

# Tratamiento quirúrgico de las hernias lumbares

**J. H. Alexandre**  
**J. L. Bouillot**

*Las hernias lumbares se producen a través de una o ambas hendiduras de la región suprailíaca posterolateral: el triángulo superficial lumbar denominado de Petit y el cuadrilátero denominado de Grynfeld. Estas hernias «costoiliacas» (Larrey) son de tamaño variable y tienen un diámetro de 2 a 20 cm.*

*Se trata de una patología rara (aproximadamente 400 casos publicados de hernias espontáneas). A este nivel se observan sobre todo eventraciones consecutivas a intervenciones de cirugía renal, denominadas por los anglosajones «hernias lumbares incisionales».*

## Bases anatómicas (fig. 1)

En 1738 Petit describió uno de los primeros casos de hernia lumbar estrangulada, que se encontraba en el triángulo de Petit: un triángulo limitado por la cresta ilíaca por debajo, el músculo oblicuo externo (anteriormente denominado oblicuo mayor) por delante y el dorsal ancho (*latissimus dorsi*) por detrás. La dehiscencia de la parte posterior del oblicuo interno o de la fascia lumbodorsal es el elemento que facilita la aparición de la hernia.

El espacio descrito en 1866 por Grynfeld [5] está limitado bajo el dorsal ancho por la 12ª costilla, el borde posterior del músculo oblicuo interno por delante y el serrato posteroinferior por detrás (serrato menor posterior e inferior). Por dentro, el borde lateral de la masa de los músculos espinales constituye un límite inextensible. El telón de fondo que un saco puede desplazar está representado por la aponeurosis del músculo transversario, zona debilitada por el paso de tres pedículos musculonerviosos.

Las hernias pueden aparecer directamente en el triángulo de Petit [3] o a la altura del cuadrilátero de Grynfeld.

Algunas hernias tienen un saco peritoneal de contenido diverso (epiplón, colon, intestino delgado), otras no lo tienen (hernia extraperitoneal de Thorek) [18]. En este último caso, el contenido herniario está compuesto por grasa o por el riñón rodeado de su grasa pararenal, tras la cual existe a veces un pliegue peritoneal (hernia paraperitoneal).

Pueden observarse:

- Hernias congénitas (recién nacidos, niños, a veces bilaterales, asociadas a otras anomalías) [4, 12, 14].
- Hernias adquiridas: adultos (sin traumatismo ni incisión).
- Hernias postraumáticas.
- Hernias postoperatorias [13] (tras una intervención sobre la cresta ilíaca o una nefrectomía), que son de hecho eventraciones, y no se considerarán aquí.
- Dos hernias lumbares de cada tres afectan al sexo masculino.

## Reseña clínica [2, 3, 12]

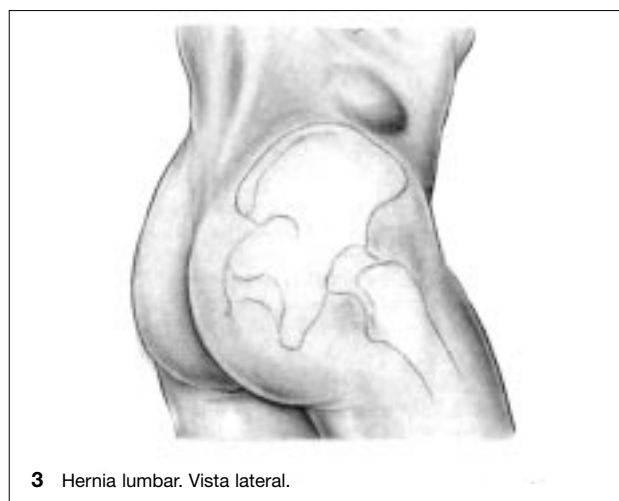
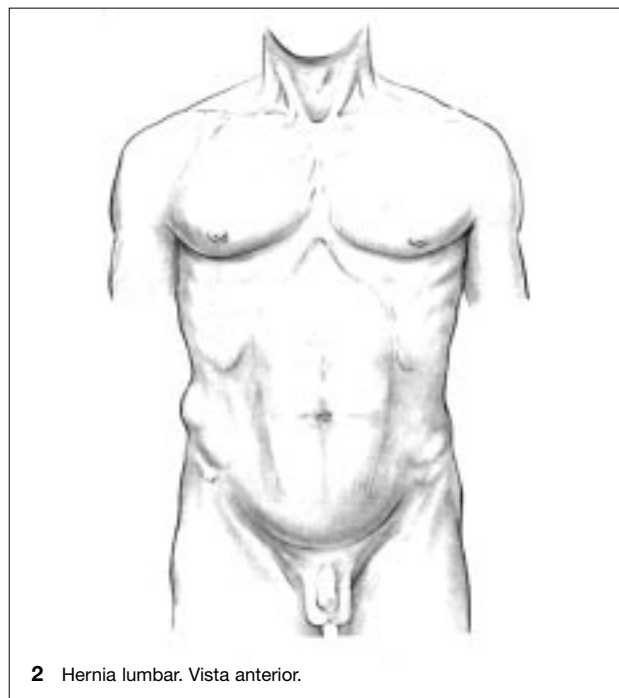
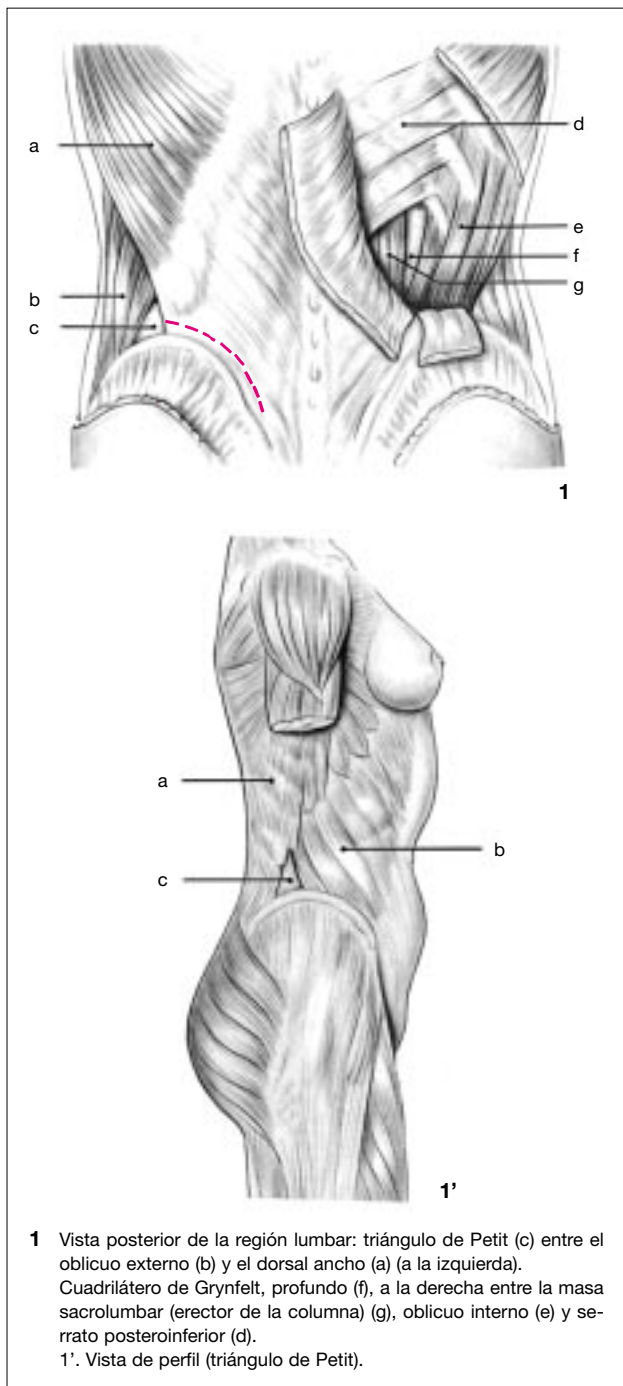
El cirujano aborda estas hernias en tres circunstancias:

- tumor del flanco, bastante posterolateral, más o menos saliente y voluminoso, que protruye con el esfuerzo y la tos, la mayoría de las veces reducible y en ocasiones bilateral (fig. 2);

Jean-Henri ALEXANDRE: Chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur des Universités.

Jean-Luc BOUILLOT: Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Hôpital Broussais, service de chirurgie générale et digestive, 96, rue Didot, 75014 Paris.



## Colocación e incisión

*El paciente debe colocarse en decúbito lateral* (fig. 5) sobre la mesa operatoria con una cuña de apoyo.

La incisión cutánea más frecuente es oblicua en la parte inferior y por delante de la 12ª costilla hacia la espina iliaca [13, 14].

Algunos autores [8] utilizan una incisión transversal a medio camino entre la cresta ilíaca y la 12ª costilla [7].

Otros, previendo el empleo de un colgajo de aponeurosis glútea, prefieren una incisión vertical a partir del extremo de la 12ª costilla.

*El saco herniario se identifica rápidamente y se separa de las paredes musculares.* No siempre es necesario resecarlo, basta con desplazarlo. Se disecan luego los bordes musculares que han sido separados, delimitando la brecha muscular para el cierre. Cuando se produce una abertura accidental del peritoneo distendido por la hernia, debe evitarse lesionar eventuales vasos cólicos adheridos. Se comprueba el contenido del saco, que se cierra luego con hilo reabsorbible. Puede ser necesario resecar un lipoma.

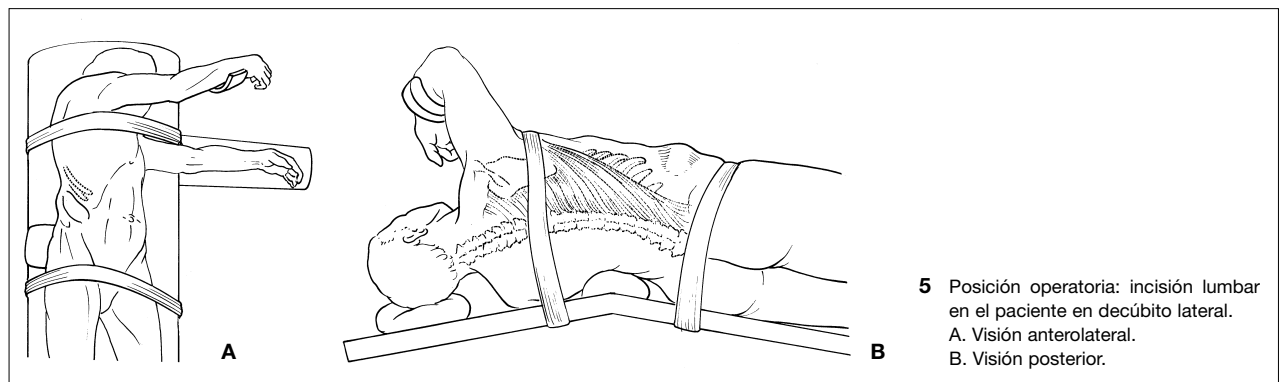
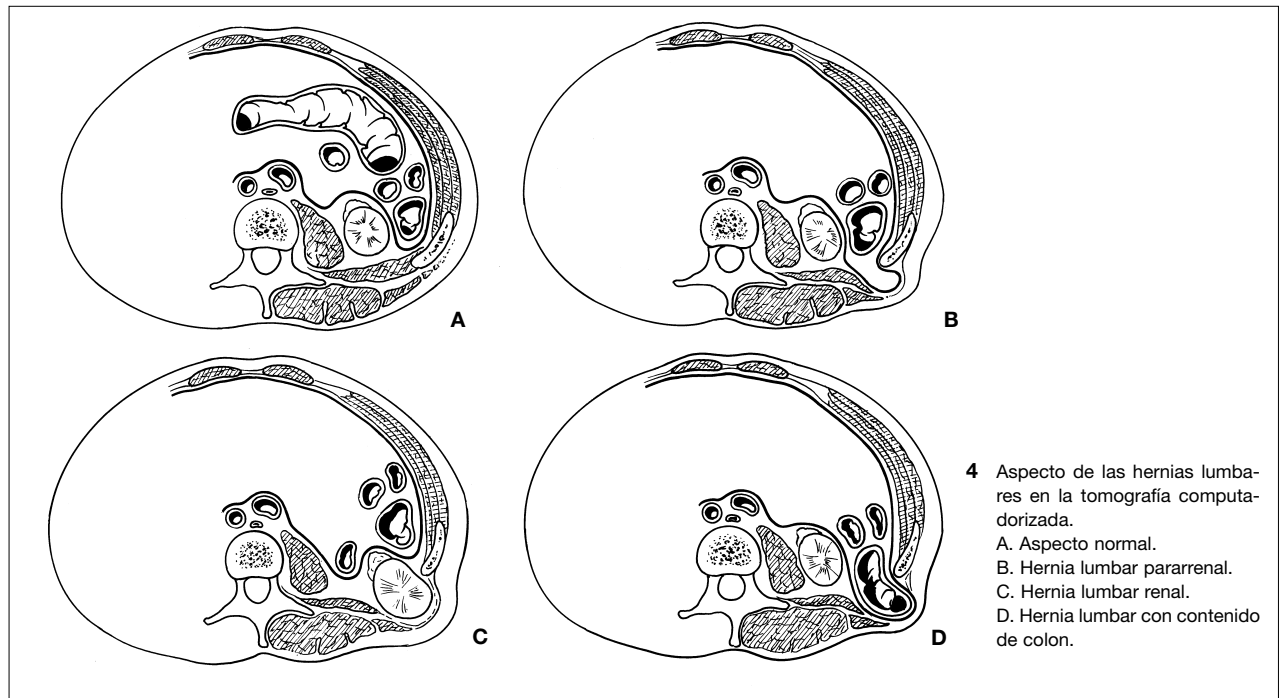
— tumor doloroso, no reducible. Este cuadro clínico sugiere una hernia estrangulada encarcerada (que debe diferenciarse de un hematoma, un lipoma o un absceso de otro tipo) (fig. 3);

— dolor localizado suprailíaco: puede constituir una pista para la detección de una hernia lumbar.

La indicación operatoria formal se basa en la tumefacción o los trastornos funcionales, y en la posibilidad de una estrangulación. En preoperatorio puede ser útil una tomografía computadorizada (fig. 4) o una ecografía, y eventualmente un enema cólico [2, 11, 17].

## Tratamiento quirúrgico

Se han descrito numerosas técnicas quirúrgicas. La experiencia es limitada ya que las series publicadas incluyen sólo 1 a 6 casos [2, 4, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 18].



**Reparación de la pared.** El objetivo es cerrar las brechas musculares, mediante una simple aproximación de los músculos separados, una plastia aponeurótica o material sintético (polipropileno, dacrón, politetrafluoroetileno expandido) [16]. Es preciso evitar los materiales metálicos puesto que su rigidez ocasiona dolores postoperatorios a menudo invalidantes (tantalio) [18]. La elección de la técnica depende del tamaño del defecto muscular, de la calidad de la fascia transversalis y de los músculos y de la capacidad de aproximación de estos últimos sin comprometer su solidez.

— En caso de hernia pequeña la sutura de los bordes musculares sin tensión puede bastar si los orificios son pequeños. Debe hacerse en dos planos, con hilo no reabsorbible.

— Se ha recomendado la utilización de un colgajo muscular tomado del músculo oblicuo externo o del dorsal ancho [9]. Se aproxima el gran dorsal al oblicuo mayor practicando una incisión del borde externo para hacerlo caer hacia la cresta ilíaca y el músculo oblicuo externo (fig. 1, cf. línea discontinua).

— En caso de orificio grande, la técnica de Dowd permite cerrar el triángulo de Petit con un colgajo pediculado de aponeurosis glútea, con un eje de giro ilíaco, desplazado hacia arriba y suturado a los bordes del orificio. Esta técnica

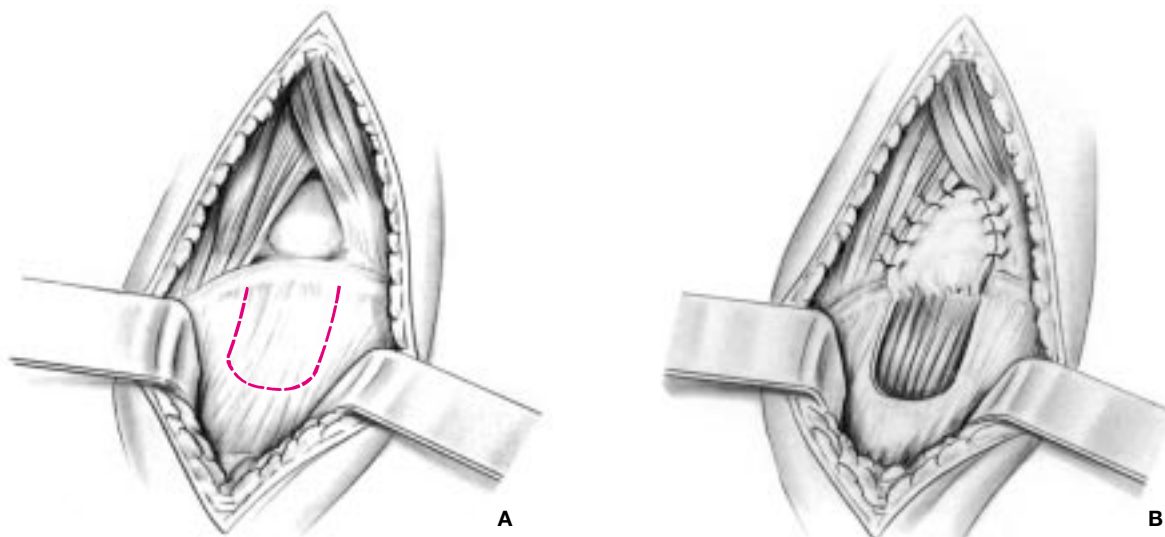
permite obturar un orificio con un fragmento equivalente de fascia lata.

El colgajo se corta descendiendo si es preciso muy abajo por la cara externa del muslo (fig. 6).

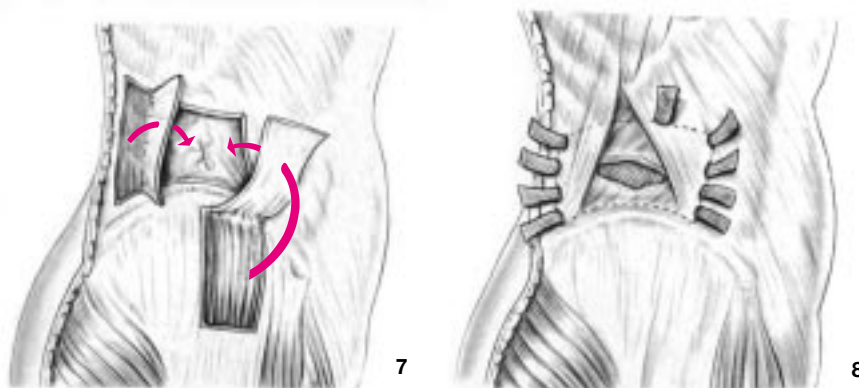
— También se ha propuesto el empleo de fascia lata en autotrasplante libre [15] o ligadura en forma de cintillas. Koontz [7] utiliza dos colgajos cuadrangulares, uno tomado de la aponeurosis lumbar (fig. 7: flecha pequeña) y otro de la aponeurosis glútea (fig. 7: flecha grande).

— Thorak [18] ha propuesto el empleo de una malla de tantalio y más recientemente de un fragmento de polipropileno [6].

— De hecho, en vez de métodos plásticos, se aconseja el empleo de una prótesis grande de malla de dacrón o de politetrafluoroetileno, fácil de colocar entre dos planos musculares. Esta prótesis debe cortarse de un tamaño suficientemente grande como para recubrir el plano profundo, superando 7 a 8 cm los límites del cuadrilátero de Grynfeldt. La prótesis (de 15 x 15 cm) debe fijarse por abajo en la cresta ilíaca y en profundidad mediante numerosos puntos de hilo reabsorbible a los músculos subyacentes. Lichtenstein describe una pieza, de forma especial, fijada mediante lengüetas (fig. 8). Nosotros utilizamos una prótesis de dacrón, fijada con hilos no reabsorbibles a la cresta ilíaca y las últimas costillas (figs. 9, 10) [1].

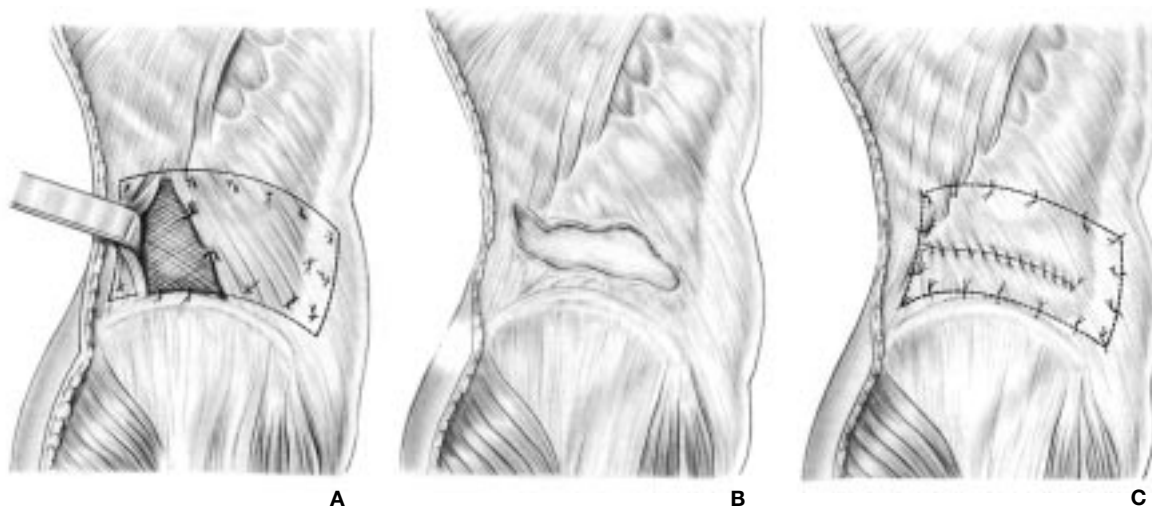


**6** Técnica de Dowd de cierre del triángulo de Petit con un colgajo pediculado de aponeurosis glútea (A, B).



**7** Técnica de Koontz: los dos colgajos cierran el triángulo de Petit (flecha pequeña: colgajo de la aponeurosis lumbar; flecha larga: colgajo de la aponeurosis glútea).

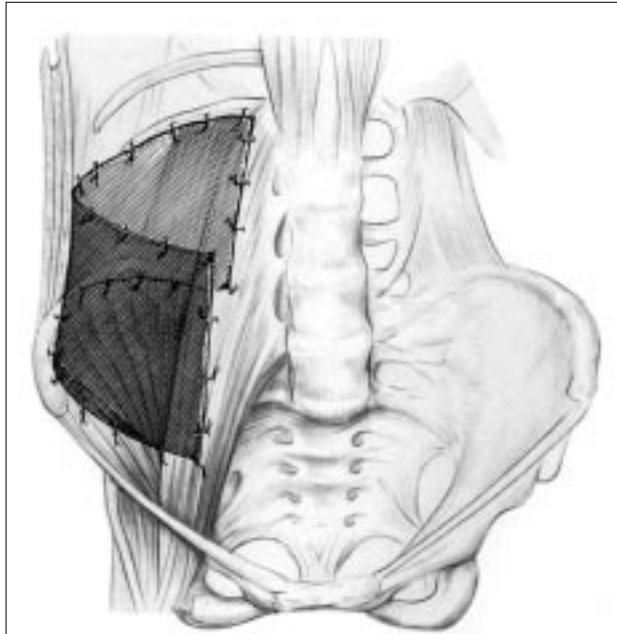
**8** Técnica de Lichtenstein: prótesis de dacrón con lengüetas insertadas bajo la *fascia transversalis*.



**9** Técnica de Alexandre.

A. Prótesis inerte colocada en la superficie en relación con la *fascia transversalis*.  
Se recubrirá con el dorsal ancho y el oblicuo externo.

B, C. Lesión de eventración lumbar y reparación según la misma técnica.



**10** Imagen endopélvica de la prótesis colocada por delante de la fascia, fijada a la 12ª costilla y a la cresta ilíaca, por delante del músculo transverso (técnica personal).

## Resultados

Son difíciles de analizar. Cada técnica tiene sus adeptos, basados en series de tan sólo 5 ó 6 casos. Se producen recidivas. Las plastias musculares son especialmente propensas, en particular tras la aplicación de plastias tomadas de la aponeurosis lumbar o glútea o del dorsal ancho.

Se recomienda la colocación de una prótesis contra la *fascia transversalis* y suturada a los músculos limítrofes, o en caso de que este plano no pueda utilizarse, entre los dos planos musculares, fijándola a elementos óseos (Alexandre).

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: ALEXANDRE JH et BOUILLOT JL. – Traitement chirurgical des hernies lombaires. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-152, 1994, 6 p.

## Bibliografía

- [1] ALEXANDRE JH, BOUILLOT JL, DUPIN PH, MALADRY D. Place de la prothèse de Dacron dans les éventrations multi-orificielles et latérales. A propos de 140 cas. Grepa Lab Bruneau 1986 ; 8 : 45-48
- [2] BAKER ME, WEINERTH JL, ANDRIANI RT, COHAN RH, DUNNICK NR. Lumbar hernia : diagnosis by CT. Am J Roentgenol 1987 ; 148 : 565-567
- [3] DOWD CN. Congenital lumbar hernia at the triangle of Petit. Ann Surg 1907 ; 45 : 245-249
- [4] FAKHRY SM, AZIZKHAN RG. Observations and current operative management of congenital lumbar hernias during infancy. Surg Gynecol Obstet 1991 ; 172 : 475-479
- [5] GRYNFELT J. Quelques mots sur la hernie lombaire. Montpellier Med 1966 ; 16 : 323
- [6] HAFNER CD, WYLIE JH, BRUSH BE. Petit's lumbar hernia : repair with Marlex mesh. Arch Surg 1963 ; 86 : 108-116
- [7] KOONTZ AR. An operation for massive incisional lumbar hernia. Surg Gynecol Obstet 1955 ; 101 : 119-124
- [8] LICHTENSTEIN IL. Repair of large diffuse lumbar hernias by an extraperitoneal binder technique. Am J Surg 1986 ; 151 : 501-504
- [9] MOON HK, DOWDEN RV. Lumbar hernia after latissimus dorsi flap. Plast Reconstr Surg 1985 ; 75 : 417-419
- [10] ORCUTT TW. Hernia of the superior lumbar triangle. Ann Surg 1971 ; 173 : 294
- [11] PRESTI JC, NARAYAN P. Lumbar herniation of the kidney. J Urol 1988 ; 140 : 586-587
- [12] PUL M, PUL N, GÜRSSES N. Congenital lumbar (Grynfelt – Lesshaft hernia). Eur J Pediatr Surg 1991 ; 2 : 115-117
- [13] QUICK CR. Traumatic lumbar hernia. Br J Surg 1982 ; 69 : 160
- [14] SALMON R, MILLAT B, GAYRAL F et coll. Hernie lombaire. J Chir 1979 ; 116 : 593-594
- [15] SWARTZ WT. Lumbar hernia. In : Lippincott JB 2nd Ed. Hernia. Philadelphia, Toronto. 1978 ; pp 409-426
- [16] STOPPA R. Hernies lombaires. In : Chirurgie des parois de l'abdomen. Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo. 1985 ; pp 217-219
- [17] THOR K. Lumbar hernia. Acta Chir Scand 1985 ; 151 : 389-390
- [18] THOREK M. Lumbar hernia. J Int Coll Surg 1950 ; 14 : 367-370