

Manejo de las hernias lumbares de la pared abdominal. Seguimiento a mediano y largo plazo de sus resultados

Management of abdominal wall lumbar hernias. Follow-up of its results in the mid- and long terms

Dr. Juan Carlos Mayagoitia González, Dr. Héctor Armando Cisneros Muñoz, Dr. Rigoberto Álvarez Quintero, Dr. Roberto Bernal Gómez, Dr. José Manuel Guillén

Resumen

Objetivo: Presentar los resultados de nuestros casos operados de hernia lumbar a corto, mediano y largo plazo.

Sede: Centro Especializado en el Tratamiento de Hernias, León, Gto.

Diseño: Serie de casos, observacional, descriptivo.

Análisis estadístico: Medidas de tendencia central, porcentajes como medida de resumen para variables cualitativas.

Material y métodos: Se incluyeron los pacientes operados de hernia lumbar, de sep. 98 a abril 08 sin pérdida de seguimiento. Variables estudiadas; género, edad, IMC, patología agregada, tiempo de evolución, origen de la hernia, plastías previas, acceso quirúrgico, tamaño del defecto, evolución a 1, 6 y 12 meses y anualmente. Se hace entrevista en consultorio en abril del 08 para verificar evolución.

Resultados: Se operaron 13 pacientes, excluyendo uno. De los 12 restantes, 9 mujeres, 3 hombres entre 33 y 66 años (media 55.5), 8 postoperados de nefrectomía, uno posterior a toma de injerto óseo, dos postraumáticas y una espontánea. Defecto herniario entre 15.7 a 314 cm². Todas reparadas con técnica de Rives con malla de polipropileno. Acceso abierto directo en 9 casos, abierto anterior en dos e intraperitoneal abierto en uno. Seguimientos de 12 meses a 9 y medio años. Tres recidivas hasta la fecha (25%).

Conclusiones: La cirugía urológica originó la mayoría de estas hernias. El acceso abierto y reparación con el uso de malla y técnica libre de tensión ofrece resultados aceptables de acuerdo a lo complejo de esta entidad, 25% de recidiva.

Abstract

Objective: To present the results, in the short, mid, and long terms from our cases operated of lumbar hernia.

Site: Specialized Center for the Treatment of Hernias, León, Guanajuato, México.

Design: Series of cases, observational, and descriptive study.

Statistical analysis: Central-tendency measurements, percentages a review measurement for the qualitative variables.

Material and methods: This study included the patients operated of lumbar hernia from September 1998 to April 2008 without follow-up missing. Studied variables: gender, age, IMC, added pathology, surgical access, size of the defect, evolution up to 1, 6, and 12 months and annually. There were interviews in the consulting room in April 2008 in order to verify the evolutions.

Results: Thirteen patients were operated. One of them was excluded. From the remaining patients, 9 were women and 3 were men, ranging from 33 to 66 years old (mean: 55.5 years old), 8 of them were postoperated of nephrectomy, one after a bone grafting, two operations were post-traumatic, and another one was spontaneous. There was a hernia defect measuring between 15.7 to 314 cm². Every hernia was restored by the Rives' technique with a polypropylene net (or mesh) for hernias. Direct open access in 9 cases, open anterior approach in two patients, and intraperitoneal access in one case. Follow-ups ranging from 12 months to 9 years and a half. Three relapses up to date (25%).

Conclusions: Urologic surgery gave origin to most of these hernias. The open access and restoration with the use of a net or mesh and a technique free of tension offers acceptable results according to the very complicated condition of this entity, with a 25% of relapse.

Centro Especializado en el Tratamiento de Hernias, León, Gto., México

Recibido para publicación: 23 de diciembre de 2008

Aceptado para publicación: 28 de diciembre de 2008

Correspondencia: Dr. Juan Carlos Mayagoitia González. Lunik Núm. 104 Cons. 9. Col. Villas del Moral 37160. León, Gto., México.
Tel. y Fax: 477/ 717-5690. E-mail: drmayagoitia@hotmail.com

Palabras clave: Hernia lumbar, herniplastía, mallas, complicaciones, recidivas.
Cir Gen 2008;30:197-203

Key words: Lumbar hernia, hernoplasty, meshes or nets, complications, relapses.
Cir Gen 2008;30:197-203

Introducción

La presencia de una hernia lumbar de la pared abdominal continúa siendo un evento de relativa baja frecuencia. Aunque los reportes bibliográficos dan cuenta en la actualidad de unos 300 a 350 casos (2% del total de hernias ventrales) sólo 3 de ellos son descritos en la literatura nacional.¹⁻² Se sabe que su frecuencia pudiera ser un poco mayor, pero la tendencia es hacia no reportarlos por tratarse de casos aislados, series muy cortas y resultados no favorables, entre otros factores.

Las hernias lumbares se han clasificado en hernias a) Congénitas: de Grynfeltt cuando aparecen en el triángulo superior de la región lumbar y de Petit cuando lo hacen en el triángulo inferior, ocupando éstas un 10% de las mismas, b) Traumáticas; con una frecuencia del 25%, c) Incisionales que representan entre el 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 y finalmente c) Espontáneas, que ocupan el porcentaje restante, relacionadas con trastornos neurológicos de la región.¹⁻⁵ Tanto las traumáticas como las espontáneas se asocian a una lesión del 11avo y/o 12avo nervio intercostal^{4,6,7} dándonos una hernia lumbar no verdadera o pseudohernia, por no tener un anillo herniario real, sino una flacidez o atonía muscular por denervación, semejando una hernia (en ocasiones una hernia lumbar incisional se asocia también a denervación muscular por lesión nerviosa). El riesgo de incarceración de una hernia lumbar es del 25% y de estrangulación de un 8 a 18%.¹⁻³ Los altos porcentajes de incarceración y estrangulación se dan en especial para las hernias de Grynfeltt y

Petit por tener orificios relativamente pequeños y en las hernias incisionales multioperadas por tener anillos fibróticos poco distensibles.

El índice de recurrencia después de una herniplastía lumbar abierta con tensión es de los más altos (50-65%) debido a las características especiales de la región: a) límites laterales musculares en vez de aponeuróticos fracos, b) límites superior e inferior con estructuras óseas (costilla por arriba y cresta ilíaca por debajo)^{1,5} c) rango de movilidad de la región muy amplio en sentido vertical (de 0 a 1 cm en flexión del tronco, 7 a 9 cm en reposo y hasta 14 a 20 cm en extensión máxima (**Figura 1**) y d) utilización de mallas con nula o mínima capacidad de elongación una vez integradas. Los reportes de reparaciones con el uso de mallas y técnicas libres de tensión muestran una aparente e importante disminución de recidivas, con vías de acceso abierto o laparoscópico, independientemente de las variaciones técnicas de cada una, aunque en la actualidad no tengamos series grandes ni estudios comparativos al respecto que avalen tal aseveración.¹

Hasta el momento, la mayoría de los trabajos publicados se refieren a presentaciones de un caso sin seguimiento o seguimiento mínimo^{6,8-13} y series que varían entre 2 a 11 casos pero con períodos de seguimiento muy cortos que no permiten hacer una evaluación a largo plazo de las modalidades de tratamiento sugeridas.^{1-5,7,14,15} El objetivo del presente estudio es presentar los resultados de nuestros casos operados de hernia lumbar a corto, mediano y largo plazo.

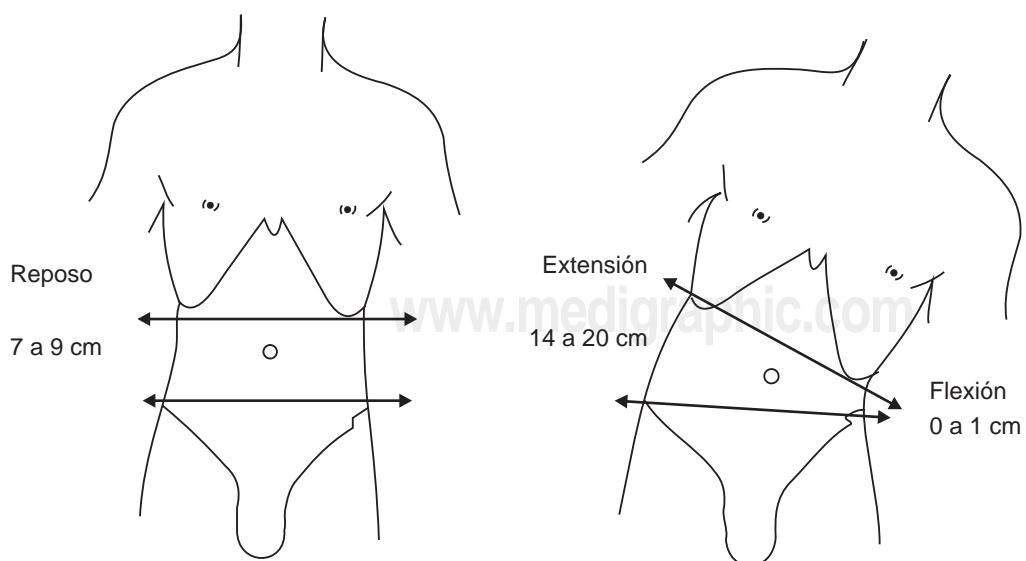


Fig. 1. Se muestran los rangos promedio de movilidad de la distancia del reborde costal a la cresta iliaca, en reposo, flexión forzada y extensión máxima. El amplio grado de variación en esta distancia dificulta los resultados satisfactorios en este tipo de plastías.

Material y métodos

Se hace una evaluación de los casos operados en el Centro Especializado en el Tratamiento de Hernias de la ciudad de León, Gto., México con el diagnóstico de hernia lumbar, operados con técnicas sin tensión, de septiembre de 1998 a abril de 2008. Todos los pacientes fueron operados por cirujanos de nuestro grupo (4 cirujanos) bajo los mismos lineamientos técnicos: Independientemente del sitio del acceso, se utilizó la técnica de Rives con colocación de malla de polipropileno en el espacio preperitoneal (excepto en un paciente que se eligió la técnica intra-abdominal abierta por presencia de adherencias intestinales firmes a una malla previa), extendiendo la cobertura de la malla al menos a 8 cm de los bordes del defecto herniario, lo que incluye en la mayoría de los casos la disección por debajo de cresta iliaca y parrilla costal (**Figura 2**). El modo de fijación de la malla y el material para hacerlo fue opcional de acuerdo al tamaño de la hernia y preferencia del cirujano (grapas, puntos de prolene o ác. poliglicólico en forma transcutánea, en "U" o combinados¹⁶). El uso de drenaje (abierto o cerrado de acuerdo a criterio del cirujano) siguió los principios generales de cualquier cirugía, colocándolo al haber grandes disecciones de colgajos o sangrado en capa importante y su retiro en 24 a 48 h de acuerdo a cantidad del drenaje. A todos se les administró al menos una dosis de antibiótico en forma profiláctica (cefalosporina IV) y su continuación fue de acuerdo sólo al criterio del cirujano.

Se revisa la base de datos de estos pacientes, su archivo fotográfico y su evolución a los 8 y 15 días,

uno, seis y doce meses y posteriormente cada año. Se hace una entrevista final por vía telefónica y en consultorio para toma de nueva fotografía en Abril del 2008. Se analizan las siguientes variables: Género, edad, sitio de la hernia, tiempo de evolución, cirugía inicial, número de plastías previas, patología agregada, índice de masa corporal (IMC), vía de acceso utilizado, tipo de malla y material de fijación, complicaciones tempranas, tardías y presencia de recidivas.

Se efectúa análisis observacional y descriptivo, expresando resultados en porcentajes.

Resultados

En un periodo de 9 y medio años, septiembre de 1998 a abril de 2008, se operaron 13 pacientes con el diagnóstico de hernia lumbar. Uno de ellos perdió su seguimiento desde el primer mes por lo cual fue excluido del estudio. De los 12 restantes, nueve fueron femeninos (75%) y tres masculinos (25%) con un promedio de edad de 55.5 años, rango de 33 a 66 e IMC promedio de 31.1 con rango de 23 a 40.6.

Nueve pacientes presentaban hernia lumbar de tipo incisional (90%), dos con hernias post-traumáticas (ambas con antecedente de accidente automovilístico y fracturas costales múltiples) y uno una hernia lumbar adquirida de forma espontánea con paresia de los músculos laterales del abdomen en el lado izq. de origen no determinado (ninguno presentó hernias congénitas Petit o Grynfeltt). De las hernias incisionales, ocho tenían antecedente de cirugía urológica como causa inicial de su hernia y uno posterior a toma de injerto óseo de cresta iliaca. Para 6 pacientes ésta era su primera cirugía para la hernia y 6 pacientes tenían uno o varios intentos previos de reparación; un intento previo en 4 de ellos, dos intentos en un paciente y 5 intentos en el restante (**Figura 3**). El 50% de ellos (6) presentaba comorbilidad, cuatro con hipertensión arterial, uno con diabetes mellitus y uno con hipertensión arterial y diabetes (**Cuadro I**). Al momento de la cirugía sólo dos pacientes (uno de ellos, el de las 5 plastías previas) presentaban incarceración de la hernia (20%) y en uno se demostró por TAC que existía adherencia intestinal de colon y delgado a una malla colocada en un intento previo de reparación. Todos los pacientes fueron operados en forma electiva. Para 10 pacientes fue elegida la anestesia general y el bloqueo peridural para 2 de ellos. La vía de acceso fue abierta en todos los casos con acceso a través de la incisión previa en 9, por acceso abierto anterior en 2 y uno (el caso con adherencia intestinal a la malla previa) por acceso abierto intraperitoneal. El tamaño del defecto herniario varió entre 15.7 cm² a 314 cm² con promedio de 126 cm² de acuerdo a fórmula de J.P. Chevrel.^{17,18} La técnica de colocación de la malla fue la de Rives (colocación de la malla en el espacio preperitoneal, excepto en un caso en que la malla se colocó intraperitoneal), usando malla de polipropileno pesado en 8 casos, polipropileno ligero (Vypore I) un caso y polipropileno ligero parcialmente absorbible (Proceed) en el caso intraperitoneal. La fijación se efectuó en 3 pacientes exclusiva-

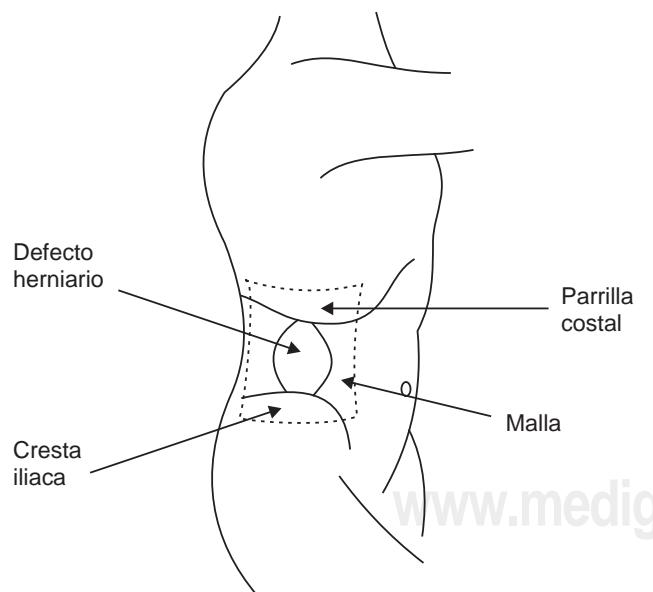


Fig. 2. Colocación final de la malla debiendo traslapar al menos 8 cm de los bordes del defecto, incluyendo cara interna de cresta iliaca y parrilla costal, donde además se dificulta la fijación adecuada de la malla con puntos firmes. Hacia la parte posterior se sugiere llegar hasta el músculo cuadrado lumbar y en la anterior hasta la vaina del recto.

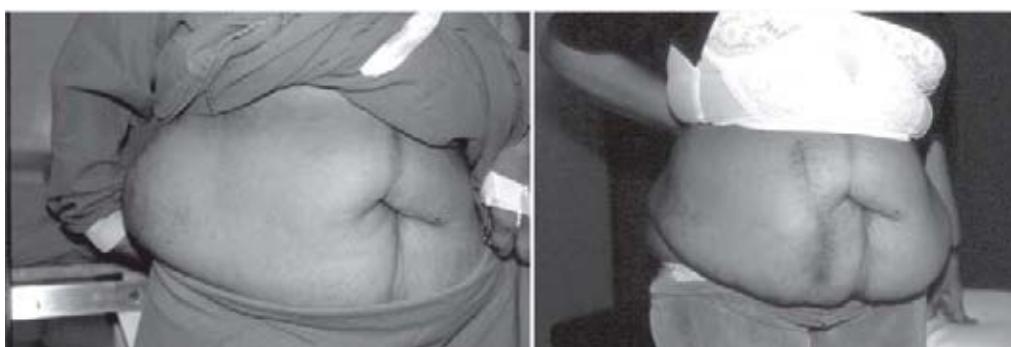


Fig. 3. Caso No. 1 con hernia lumbar der. y 5 intentos de plastía previa, operada en esta ocasión por acceso abierto anterior. Resultados a los 3 meses de la cirugía.

**Cuadro I.
Características de los 10 casos de hernia lumbar.**

Caso	Sexo	Edad	Localiza.	Prim/Rec	Plastías previas	Cirugía original	Agregados	IMC
1	Fem	51	Der	Rec	5	Nefrectomía	HAS, OBM	40.6
2	Masc	48	Der	Rec	1	Nefrectomía		
3	Masc	49	Izq	P		Nefrectomía		
4	Fem	58	Izq	P		Nefrectomía	HAS, DIAB	36.4
5	Fem	64	Izq	P		Toma Injerto cresta iliaca		26.5
6	Fem	60	Izq	P		Nefrectomía		32.8
7	Fem	66	Izq	P		Esportánea		28.4
8	Fem	50	Der	P		Pielolitotomía	DIAB	
9	Fem	65	Izq	Rec	1	Nefrectomía	HAS	29.2
10	Masc	62	Der	Rec	2	Pielolitotomía	HAS	33.9
11	Fem	60	Izq	Rec	1	Post-traumática	HAS	23
12	Fem	33	Der	Rec	1	Post-traumática		29.4

HAS = Hipertensión arterial, OBM = Obesidad mórbida, DIAB = Diabetes mellitus, IMC = Índice de masa corporal.

mente con grapas (25%), en 5 (41.6%) con ácido polílico del No. 1, en dos (16.6%) con prolene del No. 0 y dos mixto (grapas y prolene). En los pacientes con puntos se utilizaron combinados, puntos transcutáneos y en "U". Sólo en el paciente con hernia espontánea se agregó al procedimiento una plicatura muscular para evitar el abombamiento de los músculos paréticos. En todos se dejó drenaje de herida, abierto tipo Penrose en 7 y cerrado en 5. No se presentaron complicaciones transoperatorias en ningún paciente.

El tiempo de estancia hospitalario fue de 1 a 3 días con promedio de 2.1 días. Se presentaron 2 seromas tempranos (16.6%) en los dos pacientes operados por vía anterior y en los cuales no se resecó el saco herniario, sin significancia clínica, con resolución espontánea antes de 30 días del postoperatorio. No hubo ningún caso de infección postoperatoria.

El seguimiento de los pacientes se muestra en el **cuadro II**, donde encontramos que el paciente con más tiempo tiene 9 y medio años de seguimiento y el menor 6 meses (promedio de 54.8 meses con rango de 115 a 12 meses). Encontramos 4 complicaciones menores a mediano plazo que no ameritaron manejo especial. Dos pacientes a los que se les colocó malla de polipropileno pesado (16.6%) refieren sensación de restricción al

movimiento de extensión del costado operado y giro del tronco, uno lo considera moderado y el otro leve, pero en ambos casos sin interferir con sus actividades habituales ni laborales. El paciente con sensación moderada de restricción además inició con dolor crónico severo pero intermitente (8.3%) en el área operada a los dos años de la cirugía, el cual persistió por 2 años, aunque fue difícil precisar si estuvo en relación con la malla, la herniplastía o con sus múltiples enfermedades agregadas (el paciente con 5 plastías previas, quien además contaba con 6 cirugías entre sus antecedentes –2 cesáreas, una pielolitotomía, una nefrectomía, una colecistectomía y una apendicectomía). Una paciente desarrolló al 2do año un pequeño granuloma en el área operada, no doloroso y sin crecimiento.

La paciente que presentó el granuloma de herida es revisada al 3er año de operada y se detecta una recidiva de su hernia en el sitio donde se encontraba dicho granuloma. A otro de los pacientes (con antecedente de 2 intentos de herniplastía previos y con un defecto herniario de 75.3 m^2) se le detectó al 5to año de operado una recidiva de la hernia en la región lumbar correspondiente al triángulo superior, semejando ahora una hernia de Grynfeltt (**Figura 4**). Hasta el momento, a los

Cuadro II.

Se muestra el tamaño del defecto herniario en cm², las complicaciones a mediano y largo plazo, así como los meses de seguimiento de cada paciente.

Caso	Anillo cm ²	Complicaciones	Seguimiento (meses)
1	254.3	Dolor crónico y restricción	115
2	75.3	Recidiva	103
3	131.9		75
4	28.3		65
5	56.5		63
6	176.6		59
7	63.6		53
8	141.3	Granuloma y recidiva	47
9	15.7		25
10	78.5		25
11	176.6	Recidiva	15
12	314		12



Fig. 4. Caso No. 2 que muestra una hernia lumbar derecha operada en forma abierta anterior y que recidió en la región del triángulo superior (dentro del círculo) a los 5 años de seguimiento.

6 años de seguimiento, el paciente no ha deseado que se le repare esta hernia, la cual ha crecido sólo en forma mínima. Otra paciente con hernia post-traumática y reparada con polipropileno ligero (Vipro I) presenta recidiva de su hernia sobre la cresta ilíaca antero superior a los 6 meses de su cirugía y está programada para una nueva reparación. Lo anterior representa un porcentaje de recidiva en nuestra serie del 25%.

Discusión

A pesar de que las hernias lumbares se describieron desde 1672 por Barbette⁵ y que se consideran como una entidad bien reconocida, la presentación aislada de casos que cada cirujano puede reparar a lo largo de su vida, hace que no se acumule experiencia al respecto y que, como en el presente trabajo, de las referencias bibliográficas presentadas (15 referencias), 12 de ellas sólo hablan de presentación de 1 a 4 casos y sólo 3 tienen series de 7, 10 y 11 casos respectivamente. Al mismo tiempo, la mayoría de estos trabajos adolece de un seguimiento a largo plazo, existiendo sólo 3 de ellos con seguimientos entre 30 y 46 meses (menos de 4 años), lo que nos hace dudar de la verdadera tasa de éxitos en cuanto a no recidivas.

La cirugía urológica con lumbotomía, sigue siendo la principal causa de hernias lumbares (80% en nuestra serie) ocasionado por deficiencias en el cierre de pared, provocando una hernia incisional o lesión del 11avo y 12avo nervio intercostal y una pseudohernia por parálisis de la musculatura lateral del abdomen. El problema se complica cuando coexisten ambas condiciones tras una cirugía de lumbotomía, un defecto incisional, más lesión nerviosa. La tendencia es hacia la reducción en la frecuencia de estas hernias, conforme se incrementen los accesos laparoscópicos por parte de los urólogos para el manejo de la patología de riñón y uréter. Por lo general estos pacientes cursan asintomáticos de su hernia y al menos la mitad de ellos tendrá el antecedente de uno o varios intentos de reparación de su hernia. Aunque el diagnóstico de las hernias es clínico, casi en el 100% de los pacientes, es importante contar siempre con una TAC en reposo y con maniobra de Valsalva, para orientarnos perfectamente en las características de los tejidos que forman los límites del defecto. Un detalle importante será realizar siempre una electromiografía en los pacientes con hernias espontáneas e incisionales por lumbotomía para descartar la presencia de músculos denervados e integridad del plexo toracolumbar, ya que de existir tal de-

nervación nos obliga a realizar además de la colocación de la prótesis, una plicatura muscular para corregir el problema estético de la flacidez e incluso la colocación adicional de una malla onlay (técnica de sandwich) para crear una rigidez máxima y evitar nueva sobredistensión muscular. Al mismo tiempo sabremos que el pronóstico de estos pacientes es malo a largo plazo con tendencia a un nuevo abombamiento muscular, dando el aspecto de recidiva.

En la actualidad no hay discusión en cuanto a si se debe de ofrecer a estos pacientes una reparación con técnicas libres de tensión, para lo que se ha descrito el acceso abierto ya sea a través del mismo defecto o en forma indirecta, llegando al defecto por un acceso anterior donde se tiene la ventaja de iniciar la cirugía lejos de cicatrices, materiales protésicos y/o suturas de cirugías previas que dificultan una adecuada disección. En todos los casos se deberá colocar un segmento grande de malla en el espacio preperitoneal, siendo en la actualidad el polipropileno ligero en cualquiera de sus variedades la mejor opción (excepto en los casos de denervación donde el material pesado que forma un área de mayor fibrosis y dureza es lo ideal), dejando un traslape de al menos 8 a 10 cm de los bordes, en especial en sentido vertical, debido a los rangos amplios de movilidad de esta zona ya comentados y a la compensación de la contracción pasiva que tendrá la malla en el futuro. La fijación en las estructuras óseas inferiores se ha efectuado con grapas o en ocasiones horadando pequeños orificios en la cresta iliaca para el anclaje más firme. Lo anterior no puede efectuarse en la parrilla costal. Lichtenstein ideó dejar en un solo paciente unas bandas largas de malla que al sacarlas por contraabertura servían para la fijación, aunque ésta sólo era hacia los bordes laterales, dejando sin fijación adecuada a la cresta iliaca y parrilla costal. No reporta seguimiento de este caso.

Con el acceso de la cirugía laparoscópica para el manejo de las hernias incisionales, introducido por Le-Blanc en 1993, se logra un avance en cuanto a disminución de complicaciones, recuperación temprana de los pacientes y menor contracción del material protésico al usar mallas diferentes al polipropileno, como la malla de PTFEe, por lo que se inicia su uso en hernias lumbares, facilitando el acceso al defecto por vía intraperitoneal pero con los mismos problemas que la abierta en cuanto a fijación inadecuada de la malla a la cresta iliaca y parrilla costal. Heniford presenta en 1998 su serie de 7 casos operados por vía laparoscópica con malla de PTFEe con fijación por medio de orificios a la cresta iliaca, sin recidivas pero con un seguimiento de sólo 14 meses. Con una modalidad laparoscópica más sofisticada, Habib (2003) reporta un acceso por retroperitoneoscopía y repara con éxito un solo caso de hernia lumbar de Grinfeltt, haciéndole un seguimiento de 30 meses sin presencia de recidiva.

En nuestro estudio la vía de acceso para estos pacientes con hernia lumbar fue abierta en todos los casos, 9 a través de la misma incisión previa sobre el saco herniario, uno intraperitoneal y dos con acceso

anterior ya descrito por nosotros, con lo que logramos reparar todas las hernias sin dificultad técnica y mínimas complicaciones tempranas, siendo éstas sólo dos seromas con resolución espontánea. A pesar de colocar, en la mayoría, segmentos grandes de malla de polipropileno pesado, sólo dos (16.6%) refieren sensación de restricción abdominal a la extensión de dicho costado (Shumpelick reporta restricción de un 30 a 50% de la movilidad abdominal normal con el uso de dichas mallas). Con la tendencia al uso de polipropileno ligero o "light" en la actualidad, tendremos a la larga menor restricción y sensación de acartonamiento de la zona operada. Por consiguiente, el dolor crónico deberá también decrecer. Su único inconveniente es que en defectos grandes las mallas ligeras producen una "compliance" o distensión importante, dando el aspecto de una recidiva.

Nuestro seguimiento es quizás el más largo publicado en la literatura, al tener pacientes hasta de 9 años (Promedio de 43.1 meses) de operados, con seguimiento puntual hasta el momento. La experiencia de tener más de 10 años haciendo seguimientos sistematizados de todos nuestros pacientes operados de hernia nos indica que a mayor número de años de seguimiento, tendremos la posibilidad de detectar recidivas tardías que pondrán en su justo medio al procedimiento quirúrgico que estamos ofreciendo y no estaremos engañados de un resultado aparentemente bueno pero a muy corto seguimiento. De nuestros casos, tres presentan recidivas (25%), uno en corto plazo con malla ligera (6 meses) otro a mediano plazo (3 años) y otro a largo plazo (después de 5 años), lo que nos refuerza la idea de seguimientos largos para comprobar nuestro verdadero índice de recurrencias. A pesar de ser una serie aún con pocos casos, al comparar nuestros resultados en cuanto a recidivas con hernias incisionales convencionales (3%) nos hace reflexionar sobre el difícil manejo de las hernias lumbares, la necesidad de documentar en todos los pacientes la presencia de integridad o lesión nerviosa de la musculatura de la región y, por supuesto, la de seguir buscando un mejor método de reparación. Probablemente el futuro de esta cirugía sea definitivamente el acceso por vía laparoscópica,^{19,20} con mallas de nueva generación, compuestas y parcialmente absorbibles, que incluyan materiales de polipropileno ligeros, reducidos o "light" con la esperanza de que la mejor exposición del defecto, la menor contracción de la malla y la consecuente disminución en las molestias postoperatorias, deriven en reducción de los índices de recidivas.

Las hernias lumbares se siguen atendiendo como casos aislados en la práctica habitual del cirujano. Las complicaciones tempranas y tardías de este tipo de hernioplastías no difieren de las efectuadas en hernias ventrales de la región anterior del abdomen. La diferencia estriba en el porcentaje de recidivas. Mientras en las ventrales anteriores se tienen en la actualidad índices bajos de recidiva, en las lumbares, pese a haber mejorado con mucho los porcentajes anteriores de recurrencia, aún no llegamos a los indicadores de éxito deseados (menores al 10%). El conocimiento fiel de la

anatomía de la región, de los métodos auxiliares de diagnóstico, de las técnicas de herniplastía libres de tensión y el conocimiento de los nuevos materiales protésicos aunados a las diferentes vías de acceso, nos llevarán a mejorar el pronóstico de estos pacientes. El seguimiento a largo plazo (mayor de 5 años) es la única forma de validar los verdaderos resultados de las técnicas para las herniplastías lumbares.

Referencias

1. Mayagoitia GJC. Acceso anterior para herniplastía lumbar postincisional. *Cir Gral* 2001; 23: 40-3.
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: 1141-4.
5. Rondón EJA, Fernández LSR, Gómez TA, Aguilar DLC. Hernia lumbar de Grynfelt-Lesshaft. A propósito de 2 casos. *Rev Cubana Cir* 2002; 41: 124-8.
6. 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.
7. Shekarriz B, Graziottini TM, Gholami S, Lu H-F, Yamada H, Duh Q-Y, Stoller MI. Transperitoneal preperitoneal laparoscopic lumbar incisional herniorrhaphy. *J Urol* 2001; 166: 1267-9.
8. Petersen S, Schuster F, Steinbach F, Heneke G, Hellmich G, Ludwig K. Sublay prosthetic repair for incisional hernia of the flank. *J Urol* 2002; 168: 2461-3.
9. Lichtenstein IL. Repair of large diffuse lumbar hernia by extra-peritoneal binder technique. *Am J Surg* 1986; 151: 501-4.
10. Habib E. Retroperitoneoscopic tension-free repair of lumbar hernia. *Hernia* 2003; 7: 150-2.
11. Rosch R, Junge K, Conze J, Krones CJ, Klinge U, Schumpeleick V. Incisional intercostals hernia after a nephrectomy. *Hernia* 2006; 10: 97-9.
12. Ipek T, Eyuboglu E, Aydingoz O. Laparoscopic management of inferior lumbar hernia (Petit triangle hernia). *Hernia* 2005; 9: 184-7.
13. Prieto-Díaz CHE, Medina CHJL, Prieto-Díaz S. Grinfelt's hernia. *Hernia* 2000; 4: 159-61.
14. Carbonell AM, Kercher KW, Sigmon L, Mathews BD, Sing RF, Kneisl JS, Heniford BT. A novel technique of lumbar hernia repair using bone anchor fixation. *Hernia* 2005; 9: 22-6.
15. Zhou X, Nye JO, Chen G. Lumbar hernia: Clinical analysis of 11 cases. *Hernia* 2004; 8: 260-3.
16. Mayagoitia GJC, Hernández LJA, Suárez FD, Cisneros MHA. Fijación de la malla en herniplastía incisional para disminuir complicaciones tempranas. *Cir Gral* 2004; 26: 248-51.
17. Rath AM, Chevrel JP. The healing of laparotomies; a bibliographic study. Part two: Technical aspects. *Hernia* 2000; 4: 41-8.
18. Mayagoitia GJC, Cisneros MHA, Suárez FD. Herniplastía de pared abdominal con técnica de Rives. *Cir Gral* 2003; 25: 19-24.
19. Moreno-Egea A, Torralba J, Morales G, et al. Open vs laparoscopic repair of secondary lumbar hernias. *Surg Endosc* 2005; 19: 184-187.
20. Moreno-Egea A, Baena EG, Calle MC, Martínez JAT, Albasini JLA. Controversies in the current management of lumbar hernias. *Arch Surg* 2007; 142: 82-8.