

Hernia lumbar

Mario Montero, Gonzalo Fernández Perdomo,
Jaime Luksenburg y Jorge De Vecchi

Departamento de Cirugía.
H. C. FF.AA.
Montevideo, Uruguay

INTRODUCCION

La patología herniaria es tan antigua como el hombre. Ya en el siglo IV A.C., Hipócrates se refiere a ellas, sin mencionar tratamientos quirúrgicos. Desde entonces, la ciencia médica se ha ocupado de las mismas, por su gran repercusión social, síquica y económica tanto para el paciente como para la comunidad (16).

Las hernias lumbares son sin embargo, extremadamente raras. Pueden considerarse como menos frecuentes aún, solamente las perineales y las ciáticas (2). Se ha informado de 230 casos en la literatura mundial hasta 1960 (6). En el Metropolitan Hospital de Nueva York, sobre 250.000 ingresos consecutivos en un periodo de 10 años, sólo hubo dos pacientes con diagnóstico de hernia lumbar (4).

Los primeros datos sobre la existencia de ésta hernia datan de 1672 por Barbette, Blancard en 1701 y Di Dolee en 1703 (7). La primer observación autopsica corresponde a De Garangeot en 1731. En 1783, Jean Louis Petit describe un caso de hernia estrangulada que emerge por el triángulo lumbar inferior, que luego llevó su nombre. En 1750 Ravaton reporta un caso de hernia lumbar estrangulada operada con éxito. En 1866 Grynfeldt encuentra una hernia a través del polígono lumbar superior, haciendo notar su independencia del triángulo de Jean Louis Petit. En 1870, Lesshaft confirma la existencia de éste punto débil parietal, que se conoce desde entonces con el nombre de cuadrilátero o polígono de Grynfeldt-Lesshaft (1).

Siguen luego los estudios de Rigodin en 1872, Braun en 1879, Wolff en 1880, Romanesco en 1882, Mastin y Licher en 1890, Mac Ready en 1899, Borchardt en 1901, Hein en 1902 y Cámpora en 1917 (7). En nuestro medio, el tema fue estudiado por Mañana y Rozada (6).

Se ha empleado como sinónimo de hernia lumbar los términos de: hernia dorsal, hernia de Petit, hernia de Grynfeldt, hernia costoilíaca de Laney, hernia suprailíaca de Herguier.

RESEÑA ANATOMICA.(8)

Topográficamente dividiremos la región lumbar en 3 sectores:

- a) Interno o paramediano posterior, que comprende las masas musculares que se deslizan en el diedro formado por las apofisis espinosas y las apofisis transversas de las vértebras lumbares; es la región de la gotera o canal vertebral o región lumborraquídea.
- b) Externa o lateral, limitada por arriba por el reborde torácico inferior, por abajo por la cresta ilíaca, hacia atrás por el borde externo de los músculos espinales, y hacia adelante por el borde externo del músculo recto mayor. Se conoce con el nombre de región costoilíaca, y reúne los músculos anchos del abdomen que llenan la escotadura costoilíaca.
- c) Profunda, reservada a los músculos psoas y cuadrado lumbar. Se describe con el nombre de región costolumbar.

Quirúrgicamente la región lumbar ha de considerarse como el lecho o cubierta de los órganos nobles de la zona (riñón, suprarrenal, uréter, grandes vasos y simpático). Esta concepción excluye a los músculos espinales, pero deja sitio al músculo cuadrado lumbar, verdadero lecho del riñón, que visto de adelante a atrás desde la cavidad abdominal eviscerada, parece realmente constituir el plano profundo de la región costolumboilíaca.

Límites. La región lumbar así definida, par y simétrica, está limitada hacia atrás por el borde externo de los músculos espinales; hacia adelante por una vertical ascendida desde la Espina Iliaca Antero Superior hasta el reborde cóstal; hacia arriba por una horizontal tangente al borde superior de la undécima articulación costo vertebral; y hacia abajo, por la cresta ilíaca.

En profundidad se extiende hasta la hoja posterior de la cápsula fibrosa del riñón por dentro, y hasta el peritoneo de la gotera parietó cólica por fuera. Por consiguiente comprende además, los músculos anchos superficiales y profundos de la pared posterior del abdomen, la porción póstero lateral del diafragma comprendida entre la columna vertebral y las dos últimas costillas en las que se insertan sus digitaciones.

Del estudio analítico de la región ampliamente conocida por todos, haremos hincapié en dos sectores potencialmente herniogenos, el triángulo de J. L. Petit, y el polígono de Grynfeldt.

Espacio de y J. L. Petit. Está limitado por atrás adentro por el borde anterior del dorsal ancho; por delante y afuera por el borde posterior del oblicuo mayor; por arriba por el entrecruzamiento de éstos dos músculos, y por abajo, por la cresta iliaca. Una lámina aponeurótica resultante de la regresión parcial del gran dorsal y del oblicuo mayor, establece la contidad entre éstos dos músculos.

En su forma habitual, presenta importantes variaciones en alto y ancho. Lesshaft sitúa su vértice a 10 o 12 mms. de la cresta iliaca. Luschka a 3 a 7 cms. pero en un 5 % de los casos llega aún más arriba, hasta el borde inferior de la 12ª costilla.

Su base corresponde a la unión del cuarto posterior y los tres cuartos anteriores de la cresta iliaca, y tiene de 5 mms. a 2 cms. de longitud llegando a no existir. También la forma geométrica es inconstante, de manera que en algunos casos bastante raros, los bordes del gran dorsal y del oblicuo mayor permanecen separados, sin unirse en la parte superior, y forman los lados de un cuadrilátero cuyo borde superior está representado por la 12ª costilla. En otros casos, entre los dos músculos considerados no queda más que una hendidura, que constituye la variedad lineal del espacio de Petit, lo que se ve en 30 % de los casos según Gregoire.

En el área del espacio de Petit emergen, un ramo glúteo del abdómino genital mayor, un ramo del XII nervio intercostal, una rama de la cuarta arteria lumbar, y numerosas venas relacionadas con la pared perineural.

Espacio de Grynfeldt (Teirágono de Krause). Situado más profundamente que el espacio de Petit, está limitado por el borde inferior del músculo serrato menor posterior e inferior por arriba; la cresta iliaca por abajo; el borde anterior de la masa sacrolumbar por dentro y el borde posterior del oblicuo menor por fuera.

También aquí es posible observar variaciones geométricas, dependientes del desarrollo de los músculos que la limitan. Cuando el serrato menor posterior e inferior es demasiado estrecho para cubrir la 12ª costilla, deja que ésta contribuya a demarcar dicho espacio, que se convierte en pentagonal.

Si la 12ª costilla es corta, será la 11ª la que forme el quinto lado del polígono, y el espacio crece en altura. Si el oblicuo menor está poco desarrollado el espacio crece en ancho, y si por el contrario está muy desarrollado, se estrecha.

Si los fascículos del oblicuo menor y de los músculos espinales convergen más fuertemente hacia arriba o hacia abajo, el espacio se convierte en triangular, de vértice superior o inferior, y se le denominará triángulo costolumbo abdominal dado por Grynfeldt, o de triángulo lumbar dado por Lesshaft.

El espacio de Grynfeldt — Lesshaft no está siempre libre, sino ocupado por un tejido celuloso vestigio de la capa muscular en regresión de los serratos. Su fondo está ocupado por la aponeurosis de inserción del músculo transverso. Esta aponeurosis está reforzada en la mitad interna del espacio, por el músculo cuadrado lumbar que está por delante de ella, determinando que la mitad externa del espacio sea realmente la zona débil.

La aponeurosis del transverso está atravesada por un ramo del XII nervio intercostal acompañado de arterias de poco calibre, y de algunas venas más voluminosas. Esta emergencia puede atravesar el oblicuo menor cuando éste músculo está muy desarrollado.

CASO CLINICO

J. T. 62 años. HMC 198149.

Presenta dolor lumbar de esfuerzo desde 4 años antes a la consulta. Nunca presentó otra sintomatología, ni notó tumefacción en la zona. Tránsito digestivo y urinario sin particularidades. No presenta repercusión general. Al examen en policlínica se comprueba la tumoración lumbar, por lo que se estudia.

Examen: Paciente obeso. Presenta distasis de los rectos en región supraumbilical. Resto del exmaen general, normal.

En región lumbar izquierda, en el ángulo entre la masa paravertebral y la 12ª costilla, se comprueba una tumoración ovoidea, de 10 cms. de diámetro, que impulsa con la tos y los esfuerzos. Se reduce con ruidos hidroaéreos, y es incoercible. No se palpa anillo herniario con la tumefacción reducida.

Los exámenes de valoración general estuvieron dentro de límites normales.

OPERACION. 28/VIII/75. Incisión Lumbar izquierda oblicua hacia abajo y afuera sobre la tumoración. Sección de las fibras del dorsal ancho. Por delante de éstas aparece una masa adiposa que emerge a través de un pequeño foramen situado en la aponeurosis del transverso, que permite el pasaje del pulpejo del dedo. Se amplía el orificio.

Disección de la masa adiposa, comprobándose un pequeño saco en su interior.

Se reseca la masa adiposa. Apertura del saco y ligadura del mismo en su base.

Se reconstruye la pared cerrando la aponeurosis del transverso y luego reconstruyendo el gran dorsal con puntos separados de lino. Buena evolución postoperatoria, siendo dado de alta el 1/IX/75.

COMENTARIO

Las hernias lumbares pueden clasificarse según su etiología en tres tipos (1):

1. CONGENITAS. Les corresponde un 20 % del total. Se han referido casos uni y bilaterales. En su etiología cobra papel fun-

damental el síndrome lumbo costo vertebral. Este consiste en una alteración precoz en el desarrollo de los somites de la zona, entre la 3ª y 5ª semana del embrión. Frecuentemente se acompaña de malformaciones óseas costales y vertebrales, y puede acompañarse de malformaciones alejadas. La anoxia sería un factor determinante de gran importancia (1, 2).

En las formas congénitas, los puntos débiles no se dibujan normalmente. Dado que éstas hernias aumentan progresivamente durante la infancia, se preconiza su reparación precoz (2), aunque en general se espera que el lactante alcance los 6 meses de edad.

2. **ADQUIRIDAS TRAUMATICAS.** Su incidencia es del 26 %. Aparecen luego de lumbotomías o de heridas en la zona, o post traumáticas. A éstas preferimos en realidad, considerarlas como eventraciones, y no como hernias lumbares propiamente dichas.
3. **DE APARICION ESPONTANEA,** o adquiridas no traumáticas. Se ven en 54 % de las observaciones. A éste grupo corresponde el caso clínico aquí tratado. Son tres veces más frecuentes en el hombre que en la mujer, y su frecuencia doble a derecha que a izquierda (11).

Es necesario diferenciarlas de otras tumoraciones adquiridas de la zona como lipomas, fibromas o abscesos (12).

Predisponen a su formación la edad avanzada, el adelgazamiento pronunciado que disminuye el paquete adiposo que acompaña el 12º paquete intercostal en su pasaje a través de la fascia transversalis, aumentando así el tamaño del punto débil.

Al realizar grandes esfuerzos en posición de cuclillas, los orificios inguinales y umbilical quedan protegidos por su contacto con los muslos; la hipertensión abdominal repercutirá directamente entonces sobre la región lumbar (3).

La mayoría de los autores se inclinan por considerar la hernia de Grynfeltt-Lesshaft como más frecuente que la de Petit. Esto resulta lógico al pensar en las características anatómicas. Sin embargo, autores como Patel y Langan consideran como más frecuente la segunda. Menos frecuentes son aquellas que se exteriorizan a través del oblicuo mayor siguiendo paquetes perforantes, o la hernia de Thorek, a través de la fascia lumbodorsal (6).

Es frecuente que éstas hernias no posean saco herniario. En éstos casos, pueden estar constituidas por un pelotón adiposo perirrenal, o por el riñón mismo (11). En los casos en que se comprueba un saco, éste generalmente se encuentra precedido por un pelotón adiposo, y en el interior de aquel podrá encontrarse epiplón, intestino delgado, colon, estómago, ovario, bazo y apéndice (1).

El cuadro clínico es variado. Puede reducirse a la tumefacción lumbar que aparece con la hi-

pertensión abdominal y se reduce al cesar ésta. Watson encontró que 8 % de 186 hernias lumbares presentaron estrangulación (13). Sabis-ton (15) señala un 10 % de estrangulaciones. En otros casos se agrega dolor dorso lumbar y pesadez en la zona. **DEBE BUSCARSE LA HERNIA LUMBAR EN LOS CASOS DE DOLORES LUMBARES DE ETIOLOGIA POCO CLARA.** Finalmente, de acuerdo al contenido herniario se podrán agregar los trastornos funcionales correspondientes al órgano afectado.

En el examen físico se destaca la tumoración herniaria, que impulsa con la tos, pudiendo auscultarse ruidos hidrogaseosos cuando en su contenido participa una víscera hueca abdominal.

Entre los estudios complementarios, será de importancia contar con estudios de colon por



Fig. 1. Región lumbar izquierda, donde se visualiza la deformación producida por la hernia lumbar, durante una maniobra de Valsalva.

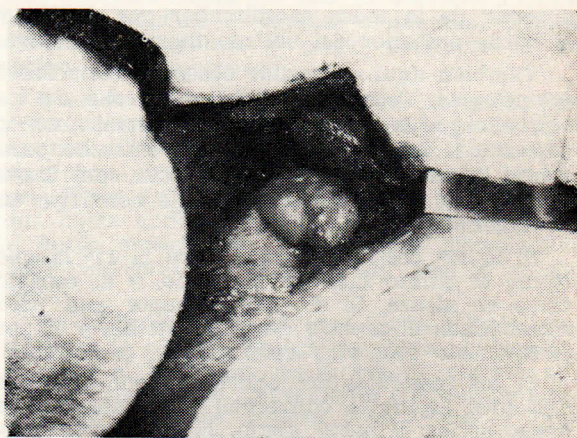


Fig. 2. Se observa en el campo operatorio, la masa adiposa que emerge a través de la aponeurosis del transverso.

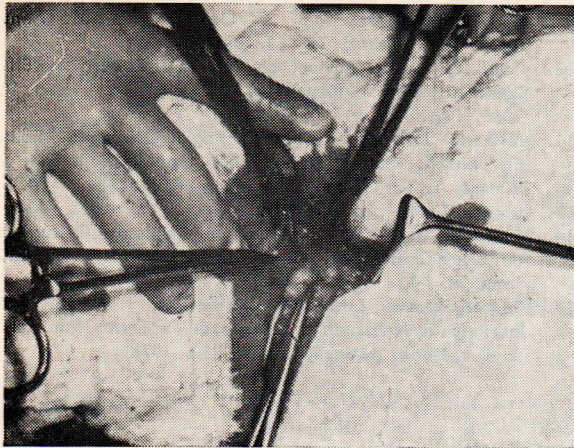


Fig. 3. Se observa el saco herniario, traccionado por pinzas, disecado del interior de la masa adiposa.

enema, urografía de excreción y gastroduodeno, para afirmar o descartar la participación de éstos sectores en el contenido herniario.

La mayoría de los autores coinciden en que éstas hernias son de sanción quirúrgica, ya que crecen en forma progresiva hasta provocar síntomas o alcanzan grandes proporciones (1). Debemos tener presente además, la posibilidad de estrangulación en un 8 a 10 % de los casos. MICHANS (12) sin embargo, considera la estrangulación como excepcional, y recomienda no operarlas y contenerlas con faja, salvo que provoquen molestias. Varios autores consideran como única excepción a la terapia quirúrgica, los pacientes en muy mal estado general o con gran riesgo quirúrgico, posición que compartimos nosotros. Se recomienda que el paciente adelgace previo a la operación, y que el colon sea preparado por medio de enemas evacuadores.

Para el acto quirúrgico, el paciente será colocado en decúbito lateral, con camilla angulada, como para abordar el riñón por lumbotomía. De ésta forma se distienden los elementos parietales de la zona, facilitando el reconocimiento de las distintas estructuras (1, 3). El marcado de la piel de la zona herniaria con tinta puede ser de invaluable ayuda durante el acto quirúrgico.

El abordaje se realiza por una incisión paralela a la 12ª costilla, que se extiende desde el borde externo de los músculos paravertebrales hasta la espina iliaca ántero superior (1, 4, 5).

Se libera la masa adiposa, y se disea buscando un saco herniario, que de encontrarlo, se liga en su base y se reseca, o se reintroduce a través del orificio parietal cuando aquel es pequeño.

El fundamento de la reconstrucción es el cierre del orificio parietal (15). Esto se realiza generalmente a puntos separados con material no reabsorbible, pudiendo hacerse plicatura del plano débil cuando éste está distendido.

La pared podrá reforzarse de distintas formas. DOWD en 1907, cerraba las hernias de Pe-

tit con colgajos de tensor de la fascia lata y de glúteo mayor, a lo que agregaba una aposición látero lateral de oblicuo mayor y dorsal ancho. Para el cierre de las hernias de Grynfeltt tomaba colgajos de estructuras vecinas (14). PATEL (1924), luego del tiempo aponeurótico, hace sutura de los bordes musculares en masa. BERGER en 1895 utiliza para el cierre un colgajo de oblicuo o de gran dorsal. WARBASSE pliega en sobre todo la fascia transversalis y refuerza la pared con colgajo de aponeurosis iliocostocóccigea. PINNA pliega la aponeurosis y realiza el cierre parietal en dos planos musculares, uno de oblicuo menor a músculos espinales, y otro de oblicuo mayor a gran dorsal (6).

Actualmente, para hernias lumbares pequeñas, el cierre de la brecha aponeurótica y la sutura del oblicuo mayor al dorsal ancho puede ser suficiente.

Cuando el defecto parietal es importante, se recomienda emplear mallas sintéticas (Sabiston, Thorek, etc.).

La evolución postoperatoria suele ser favorable, sin necesidad de cuidados diferentes a los de toda herniorrafia.

SUMARIO

Se presenta un caso de hernia lumbar izquierda. Se analiza la literatura existente en nuestro medio. Se refiere la clasificación, manifestaciones clínicas y análisis complementario necesarios.

Se destaca la conveniencia de la cura quirúrgica, y se mencionan los procedimientos a tal fin.

SUMMARY

A case of lumbar hernia is presented. Our bibliography is analyzed, in reference to the classification, clinical manifestations, and necessary complementary analysis. The convenience of a surgical cure is emphasized and the proceedings to reach that and are also mentioned.

RESUMEE

Report d'un cas d'hernia lumbar gauche. On analyse la bibliographie nationale, la classification, les manifestations cliniques et les examens de laboratoire complémentaires. On enfatize l'avantage du traitement chirurgical et la technique a suivre.

BIBLIOGRAFIA

1. Orcutt, Thomas W.: Hernia of the superior lumbar triangle. Ann. Surg. 1973 (1): Enero 1971.
2. Touloukian, Robert J.: The lumbocostovertebral syndrome: a single somatic defect. Surgery, 71: 174, 1972.

3. **Langan, George B.; Carroll, Kenneth J. A.;** Grynfeltt Hernia: A Rare Lumbar Hernia. Med. J. Aust. 1: 1089, 1967.
4. **Musick, R. H.; Schubert, Stephen E.:** Lumbar Hernia. An Instance Reported. Illinois Med. J. 138: 585, 1970.
5. **Cameron, Cyril T. M.; Eufemio, John; Toosie, Thomas A.** Lumbar Hernia: Report of a Case. Med. J. Aust. 2: 1142, 1966.
6. **Mañana, Julio; Rozada, Héctor.** Hernia Lumbar. Bol. Soc. Cir. Urug. XXXI, Nº 1-2: 45, 1960.
7. **Paitre, F.; Giraud, D.; Dupret, S.:** Tratado de Anatomía Quirúrgica. Editorial Mason.
8. **Iason, A. H.:** Hernia. Blakiston Co., Pag. 884-894, 1941.
9. **Piscitelli, M.:** Anatomic Surgical considerations of Lumbar Hernia (Apropos of an Operated Patient). Ann. Med. Nav. (Roma) 72: 43, 1967.
10. **Patel, J.:** Nuevo Manual de Patología Quirúrgica. Ed. Científico Médica (Barcelona). Primera Ed., Tomo V, 1965, Pág. 134.
11. **Michans, Juan R. y Col.:** Patología Quirúrgica. Edit. El Ateneo, B.S. AS. 2ª Ed., 1965, Tomo 3, Pág. 563.
12. **Watson, L. F.:** Citado por Orcutt, Thomas.
13. **Down.** Citado por Sabiston.
14. **Sabiston, D. C. Jr.:** Tratado de Patología Quirúrgica de Davis-Christopher. Edit. Interamericana. 10ª Ed. Tomo II, Pág. 1113.
15. **Suiffet, Walter:** Evolución, Clasificación y Selección de los Procedimientos en la Cirugía de la Hernia Inguinal. El Día Médico Uruguayo. 476: 239, 1973.