







Caso clínico

HERNIA LUMBAR DE PETIT: A PROPÓSITO DE UN CASO

LUMBAR HERNIA OF PETIT: A CASE REPORT

Fernando Fonseca Sosa¹ ; Yondenis Romero Castillo¹ ; Ángela Córdova González¹ ;
Tomás Milanés Sánchez¹ ; Pedro Ondó Ntutumu¹.

(1) Departamento de Cirugía General. Hospital "Jesús Alfonso Oyono Alobo". Ebibeyin. Kié-Ntem, Guinea Ecuatorial

RESUMEN:

La hernia lumbar de Petit es un defecto raro de la pared posterior abdominal en la que hay protrusión de la grasa retroperitoneal, del peritoneo o de un órgano intraperitoneal, que puede ser de origen congénito o adquirido, a nivel del triángulo lumbar inferior, limitado por la cresta del hueso ilíaco como base, el músculo oblicuo externo como borde lateral y el músculo dorsal ancho como borde medial. Presentamos el caso de un paciente de 45 años que acudió a consulta por dolor en región lumbar derecha. Al examen físico se palpa aumento de volumen en la región lumbar derecha (teórico triángulo de Petit) de 8 cm de diámetro máximo que se reduce manualmente y que protruye con la maniobra de Valsalva. Se decidió intervenir quirúrgicamente con el diagnóstico clínico de hernia lumbar de Petit. Se realiza hernioplastia retromuscular lumbar con malla de polipropileno. El postoperatorio del paciente transcurre sin incidencias.

Palabras clave: Hernia de pared abdominal; Hernia lumbar; Hernioplastia lumbar.

ABSTRACT:

Petit's lumbar hernia is a rare defect of the posterior abdominal wall in which there is protrusion of retroperitoneal fat, peritoneum or an intraperitoneal organ, which may be of congenital or acquired origin, at the level of the lower lumbar triangle, limited by the crest of the iliac bone as the base, the external oblique muscle as the lateral border and the latissimus dorsi muscle as the medial border. We present the case of a 45 year old patient who consulted for pain in the right lumbar region. On physical examination, an increase in volume was palpated in the right lumbar region (theoretical Petit's triangle) with a maximum diameter of 8 cm that was manually reduced and that protruded with the Valsalva maneuver. It was decided to operate with the clinical diagnosis of Petit's lumbar hernia. Lumbar retromuscular hernioplasty with polypropylene mesh was performed. The patient's postoperative course was uneventful.

Keywords: Abdominal wall hernia; Lumbar hernia; Lumbar hernia; Lumbar hernioplasty.

Fecha de recibido: 12/11/2022 - Fecha de aceptación: 18/12/2022 - Fecha de publicación en línea: 31/12/2022. Autor de correspondencia: correo revista.

Citar como: Fonseca Sosa F, Romero Castillo Y, Córdova González A, Milanés Sánchez T, Ondó Ntutum P. Hernia lumbar de Petit: a propósito de un caso. Rev Cir Gal. 2022; 6(7): e1-e4. Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

INTRODUCCIÓN

Garangoet en 1731 publicó el primer caso de una hernia lumbar. La clasificación y descripción de límites anatómicos de los triángulos inferior y superior en la región lumbar fueron realizados por Petit (1783) y Grynfelt (1866), respectivamente¹.

La hernia lumbar de Petit (HLP) es un defecto de la pared posterior abdominal en la que hay protrusión de la grasa retroperitoneal, del peritoneo o de un órgano intraperitoneal, que puede ser de origen congénito o adquirido, a nivel del triángulo lumbar inferior, limitado por la cresta del hueso ilíaco como base, el músculo oblicuo externo como borde lateral y el músculo dorsal ancho como borde medial².

Debido a la baja incidencia de esta entidad, un cirujano a lo largo de su carrera profesional tratará a lo sumo un caso de hernia lumbar. Menos de 400 casos han sido reportados en la literatura y representan el 2% de todas las hernias de la pared abdominal³.

Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico clínico de HLP, enfermedad que pese a estar descrita es muy rara lo que dificulta su diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de 45 años de edad, color de la piel negra, procedencia rural, con antecedentes quirúrgicos de herniorrafia inguinal derecha hace 5 años. Acude a consulta por presentar dolor, que comenzó hace 3 meses, localizado en la unión del flanco derecho con la región lumbar media derecha, intermitente, de leve intensidad, sin irradiación, que se exagera con el esfuerzo físico y se alivia en reposo, no refirió síntomas acompañantes.

A la exploración física se identificó aumento de volumen de aproximadamente 8 cm de diá-

metro máximo en la pared posterior abdominal (región lumbar media derecha), redondeado, de bordes regulares, superficie lisa, consistencia blanda, no doloroso a la palpación que protruye con la maniobra de Valsalva y se reduce manualmente (Imagen 1) La analítica preoperatoria fue compatible con la normalidad y la ecografía de partes blandas practicada fue sugestiva de lipoma. Se decidió intervenir quirúrgicamente con el diagnóstico clínico de HLP.



Imagen1: La flecha blanca señala el aumento de volumen en región lumbar media derecha. (Fuente: imagen propia).

Con el paciente en posición de decúbito lateral derecho se marcó preoperatoriamente la zona quirúrgica. Bajo anestesia espinal se realizó asepsia y antisepsia con agua, jabón y yodopovidona. Se realiza incisión transversa en la piel, disección del tejido celular subcutáneo, se identifica defecto herniario de aproximadamente 2 cm por el que protruye grasa retroperitoneal (Imagen 2).



Imagen 2: Grasa retroperitoneal que sobresale a través del triángulo de Petit. (Fuente: imagen propia).

Se reseca parte del contenido y el restante se invagina (Imagen 3-a). Se colocó malla quirúrgica de polipropileno en posición retro-muscular y se fijó con sutura interrumpida no absorbible. La malla quirúrgica Optilene® utilizada fue de bajo peso, macroporosa, sin iones de plata y se recortó a un tamaño de 6x6 cm. Posteriormente se realizó cierre primario con sutura de polipropileno 2.0 (Imagen 3-b). El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta al día siguiente de la intervención quirúrgica. Durante el seguimiento en consulta por 6 meses no presentó recurrencia herniaria ni dolor posoperatorio.



Imagen 3: : (a) Anillo herniario de 2 cm en el triángulo inferior de Petit. (b) Se fija malla quirúrgica Optilene® y cierre primario con sutura monofilamento no absorbible. (Fuente: imagen propia).

DISCUSIÓN:

La HLP ocurre con más frecuencia en hombres y son dos veces más comunes en el lado izquierdo que en el derecho. Los pacientes suelen tener entre 50 y 70 años. En nuestro caso efectivamente fue un varón de 45 años, aunque localizada en el lado derecho.

Las causas de las hernias lumbares son bien conocidas: se hace una distinción entre las hernias congénitas que son más raras (20%) y las adquiridas (80%). Estas últimas se clasifican en primarias y secundarias (traumáticas e incisionales). En cuanto a los factores predisponentes de las primarias destacan aquellos que aumentan la presión intraabdominal (tos crónica, obesidad, trabajo físico excesivo)⁵.

Las hernias lumbares suelen ser asintomáticas. El diagnóstico generalmente se establece por la presencia de un aumento de volumen reducible por encima de la cresta ilíaca, que aumenta de tamaño con la maniobra de Valsalva o al toser⁶. El contenido de la hernia lumbar puede ser grasa retroperitoneal, riñón, colon, intestino delgado, epiplón, ovario, bazo o apéndice⁷.

El diagnóstico diferencial incluye tumores renales, contracturas musculares, tumores de tejidos blandos (lipomas), hematomas y abscesos. El estudio de imagen de elección es la tomografía computarizada (TC), ya que aporta información adicional (como el contenido de la hernia) y especifica los límites del defecto del músculo aponeurótico, aunque también son útiles la ecografía y la resonancia magnética⁸. No se realizó TC porque no existe este tipo de estudio en nuestro centro hospitalario.

La HLP supone todo un reto para el cirujano, desde el diagnóstico hasta el tratamiento debido a su rareza y a la localización anatómica compleja donde se localiza. Dado que la hernia de la región lumbar tiene riesgo de estrangulación y/o incarceration (8-25%), siempre debe ser tratada quirúrgicamente. Se han definido muchas técnicas como la reparación musculoaponeurótica por vía abierta, la reparación con malla protésica y el empleo del abordaje laparoscópico. Mientras que algunas fuentes discuten que la aproximación de los límites musculoaponeuróticos del defecto

herniario serán suficientes, otras fuentes sugieren necesariamente el empleo de malla quirúrgica⁹.

La mayoría de los autores emplean la malla quirúrgica de polipropileno y la vía de abordaje anterior. En nuestro caso optamos por este tipo de malla ya que, al tener menos contenido de polipropileno y poros de mayor tamaño, reduce la inflamación con una óptima integración tisular. Consideramos más indicada la vía laparoscópica si la prueba de imagen hubiera diagnosticado alguna víscera intraabdominal dentro del saco herniario.

No existen grandes series ni estudios comparativos que refrenden (debido a la baja incidencia de esta patología) cual es la técnica ideal, pero si autores que aconsejan el empleo de una técnica libre de tensión, colocando la malla quirúrgica en la región preperitoneal⁹.

El estudio de Moreno-Egea¹⁰ establece que la reparación de cualquier hernia lumbar, independiente de tamaño y localización, precisará cubrir todo el espacio oval, para garantizar su seguridad.

CONCLUSIONES

La HLP es una afección quirúrgica poco frecuente y continúa siendo un tema controvertido por las dificultades diagnósticas que presenta.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Kadler B, Shetye A, Patten DK, Al-Nowfal A. A primary inferior lumbar hernia misdiagnosed as a lipoma. *Ann R Coll Surg Engl.* 2019; 101(4): e96-e98. doi: 10.1308/rcsann.2019.0009
2. Medina Sifuentes AM, Mayagoitia González JC. Apendicitis aguda del anciano dentro de una hernia de Petit. Reporte de un caso. *Rev Hispanoam Hernia.* 2018;6(4):180-182. <http://dx.doi.org/10.20960/rhh.102>
3. Rafols M, Bergholz D, Andreoni A, Knickerbocker C, Davies J, Grossman RA. Bilateral Lumbar Hernias Following Spine Surgery: A Case Report and Laparoscopic Transabdominal Repair. *Int J Surg Case Rep.* 2020; 2020:1-4. <https://doi.org/10.1155/2020/8859106>
4. Chandrasekaran D. A case of post traumatic inferior lumbar hernia. *Univ J Surg Surg Spec.* 2020; 6(1): 14-6.
5. Dyatta Mayombo K, Ipouka Doussiemou I, Nguele N, Orendo Sossa J, Oparadji JR, Mvé Ndong BF, et al. Diagnostic and Therapeutic Modalities of Lumbar Hernia: About A Case. *Med Clin Case Rep.* 2021; 1(1): 1-3.
6. Baig N, Elberm H, Warren P. Traumatic inferior lumbar hernia. *Int J Surg Case Rep.* 2022; 5: 1-2. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjac240>
7. Martínez-Quiroz R, Sánchez-Sierra LE, Montoya-Reales DA, Rodas-Andino JF, Velásquez-Bueso AE. Hernia de Petit congénita en un escolar. Reparación con malla protésica. Reporte de caso. *Rev Cir.* 2019; 71(1):75-8.
8. Vázquez Estudillo G, Ochoa Viveros EY, Nicasio Delgado AQ, Trejo Cervantes D, Rodarte Cajica G, Hernández Rojas MA, et al. Recurrent petit traumatic hernia plasty: case report. *Int Surg J.* 2019; 6(2): 593-596. doi: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20190410>
9. Topcu R, Sezikli I, Topcu H. Bilayer repair technique with mesh in petit lumbar hernia. *Anatol Curr Med. J.* 2021; 3(4): 310-314. doi: <http://dx.doi.org/10.38053/acmj.978511>
10. Moreno-Egea A. Hernia lumbar, espacio oval y reconstrucción de la pared abdominal posterior. *Rev Hispanoam Hernia* 2017; 5:95-9. <http://dx.doi.org/10.20960/rhh.30>