

Acceso anterior para hernioplastia lumbar posincisional

Anterior access route for post-incisional lumbar hernioplasty

Dr. Juan Carlos Mayagoitia González

Resumen

Objetivo: Presentar una vía de acceso anterior para el manejo de un problema de difícil resolución, como lo son las hernias lumbares posincisionales multioperadas.

Sede: Hospital de 2do. nivel de atención.

Descripción de los casos: Informe de dos pacientes con hernia lumbar incisional. En ambos, después de dos cirugías previas por problema de litiasis renal derecha. Una mujer, con 5 plastias previas; dos con cierre directo y 3 con aplicación de malla. Otro, hombre, con una plastia previa con cierre directo. En todas las plastias la recidiva fue antes de los 4 meses. Se sometieron a nueva plastia con un acceso anterior, sin tensión, con técnica de Stoppa (malla preperitoneal) para evita entrar por zonas fibróticas y muy trabajadas. En ambos pacientes la cirugía fue laboriosa y satisfactoria, sin complicaciones transoperatorias ni tempranas. Alta hospitalaria a los 3 días y seguimiento posterior cada 3 meses. Al momento actual (1 año y medio para la mujer y 6 meses para el hombre) tienen evolución satisfactoria, sin recidiva y reintegrados a sus actividades habituales.

Conclusión: Se empleó un acceso anterior fuera de la zona de fibrosis, de restos de materiales de sutura y protésicos previos. Al igual que todas las plastias incisionales es un procedimiento laborioso pero que se compensa con la facilidad de la exposición del anillo herniario, y los buenos resultados en el control definitivo de la hernia.

Palabras clave: Incisional, hernia lumbar, prótesis, hernioplastia.

Cir Gen 2001; 23: 40-43

Abstract

Objective: To present an anterior access route to handle a difficult problem, such as multioperated post-incisional lumbar hernias.

Setting: Second level health care hospital.

Description of the cases: Report on two patients with incisional lumbar hernia, both after surgery to solve a right renal lithiasis. One woman, with five previous plasties, two with direct closure and three using mesh. The other patient, a man, with one previous plasty with direct closure. In all the plasties, recurrence occurred before 4 months. They were subjected to a new plasty with anterior access, without tension, using Stoppa's technique (preperitoneal mesh) to avoid fibrotic and overworked on areas. In both patients, surgery was laborious and satisfactory, without trans-surgical or early complications. Patients were discharged from the hospital on the third day, and were followed-up every 3 months. At present (a year and a half for the woman and 6 months for the man) both patients have evolved well, without recurrences, and have returned to their normal activities.

Conclusion: We used an anterior access route, outside the fibrotic area, avoiding rests of previous sutures and prosthetic materials. Just as all post-incisional plasties, this is a laborious procedure that is compensated by the ease to expose the inguinal ring.

Key words: Post incisional hernia, hernioplasty, prosthesis.

Cir Gen 2001; 23: 40-43

Servicio de Cirugía General. Hospital General de Zona No. 21, IMSS, León, Gto.

Recibido para publicación: 24 de enero del 2000

Aceptado para publicación: 12 de marzo del 2000

Correspondencia: Dr. Juan Carlos Mayagoitia González. Camino de la Presa No. 307 Int. 101, Fraccionamiento Haciendas el Rosario CP 37130, León, Guanajuato, México, Tel: (014) 773 22 20 correo electrónico, cirujano@gto1.telmex.net.mx

Introducción

Las hernias posincisionales de la región lumbar (habitualmente posteriores a cirugía renoureterales) representan un reto para el cirujano en cuanto a su resolución quirúrgica. Del total de hernias posincisionales apenas ocupa el 2%. Como causas de hernia a este nivel tenemos a las congénitas, Petit o Grynfeltt (10%), postraumáticas (25%) y las posincisionales (50%).^{1,2} El riesgo de incarceration es del 25% y de estrangulación de un 8%.^{2,3}

La forma habitual de presentación es la de un paciente posoperado en una o más ocasiones por problemas renoureterales y con cierta frecuencia con uno o más intentos previos de reparación de dichas hernias por el mismo urólogo o cirujano sin experiencia en este tipo de plastias. Las causas predisponentes para este tipo de hernias no difieren del resto de las hernias incisionales, agregándose sólo el principal factor de riesgo, que es la sección del nervio subcostal durante la lumbotomía, lo cual dejará denervada la musculatura de esta parte de la pared abdominal, facilitando la aparición de hernias en un músculo que tenderá a la atrofia.⁴

Anatómicamente la región presenta problemas para su reparación ante la ausencia de estructuras firmes o aponeuróticas que permitan el cierre directo del orificio herniario, ya que generalmente el defecto se encuentra limitado en su parte superior por el borde óseo de la décima segunda costilla, en su parte inferior por el borde óseo de la cresta ilíaca, en su parte anterior y posterior por la musculatura de oblicuos y transverso.^{2,6} Estos últimos forman los límites que pudieran ser susceptibles de cerrar, pero al tratarse de estructuras musculares sin una cubierta aponeurótica fuerte, tienen tendencia a desgarrarse al momento de estar dando los puntos de sutura. Cuando éstos logran afrontarse, siempre quedan dos áreas que son imposibles de reforzar; los bordes óseos de la cresta ilíaca y de la décima segunda costilla.^{2,4,6} En el posoperatorio inmediato, al iniciar el paciente su movilidad, se crea una gran tensión que nos lleva a una nueva recidiva en muy poco tiempo.

El problema anterior se agrava cuando la zona ha sido multioperada, con varios intentos por repararla, ya sea con técnicas con tensión e incluso con aplicación de mallas, lo que hace que un nuevo intento de reparación herniaria por esta vía resulte laborioso por la fibrosis, suturas y materiales protésicos utilizados previamente.

Los índices de recidivas de las plastias en hernias incisionales en general son poco alentadores, la frecuencia de recidiva va del 45 al 50% para los cierres primarios con tensión; del 11% con la técnica de cierre directo más parche de malla e igual porcentaje para la aplicación de parche de malla sobre el defecto sin cierre del mismo. Sólo con la técnica de Stoppa (malla pre-peritoneal) es que se ha logrado abatir la recidiva a niveles del 1-2%.⁷

Por la baja frecuencia del padecimiento, encontramos poca información bibliográfica al respecto, con-

tándose entre 250 a 300 casos publicados en la literatura mundial entre congénitos y adquiridos²⁻⁶ (al parecer ninguna referencia mexicana).^{8,9}

En base a la dificultad quirúrgica y a los resultados poco satisfactorios que habíamos logrado en el manejo de pacientes con hernias lumbares con zonas quirúrgicas muy manipuladas, decidimos modificar nuestra técnica, con un abordaje anterior, fuera de la zona de fibrosis quirúrgica previa y utilización de los principios de las plastias libres de tensión y colocación de malla de polipropileno pre peritoneal, de acuerdo a los criterios establecidos por Stoppa y Lichtenstein, en un intento por ofrecer mejores resultados a este tipo de pacientes.

Técnica

Bajo anestesia general y con el paciente en decúbito supino (puede lateralizarse la mesa de operación para dejar ligeramente elevada la zona herniada, de acuerdo a la obesidad del paciente) se efectúa una incisión para-rectal vertical, que va del borde de la décima segunda costilla al borde superior de cresta ilíaca, (Figura 1). Se incide la aponeurosis anterior del recto, se separa medialmente el borde de éste y se incide la aponeurosis posterior donde ésta exista, para llegar al plano preperitoneal. Una vez en este plano la disección es relativamente fácil, hasta llegar al sitio del anillo y saco herniario donde la fibrosis dificulta la disección. Se procura liberar en su totalidad el saco herniario con disección cortante, es habitual que se presenten aperturas del mismo en los sitios más adheridos, lo cual no debe preocuparnos ya que al completar la disección de todo el defecto, el cierre de tales orificios en el peritoneo se efectúa con facilidad con sutura continua de crómico o vicryl 3-0. La disección

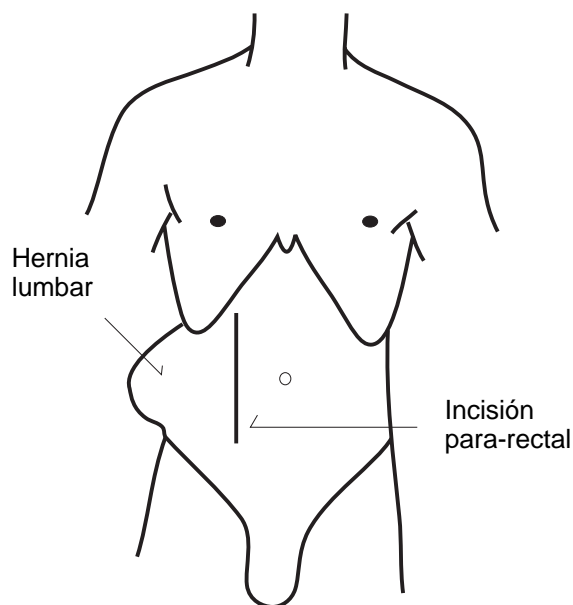


Fig. 1. Incisión para-rectal.

del espacio preperitoneal abarcará por lo menos un margen de 6 cm de los bordes del anillo herniario (incluye parte de la parrilla costal, y por debajo, la parte interior de la cresta ilíaca). Hacia la parte posterior, la disección llega habitualmente hasta los músculos paravertebrales.

En este momento, rechazando con separadores el peritoneo y su contenido, se coloca una hoja de malla de polipropileno (30 x 30 cm) que abarque totalmente el espacio diseccionado sobre la pared abdominal. Se dan algunos puntos de fijación (10 a 12) con sutura de polipropileno 2-0 o grapas de fijación cuando se cuente con ellas (Endo Universal 65° Stapler; Autosuture Company), se debe tener precaución de no tomar estructuras óseas ni nerviosas, para evitar síndromes dolorosos en el posoperatorio.

Se libera el peritoneo rechazado con suavidad verificando que se adhiera a la pared abdominal sin deformar la malla, (**Figuras 2 y 3**) y se inicia el cierre habitual de la herida del acceso abdominal. Es conveniente dejar un drenaje abierto o cerrado, de acuerdo a preferencias del cirujano, por uno o dos días para evitar la formación de alguna colección en el espacio preperitoneal y en la cavidad que dejara el sitio donde se localizaba el saco herniario, ya que podríamos en ocasiones confundir la colección con una recidiva temprana.

Se inicia la vía oral y la deambulación a las 24 hs. en promedio y su estancia hospitalaria es de 2-3 días previo retiro de la canalización. Usamos cefalosporina de 3ra generación, IV, sólo durante sus días de internamiento. Desde el posoperatorio inmediato colocamos vendaje abdominal, para en lo posible mantener presionada la piel laxa de la cavidad donde se alojaba el saco herniario ya que el traumatismo quirúrgico de la disección y la misma malla producen inflamación con acúmulo de líquido en este espacio.

Presentación de los casos

Hemos operado con esta vía de acceso a dos pacientes, prácticamente rechazados por otros cirujanos por los malos resultados en los intentos previos por resolverles su hernia y por las recidivas muy tempranas que presentaron.

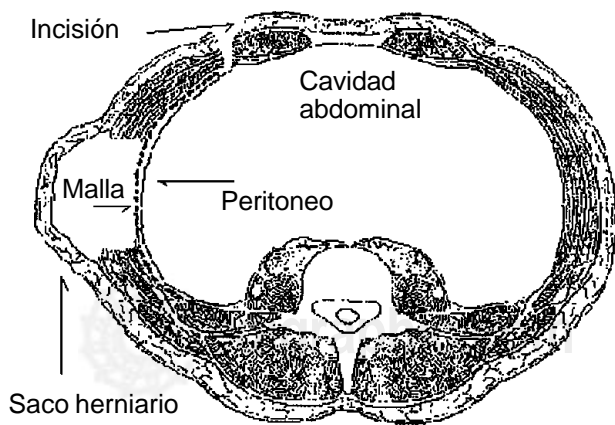


Fig. 2. Colocación preperitoneal de la malla.

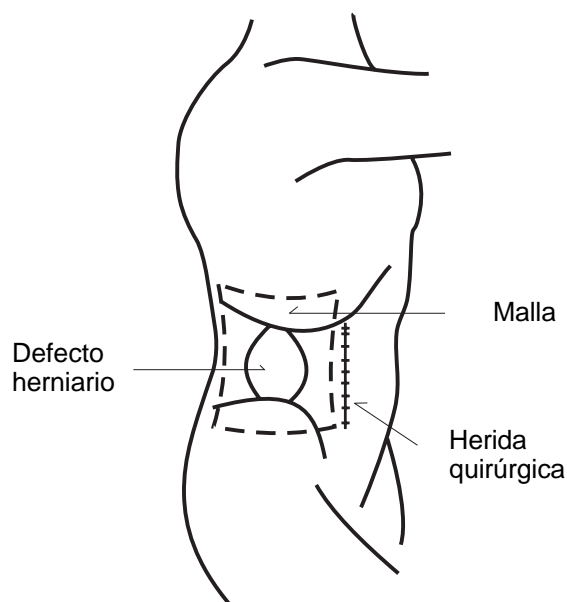


Fig. 3. Área reforzada por la malla.

Paciente 1: Femenino de 47 años operada inicialmente de nefrolitotomía derecha. A los 3 meses presentó hernia incisional lumbar. Un año y medio después, recidiva la litiasis y llega a la hidronefrosis con absceso renal; se realizó nefrectomía y plastia de la hernia con cierre directo por urólogo, recidivó a los dos meses. Fue operada 4 veces más, ahora por cirujano general (otro cierre directo, uno con parche de mersilene, uno con parche de duramide y otro con técnica de Abrahamson) todas recidivaron antes de los cuatro meses. Desde hacía un mes su hernia se encontraba incarcerationada.

Caso 2: Masculino de 48 años. Operado inicialmente de nefrolitotomía derecha. Presentó fístula urinaria a los 2 meses de la cirugía por herida quirúrgica. A los 13 meses es reintervenido del mismo riñón, se le practicó resección de la fístula más nefrectomía. Al mes de operado presentó hernia incisional lumbar. Es operado nuevamente con cierre directo de la hernia por su urólogo. La hernia recidivó al mes de la cirugía. Su hernia era reductible.

Operamos a estos dos pacientes en forma electiva (la mujer con incarcerationación de su hernia) con la técnica descrita, encontramos en ambos tal fibrosis del saco peritoneal que tuvo que ser resecado junto con material de suturas previas, restos de malla en la mujer, múltiples adherencias de colon e intestino delgado en ambos. Se cerró el defecto del peritoneo en la mujer sin problemas y en el hombre se colocó un segmento de epiplón como parche en un área de peritoneo insuficiente, para dejar las asas intestinales dentro de la cavidad abdominal. La malla se fijó en el primer caso con puntos de polipropileno y en el segundo con grapas. El alta hospitalaria fue en ambos al tercer día posoperatorio. La evolución en los dos fue satisfacto-

ria sin complicaciones ni infección de herida. Únicamente se presentó, en los dos, inflamación importante y endurecimiento del sitio de la piel redundante donde se encontraba la hernia, que en los primeros días nos llegó a confundir sobre la presencia de una recidiva temprana, pero que desapareció paulatinamente en el transcurso de 1 a 2 meses. El seguimiento de estos pacientes es de 1 año y 7 meses para la primera y de 6 meses para el segundo. Aun sin recidivas. Su reincorporación a sus actividades habituales normales fue en 15 días, se les permitió trabajo pesado a los 3 meses sin ninguna restricción.

Discusión

Intentar la reparación de una hernia incisional en la región lumbar con la técnica sin tensión de Stoppa es muchas veces complicado, sobre todo cuando se han efectuado ya varias plastias en dicho sitio, se ha usado material protésico previamente y han existido procesos infecciosos locales. La disección de un área excesivamente fibrótica hace que los intentos por diseccionar el espacio pre peritoneal y conservar el peritoneo sean frustrantes y acabemos por cambiar nuestra técnica a un cierre directo y colocación de un parche de malla como refuerzo, a sabiendas de que los resultados son menos efectivos y que pueden presentarse recidivas tempranas.

Se han usado técnicas diferentes intentando la resolución definitiva de este tipo de hernias, pero el problema real es que no se puede adquirir experiencia por los pocos casos que se pueden atender por cada cirujano (siete casos en la mayor serie multicéntrica²). Lo único que puede establecerse es que la reparación debe ser sin tensión, colocando una malla preperitoneal, ya sea por vía abierta³⁻⁶ o, como se está manejando en algunos centros hospitalarios, por vía laparoscópica (con malla preperitoneal de polipropileno o con parche de malla intraperitoneal; IPOM, con malla de polytetrafluoroetileno).^{2,4}

En nuestros pacientes hemos preferido la vía abierta. El hecho de iniciar la disección del espacio preperitoneal por un acceso anterior, fuera de zonas ya trabajadas y fibróticas, facilita que al llegar al defecto herniario no importa si se tiene que reseca el saco herniario, ya que la movilización amplia que practicamos del resto de peritoneo hace que el cierre de este defecto se realice con cierta facilidad. Además se logra un mejor acceso para la disección por la parte interna de la parrilla costal y de la cresta ilíaca.

Como único inconveniente a esta vía de acceso encontramos que, dado que la mayor parte de los pacientes son obesos, la fijación de la malla hacia la parte posterior nos queda un poco lejos de la incisión, por lo que resulta laborioso dar dichos puntos de fijación y anudarlos cuando se hace con suturas (caso 1); lo anterior se facilita si se fija la malla con grapas (caso 2).

Al ser imposible extirpar la totalidad del peritoneo del saco adherido a la piel redundante donde estaba la protrusión herniaria, observamos que en el poso-

operatorio, a pesar de la colocación del drenaje, esta zona se inflama y se acumula algo de material seroso, lo que da la impresión inicial de que se tratara de una recidiva inmediata entre el primero y segundo día posoperatorio. Desaparece totalmente en el transcurso de los primeros 30 a 45 días de la cirugía.

En los dos pacientes, el acceso anterior facilitó la cirugía, y la evolución, hasta el momento, ha rebasado los resultados de sus cirugías previas (recidivas en los primeros 4 meses), reintegrándose en la actualidad a sus labores habituales.

Conclusión

La reparación de hernias incisionales plantea problemas técnicos distintos en cada paciente en particular. A pesar de que los pacientes con hernias incisionales en la región lumbar se presentan con poca frecuencia, el tener que reparar alguna, representa un verdadero reto a nuestras habilidades por las características peculiares en los límites de estos defectos.

El hecho de que sean mínimos los casos publicados por cada autor hace que no se tenga un consenso de cómo debe de ser reparada esta hernia. La hernioplastia sin lugar a dudas debe de ser siempre sin tensión (y aplicación de malla preperitoneal con técnica de Stoppa) ya sea por vía abierta o laparoscópica. Se deberá efectuar un acceso por la herida previa, cuando sea el primer intento de plastia. Cuando ya se ha efectuado uno o varios intentos sin éxito, el acceso por vía anterior puede ser una buena opción para resolver el problema.

Referencias

1. Le Neel JC, Sartre JY, Borde L, Guiberteau B, Bourseau JC. Lumbar hernias in adults. A propos of 4 cases and review of the literature. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&OB=PubMed>. *Chir (Paris)* 1993; 130: 397-402.
2. Arca MJ, Heniford BT, Pokorny R, Wilson MA, Mayes J, Gagner M. Laparoscopic repair of lumbar hernias. *J Am Coll Surg* 1998; 187: 147-52.
3. Horovitz IL, Schwarz HA, Dehan A. A lumbar hernia presenting as an obstructing lesion of the colon. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 742-4.
4. Heniford BT, Iannitti DA, Gagner M. Laparoscopic inferior and superior lumbar hernia repair. *Arch Surg* 1997; 132: 114.
5. Sutherland RS, Gerow RR. Hernia after dorsal incision into lumbar region: a case report and review of pathogenesis and treatment. *J Urol* 1995; 153: 382-4.
6. Lichtenstein IL. Repair of large diffuse lumbar hernias by an extraperitoneal binder technique. *Am J Surg* 1986; 151: 501-4.
7. McLanahan D, King LT, Weems C, Novotney M, Gibson K. Retrorectus prosthetic mesh repair of midline abdominal hernia. *Am J Surg* 1997; 173: 445-9.
8. *Medline Search-Health World Online* <http://www.healthy.net/library/search/medile.asp>
9. Centro Nacional de Información y Documentación sobre Salud. *Artemisa 7: artículos editados en México sobre información en salud*. México: Universidad de Colima; 1993-9 CD-ROM.