



# Hernias Lumbares

## Informe de 2 casos

N. ZURITA, MD; M. VERA, INT; J.A. VILLALOBOS, INT.

---

**Palabras clave:** Hernia lumbar, Técnica de Dowd con o sin malla.

---

*Las hernias lumbares son defectos poco frecuentes de la pared abdominal que aparecen en cualquier sitio de la región lumbar, secundarias a alteraciones congénitas (10%), traumas, procedimientos quirúrgicos o infecciones. Los autores describen dos pacientes con hernia lumbar diagnosticada clínicamente, con posterior corrección quirúrgica en la que se utilizó la técnica de Dowd sin malla, con seguimiento postoperatorio de 8 meses sin recidiva de la patología.*

### INTRODUCCION

Una hernia externa es una prociencia anormal del tejido intraabdominal de toda una víscera hueca o parte de la misma, a través de un defecto o abertura de la aponeurosis.

Alrededor del 75% de las hernias ocurre en la ingle (inguinal indirecta, inguinal directa, femoral). Las hernias por incisión y las ventrales comprenden aproximadamente el 10%; las femorales 6%, las umbilicales 3% y otras, aproximadamente 3%. Por lo general una masa herniaria externa está compuesta de tejido de cubierta (piel, tejido subcutáneo, etc.), un saco peritoneal y cualquier víscera contenida en el mismo. Con frecuencia el cuello del saco es estrecho por donde emerge el contenido del abdomen, lo que produce un trastorno potencialmente peligroso, debido a que cuando es el intestino el que hace prociencia, puede obstruirse o estrangularse.

---

*Doctor Nayib Zurita Medrano, Jefe del Servicio de Cirugía; Int. Margarita Vera Caraballo; Int. Juan Alberto Villalobos Bolaños; E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl, Lórica (Córdoba), Colombia.*

Las hernias lumbares son defectos de la pared abdominal que aparecen en cualquier sitio de la región lumbar, limitada arriba por la duodécima costilla, abajo por la cresta iliaca, detrás por el músculo erector de la columna vertebral y la propia columna, y adelante por una línea que va desde el extremo de la duodécima costilla verticalmente hacia abajo hasta la cresta iliaca. También se conocen como hernias de Petit, Grynfelt, costoiliacas de Larrey y suprailiacas de Huguier (1).

Con el tiempo, el debilitamiento progresivo de los tejidos normales por la masa prociencia, provoca malestar y hace necesaria la reparación quirúrgica, la cual constituye el tratamiento definitivo, que deberá efectuarse oportunamente (1, 2).

Las hernias lumbares fueron reconocidas por primera vez en 1672 por Barbet. En 1731, Garangeor describió a una mujer con una masa lumbar, y en 1750 Rabaton redujo una hernia lumbar quirúrgicamente. En 1783, Petit describió una hernia lumbar estrangulada a través del espacio que ahora lleva su nombre. Hasta 1866 se pensaba que todas las hernias lumbares aparecían a través del triángulo de Petit o triángulo lumbar inferior. Pero en ese año Grynfelt describió el triángulo lumbar superior. En 1870, Lesgaft describió el mismo espacio (1).

Hasta la fecha sólo se han informado de 250 a 270 hernias (1), sumándose a esta estadística 9 pacientes con diagnóstico de egreso de hernia lumbar en la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl de Lórica (ESEHSVPL) en un período de 10 años, de los cuales presentamos a continuación el informe de 2 casos operados en los últimos 9 meses.



### Caso 1

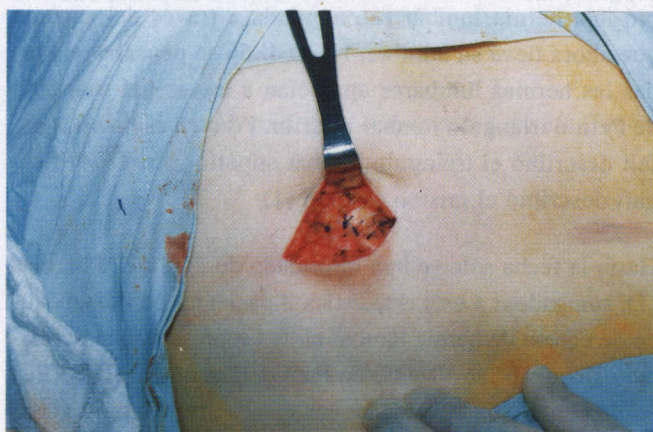
Paciente de 65 años, de sexo masculino, de profesión agricultor, procedente de Lorica, que consulta al servicio de medicina general de la (ESEHSVPL) por presentar una masa en la región lumbar izquierda, no dolorosa, de 2 años de evolución. Fue remitido al servicio de cirugía general con impresión diagnóstica de lipoma, para corrección quirúrgica del mismo. Reestudiado clínicamente se establece el diagnóstico de hernia lumbar izquierda, cuya corrección quirúrgica se practicó el 10 de octubre de 1995; el paciente fue dado de alta a las 24 horas y su evolución posterior ha sido satisfactoria.

### Caso 2

Paciente de 30 años, de sexo femenino, ama de casa, procedente de Cotorra (Córdoba), que consulta en agosto de 1995 a un médico particular por presentar una masa en la región lumbar izquierda, de 2 años de evolución; igualmente otra masa en la región lumbar derecha (12) de 1 año de evolución (Figura 1). Fue remitida al servicio de cirugía general



**Figura 1.** Paciente de 30 años de edad, con diagnóstico clínico de hernia lumbar bilateral.



**Figura 3.** Reparación de Dowd sin malla, ya terminada.

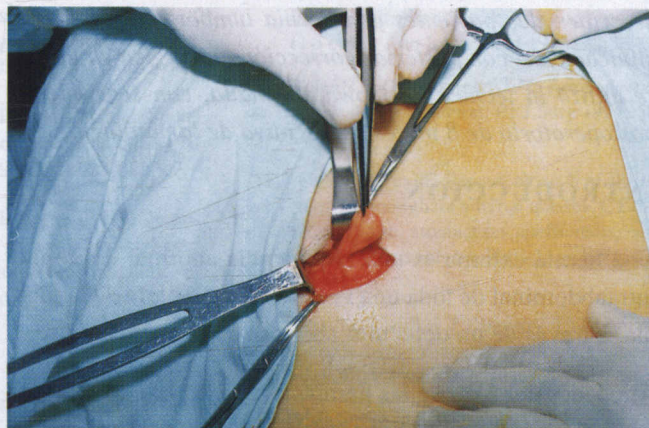
del HSVPL con el diagnóstico de hernia lumbar bilateral, para corrección quirúrgica. Fue hospitalizada para herniorrafia lumbar bilateral, la cual se realizó el 26 de octubre de 1995 (Figuras 2, 3, 4, 5 y 6). Se le dio de alta 24 horas después y se le practicó control postoperatorio 1 mes más tarde (Figura 7), con resultado satisfactorio.

## DISCUSION

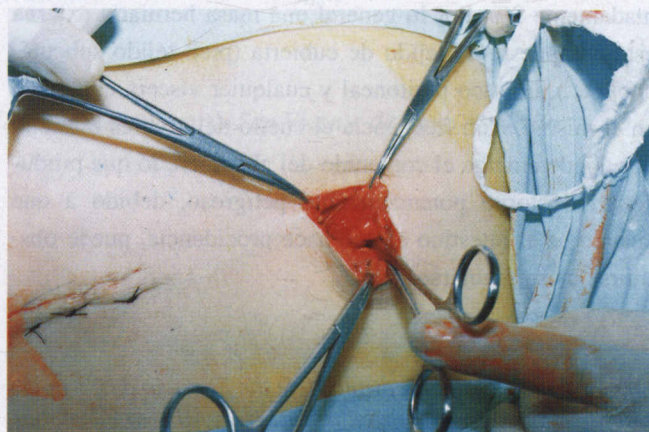
### Incidencia y etiología

La hernia lumbar es una patología que puede aparecer a cualquier edad, pero el mayor número de casos se detecta en personas entre los 50 y 70 años. Se han informado 33 casos de hernias en recién nacidos y niños pequeños. Las dos terceras partes del total de hernias informadas corresponden al sexo masculino. Aparentemente también existe predilección por la localización en el lado izquierdo (1, 6, 12).

Pueden clasificarse como congénitas y adquiridas (1). Aproximadamente el 10% de todas las hernias lumbares son congénitas y la gran mayoría son unilaterales (8). Co-

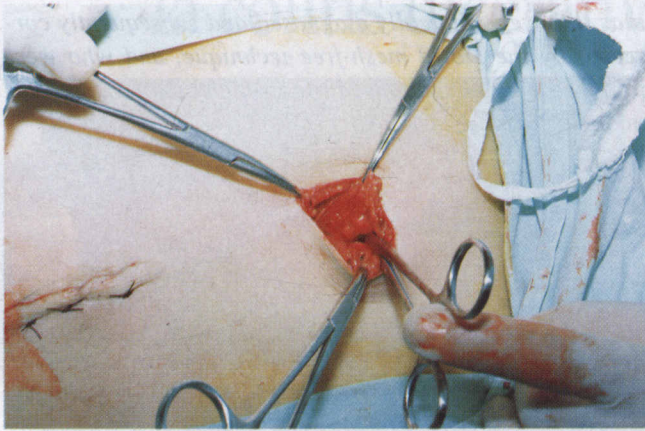


**Figura 2.** Saco herniario derecho pequeño, disecado operatoriamente.



**Figura 4.** Presentación del defecto herniario derecho durante la reparación de Dowd.





**Figura 5.** Presentación de defecto herniario derecho.

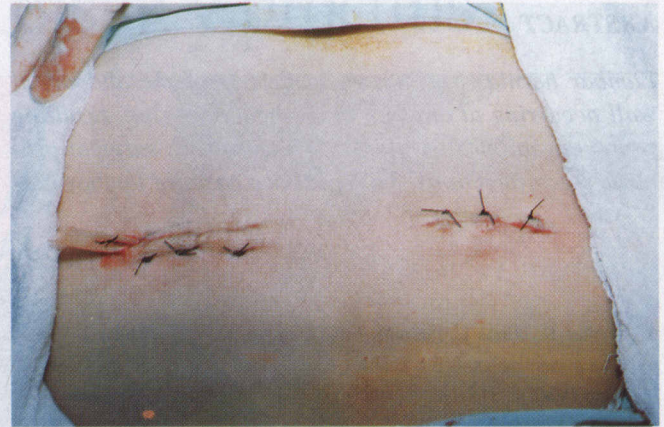
múnmente asociadas con anomalías esqueléticas y músculo-fasciales, específicamente con el síndrome lumbocostovertebral y/o el meningocele y el neuroblastoma (7-9, 11).

Las hernias lumbares adquiridas pueden clasificarse como primarias cuando existe predisposición adquirida para su desarrollo, y aparecen por la acción de un agente indirecto, como aumento excesivo de la presión intraabdominal, atrofia muscular u obesidad. Y secundarias, las cuales producen tras un traumatismo (siendo causa rara de un trauma agudo penetrante al abdomen), procedimientos quirúrgicos o infecciosos. El 75% de las hernias adquiridas son primarias y el resto secundarias (1, 4).

### Manifestaciones clínicas y diagnóstico

Los síntomas son generalmente vagos e inespecíficos, caracterizados por lumbago, náuseas ocasionales, sensación de tirantez y de peso en la zona afectada. La estrangulación es una complicación poco común, siendo sólo del 8%. Al examen físico, con el paciente de pie, se observa una masa reducible en el flanco, que protruye a través de la pared abdominal por encima de la cresta iliaca. Se debe hacer diagnóstico diferencial con abscesos, hematomas, tumores de partes blandas y tumores renales (1).

El diagnóstico se puede hacer básicamente por la historia clínica y, en caso de dudas, con estudios radiográficos contrastados del tracto gastrointestinal para visualizar eventualmente el contenido del saco herniario. Con el uso de la tomografía axial computarizada, además de visualizar el contenido de la hernia, se puede identificar el tamaño, permitiendo un diagnóstico preciso y el planteamiento terapéutico (1, 5).



**Figura 6.** Aspecto de las suturas quirúrgicas en el postoperatorio inmediato.



**Figura 7.** Control al mes postoperatorio.

### TRATAMIENTO

Las hernias lumbares, a menos que el paciente tenga un elevado riesgo quirúrgico, deben ser reparadas, ya que aumentan progresivamente de tamaño y pueden encarcelarse. En lactantes, la mayoría de los casos pueden ser reparados efectivamente entre los 6 y 9 meses de vida.

En adultos, se debe preparar electivamente el paciente, realizando estudios contrastados del tracto gastrointestinal, radiografías de columna lumbosacra y preparación del intestino.

Las técnicas quirúrgicas para la reparación de estas hernias son en su mayoría modificaciones de la técnica original de Dowd (1907), consistente en el cubrimiento del defecto con un colgajo rotado obtenido de la fascia lata, músculo glúteo mayor y piel, y en los defectos grandes se utiliza malla de Marlex. Nosotros pudimos realizar en nuestros pacientes la técnica de Dowd sin malla, con seguimiento a 6 meses de los 2 casos sin recidiva.

### ABSTRACT

*Lumbar hernias are infrequent defects of the abdominal wall occurring at any site in the lumbar region, resulting from congenital alterations (10%), trauma, surgical procedures, or infections. We report two cases of lumbar her-*

*niae that were clinically diagnosed and subsequently corrected by the Dowd mesh-free technique, and who were followed for eight months, during which interval there was no evidence of recurrence.*

### REFERENCIAS

1. Pollac R, Nihus L: Hernias. En: Operaciones abdominales. 8 Ed. Buenos Aires, Interam 1986; 1: 314-18
2. Lloyd M, Nyhus C, Bombeck T: Hernias. En: Tratado de patología quirúrgica. 13a. Ed. México, Interam 1988; 1: 1246-65
3. Faro SH, Racette CD, Lalley JF et al: Traumatic Lumbar Hernia. C.T. Diagnosis. AJR (Am J Röntg) 1990; 154 (4): 757-9
4. Chenoweth J, Vas W: Computed tomography demonstration of inferior lumbar (Petit's) hernia. Clin Imaging 1989 jun; 13 (2): 164-6
5. Shiki S, Kuwata Y, Kashijara E et al: A case of superior lumbar hernia. Jpn J Surg 1991 Nov; 21 (6): 696-9
6. Pul M, Pul N, Gurses N: Congenital lumbar (Grynfelt-Lesshaft) hernia. Eur J Pediatr Surg 1991 Apr; 1 (2): 115-7
7. Fahkry SM, Azizkhan RG: Observations and current operative management of congenital lumbar hernias during infancy. Surg Gynecol Obstet 1991 Jun; 172 (6): 475-9
8. Lafer J: Neuroblastoma and lumbar hernia: A causal relationship? J Pediatr Surg 1994 Jul; 29 (7): 926-9
9. Esposito TJ, Fedorak Y: Traumatic lumbar hernia: Case report and literature review. J Trauma 1994 Jul; 37 (1): 123-6
10. Lawelt DG, Guzzetta PC: Lumbar hernia in a case of posterior meningocele. J Pediatr Surg 1986 Oct; 21 (10): 913-4
11. Hancock BJ, Wiseman NE: Incarcerated congenital lumbar hernia associated with the lumbocostovertebral syndrome. J Pediatr Surg 1988 Aug; 23 (8): 782-3
12. Vargas E, Rivera JE: Hernias de rara ocurrencia en la pared abdominal. Rev. Col. CIRUGIA 1987; 2 (3): 138-42.

### Correspondencia:

*Nayib Zurita Medrano, A. A. 0573. Cartagena, Colombia.*