



P-315 - HERNIA EN EL TRIÁNGULO DE PETIT POSTRAUMÁTICA

A.P. Martínez Domínguez, J. García Rubio, C. Garde Lecumberri, A. Szuba, M.J. Cabrerizo Fernández y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción: La primera descripción de una hernia lumbar la realiza Barbette en 1672. En 1783 Petit describe los límites anatómicos del triángulo lumbar inferior en un caso de hernia estrangulada. Hay varias clasificaciones de hernias lumbares: según el sitio de protrusión (Grynfelt, Petit y hernias lumbares difusas), según el contenido (Thorek), según etiología (Ponka,) y según causa (Swartz). El triángulo de Petit o triángulo lumbar inferior está limitado por la cresta iliaca por debajo, el músculo oblicuo externo por delante y el dorsal ancho por detrás. El tumor herniario puede ser pequeño (anillo formado por la fascia toracolumbar y fibras del oblicuo interno) o grande (el anillo incluye todo el triángulo). Se presenta el caso de un paciente con hernia de Petit que apareció tras sufrir un politraumatismo.

Caso clínico: Paciente varón de 27 años con antecedentes de obesidad mórbida y politraumatismo dos años antes por accidente de tráfico con hundimiento facial, fractura de clavícula y esternón, hematomas generalizados y hernias de disco. Acude a Cirugía General por tumoración en zona lumbar derecha, tras el traumatismo, que ha ido aumentando de tamaño. En la exploración se aprecia tumoración en zona lumbar de consistencia blanda que con la maniobra de Valsalva se endurece y afirma. Se realiza TAC abdominal que informa de solución de continuidad en el triángulo lumbar inferior derecho, por encima de la cresta iliaca y entre los músculos oblicuo externo y dorsal ancho donde se observa una hernia de $5 \times 8 \times 13$ cm conteniendo ciego y grasa pericólica. Con el diagnóstico de hernia de Petit postraumática se interviene encontrando saco herniario con el tamaño descrito en la TAC que se disecciona hasta llegar al anillo herniario que se invagina cerrando la fascia lumbodorsal y colocando malla de PPL de 15×15 cm bajo el dorsal ancho y oblicuo mayor fijada con puntos sueltos de prolene de 2/0 (el borde inferior se fija a la cresta iliaca). Se coloca un redón en TCS. En el 4º día postoperatorio el paciente es dado de alta hospitalaria portando el drenaje que se retira en el 14º día. Actualmente el paciente se encuentra asintomático tras dos años tras la intervención.

Discusión: Las hernias lumbares tienen una muy baja incidencia y de ellas solo el 25% son postraumáticas. Debido a esta rareza que condiciona la falta de experiencia de los cirujanos (las series publicadas incluyen de 1 a 6 pacientes), de la dificultad en definir los márgenes del defecto, de la participación de un límite óseo y de la debilidad de los tejidos adyacentes, no existe una técnica quirúrgica recomendada. La reconstrucción se realiza en función del tamaño, localización y tipo de hernia lumbar. Si los tejidos del paciente son adecuados y el defecto es pequeño se puede realizar un solapamiento aponeurótico (mayor tasa de recidiva) pero si es moderada o grande es preferible utilizar una prótesis como método de reparación como se realizó en nuestro caso utilizando la técnica de Alexandre.