

Hernia lumbar del triángulo de J.L. Petit

Dr. Néstor C. Campos Pierri
Dr. José Luis Mascari
Dra. Zully Alvez

Se presenta el primer caso nacional de hernia lumbar de la variedad de Petit. Realizándose una revisión del tema de las hernias lumbares en especial en relación a este tipo. Se plantea que la utilización de material protésico para su reparación podría ser el de elección.

Trabajo del Servicio de Cirugía "A". Jefe: Dr. Ricardo Revetria del Hospital Regional Norte M.S.P. Salto. Uruguay.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
LUMBAR, HERNIA

SUMMARY: J.L. Petit's triangle lumbar hernia

Authors present the first national case of lumbar hernia of the Petit variety. They make a revision on the subject of lumbar hernia, specially on this type, and propose that the use of prosthetic material for its repair could be of election.

RÉSUMÉ: Hernie lombaire du triangle de J.L. Petit

Il s'agit du premier cas nationale d'hernie lombaire de la variété Petit.

Les auteurs effectuent une récopilation à ce sujet, spécialement sur cette variété de présentation.

L'utilisation de matériel prothésique serait le traitement de choix.

INTRODUCCION

Hemos creído interesante traer este caso al seno de esta Sociedad, ya que su escasa frecuencia hace que el cirujano no esté habituado a pensar en este tipo de hernia, y la mayoría terminarán su vida útil quirúrgica sin haber visto ninguna⁽¹⁻²⁾.

En el libro *Hernias de Nyhus*⁽³⁾ en 1967 se dice que hay en la literatura de 200-250 casos. Hasta 1976⁽⁴⁾ existirían 257 casos en la literatura mundial entre las hernias lumbares superiores e inferiores. En 1985⁽⁵⁾ menos de 300 casos en la revisión.

Las hernias lumbares reciben diversos nombres, hernia de Petit, de Grynfelt, costo iliaca de Larrey, suprailiaca de Huguier⁽¹¹⁾.

Como luego veremos el sector lumbar está dividido en dos zonas más frecuentemente herniogénas. El cuadrilátero de Grynfelt (superior) y el triángulo inferior de Petit. Serían más frecuentes las primeras, aunque no hay acuerdo entre los autores consultados⁽¹⁻³⁾. A veces la hernia aparece a través del Petit pero se generó en el Grynfelt⁽¹⁻⁴⁻⁶⁾. Es más frecuente a izquierda⁽²⁻⁷⁾ probablemente porque a derecha está protegida por el hígado. Otros autores dicen que es más frecuente a derecha⁽⁶⁾.

La hernia bilateral de Petit es todavía más rara⁽²⁻⁸⁾.

A las hernias lumbares se las puede clasificar en⁽¹⁻⁴⁻⁷⁾: a) congénitas que serían del 10%⁽⁸⁾ - 15%⁽²⁾ al 20%⁽⁴⁾; b) Adquiridas: b₁) espontáneas,

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 23 de marzo de 1988.

Médico Cirujano M.S.P.

Residentes del Hospital Salto.

Dirección: Artigas 1031 (Dr. Campos). Salto. Uruguay.

b₂) traumáticas del 20⁽²⁾ al 26%⁽⁴⁻⁹⁾ que las subdividimos en accidentales e yatrogénicas, luego de tomas de injertos óseos⁽⁹⁾, se han señalado luego de la utilización del dorsal ancho como prótesis mamaria⁽¹⁰⁾.

CASO CLINICO:

Historia N° 002633 Hospital Regional Norte Salto. L.C.

Paciente del sexo femenino de 63 años, consulta el 13/12/1984 por dolor a nivel del sacro, muslos e hipertermia de 39.2° axilar. Constatándose en ese momento tumoración blanda en región glútea derecha, indolora, refiere que la misma tiene varios años de evolución progresiva. Timpánica a la percusión y ruidos hidroaéreos por lo cual motivó que se planteara el diagnóstico preoperatorio de hernia del triángulo de Petit. Queremos dejar señalado que cuando vimos a la enferma por primera vez con una tumoración en región glútea, blanda y fiebre, pensamos en un absceso glúteo, siendo además el diagnóstico diferencial más común que se plantea. (Fig. 1).

Los estudios paraclínicos de valoración general no evidenciaron elementos que contraindicaran la cirugía.

El 9/1/1985 se intervino quirúrgicamente bajo anestesia general. Se practicó incisión longitudinal siguiendo el eje mayor de la tumoración en la región glútea derecha. Abierto el saco se constata el colon ascendente y parte del transversal deslizado. Fig. 2. La salida del contenido se realiza a través del triángulo de Petit. Se reintroduce el contenido al abdomen y se cierra el saco. Se coloca malla de Dacron fijándola con puntos separados preperitoneal. Luego por encima cerramos en dos planos imbricados del dorsal ancho y el oblicuo mayor, se deja drenaje aspirativo. Fig. 3. Postoperatorio: evolucionando bien sin complicaciones, siendo dada de alta el 29/1/85.

En la evolución alejada el 2/4/87 hace fractura de cadera derecha es intervenida quirúrgicamente siendo dada de alta el 12/5/87.

En noviembre de 1987 le hacemos nuevo control no presentando recidiva de su hernia. Fig. 4.

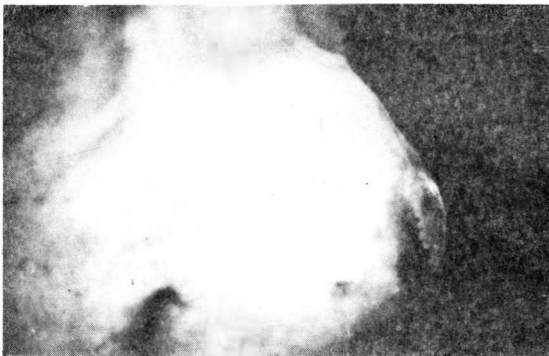


Fig. 1 Vista posterior de la enferma.

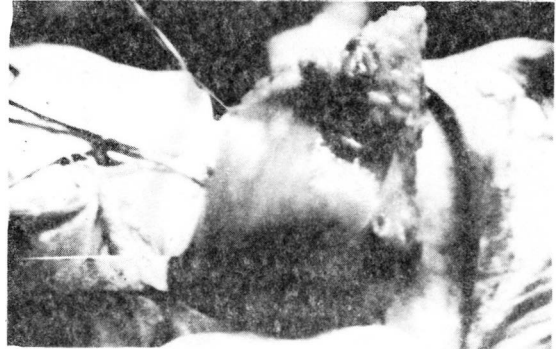


Fig. 2. El saco exteriorizado y parcialmente abierto.



Fig. 3. El contenido reducido y la malla de Dacron colocada.



Fig. 4. Cura clínica a los tres años de operada.

DISCUSION

Hemos visto una hernia del triángulo de J.L. Petit variedad dentro de las hernias lumbares.

La región lumbar es la zona limitada hacia abajo por la cresta ilíaca, hacia arriba por la 12^o costilla, el borde postero-interno es el límite del grupo de los músculos espinales y el límite anterior el borde posterior del oblicuo mayor al extenderse de la 12^o costilla hasta la cresta ilíaca⁽³⁻⁷⁾. Corresponde parcialmente a la parte interna y posterior de la región costo ilíaca de Testut⁽¹¹⁾.

En 1672 Barbetto discutía la posibilidad que se produjeran en esta área hernias⁽¹⁾.

En 1728 Bridges reporta el primer caso de hernia lumbar⁽¹⁾.

En 1731 De Garengot señala la primera auténtica observación de hernia a través del triángulo inferior⁽²⁻⁷⁻¹⁰⁾.

Petit en 1738 describe el primer caso de hernia estrangulada al nivel del triángulo que luego lleva su nombre⁽¹⁻²⁻⁴⁾.

En 1750 Ravaton publica el primer caso de estrangulación que sobrevive a la operación⁽²⁻⁷⁾.

Grynfelt en el año 1866 describe las hernias lumbares superiores⁽²⁻⁴⁻⁷⁻¹⁰⁾ aclarando el confuso panorama de las hernias posteriores.

En 1888, Owen reporta la primera reparación de una hernia de Petit⁽²⁾ de coordinación aproximando los músculos con catgut.

Lesshaft en 1870, reporta un caso similar al de Grynfelt y utiliza el término de triángulo lumbar superior, por lo cual algunos lo llaman triángulo de Grynfelt-Lesshaft⁽¹⁰⁾.

En 1894 Bull usa para reparar estas hernias tendón de canguro⁽²⁾.

Down en 1907 es el que describe una técnica racional utilizando colgajos de elementos de la región para su reparación con los glúteos mayor y mediano⁽²⁻³⁾.

En 1917 Rihmuller usa colgajo de dorsal ancho⁽²⁾.

Hafner-Brush⁽³⁾ en 1963 revisan un millón de nuevos pacientes del Hospital Henry Ford de Detroit y encuentran dos casos de hernias de Petit, y utilizan malla de Marlex para reparar una de ellas. Aunque en 1950, ya había sido usado por Thorek⁽³⁾ malla de Tantalio para ese fin.

En nuestro medio, sobre el tema de hernias lumbares, y de acuerdo al archivo de la Biblioteca de la Facultad de Medicina, en 1960 Mañana y Rozada publican el primer caso de hernia lumbar de Grynfelt⁽⁷⁾.

En 1976, Armand Ugon, A. Lorenzelli, Gallarraga y Aliano juntan tres casos de hernias del espacio de Grynfelt⁽⁴⁾.

Este caso sería el primer publicado en nuestro medio de hernia del triángulo de Petit. Como ya lo señalamos existen dos sectores herniόgenos en el área lumbar⁽²⁻³⁾ el triángulo superior o cuadrilátero superior de Grynfelt y el triángulo inferior de Petit. El primer más grande y más constante, siendo el lugar más frecuente de las hernias dorsales o lumbares⁽³⁻⁴⁻⁷⁾, otros autores dicen que las de Petit son más frecuentes. El espacio de Grynfelt⁽⁴⁻¹¹⁻¹²⁾ puede adoptar forma triangular, trapezoidal, cuadrilátera. El límite interno y posterior es el borde externo de la masa sacrolumbar, el límite externo el borde posterior del oblicuo menor, el límite inferior la cresta ilíaca, el límite superior por dentro el serrato menor, posterior e inferior y por fuera la 12^o costilla. El triángulo de Petit⁽⁴⁻¹¹⁻¹²⁾ inferior, más superficial, su base es la cresta ilíaca, el límite postero-interno el borde externo del dorsal ancho, su límite anteroexterno, el borde posterior del oblicuo mayor.

El tamaño, forma, situación y grado de debilidad de éstos espacios dependen de varios factores⁽³⁾. La orientación de la 12^o costilla es importante, habitualmente la separan 5 cm de la cresta ilíaca, presentando a veces diferencias en las inserciones musculares.

Lesshaft, encontró que el Grynfelt es más grande y constante que el de Petit⁽³⁾, pueden los dos superponerse en la zona interna del Petit⁽⁴⁾.

Lesshaft⁽²⁻³⁻⁷⁾ encontró que existía triángulo de Petit en 77 de 100 cadáveres de adultos y sólo 25 en niños, pudiendo ir de un tamaño considerable, a una ranura o no existir, ya que en individuos con buena musculatura los músculos cierran el triángulo.

Goodman y Speese encuentran diferencia en la base del triángulo de 2,5 a 6 cm y la altura de 1 a 8 cm⁽³⁾ y que existe en el 100% de los adultos⁽⁴⁾.

El fondo músculo facial de Petit es más poderoso que el superior de Grynfelt, está formado por la fascia lumbo-dorsal, el oblicuo menor y el transverso⁽²⁻³⁻⁴⁾ y es por este fondo o piso que por lo general no es una zona débil⁽⁷⁾.

Puede existir el triángulo de un solo lado.

La hernia congénita sería también más frecuente en el Grynfelt que en el Petit⁽¹¹⁾ de una serie de Adams de 125 casos sólo 2 en el de Petit.

Las hernias lumbares adquiridas espontáneas ocurren con más frecuencia después de la edad madura⁽³⁻⁴⁾.

Rishmille⁽³⁾ opina que el desgaste o adelgazamiento del oblicuo menor es la causa de la hernia del triángulo de Petit.

Factores predisponentes serían⁽¹⁰⁾: trabajo pesado, obesidad, vejez, debilitamiento por enfermedades (poliomielitis)⁽⁵⁾.

Es 2 ó 3 veces más frecuente en hombres⁽²⁻³⁻⁴⁻⁶⁾.

El contenido de la hernia puede ser variable: grasa, intestino, colon, riñón, epiplón, apéndice, ovario, estómago, dependiendo del tamaño del saco⁽¹⁻³⁾.

Clínicamente no tienen nada diferente con otro tipo de hernia sólo su localización. Dolor local o referido o que remeda una lumbociática o dolor abdominal si hay intestino encarcerado.

En esta hernia lo que domina el cuadro clínico es el tumor⁽⁴⁾.

La presencia de una tumoración blanda debajo de la cresta iliaca cerca de su porción postero-lateral⁽⁴⁾ debe hacer pensar en una hernia del Petit. En nuestro caso la tumoración tomaba toda la región glútea y por debajo de la cresta iliaca.

Los otros síntomas dependerán del contenido herniario⁽⁴⁾. Por lo general se distinguen por su silencio funcional⁽⁷⁾.

La frecuencia de estrangulación es de alrededor del 10%⁽³⁻⁴⁻¹⁰⁾.

El diagnóstico diferencial será con⁽²⁻³⁻⁴⁻⁵⁻⁷⁾; 1) absceso, 2) hematoma, 3) tumor de los tejidos blandos, 4) hernia muscular, 5) tumor renal, 6) hernias paniculares lumbo-sacro-iliacas o grasa subfascial.

Se deberá estudiar al enfermo con radiografía del esqueleto y series contrastadas del tubo digestivo⁽³⁻⁴⁾. El colon por enema con rayos en incidencia oblicua ayuda al estudio⁽⁷⁾.

TRATAMIENTO

Como toda hernia las hernias lumbares y dentro de estas, las de Petit seguirán un curso de aumento gradual de tamaño y cuanto mayor sea el defecto más complicado y difícil resulta la reparación.

Por lo antedicho tienen indicación quirúrgica, solo que una contraindicación formal así lo disponga para un enfermo determinado. Pero además el 10% se estrangulan lo que avala la indicación quirúrgica de coordinación⁽¹⁻²⁻³⁻⁴⁻⁶⁻⁷⁻⁹⁻¹³⁾, siendo lo más común la encarceración del colon en el cuello herniario⁽⁶⁾.

Como en otras hernias de la economía la reparación se puede hacer sólo con los elementos de la región, utilizando estructuras adyacentes (rotando colgajos de fascias y músculos), utilizando tiras de fascias sin pedúnculos vasculares o materiales protésicos⁽²⁻⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁸⁻⁹⁾.

Contrariamente a otras hernias⁽⁴⁾ los tejidos del área son pobres a efectos del cierre primario por lo cual es necesario rotar colgajos o traer tejidos del propio individuo o elementos protésicos para reparar estas hernias.

Hay varios métodos de reparación posible y la elección del procedimiento dependerá del tamaño del defecto⁽²⁾.

Si se hizo el diagnóstico, se estudiará el contenido y en caso que exista colon se deberá hacer la preparación adecuada.

De ser posible se deberá abrir y resear el saco⁽³⁾.

Probablemente la técnica de Down descrita en 1907⁽³⁾ proporcione reparación adecuada para la mayor parte de las hernias que aparecen en el triángulo inferior de Petit, se han descrito variaciones de esta técnica.

Actualmente con el material protésico disponible en el mercado creemos que como en el caso nuestro, su utilización determina una operación de menor envergadura y con buenos resultados.

“Aunque nosotros carecemos de experiencia, estamos seguros de que en grandes defectos puede ser mejor reforzar con alguna malla plástica”⁽³⁾.

En cuanto al pronóstico, podemos señalar que las recidivas no serían frecuentes⁽⁷⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AKINSANYA, B. — Lumbar hernia of Petit seen at Leafor University teaching Hospital. West Afr. Med. J. 1973, 22(2): 37-8.
2. HAFNER, C., WYLIE, J.H., BRUSH, B.E. — Petit's Lumbar hernia: repair with Marlex Mesh. Arch. Surg. 1963, 86:180.
3. SWARFZ, W.T. — Hernias lumbares. En: Nyhus, L., Harkins, H.N.: Hernia. (Buenos Aires) Interamericana. 1967. Cap. 25.
4. ARMAND UGON, A., LORENZELLI, J.A., GALARRAGA, J., ALIANO, F. — Hernia del espacio de Grynfelt. Cir. Uruguay. 1977, 47(2): 120-4.
5. THOR, K. — Lumbar hernia. Acta Chir. Scand. 1985, 151(3): 389-90.
6. SALMON, R., MILLAT, B., GAYRAL, F., LARRIEU, H. — Hernie lombaire. J. Chir. (Paris) 1979, 116(10): 593-4.
7. MAÑANA, J. ROZADA, H. — Hernia Lumbar. Bol. Soc. Cir. Uruguay. 1960, 31(1-2): 45-54.
8. HICKEY, M., BUICK, R.G. — Bilateral congenital lumbar hernia. Ir. J. Med. Sci. 1982, 151(12): 388-9.
9. FULHAM, S.B. — Lumbar hernia. J.R. Coll. Surg. Edimb. 1985, 30(5): 315-17.
10. MOON, H.K., DOWDEN, R.V. — Lumbar hernia after latissimus dorsi flap. Plast. Reconstr. Surg. 1985, 75(3): 417.
11. TESTUT, L. JACOB, J — Tratado de Anatomía Humana Topográfica. Ed. Salvat (Barcelona) 1944.
12. ROUVIERE, H. — Anatomía Humana. Ed. Salvat (Barcelona).
13. PATEL, J. — Nuevo manual de patología quirúrgica. Ed. Cient.