

Imágenes en Cirugía General

Hernia lumbar postraumática. Reparación compleja de pared abdominal y colecistectomía asociada.

Post-traumatic lumbar hernia. Complex abdominal wall repair and associated cholecystectomy.

Aparicio López D, Kälviäinen Mejía HK², Gracia Roche C¹, Duque Mallén MV¹

¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

²Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Residencia Sant Camil. Consorci Sanitari Alt Penedès-Garraf. Barcelona. España.

RESUMEN

Introducción: A pesar de su conocimiento desde 1672, las hernias lumbares son defectos de la pared abdominal posterior muy infrecuentes (1,5-2% de las hernias parietales) con apenas 300 casos descritos en la bibliografía.

Caso Clínico: Presentamos el caso de un paciente de 51 años intervenido de voluminoso defecto postraumático de región lumbar izquierda y hernia incisional de laparotomía media con colecistectomía asociada.

Discusión: La mayoría de los defectos herniarios en la región lumbar son adquiridos (80%) siendo secundarios a traumatismo o cirugía previa. El adecuado estudio preoperatorio con TC resulta fundamental para establecer un diagnóstico diferencial y planificar la intervención. Clásicamente se han tratado mediante abordaje

anterior por incisión lumbar; no obstante el abordaje laparoscópico se ha convertido en una alternativa en centros experimentados.

Conclusiones: La reparación compleja de la pared abdominal supone un importante reto para el cirujano general. La planificación quirúrgica basada en pruebas de imagen y la introducción de las mallas sintéticas ha permitido realizar una reparación segura con un bajo índice de recidiva.

Palabras clave: hernia abdominal, hernia incisional, traumatismo múltiple, cirugía general, complicaciones posoperatorias, recurrencia.

ABSTRACT

Introduction: Despite its knowledge since 1672, lumbar hernias are very infrequent defects of the posterior abdominal wall (1.5-2% of parietal hernias) with only 300 cases described in the bibliography.

CORRESPONDENCIA

Daniel Aparicio Lopez
Hospital Universitario Miguel Servet
50009. Zaragoza.
dapariciol@salud.aragon.es

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Aparicio López D, Kälviäinen Mejía HK, Gracia Roche C, Duque Mallén MV. Hernia lumbar postraumática. Reparación compleja de pared abdominal y colecistectomía asociada. Cir Andal. 2023;34(4):486-488. DOI: 10.37351/2023344.15

Clinical Case: We present the case of a 51-year-old patient operated on for a voluminous post-traumatic defect in the left lumbar region and incisional hernia of median laparotomy with associated cholecystectomy.

Discussion: Most hernial defects in the lumbar region are acquired (80%), being secondary to trauma or previous surgery. An adequate preoperative study with CT is essential to establish a differential diagnosis and plan the intervention. Classically they have been treated using an anterior approach through a lumbar incision; however, the laparoscopic approach has become an alternative in experienced centers.

Conclusions: The complex repair of the abdominal wall represents a significant challenge for the general surgeon. Surgical planning based on imaging tests and the introduction of synthetic meshes have allowed safe repair with a low recurrence rate.

Key words: abdominal hernia, incisional hernia, multiple trauma, general surgery, postoperative complications, recurrence.

INTRODUCCIÓN

A pesar de su conocimiento desde 1672, las hernias lumbares son defectos de la pared abdominal posterior muy infrecuentes (1,5-2% de las hernias parietales) con apenas 300 casos descritos en la bibliografía. Presentamos el caso de un paciente de 51 años intervenido de voluminoso defecto postraumático de región lumbar izquierda y eventración de laparotomía media con colecistectomía asociada.

CASO CLÍNICO

Varón de 51 años con antecedentes personales de HTA, leucemia mieloide aguda, accidente cerebrovascular y Enfermedad de Crohn (hemicolecotomía izquierda con colostomía terminal). Intervenido de eventroplastia de laparotomía media y de reconstrucción del tránsito. Posteriormente accidente de tráfico que ocasiona rotura de colon izquierdo, oclusión de arteria iliaca común izquierda, lesión ureteral ipsilateral y múltiples fracturas óseas. De manera urgente se realiza cierre del muñón rectal, colostomía en fosa iliaca izquierda, reparación vascular y catéter doble J en vía urinaria izquierda. Tras ello nueva reconstrucción del tránsito y nefrectomía izquierda programada al objetivarse en seguimiento abolición renal por hidronefrosis. Durante el seguimiento en consultas se evidencia importante debilidad parietal post-traumática en flanco izquierdo (L4W3) y hernia incisional de laparotomía media previa (M4W2), con pérdida de derecho a domicilio; y coleditiasis (Figura 1A). Se plantea intervención quirúrgica combinada para reparación compleja de pared abdominal y colecistectomía en un mismo tiempo.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente accediéndose por laparotomía media iterativa evidenciándose un importante defecto de pared abdominal lateral izquierda desde pared costal hasta espina ilíaca a través del cual se exterioriza contenido intestinal (asas de intestino delgado). Se realiza disección y reducción herniaria con reparación de pared abdominal con sutura de peritoneo liberado en

lado izquierdo sobre flap creado en el lado derecho con puntos sueltos reabsorbibles y colocación malla sintética de doble capa (Symbotex®) en posición preperitoneal fijada a espina iliaca anterosuperior con Tackers® y a pared lateral izquierda y oblicuo mayor con puntos sueltos de monofilamento no absorbible (Figura 1B). Conjuntamente se asoció la colecistectomía por coleditiasis. No se registraron complicaciones postoperatorias.

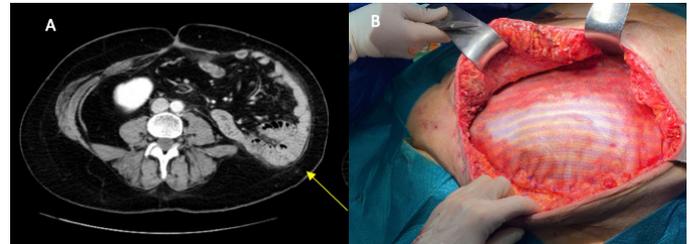


Figura 1

Figura 1. A) Imagen axial de TC abdominal donde se identifica hernia lumbar izquierda que contiene asas intestinales (flecha amarilla). B) Imagen intraoperatoria donde se identifica defecto herniario lumbar ya reparado y malla sintética fijada a pared abdominal. Fuente: Imágenes tomada por el autor.

DISCUSIÓN

Las hernias de la región lumbar se clasifican en¹⁻³:

Congénitas (10%): zonas de debilidad delimitadas y definidas en un triángulo superior (Grynfelt) y en otro inferior (Petit).

Traumáticas (25%).

Incisionales (50-60%): asociándose por lo común a cirugía urológica con lumbotomía y a la cirugía ortopédica al tomar grandes porciones de cresta ilíaca para injerto óseo.

Espontáneas (el resto): relacionadas con trastornos neurológicos de la región.

La mayoría de las hernias por lo tanto son adquiridas (80%) siendo secundarias a un traumatismo o cirugía previa. Presentan una tendencia natural a disminuir su incidencia al incrementarse los procedimientos urológicos realizados por accesos laparoscópicos o robóticos. Pueden asociar un defecto nervioso lo que degenera en una denervación muscular y un pseudodefecto parietal que no se acompaña de un anillo herniario real. Su forma de presentación es muy variable, siendo asintomáticas más frecuentemente pero pudiendo producir malestar o dolor asociado a una masa palpable. El riesgo de encarceración es del 25% y de estrangulación de un 8-18% siendo especialmente en hernias con orificios pequeños, como las hernias de Grynfeltt y Petit o hernias incisionales multioperadas con anillos fibróticos poco distensibles^{2,3}.

A pesar de diagnosticarse clínicamente, su estudio preoperatorio con TC dinámico (en reposo y con maniobras de Valsalva) resulta fundamental ya que permite identificar el defecto herniario y su

contenido, realizar el diagnóstico diferencial con un hematoma o un absceso y planificar la intervención quirúrgica. Asimismo se recomienda realizar una electromiografía en defectos espontáneos o incisionales para descartar lesiones nerviosas que condicionen la técnica quirúrgica, los resultados y la posterior deformidad de la pared. Clásicamente se han tratado mediante abordaje anterior por incisión lumbar. Las reparaciones con técnicas libres de tensión y el empleo de mallas sintéticas ha permitido realizar una reparación segura con un mínimo daño tisular mostrando una importante disminución de recidivas frente a técnicas con tensión empleadas previamente. El abordaje laparoscópico (transabdominal o totalmente extraperitoneal) se ha convertido en una alternativa en centros experimentados sin embargo no se disponen de grandes series de casos que permitan establecer comparativas^{4,5}.

Para concluir, la reparación compleja de la pared abdominal supone un importante reto para el cirujano general. La baja incidencia obliga a una adecuada planificación quirúrgica basada en pruebas de imagen y la introducción de las mallas sintéticas lo que ha permitido realizar una reparación segura con un bajo índice de recidiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Rodríguez FJ, Paulos Gómez A, López M, Conde Freire RF, González Vinagre S, Barreiro Morandeira F, et al. Hernia de Grynfelt. Discusión y manejo. *Rev hispanoam hernia*. 2014;2(2):63–6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2014.01.001>
2. Gordillo Hernández A, Valdés Hernández J, Navarrete de Carcer E, Fernández N Jr, del Río Lafuente F, Capitán Morales L. Hernias lumbares, subcostales, suprapúbicas, subxifoideas y de Spiegel. *Cir And*. 2013;24:283–6.
3. Mayagoitia González JC, Cisneros Muñoz HA, Álvarez Quintero R, Bernal Gómez R, Guillén JM. Manejo de las hernias lumbares de la pared abdominal. Seguimiento a mediano y largo plazo de sus resultados. *Cir Gen*. 2008;30(4):197–203.
4. Villegas Bonilla CA, Ruiz Pineda JP, Lora Aguirre A, Barrios Parra AJ, Vega Peña NV. Hernia lumbar traumática: un reto quirúrgico. Reporte de un caso. *Rev hispanoam hernia*. 2019;7(3):121-125. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/rhh.00191>
5. Moreno-Egea A, Olalla-Muñoz JR. Doble lesión de pared abdominal: hernia incisional lumbar izquierda y pseudohermia por denervación y atrofia muscular derecha. Manejo laparoscópico conjunto. *Rev hispanoam hernia*. 2014;2(4):161–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2014.05.002>