

Trabajo de la Clínica del Prof. J. A. Piquinela

HERNIA LUMBAR (*)

Dres. Julio Mañana y Héctor Rozada

La hernia lumbar es una afección poco frecuente, de la cual según nuestro conocimiento no se han publicado observaciones en nuestro medio. El motivo de la presente comunicación es relatar un caso diagnosticado y tratado en el Servicio del Prof. J. A. Piquinela del Hosp. Pasteur; y efectuar una revisión de la patología y terapéutica de dicha afección.

RESUMEN DE LA HISTORIA Nº 2340

M. C. de M. 68 años; sexo femenino; raza blanca; jubilada.

Consulta el 14/X/59, por tumoración de región lumbar derecha. Desde hace un mes nota tumoración en región lumbar derecha, indolora, reductible en el decubito, sin mayores variaciones hasta el momento del ingreso.

En los antecedentes es de destacar la existencia de una lumbalgia bilateral que se aliviaba en el reposo y a veces con la marcha. Estreñida, tosedora crónica. Se trata de una enferma bacilar en tratamiento; actualmente estabilizada. Multioperada: Apendicectomía, cura de hernia umbilical, colecistectomía, safenectomía bilateral, histerectomía.

Desde hace 15 años en menopausia quirúrgica. Dos embarazos normales un aborto espontáneo.

El examen de la región lumbar derecha muestra un tumoración redondeada de una 8 cms. de diámetro, indolora, lisa, que se reduce con la presión y se reproduce con el esfuerzo; consistencia blanda, mate. No se palpa orificio herniario, aparentemente sale a nivel del surco de los lomos inmediatamente por debajo de la 12 costilla. En el resto del examen es la existencia de lesiones pulmonares residuales de su proceso bacilar. El colon por enema muestra un dolico colon izquierdo, la urografía de excreción nos muestra un caliz superior derecho algo agrandado. Artrosis de columna lumbar. Baciloscopia negativa.

OPERACION: 16/XI/59. Incisión oblicua, que parte de la 11 costilla a nivel de la masa lumbar y se dirige hacia el gran trocanter. Se expone

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 4 de mayo de 1960.

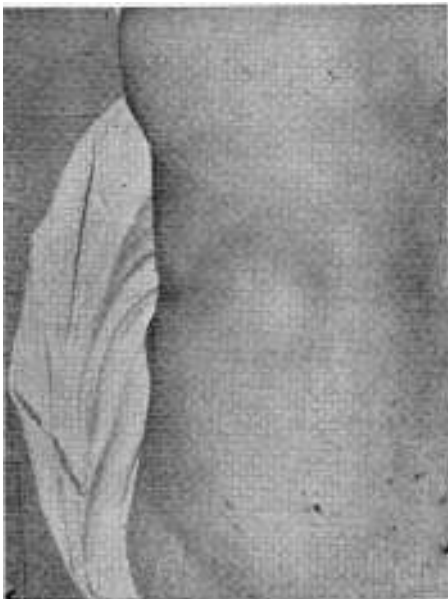


FIG. 1. — Lumbar vista de perfil.



FIG. 2. — Lumbar vista de perfil.

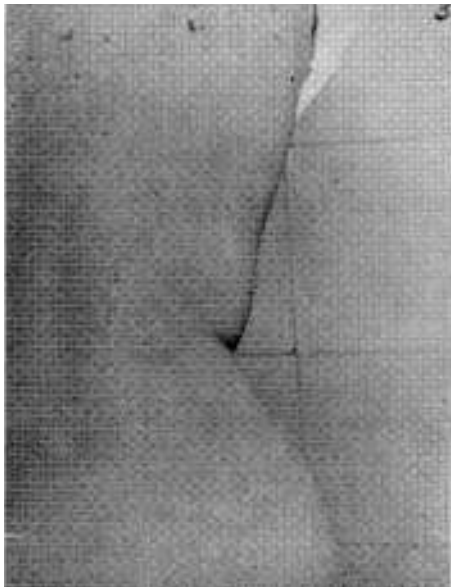


FIG. 3. — Hernia lumbar vista de frente.



FIG. 4. — Se muestra la existencia del saco peritoneal.

el Triángulo de Petit, y se separa el oblicuo mayor hacia adelante y el dorsal ancho hacia arriba y adentro, exponiendo el espacio de Grynfelt. A través del orificio del pasaje del 12 nervio intercostal, por debajo de la 12 costilla y del ligamento de Henle, se aprecia un hiatus formado por ellos hacia arriba y la aponeurosis del transverso abajo, cuyo borde es grueso, casi cortante, a su través sale un paquete adiposo de unos 6 cms. de diámetro, cuya disección revela la existencia en su interior de un pequeño saco peritoneal, deshabitado, que se reseca. Se cierra el cuello del saco con puntos separados de lino 70. Para la reconstrucción parietal se sutura la aponeurosis del transverso al ligamento lumbocostal de Henle y al periosteo de la costilla con puntos separados de lino. Un segundo plano con la inbricación de la misma aponeurosis al serrato menor posterior e inferior. El tercer plano suturando el oblicuo mayor al dorsal ancho. Drenaje del celular con lámina de caucho. Lino en piel.

La evolución posoperatoria transcurrió sin incidentes. La enferma es controlada en la policlínica. No presentando recidiva herniaria.

HISTORIA: BARBETTE (1) en 1672, considera la posibilidad de la producción de la hernia lumbar. **BLANCHARD** (2), **DOLLEE** (7), **RENEAULME DE LAGRENNE** (24), hacen referencias a la misma. De **GARENGEOT** (9) en 1731 cita el primer caso clínico. **J. L. PETIT** (20) en 1733 es el primero en describir un caso en forma completa con amplia descripción anatómica que le valió que esta hernia llevara su nombre. **RAVATON** (23) en 1750 es el primero en operarla. Se suceden luego algunas publicaciones refiriéndose a la hernia lumbar con la hernia del triángulo de Petit. **J. GRYNFELTT** (10) en 1866, es el primero que describe la hernia lumbar superior, refiriéndola al espacio que lleva su nombre. Se suceden luego numerosas publicaciones de casos aislados, pero es recién en 1946 **L. E. WATSON** (30) y posteriormente **M. THOREK** (28) en 1950, que hacen una amplia revisión del tema, el primero reúne un total de 186 casos publicados. Desde entonces a la fecha hemos reunido observaciones que llevan esta cifra a 230 casos.

CONCEPTO DE HERNIA LUMBAR: Es la hernia que hace prominencia en la región limitada por el raquis adentro, la línea axilar media adelante, la cresta ilíaca y la 12 costilla arriba, corresponde parcialmente a la parte interna y posterior de la región costoilíaca de **TESTUT JACOB** (31).

CONSIDERACIONES ANATOMICAS: Los hechos anatómicos que consideraremos son: **Plano muscular superficial:** formado

hacia afuera y adelante por el oblicuo mayor y hacia adentro y arriba por el dorsal ancho, la separación de ellos en el extremo inferior limita con la cresta ilíaca un triángulo a base inferior, llamado Triángulo lumbar inferior o de J. L. Petit, que existe entre el 60 al 75% de los casos según los autores, su extensión es muy variable, según el desarrollo muscular. Hay que recordar que en general no es una zona débil porque habitualmente su fondo está formado por el oblicuo menor y el transverso. **Plano muscular profundo:** formado atrás y longitudinalmente por los músculos espinales; afuera y abajo por el borde posterior del oblicuo menor arriba y adentro por el serrato menor posterior inferior. Estos elementos limitan con la 12 costilla un espacio de superficie y forma variable, triangular o tetragonal, que es el espacio lumbar superior o de Grynfeldt, o tetragono de Krause. El piso de este espacio está formado por la aponeurosis de inserción posterior del transverso. Esta aponeurosis presenta una zona más débil en su parte superior por debajo de la 12 costilla y del ligamento-lumbo costal de Henle, que da paso al 12 nervio intercostal y sus vasos, formando a veces un verdadero anillo de bordes firmes. Es a su través donde se produce la hernia lumbar superior. La aponeurosis del Transverso presenta además en su parte media e inferior orificios destinados al paso de los ramos cutáneos del 1 y 2 par de nervios lumbares posteriores y las ramas lumbares de la ilio lumbar, que ponen en comunicación el tejido celular retroperitoneal con el perimuscular, constituyendo zonas potencialmente débiles, que pueden originar hernias MORESTIN ⁽¹⁵⁾, que salen en definitiva por el triángulo lumbar inferior. La aponeurosis del transverso se divide en las 3 hojas clásicas, recordando que el ligamento lumbo costal de Henle, refuerza su hoja media en la parte superior. Los **planos retromusculares** están formados por la fascia transversalis, el tejido subperitoneal, muy abundante y el peritoneo que se halla alejado de los planos musculares. En suma dos hechos a destacar: 1) El orificio en la aponeurosis del transverso es el punto patogénico y anatómico más importante para el cirujano O'CONNOR ⁽¹⁸⁾. 2) A través de éste es posible la protrusión de la grasa subperitoneal (hernia adiposa) o del peritoneo (con saco habitado o no).

CLASIFICACION DE LA HERNIA LUMBAR: Puede hacerse de varias maneras:

- A) Según su trayecto de salida :
- 1 H. inferior, sale a través del triángulo de Petit, es una hernia relativamente rara, precisa que el Oblicuo Menor sea débil.
 - 2 H. de triángulo superior de Grynfeldt, es la más frecuente.
 - 3 H. a través del gran oblicuo, rara, sigue los paquetes vásculo nerviosos perforantes.
 - 4 H. a través de la fascia lumbo dorsal THOREK (28).
- B) Según la existencia o no de Saco THOREK (28).
- 1 Extraperitoneal, el contenido no presenta saco peritoneal (H. adiposa pura).
 - 2 Paraperitoneal, contiene parcialmente un saco peritoneal
 - 3 Interperitoneal, en la que hay saco peritoneal.
- C) Según el contenido visceral presente: puede contener: grasa (hernia adiposa que puede ser origen de lumbalgias); colon (frecuente); epiplon; ureter; riñón; ciego y apéndice; intestino delgado (poco frec.).

TRAYECTO DE LA HERNIA: Los orificios de salida son prácticamente siempre los orificios vásculo nerviosos de la fascia del transverso, para el 12 paquete intercostal y los 1 y 2 lumbares. Desde su punto de origen pueden permanecer bajo el dorsal ancho y el oblicuo mayor (hernias intersticiales) o salir a través del trigono inferior o a través de las fibras del gran oblicuo o la aponeunorís dorsolumbar.

ETIOLOGIA: Pueden ser congénitas o adquiridas, las primeras se producen por mal formación en la pared costoilíaca, y suelen ser bilaterales.

Las adquiridas pueden ser espontáneas o traumáticas (28%). Estas pueden aparecer luego de traumas indirectos (caídas, esfuerzos, levantamiento de pesos) o directos (operatorios, eventración, inflamatorios, artritis, mal de Pott, aplastamientos, etc.).

Se encuentran en cualquier edad, pero son más frecuentes entre los 40 y los 70 años, se han observado casos entre los 80 y

el año. Hay un franco predominio en hombres (65 al 70 %). Son más frecuentes del lado izquierdo que del derecho (72 contra 28%).

Como factores predisponentes se pueden citar: posibles malformaciones o debilidad de las capas músculo aponeuróticas que predisponen a la hernia; emaciación que sigue a la obesidad, desde que la pérdida de grasa que normalmente acolchona a los paquetes vásculo nerviosos facilita la salida de la hernia; aumento de la presión intra abdominal, tos, estreñidos, etc.; atrofia musculares secundarias a parálisis, fundamentalmente poliomielitis anterior.

DIAGNOSTICO: Las hernias lumbares se distinguen por su silencio funcional, y la mayoría de las veces llama la atención por la existencia de una tumoración redondeada, reductible en la región lumbar, de tamaño y forma variable. Es de destacar la siguiente sintomatología:

Subjetiva: fatiga lumbar, o lumbociatalgias que ceden con la reducción de la hernia; cólicos intestinales o nefríticos; vómitos reflejos.

Objetivos: tumor de caracteres herniarios de forma y tamaño variables.

La hernia grasosa pequeña y aquellas irreductibles son de diagnóstico difícil.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Debe efectuarse con: abscesos, póticos, peri o para nefríticos lipomas, fibromas; hematomas; hernias musculares; tumores oseos; hidatidosis.

Como auxilio para al diagnóstico clínico se pueden efectuar: Radiografía simple oblicua de región lumbar con rayos blandos, para el estudio de partes blandas. Radiografía de columna, colon por enema en incidencia oblicua PICOT⁽²¹⁾. Urografía de excreción, pues el uréter dentro de la hernia puede ser causa de síntomas.

COMPLICACIONES: La más frecuente es la estrangulación, que sucede aproximadamente en un 10% de los casos.

EVOLUCION: Es generalmente muy lenta, pero hay casos en que ella se desarrolla en pocos días (caso de BOCCHETI⁽⁴⁾).

PRONOSTICO: Es bueno en cuanto a lo vital, en cuanto a lo funcional es en general bueno. Las recidivas por lo visto en la literatura no serían muy frecuentes, por lo menos en las espontáneas.

TRATAMIENTO: El ortopédico; el uso de un cinturón elástico, se reserva solamente para las contraindicaciones absolutas de la cirugía.

El tratamiento quirúrgico es el de elección, se han ideado innumerables técnicas, pero insistimos que lo más importante de todo es efectuar un cuidadoso cierre de la falla de la aponeurosis del transverso, previa disección del paquete adiposo y del saco peritoneal si lo hay, reseándolos y cerrando el saco.

Pasaremos una rápida revista de las técnicas propuestas:

PATEL (1924) (19) realiza la sutura de los bordes musculares en masa, luego del tiempo aponeurótico. BERGER (1895) efectúa el cierre girando un colgaje sea del oblicuo o del gran dorsal. DOWD (8) y WATSON (30) rebaten un colgajo con la aponeurosis ileotrocanterea y hacen luego un segundo colgajo tallado de la aponeurosis del gran dorsal. RISHMILLER (25) cierra la brecha a expensas de un colgajo tallado del dorsal ancho. WAR-BASSE pliega en sobre todo la fascia del transverso y recubre con plastia ilirotrocantera. PINNA (22) pliega la aponeurosis y recubre con dos planos: pequeño oblicuo y los músculos espinales y el gran oblicuo al dorsal ancho. BOCCHETTI (4) hace el primer plano entre el cuadrado lumbar y el oblicuo menor. THOREK (28) con mala pared coloca una malla de tantalio sobre el plano fibroso y por encima sutura el plano muscular. Se puede también hacer si los músculos son muy débiles injertos de fascia lata o de piel total.

RESUMEN

1. Se relata una observación de Hernia Lumbar superior a través del triángulo de Grynfeltt.
2. Se hace una revisión histórica y anatómica del tema, resaltando la importancia de las fallas aponeuróticas en su génesis.
3. Se esquematiza el diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BARBETTE, P.: Opera chirurgicoanatomica 1672.
- 2 BLANCARD, S.: Opera medica, teoretica, practica et chirurgica.
- 3 BICKMAN, CALLANDER & SHACKELFORD: Surgery of the Alimentary tract Vol. III Pág. 2364. Saunders & Co. 1956.
- 4 BOCCHETTI, G.: L'ernia Lombare. Arch. Ital. de Chirurgia V 75:6. Pág. 441. 1952.
- 5 CALISTI, D.: Hernia Lumbar, Dia Med. Bs. Aires 15:475-476. 1943.
- 6 DIAS AYRES, J. Hernia Lombar. Anais Paulistas de Med. e Cir. 68: 165 Set. 1954 (segundo caso brasileño).
- 7 DOLEE, J. Encyclopedia chirurgica rationalis 1703.
- 8 DOWD, C. N.: Congenital lumbar hernia, at the T. of Petit. Am. Surg. 45:902-907. 1907.
- 9 de GARENGEOT, R. J. C.. Traité des Operations en Chirurgie 1731.
- 10 GRYNFELTT, J.: Quelques mots sur la hernie lombarre. Montpellier Med. 1866.
- 11 FORGUE, E.: P. de Pathologie Externe. T. II Pág. 554. Doin Ed. 1948.
- 12 IASON, A. H.: Hernia. Pág. 884-894. Blakiston Co. 1941.
- 13 LEWIS: Practice of Surgery. Vol. VII, Chapter 9.
- 14 MAINGOT, R.: Operaciones abdominales. T. II, Pág. 295. 1957.
- 15 MORESTIN, M. H.: Hernies graisseuses. Bull. et Mem. Soc. Anat. de Paris. 1901.
- 16 MYNORS, J. M.: Large lumbar hernia. Brit. J. of Surg. 42:554. 1955.
- 17 NASSER, A. Hernia lumbar. Rev. Paulista Med. 42:3. 1953.
- 18 O'CONNOR, H.: Hernies lombaires. Med. Tropicale. 15:6. 1955.
- 19 PATEL, L. y colab.: Precis de Pathol. Chirurg. Masson & Cie. Paris. Vol. V. Pág. 146. 1949.
- 20 PETIT, J. L.: Traite des Mal. Chir. Paris 1774.
- 21 PICOT, Ch.; PINET, F.; BOWET, R.: A propos d'un cas de H. Lombarre. Journal de Radiologie. 38:600. 1957.
- 22 PINNA, C. D.: Chir. Ital. 6:443. 1952.
- 23 RAVATON, H.: Traite del plaies del armes de feu. 1750.
- 24 RENEAULME de LAGRENNE: Discours d'ouverture de l'Ecole de Chir. Paris. 1726.
- 25 RISHMILLER, J. H.: Hernia of Peit. Surg. Gynec. & Obs. 24:589. 1917.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- 26 SERGER, F. L.; THOMLEY, M. W.: Lumbar Hernia. Am. J. of Surg. 82:765. dec. 1951.
- 27 SIBILLA, C. E.: Event Lumbar postopr. Sem. Med. 48:858. 1941.
- 28 THOREK, Max: Lumbar Hernia. J. Internat. Cot. of Surg. 14:367. 1950.
- 29 VIRGILIO, F.: L'ernie lombare. Arc. It. di Chir. 14:337. 1925.
- 30 WATSON, L. F.: Hernia. Ed. Artecnico. Bs. Aires. 1952.
- 31 TESTUT JACOB: Anatomie Thopographique. Paris.