

# Hernia del espacio de Grynfelt

Dres. Alfredo Armand Ugón, Juan Amílcar Lorenzelli,  
José Galarraga y Franklin Aliano

Las hernias lumbares superiores fueron descritas por Grynfelt en 1866. Hasta 1976 existen 257 en la literatura mundial, entre superiores e inferiores. Anatómicamente emergen por el espacio de Grynfelt, en zona débil determinada por la rama dorsal del 12 intercostal. El 20 % son congénitas, y el 80 % adquiridas. De éstas, el 26 % traumáticas, y el 54 % espontáneas. Clínicamente son poco expresivas, predominando el tumor. El tratamiento es quirúrgico, por reparación anatómica, asociando a veces rotación de colgajos o empleo de injertos. Los autores presentan dos casos operados.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:*  
Hernia / Diagnosis / Surgery.

Traemos hoy a consideración de esta Sociedad tres observaciones de una forma de hernia abdominal poco frecuente.

El interés de esta presentación lo motiva el hecho de que se trata de una situación que creemos que el cirujano debe conocer dadas las dificultades diagnósticas que pueden existir y las soluciones terapéuticas que se deben manejar.

Hemos tenido oportunidad de vivir tres observaciones sucesivas; y al revisar la bibliografía nacional solamente existe una comunicación previa de Mañana (13) en 1960, a raíz de un caso similar.

## CASUÍSTICA

**OBSERVACIÓN 1.**— R. D. Sexo femenino. 55 años. Hospital Maciel. Nº Reg. 20.815.

Consulta por tumoración lumbar izquierda de 8 años de evolución, a crecimiento lento y progresivo hasta hace 6 meses. Desde entonces, a raíz de un adelgazamiento de 15 kgs, nota aumento del tamaño de la misma y constipación marcada.

Al examen se trata de una paciente adelgazada, con una tumefacción lumbar izquierda redondeada, de 4 cm de diámetro, con discreta impulsión a la tos, parcialmente reductible, mate a la percusión. F.L.D. s/p.

---

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de agosto de 1976.

Residentes de Cirugía y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Tacuarembó 1587 (Dr. Armand Ugón).

*Clínica Quirúrgica "2" (Prof. Lorenzo Mérola). Hospital Maciel. Montevideo.*

---

Con diagnóstico de lipoma se interviene por incisión transversa de F.L.I., hallándose lipoma emergente entre oblicuo mayor y dorsal ancho, que viene de la profundidad, por debajo de la 12ª costilla. Se reseca el lipoma y se evidencia pequeño saco del espacio de Grynfelt. Procedimiento: plicatura del saco y cierre de la aponeurosis borde a borde.

Evolución postoperatoria sin incidentes, alta al 5º día.

**OBSERVACIÓN 2.**— E. G. de C. Sexo femenino. 74 años. Hosp. Maciel. Nº Reg. 22.010.

Consulta por tumefacción lumbar izquierda que refiere hace 9 años, a raíz de traumatismo directo importante (embestida por auto). Crecimiento lento; reductible y coercible. Desde entonces constipación pertinaz.

Al examen la tumefacción lumbar izquierda es redondeada, con un diámetro de 10 cm, emerge por debajo de la 12ª costilla, es reductible y coercible, sonora a la percusión, dejando anillo muscular profundo de 4 cm de diámetro.

El colon por enema (1), revela contenido colónico en la tumefacción.

Se interviene con diagnóstico de hernia del espacio de Grynfelt por incisión oblicua de F.L.I. Se halla lipoma y hernia de la zona de referencia. Se procede a reseca el lipoma, se aplica el saco y se sutura la aponeurosis.

Evolución postoperatoria sin incidentes, alta al 7º día.

**OBSERVACIÓN 3.**— B. G. de C. Sexo femenino. 70 años. Consulta por tumefacción y dolor de F.L.I., de 4 años de evolución, sin alteraciones de los tránsitos digestivo ni urinario.

Al examen la tumefacción emerge por debajo de la 12ª costilla, es redondeada a diámetro de 8 cms, impulsión con la tos y se reduce con ruidos hidroaéreos.

El colon por enema no evidencia la existencia de colon en la hernia, pero en un enfoque existe deformación extrínseca del mismo en la zona herniaria.

Se interviene con diagnóstico de hernia del Grynfelt por transversa de F.L.I. Se halla lipoma solidario a saco que emergen a través de los haces del gran dorsal, desde el espacio de Grynfelt. Se reseca el lipoma, se aplica el saco, se sutura la aponeurosis y se aproximan los haces del dorsal ancho.

Evolución sin incidentes, alta al 5º día.

**DISCUSION**

La posibilidad de la existeneacia de estas hernias fue reconocida ya en 1672 por Barbette (2).

El primer caso descrito de hernia lumbar corresponde a De Garengoet (3) en 1731 en el curso de una autopsia, pero la anatomía no queda muy clara.

J. L. Petit (21) en 1733 describe un caso de hernia lumbar estrangulada que aparece a través del triángulo que hoy lleva su nombre, triángulo lumbar inferior.

Es Ravaton (23) en 1748 quien opera el primer caso en una mujer que cursa un embarazo, con sobrevida y curación.

Hasta 1866 existía gran confusión entre las hernias lumbares, creyéndose que todas se manifestaban por el triángulo descrito por Petit. En este año, J. Grynfeldt describe el triángulo lumbar superior, más de 100 años después de la publicación de Petit, y los hechos quedaron definitivamente aclarados (8).

Lesshaft (10) en 1870, sin conocimiento de los trabajos de Grynfeldt, describe el mismo espacio y lo denomina "trigonum lumbale superius".

A posteriori Mc Ready (11) en 1893 publica la primera serie de hernias lumbares con 25 observaciones.

Goodman y Speese (7) en 1916 hacen importante contribución al tema, fundamentalmente en base a hechos de autopsia.

Ravdin (24) en 1923 aporta más casos y Virgilio (29) en 1945 publica 109 observaciones.

Watson (30) en su maravillosa obra sobre hernias refiere en 1948 201 casos. Thorek (26) en 1950 aporta más observaciones y novedades en su tratamiento.

Orcutt (18) en 1971 señala 251 casos en revisión bibliográfica.

La región lumbar está limitada: por encima, por la 12ª costilla; hacia abajo, por la cresta iliaca; por dentro, por el borde externo de los músculos sacroespinales; y por fuera, llega hasta una línea vertical que desciende desde el extremo anterior de la 12ª costilla hasta la cresta iliaca. En cualquier punto de esta zona pueden hacer procidencia las hernias lumbares.

El triángulo lumbar inferior (fig. 2) o triángulo de Petit, más superficial que el lumbar superior, está formado en su base por la cresta iliaca; su borde anterior lo forma el borde posterior del oblicuo mayor; y su borde posterior el músculo gran dorsal. Su fondo musculofascial es más poderoso que el del espacio superior y está formado por la fascia lumbodorsal.

Goodman y Speese (7) consideran que existe en el 100 % de los seres adultos. Su configuración y tamaño son variables según el desarrollo de las masas musculares que lo delimitan.

El triángulo lumbar superior, o tetrágono de Krause, o trigonum lumbale superius, o cuadrilátero de Grynfeldt, es un espacio intermuscular que ocupa el plano aponeurótico medio de la región lumbar.

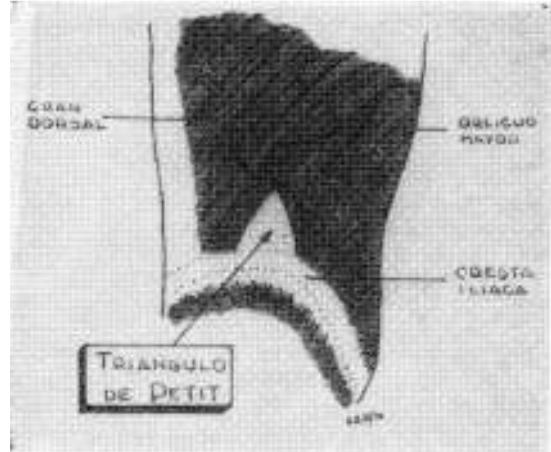


FIG. 1.—Esquema anatómico del triángulo lumbar inferior, o triángulo de Petit.



FIG. 2.—Anatomía del Espacio de Grynfeldt.

Su forma y extensión son variables según el desarrollo de la musculatura, la longitud y la dirección oblicua de la 12ª costilla. Adopta así forma triangular, trapezoidal, cuadrilátera o poliédrica, por lo que preferimos, siguiendo a Paturet, denominarlo espacio de Grynfeldt.

Su borde interno (Fig. 3) está formado por el borde externo de la masa sacrolumbar; por fuera llega hasta el borde posterior del oblicuo menor; arriba y adentro lo limita el borde inferior del serrato menor posterior e inferior; y por arriba y afuera llega hasta la 12ª costilla y el ligamento lumbocostal de Henle. Su ángulo inferior confina con la cresta iliaca.

Su piso está formado por la aponeurosis posterior del transverso, tendida en el marco óseo

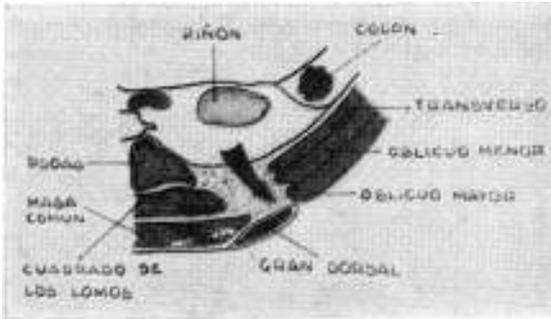


FIG. 3.—Corte transversal que señala la zona de emergencia.

que le forman la 12ª costilla, las costoides lumbares y la cresta iliaca.

Goodman y Speese (7) lo hallan en disecciones cadavéricas en el 93 % de los seres adultos.

Cubierto por los músculos oblicuo mayor y gran dorsal, su borde más inferior y externo puede superponerse a la zona más interna del triángulo de Petit (17, 18, 26, 30).

La aponeurosis del transverso está atravesada por vasos y nervios. En su extremo superior el 12º paquete intercostal desciende oblicuamente de arriba hacia abajo y afuera, entre la aponeurosis del transverso y el ligamento de Henle. Venas nacidas del cojinete adiposo de Charpy atraviesan la zona para ir a desaguar a las venas lumbares 3ª y 4ª.

Los puntos débiles se hallan situados por debajo de la 12ª costilla, donde la fascia transversalis no está cubierta por el oblicuo mayor ni el dorsal ancho; y donde está perforada por la rama dorsal del 12º paquete vasculonervioso intercostal (13, 17).

Grynfelt (8) señalaba ya en 1866 este hecho expresando: "Las fibras aponeuróticas del transverso al dividirse dejan un espacio débil por donde transcurre la arteria intercostal inferior; tal como el cordón espermático pasa entre los dos pilares del anillo externo".

Muchos autores las clasifican en congénitas y adquiridas.

Las hernias congénitas se ven fundamentalmente en los niños, generalmente asociadas a otras malformaciones. Pueden deberse a cualquier defecto que debilite las paredes abdominales laterales. Existen alteraciones en el desarrollo de los músculos (agenesias, relaciones e inserciones anormales), de las costillas, vértebras y del iliaco. Dichos defectos se deben producir antes de la 3ª semana de vida embrionaria (1, 17, 30).

Nachod (16) sugiere que, como los codos del feto apoyan sobre las regiones lumbares, el defecto pueda deberse a traumatismos reiterados desde la etapa de vida intrauterina.

Las hernias adquiridas forman la gran mayoría. Se subdividen en dos grupos a saber:

a) Traumáticas. En general a consecuencia de un traumatismo directo de consideración: caídas, accidentes de tránsito, intervenciones

quirúrgicas, etc. El caso N° 2 de nuestra experiencia lo demuestra.

b) Espontáneas. Ocurren en la edad madura, siendo consecuencia de una predisposición adquirida con una serie de factores desencadenantes: esfuerzos, ocupación pesada, debilitamiento muscular, obesidad, adelgazamiento, traumatismo crónico, etc. En el caso 1 se pudo comprobar un marcado adelgazamiento. El caso N° 3 no tiene antecedentes a destacar.

Thorek (26) las clasifica según un criterio anatómico, por la presencia y jerarquía del saco peritoneal:

1) Extraperitoneales. Son hernias a lipoma predominante, con escaso o nulo saco. El caso N° 1 corresponde a este tipo.

2) Paraperitoneales. El peritoneo forma saco pequeño, que desliza junto al lipoma. (Caso N° 2).

3) Intraperitoneales. Presencia de saco herniario importante, a contenido visceral, con lipoma que pasa a segundo plano. (Caso N° 3).

En la bibliografía mundial hasta 1976 hemos recopilado 257 observaciones de hernias lumbares.

Predominan en una proporción de 2-3/1 en el sexo masculino (13, 17, 30). Nuestras tres observaciones corresponden al sexo femenino.

Existe predominio en las hernias del espacio de Grynfeltt con respecto a las de Petit (2 a 1).

El grupo etario menor corresponde a las formas congénitas, y en las hernias adquiridas existe predominio en la 5ª y 6ª décadas (30).

El 20 % son congénitas; y el 80 % de las adquiridas se desglosa en 26 % para las traumáticas, y el 54 % para las espontáneas.

El episodio de estrangulación es alrededor del 8-10 % (13, 30).

En general se trata de una patología con traducción poco florida y manifiesta.

El elemento que domina el cuadro, y que es constante es el tumor.

El dolor es otro síntoma que se observa con frecuencia, variando sus caracteres de acuerdo a la situación clínica. Se comprende así que no tienen la misma expresión el dolor por tracción visceral que el del episodio de estrangulación. Por otra parte, adquiere muchas veces caracteres erráticos de difícil interpretación (6, 26).

Las otras manifestaciones clínicas que pueden estar presentes son debidas a la existencia o no de vísceras digestivas y urinarias como contenido herniario y su sufrimiento.

Recorreremos brevemente 4 etapas diagnósticas que creemos se deben cumplir escalonadamente:

1) Diagnóstico de hernia. Se debe plantear puesto que se trata siempre de una tumefacción en una región herniaria. Su semiología ya puede aportar datos inequívocos al respecto. Debemos recordar que la semiología herniaria va a estar supeditada al tipo anatómico según la clasificación de Thorek. Las formas en las que el saco sea predominante

mostrarán más semiología herniaria que aquellas en las que el lipoma es el elemento saliente.

II) Diagnóstico de variedad de hernia. Se trata de una etapa difícil. Se debe buscar la relación con las estructuras óseas, 12ª costilla y cresta iliaca para vincularla al espacio de Grynfelt o al de Petit.

Pese a ello el problema sigue siendo poco claro, ya que las hernias de Grynfelt en general emergen por el triángulo de Petit o a través del gran dorsal, lejos de la 12ª costilla (25,28).

Los casos I y II emergían por el Petit, y el III a través del gran dorsal.

III) Diagnóstico de contenido herniario. El contenido más frecuente es la grasa que constituye el lipoma, proveniente del espacio peri y pararenal.

De mayor importancia es detectar la presencia de vísceras huecas digestivas. Su posible existencia se sospecha si existen alteraciones del tránsito en la historia funcional. En el examen físico se pueden evidenciar ruidos hidroaéreos al reducirla, y sonoridad a la percusión.

Pero el elemento más importante es la confirmación por la radiología simple y contrastada. Se obtendrán placas simples con rayos blandos, oblicuas y de perfil, intentando pesquisar gases en la hernia (caso 2). El colon por enema es muy eficaz; más aún si sabemos que el colon es la víscera digestiva que más frecuentemente se halla en estas hernias (5, 22, 28) (casos 2 y 3).

Menos frecuentemente se han hallado en intestino delgado, y aún en el apéndice (9, 14).

Las vísceras del aparato urinario también pueden hallarse como contenido herniario. Se sospecha su presencia por las alteraciones del tránsito y la sintomatología urinaria asociada en la historia funcional. Se confirmará toda presunción con la urografía de excreción.

IV) Diagnósticos diferenciales. Se plantean con distintas entidades que pueden asentar en la zona: lipomas, abscesos (Pott), fibromas, hematomas, Q.H. (13, 17, 30).

Como el de toda hernia, salvo extremas circunstancias, el tratamiento es quirúrgico; y le valen todos los preceptos generales de conocimiento universal.

Las incisiones que más se emplean son las transversas y oblicuas emplazadas en las fosas lumbares. Otros autores utilizan incisiones verticales, que respetan menos las estructuras y no tienen ventajas sobre las anteriores, que son las que hemos empleado nosotros.

El tratamiento del lipoma es siempre el mismo, es decir la resección.

El saco plantea más de una posibilidad terapéutica. Si se trata de un saco pequeño, se lo puede aplicar sin necesidad de apertura ni resección. Si fuese voluminoso, o existieran adherencias intrasaculares, debe abrirse y será resecado (17, 30).

El anillo aponeurótico se suturará borde a borde, hecho que es posible casi siempre.

Además de las reparaciones anatómicas, otros autores plantean tratamientos quirúrgicos complementarios para reforzar la reparación efectuada. Por una parte existen los procedimientos que rotan colgajos musculares; y por otra los que utilizan injertos.

Así han surgido diferentes técnicas según distintos autores, en las que no tenemos experiencia por no haber sido necesario emplearlas en los casos que presentamos.

Dowd (4) propone rotar glúteo mayor; Watson (30) lleva gran dorsal, Berger utiliza oblicuo mayor, etc.

Desde Thorek (26) se han empleado injertos de distintas sustancias para reparar brechas parietales que así lo justifiquen, con éxito según los autores (12).

## RESUME

### Hernie de l'espace de Grynfelt.

Les hernies lombaires supérieures furent décrites par Grynfelt en 1866. 257 cas qui comprennent les hernies supérieures et les hernies inférieures figurent dans la littérature mondiale jusqu'en 1976. Anatomiquement, elles émergent par l'espace de Grynfelt dans une zone faible déterminée par la branche dorsale du 12ème intercostal; 20 % sont congénitales, 80 % acquises. De ces dernières, 26 % sont traumatiques et 54 % spontanées. Cliniquement elles se manifestent peu, la tumeur prédomine. Le traitement est chirurgical, par réparation anatomique, associée parfois à une rotation de lambeaux ou à l'emploi de greffes. Les auteurs ont traité deux malades.

## SUMMARY

### Grynfelt hernia.

Superior lumbar hernias were described by Grynfelt in 1866. From that time until 1976, we find 257 such herniations in world literature, counting inferior and superior lumbar hernias. Anatomically, they emerge through Grynfelt's space, in the weak area of the dorsal branch of the 12th. intercostal space. 20 % are congenital and 80 % acquired. 26 % of the latter are traumatic and 54 % spontaneous. Clinically they are not very expressive and tumors predominate. Their treatment is surgical, involving anatomical repair, at times associated with rotation of flaps or the use of grafts. Authors operated two cases.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AREY LB. Embriología y desarrollo. Philadelphia, Saunders, 1941.
2. BARBETTE P. Opera chirurgico-anatomica: Paris, Lugdun JA y Gelder, 26, 1672.
3. DE GARENGEOT RJC. Traité des operations en chirurgie. 1731.
4. DOWD CN. Congenital lumbar hernia at the triangle of Petit. *Ann Surg*, 45: 245, 1907.
5. FLORER RE. Petit's triangle hernia uncarcerated. Two cases report. *Am Surg*, 37: 527, 1971.

6. GALEANO F, CASOY A, APARTIN A. Hernia lumbar bilateral. *Prensa Méd Arg*, 47: 1195, 1960.
7. GOODMAN EH, SPEESE J. Lumbar hernia. *Ann Surg*, 63: 548, 1916.
8. GRYNFELTT J. Quelques mots sur la hernie lombaire. *Montpellier Méd*, 16: 329, 1866.
9. HIGHAM AH. Gangrenous appendix removed from lumbar hernia. *Lancet*, 1: 669, 1935.
10. LESSHAFT P. Die lumbalgegend in anat chirurgischer. *Hinsicht Arch Anat Physiol Uwissansch Med Leipzig*, 37: 264, 1870.
11. MACREADY JF. A treatise on ruptures. London, Griffith, 1853.
12. MANZI HM. Tratamiento de las hernias lumbares empleando injertos heterólogos. *Prensa Méd Arg*, 56: 1672, 1969.
13. MAÑANA J, ROZADA H. Hernia lumbar. *Bol Soc Cir Urug*, 31: 45, 1960.
14. MENAKER B. Congenital lumbar hernia. *J Pediatric Surg*, 9: 419, 1974.
15. MORESTIN M. Hernies grassieuses a travers de la gaine aponeurotique de la masse sacrolombaire. *Bull Mem Soc Anat Paris*, 3: 202, 1901.
16. NACHOD W. Citado por 17.
17. NYHUS LM, HARKINS H. Hernia. Philadelphia, Lippincot, 1964.
18. ORCUTT T. Hernia of the superior lumbar triangle. *Ann Surg*, 173: 294, 1971.
19. PATEL J et col. Pathologie chirurgicale. Paris. Masson, 2: 492, 1975.
20. PAVCOVICH J, FAYAL J. Doble hernia del triángulo de Petit. *Bol Soc Cir Córdoba*, 3: 114, 1942.
21. PETIT JL. Traite des maladies chirurgicales et des operations qui leur conviennent. Paris, TF Didot, 1774.
22. PICOT P, PINET F, LOUVET R. Case of lumbar hernia. *J Radiol Electr*, 38: 600, 1957.
23. RAVATON H. Traite des plaies d'arme a feu. Paris, J Arnoud, 1750, p. 277.
24. RAVDIN IS. Lumbar hernia trough Grynfeltt's triangle. *Surg Clin North Am*, 3: 267, 1923.
25. TALUKDER B. Congenital lumbar hernia. *J Pediatric Surg*, 9: 419, 1974.
26. THOREK M. Lumber hernia. *J Intern Coll Surg*, 14: 367, 1950.
27. TIBAUDIN H. Hernias grasas lumbares como causa de lumbociática refleja. *Prensa Méd Arg*, 46: 773, 1959.
28. TREHEUX A. Left colonic hernia in Grynfeltt's triangle. *J Radiol Electr Med Nuc*, 51: 409, 1970.
29. VIRGILIO F. L'ernia lombare. *Arch Ital Chir*, 14: 337, 1925.
30. WATSON LF. Hernia. St. Louis, CV Mosby, 1948, p. 443.