4 cases. *J Chiropr Med.* 2010; 9:73–76.
- [3] Mekonnen AG, Gonfa KB. Primary superior lumbar hernia: a rare cause of lumbar swelling. *Int Med Case Rep J.* 2019; 12:67–70.
- [4] Vagholkar K, Dastoor K. Congenital lumbar hernia with lumbocostovertebral syndrome: a case report and review of the literature. *Case Rep Pediatr.* 2013.
- [5] Teo K.A., Burns E., Garcea G., Abela J.E., McKay C.J. Incarcerated small bowel within a spontaneous lumbar hernia. *Hernia.* 2010; 14:539–541.
- [6] Varban O. Lumbar hernia after breast reconstruction. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4(10):869-71.
- [7] García Méndez, Luis Rolando. (2020). Hernia lumbar del espacio de Grynfelt. A propósito de un caso. *Revista Médica Electrónica*, 42(3), 1928-1936.
- [8] 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(3):120-127
- [9] 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(3):120-127.
- [10] Rondón J. A., Fernández R., Gómez Alina, Aguilar Luis. Hernia lumbar de Grynfelt-Lesshaft: A propósito de 2 casos. *Rev Cubana Cir.* 2002 Ago; 41(2): 124-128.



- [11] 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(3):120-127.
- [12] Rondón J. A., Fernández R., Gómez Alina, Aguilar Luis. Hernia lumbar de Grynfelt-Lesshaft: A propósito de 2 casos. *Rev Cubana Cir*. 2002 Ago; 41(2): 124-128.
- [13] Cabrera C; Cortizo N; Díaz L; Elías Molina L, S. Hernias lumbares de Grynfelt. Presentación de un caso de origen congénito. *MediSur*, vol. 4, núm. 1, 2006, pp. 92-94.
- [14] Herrador B. J, Calvo P, Menchero S. A. Reparación laparoscópica de una hernia lumbar de tipo Grynfelt-Lesshaft. Caso clínico. *Rev. cir*. 2022 abr. 74(2): 203-207.
- [15] Herrador B. J, Calvo P, Menchero S. A. Reparación laparoscópica de una hernia lumbar de tipo Grynfelt-Lesshaft. Caso clínico. *Rev. cir*. 2022 abr. 74(2): 203-207.
- [16] Bigi G. Sejas C, Pertusso, E. & Martínez R. Hernias lumbares: Anatomía quirúrgica. *onference: 67 Congreso Uruguayo de Cirugia*. Punta Este.
- [17] Martínez-Quiroz R., Sánchez-Sierra L. E., Montoya-Reales D, Rodas-Andino J. F., Velásquez-Bueso A. Hernia de Petit congénita en un escolar. Reparación con malla protésica. Reporte de caso. *Rev. cir*. 2019; 71(1): 75-78.
- [18] Herrador B. J, Calvo P, Menchero S. A. Reparación laparoscópica de una hernia lumbar de tipo Grynfelt-Lesshaft. Caso clínico. *Rev. cir*. 2022 abr. 74(2): 203-207.
- [19] Martínez-Quiroz R., Sánchez-Sierra L. E., Montoya-Reales D, Rodas-Andino J. F., Velásquez-Bueso A. Hernia de Petit congénita en un escolar. Reparación con malla protésica. Reporte de caso. *Rev. cir*. 2019; 71(1): 75-78.
- [20] Herrador B. J, Calvo P, Menchero S. A. Reparación laparoscópica de una hernia lumbar de tipo Grynfelt-Lesshaft. Caso clínico. *Rev. cir*. 2022 abr. 74(2): 203-207.

- [21] Diaz D, Guarderas X, Gordillo A, Molina D, Núñez V. Hernia de Grynfelt resuelta por vía laparoscópica: reporte de un caso. Hospital Metropolitano. Vol. 28 N° 2 (2020) abril-junio. 4-7 pp.
- [22] Lillie GR, Deppert E. Inferior lumbar triangle hernia as a rarely reported cause of low back pain: a report of 4 cases. J Chiropr Med. 2010; 9:73–76.
- [23] Teo K.A., Burns E., Garcea G., Abela J.E., McKay C.J. Incarcerated small bowel within a spontaneous lumbar hernia. Hernia. 2010; 14:539–541.
- [24] Herrador Benito J, Calvo Espino P, Menchero Sánchez A. Reparación laparoscópica de una hernia lumbar de tipo Grynfeltt-Lesshaft. Caso Clínico. Rev. Cirugia. 2022;74(2). Disponible en: doi:10.35687/s2452-454920220021463 [Accessed 21 feb. 2023].
- [25] Clínica Quirúrgica 3: Prof. Dr. Luis Ruso, Montevideo. Servicio de Cirugía del Hospital Escuela del Litoral, Paysandú. Depto. de Anatomía: Prof. Dr. Eduardo Olivera, Facultad de Medicina, Montevideo. Uruguay.
- [26] Juan Carlos Barriga¹, Cristina Padilla² Abordaje Laparoscópico De La Hernia De Grynfelt. Reporte De Caso. Rev.Medica.Sanitas 22 (1) [Aceptado: 12 de marzo de 2019]
- [27] Garcia-Mendez L. Lumbar hernia of the Grynfelt space. Apropos of a case. Revista Médica Electrónica (Medical Electronic Journal) [Internet]. 2020 [Cited 20 Feb 2023]; 42 (3) :[about 8 p.]. Available from: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2376>
- [28] HERRADOR BENITO J, CALVO ESPINO P, MENCHERO SÁNCHEZ A. Reparación laparoscópica de una hernia lumbar de tipo Grynfeltt-Lesshaft. Caso

- Clínico. Rev. Cirugia. 2022;74(2). Disponible en: doi:10.35687/s2452-454920220021463 [Accessed 21 feb. 2023].
- [29] Basnet K, Bhandari R, Shah SR, Limbu Y, Ghimire R. Primary Grynfeltt Lumbar Hernia: A Case Report. J Nepal Med Assoc [Internet]. 2022 Feb. 15 [cited 2023 Feb. 21];60(246):192-5. Available from: <https://www.jnma.com.np/jnma/index.php/jnma/article/view/7251>
- [30] Garcia-Mendez L. Lumbar hernia of the Grynfelt space. Apropos of a case. Revista Médica Electrónica (Medical Electronic Journal) [Internet]. 2020 [Cited 21 Feb 2023]; 42 (3) :[about 8 p.]. Available from: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2376>
- [31] Mismar A., Al-Ardah M., Albsoul N., Younes N. Underlay mesh repair for spontaneous lumbar hernia. International Journal of Surgery Case Reports. 2013; 4:534–536.
- [32] Varban O. Lumbar hernia after breast reconstruction. Int J Surg Case Rep. 2013;4(10):869-71.
- [33] Zatloukal A. Lumbar hernia - case report. Rozhl Chir. 2020 Winter;99(3):141-144.
- [34] Stijn Van Cleven, Karel Claes, Aude Vanlander, Koenraad Van Landuyt & Frederik Berrevoet. Incisional lumbar hernia after the use of a lumbar artery perforator flap for breast reconstruction, Acta Chirurgica Belgica, 2020. 120:4, 274-278.
- [35] Sharma P. Lumbar Hernia. Med J Armed Forces India. 2009 Apr;65(2):178-9.
- [36] Ahmed ST, Ranjan R, Saha SB, Singh B. Lumbar hernia: a diagnostic dilemma. BMJ Case Rep. 2014 Apr 15;2014: bcr2013202085.

Anexos

Anexo A. Acuerdo de Confidencialidad

	FORMATO	 FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2018
	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES	VERSION: 02
		CÓDIGO: GDLINV-F.001G
		PÁGINA: 3 de 3

Yo, Justo German Olaya Ramirez, identificado con cédula de ciudadanía número 4884624 como investigador principal del proyecto de Hernias de Grynfelt posterior a reconstrucción mamaria con dorsal ancho que se realizara en la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, me comprometo a:

1. Mantener la confidencialidad del contenido de la historia clínica y de todo tipo de información que sea revisada sobre la paciente que participarán en el estudio a realizar.

2. Velar porque los coinvestigadores guarden total confidencialidad del contenido de la historia clínica revisada y de todo tipo de información.

3. Mantener en reserva y no divulgar ningún dato personal de la historia clínica u otros documentos revisados.

4. Ser responsable y honesto en el manejo de las historia clínica y de todo documento que se revise y que esté bajo custodia de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

5. Continuar guardando la confidencialidad de los datos y respetando todos

los puntos de este acuerdo aun después de terminado el proyecto de investigación.

8. Asumir la responsabilidad de los daños, prejuicios y demás consecuencias profesionales civiles y /o penales a que hubiere lugar en el caso de faltar a las normas éticas y legales vigentes para la realización de investigación con seres humanos. Por medio de la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento. En prueba de ello, se firma a los 23 días, del mes de enero del año 2023



Justo Germán Olaya
Médico cirujano
Especialista en Mastología
Docente Universidad Surcolombiana

Justo German Olaya Ramírez

Nombre del investigador principal

C.C. 4884624

Teléfono: 3153234495

Email: jolayaramirez@yahoo.com

Los coinvestigadores, identificados como aparece al pie de su firma, aceptan igualmente todos los puntos contenidos en el acuerdo

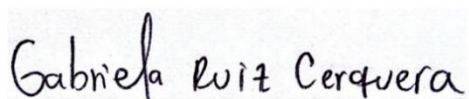


A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luis Alberto Álvarez Motta', written over a horizontal line.

Luis Alberto Álvarez Motta

C.C.10752681469

Teléfono:3132003169



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gabriela Ruiz Cerquera', written over a horizontal line.

Gabriela Ruiz Cerquera

C.C. 1075296911

Teléfono: 3007349229

Email: gabrielaruizc21@gmail.com



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Paula A. Silva Calderón', written over a horizontal line.

Paula Andrea Silva Calderón

C.C. 1075319822

Teléfono: 3212493986

Email: pasc2857@gmail.com