Reporte de un caso clínico
Hernia Lumbar Postincisional

Beltrán-Gastélum C[1]

RESUMEN CLÍNICO

Paciente femenina de 67 años de edad, viuda, originaria y residente de Culiacán, Sinaloa. Religión: testigo de Jehová. Ocupación: ama de casa.

Antecedentes: hipertensión arterial sistémica diagnosticada a los 37 años de edad actualmente tratada con Dilacoran 80 mg cada 24 h. e Hizaar 100 mg cada 24 horas.

Cuenta con múltiples cirugías previas: nefrectomía derecha hace 30 años por litiasis renal, cesárea hace 31 años, 3 lumbotomías previas por ureterolitotomías izquierdas hace 25 años la primera y no recuerda las fechas de las 2 posteriores, colecistectomía abierta hace 15 años y resección de pólipos nasales hace 2 años.

Padecimiento actual: inició hace aproximadamente 10 años con aumento de volumen en la región lumbar izquierda con presencia de masa dolorosa a los esfuerzos físicos y reductible con el reposo en posición decúbito dorsal o decúbito lateral derecho.

Hace 2 meses acudió a consulta de cirugía general de este hospital donde fue valorada encontrándose defecto herniario de pared abdominal a nivel lumbar izquierdo de aproximadamente 10 cm de diámetro, reductible, ligeramente dolorosa, sin datos de estrangulamiento u oclusión intestinal, con el resto del abdomen globoso por panículo adiposo, blando, depresible, no doloroso, asimétrico con flanco derecho aumentado de volumen con flacidez significativa.

Se le solicitó TAC de abdomen la cual mostró evidencia de defecto aponeurótico de la región lumbar izquierda con saco herniario conteniendo asas intestinales.

Se estableció diagnóstico de hernia lumbar incisional.

Fue operada el día 07 de marzo de 2008 realizándole plastía lumbar izquierda sin tensión con abordaje abierto sobre el sitio incisional, con colocación de malla protésica intraperitoneal.

Técnica quirúrgica utilizada: bajo bloqueo peridural, en posición y abordaje de lumbotomía izquierda, disección por planos encontrando defecto herniario de aproximadamente 10 a 12 cm de diámetro hacia línea axilar anterior y otro defecto de aproximadamente 5 cm de diámetro hacia línea

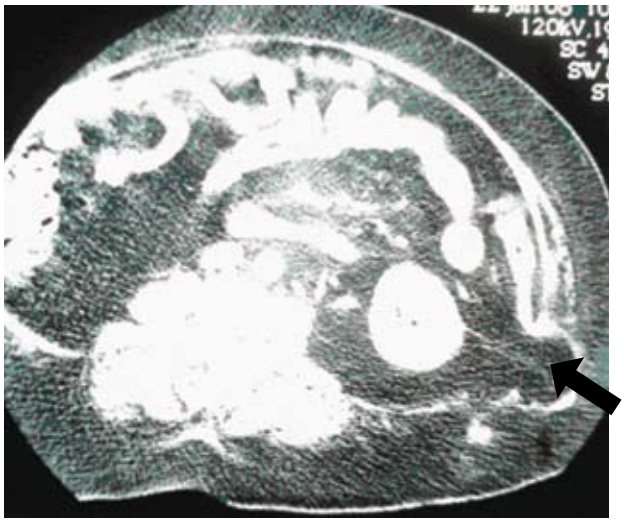

Figura 1 y 2. Hernia lumbar postincisional.

[1] Jefe del depto. de Cirugía General del Hospital General de Culiacán

Enviar correspondencia, observaciones y sugerencias a Beltrán-Gastélum C., Hospital General de Culiacán. Teléfono (667)716 98 00 extensión 133, correo electrónico: drcarlosbeltran@bariatric4u.net

Este artículo podrá ser visto en Internet en www.hgculiacan.com

Sociedad Médica del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum"
A S Sin Vol.II No.3 p.109-111, 2008

axilar media. Colocación de malla protésica peritoneal 20 x 30 cm de triple capa: poliglactina, polipropileno y PTFE, que se sujetó con suturas de polipripoleno 00.

En sus 24 h de estancia intrahospitalaria, la paciente cursó con signos vitales estables y con herida quirúrgica bien afrontada, sin colecciones ni exudados, buenos volúmenes urinarios y sin más evidencia de complicaciones hasta ese momento. Por lo que se dio de alta y control por la consulta externa.

A la semana de la intervención quirúrgica se le retiró el material de sutura, encontrándose sin más datos de complicaciones al momento, con mínimo dolor en la herida quirúrgica.

En su segunda consulta (25 días de postoperatorio) se valoró con buena evolución, refiere buena tolerancia a la vía oral, diuresis espontánea normal, con ligeras molestias en sitio de herida quirúrgica la cual se encuentra con buena cicatrización, sin datos clínicos de dehiscencia, sin dolor a la exploración.

Se realizó TAC abdominal de control la cual se muestra sin datos de defectos herniarios y con cambios anatómicos en región lumbar izquierda a nivel de pared abdominal a la altura de la fosa renal con engrosamiento retroperitoneal tipo fibrosis, sin evidencia de colecciones u otras alteraciones al momento.

APORTACIONES A LA CLÍNICA

Anatomía

Se describen dos triángulos lumbares:

Lumbar inferior o de Petit´s: descrito por Louis Petit (1674-1750), el cual está definido por el músculo dorsal ancho, el borde libre del músculo oblícuo externo y la cresta iliaca, y cuyo piso es el músculo oblicuo interno.

Lumbar superior o Grynfeltt-Lesshat: ubicado en la parte profunda del dorsal ancho, delimitado por la 12va. costilla, el músculo cuadrado lumbar y el músculo oblícuo interno y cuyo piso es la facia transversal.

De los 2 triángulos lumbares el superior es el más encontrado en cadáveres (93.5%) y es el sitio más común de herniación.

Historia: Grynfeltt fue el primero que describió una hernia a través del triángulo lumbar en 1866.

Las hernias lumbares son aquéllas que ocurren en el área de la pared abdominal posterior limitada en su parte superior con la 12va. costilla y en la inferior por la cresta iliaca, posteriormente con el músculo erector espinal y anteriormente con el borde posterior del músculo oblícuo externo.

Las hernias postincisionales de la región lumbar ocupan el 50% de las hernias en esa región anatómica, seguidas de las postraumáticas en un 25% y congénitas en un 10%.

Estas hernias representan apenas un 2% del total. Sólo se han descrito 250 a 300 casos en la literatura mundial. Presentan un riesgo de incarceración del 25% y de estrangulación de 8%.

La presentación habitual de una hernia lumbar incisional se observa en un paciente operado en una o más ocasiones por problemas renoureterales y en muchas ocasiones, con uno o más intentos de reparación de dicha hernia.

Los factores predisponentes de las hernias lumbares adquiridas son la edad, obesidad, delgadez extrema, enfermedad por debilidad crónica, atrofia muscular, adelgazamiento intenso, bronquitis crónica y extenuosa actividad física.

Las causas predisponentes varían en relación a las demás hernias postincisionales en cuanto a que el factor principal de riesgo se basa en la sección del duodécimo nervio subcostal durante una lumbotomía lo cual deja desnervada la musculatura de esta parte de la pared abdominal.

Situaciones relacionadas con el incremento de la presión intraabdominal podrían ser factores determinantes para la aparición de estas hernias.

Por lo general el defecto está limitado en su parte superior por el borde óseo de la duodécima costilla, en su parte inferior por el borde óseo de la espina iliaca y en su parte anterior y posterior por la musculatura de los oblícuos y el transverso.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Depende de su tamaño y contenido, la manifestación clínica más común es una masa que se incrementa al toser, con actividad extenuante y tiende a desaparecer con el paciente en decúbito lateral. Pueden existir molestias abdominales inespecíficas como fatiga o dolor de espalda alrededor del área de distribución del nervio ciático.

Otras manifestaciones raras incluyen síntomas de obstrucción urinaria; hematuria, oliguria y dolor tipo cólico, masa pélvica y absceso retroperitoneal y del glúteo.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico se basa en la historia clínica, síntomas y signos físicos.

La tomografía computada debe ser utilizada como una técnica exploratoria en el protocolo de estudio preoperatorio de los pacientes con hernias lumbares para confirmar el diagnóstico y evaluar los músculos de la pared abdominal y las relaciones anatómicas del área lumbar así como identificar el contenido de la misma.

TRATAMIENTO

Reparación quirúrgica del defecto, preferentemente utilizando una técnica sin tensión con colocación de malla protésica.

Cuando éstos logran afrontarse siempre quedan dos

áreas imposibles de reforzar: los bordes óseos de la espina iliaca y los de la duodécima costilla.

En general los índices de recidiva de las plastias en hernias incisionales son poco alentadores: 45 a 50% para los cierres primarios con tensión, 11% con la técnica de cierre directo más parche de malla e igual porcentaje para la aplicación de parche de malla sobre el defecto sin cierre del mismo. Únicamente con la técnica sin tensión de Stoppa (malla preperitoneal) la recidiva puede abatirse a cifras de 2 a 3%.

Bibliografía

1. Juan Carlos Mayagoitia González. Hernias de la Pared Abdominal. Tratamiento Actual. Editorial McGraw Hill. Capítulo 33. Pags. 223-226.
2. J.R. Salameh. Primary and Unusual Abdominal Wall Hernias. Surgical Clinics of North América. 88 (2008) pags. 45-60. Editorial Elsevier Saunders.
3. Lee Nel JC, Sartre JY, Borde L et al. Les Hernias Lombares de ládulte. Rapport de 4 observations etrevue de la litterature. Jour Chir 1993;130(10):397-402 (Abstract MEDLINE).
4. Arca MJ, Heniford BT, Pokorny R et al. Laparoscopic repair of lumbar hernia . J Am Coll Surg 1998;187(2):147-52.
5. Horovitz IL, Schwarz HA, Dehan A. A lumbar hernia presenting as an obstructing lesion of tue colon. Dis Colon Rectum 1986;29(11):742-44.
6. Heniford BT, Lannitti DA, Gagner M. Laparoscopic inferior and superior lumbar hernia repair. Arch Surg 1997;132(10):1141-44.
7. Sutherland RS, Gerow RR. Hernia after dorsal incision into lumbar region: a case report and review of patogenesis and treatment. J. Urol. 1995;153(2):382-384.
8. Lichtenstein IL. Repair of large diffuse lumbar hernias by an extraperitoneal binder technique. Am Jour Surg 1986;151(4):501-4.
9. Mc Lanahan D, King LT, Weems C et al. Retrorectus prosthetic mesh repair of midline abdominal hernia. Am J Surg. 1997;173:445-9.
10. Mayagoitia GJC. Acceso anterior para hernioplastia lumbar posincisional. Cir. Gen, 2001;23(1):33-35.