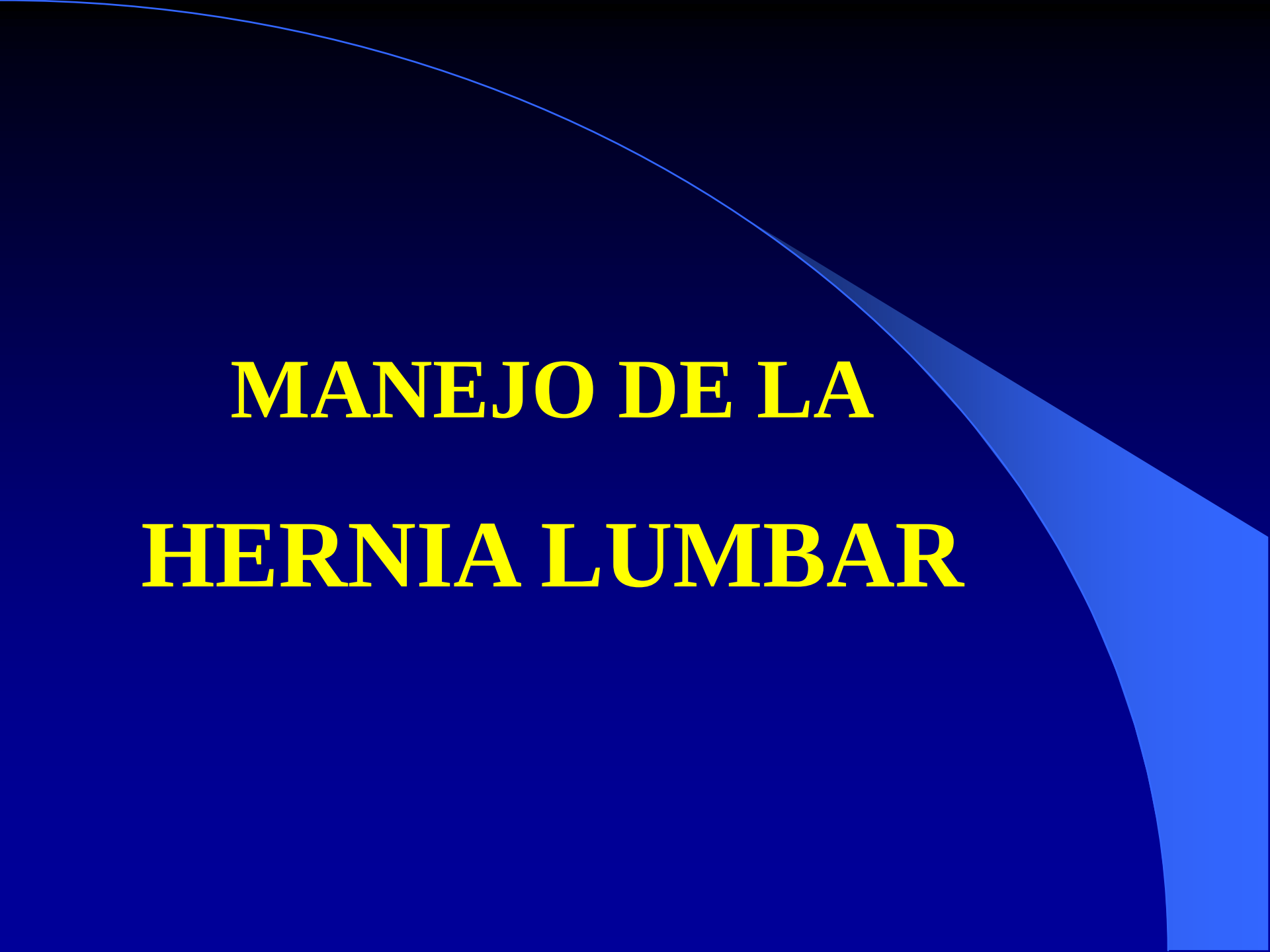




MANEJO DE LA HERNIA LUMBAR

Cronología

Adquirida

Traumática

Congénita

Autopsia

1731 Garengéot
1738 Ravaton #
1759 LaChausse
1783 Petit
1774 von Plenck
1802 Cartier

1805 Richerand
1806 Lassus

1810 Pelletan

1811 Monro

1811 Monro

1819 Cloquet

1839 Decaisne
1840 Verdier
1848 Hengel
1857 Nelaton
1861 Chapplain

1857 Colles

1863 Schraube

1862 Marmisse *

1866 Grynfeldt
1867 Sistach
1869 Larrey

1869 Hardy
Auzias-Turenne
Dolbeau
Marquez
Triponel

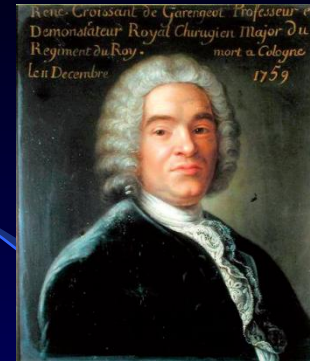
1874 Coze

1879 Braun
1881 Gosselin

1864 Basset

1888 Owen #

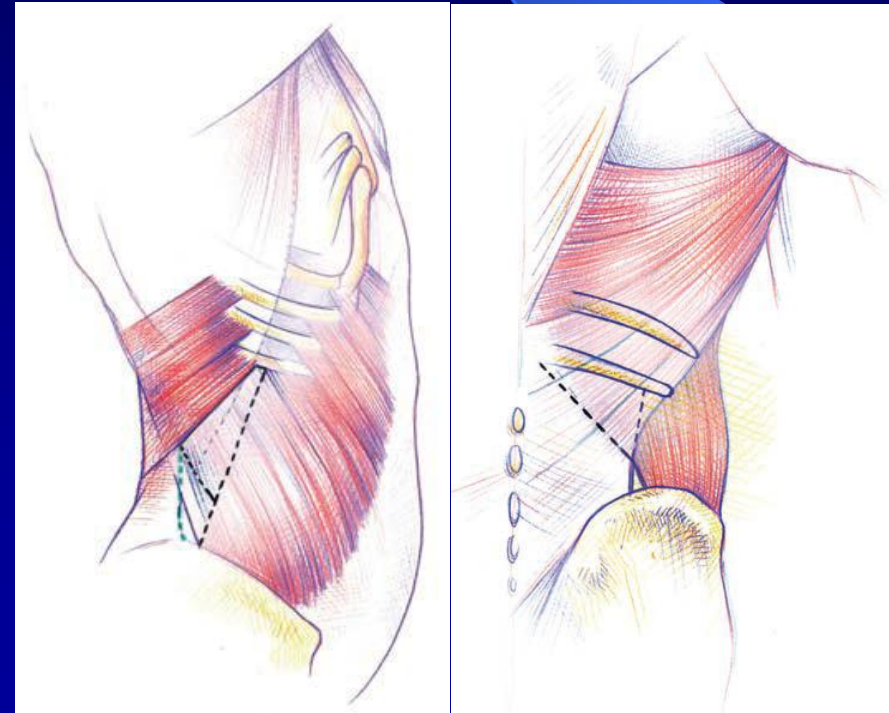
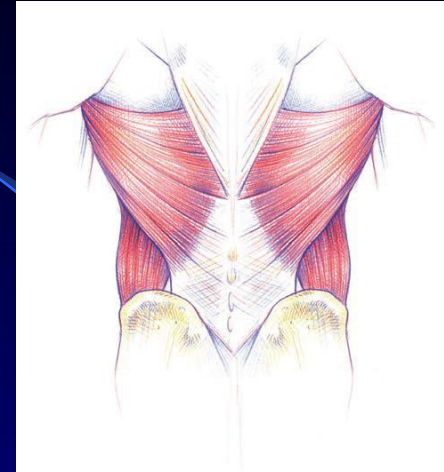
1731 Garengéot*



1870 Lesshaft
1874 Campbell
1879 Braun

ANATOMIA APLICADA

- 1) Piel y fascia superficial
- 2) Muscular superficial: dorsal ancho y OE
- 3) Fascia toracolumbar
- 4) Muscular media: sacroespinal, OI y serrato posteroinferior
- 5) Muscular profunda: cuadrado lumbar y psoas
- 6) Fascia transversalis, grasa preperitoneal y peritoneo



TIPOS según localización

1. Dorsal Ancho
2. Oblicuo Mayor
3. Cresta ilíaca
4. Apon. toracolumbar
5. Apon. abdominal

Inferior (4)

Triángulo vertical (vértice arriba)

Mas pequeño

Poco constante

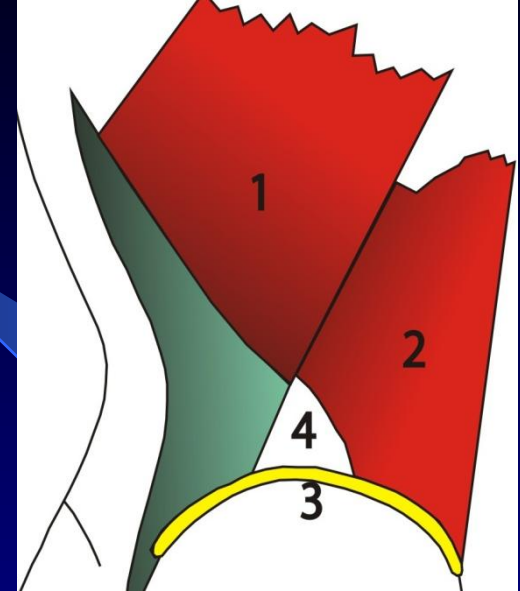
Infrecuente sitio de hernias

No nervios

Vascular

Cubierto por fascia y piel

Suelo: fascia toracolumbar, músculo oblicuo interno y parcialmente el transverso



TIPOS según localización

Triángulo Superior (9)

Invertido (vértice hacia abajo)

Muy largo

Más constante

Frecuente sitio de hernias

12 nervio torácico

Primer nervio lumbar

Avascular

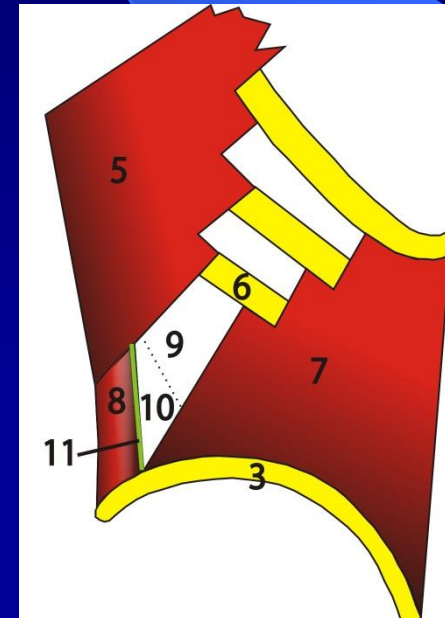
Cubierto por dorsal ancho

Suelo: unión de las capas de la fascia toracolumbar para formar la aponeurosis del músculo transverso

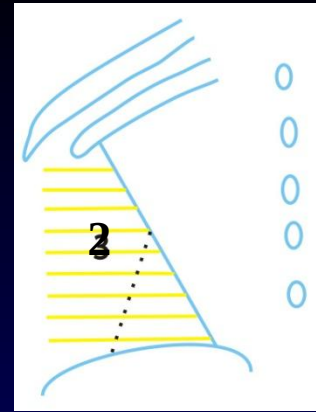


1. OM seccionado
2. DA seccionado
3. Om (sector iliocostal)
4. Serrato menor p-i
6. Apon. del MT

5. Serrato menor
6. 12ª costilla
7. Oblicuo menor
8. Músculos espinales
10. Cuadrado lumbar
11. Línea de Aman-Jean



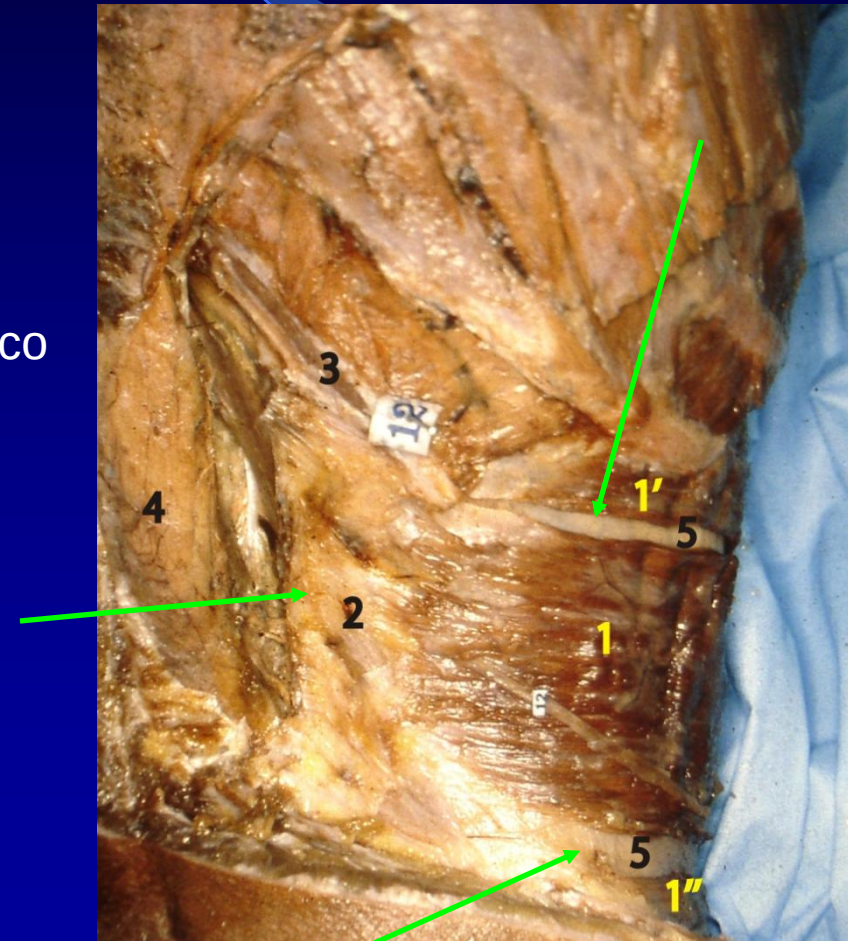
TIPOS según localización



Espacios poco tipificados

Entre sectores del músculo transverso:

1. Lumboabdominal, 1' torácico y 1'' Ilíaco
2. Aponeurosis lumbar del T
3. Costilla 12^a
4. Músculos espinales
5. Zonas de HL altas y bajas



ETIOLOGÍA Adquirida

■ ESPONTÁNEAS

- **Factores predisponentes:** edad, delgadez extrema, obesidad, EPOC, atrofia muscular, pérdida de peso intensa, enf. debilitantes crónicas, infección de la herida, sepsis postop.
- **Factores desencadenantes:** ↑ de pr. intra-abdominal

■ INCISIONALES

- ✓ **Cirugía:** renal y vascular
- ✓ **C. Plástica:** colgajos de dorsal ancho
- ✓ **Traumatología:** donante de hueso iliaco (c. columna)

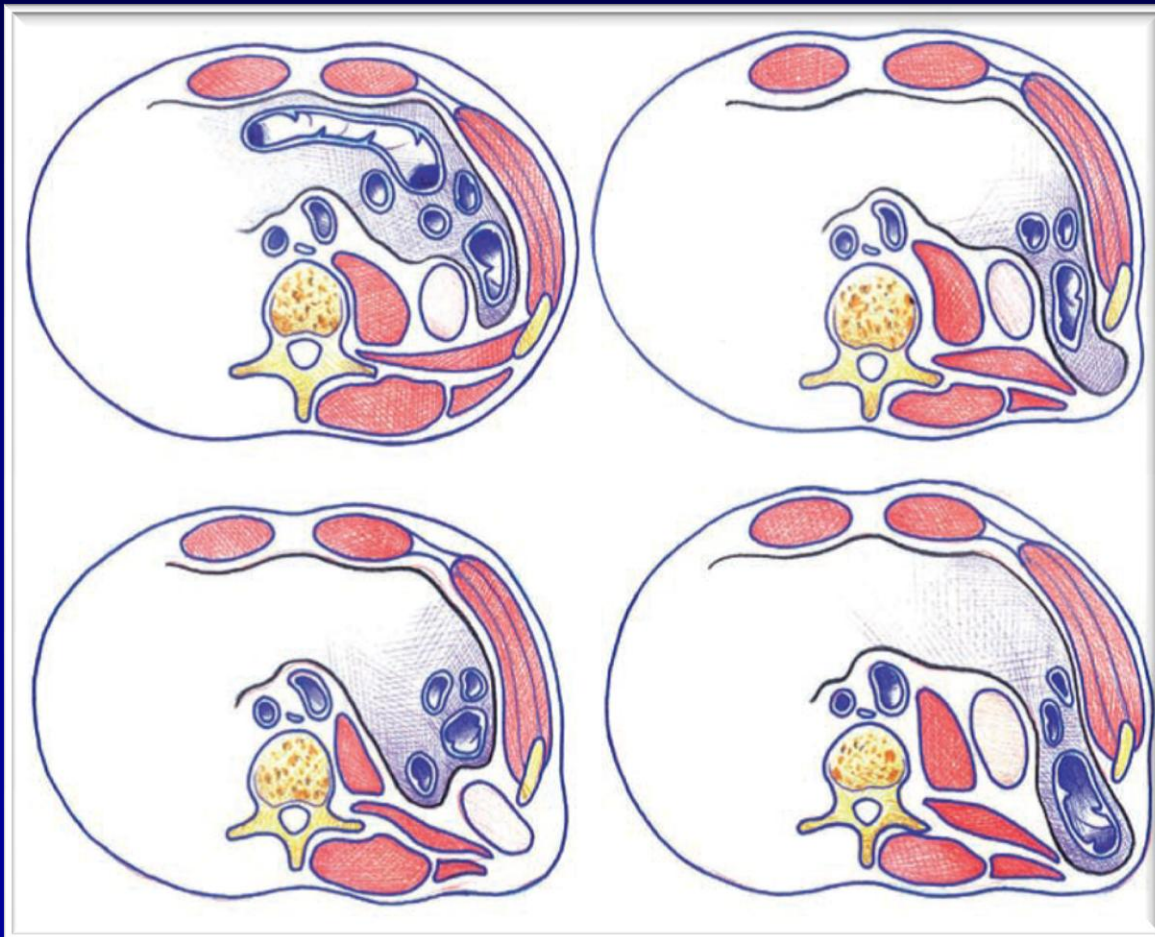
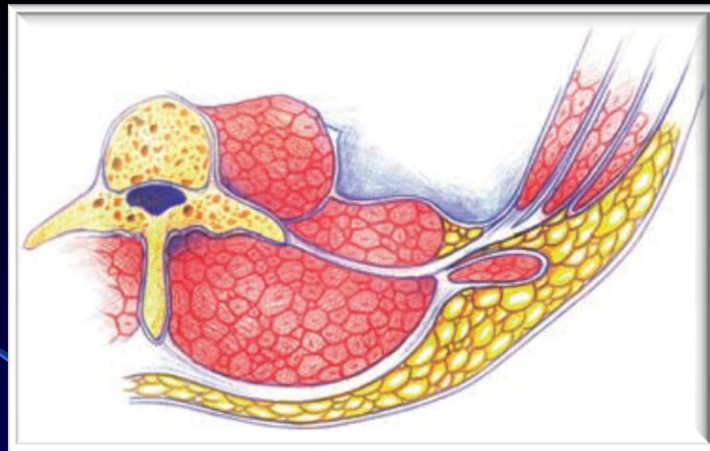
■ TRAUMÁTICAS Sind. del cinturón de seguridad

■ Infecciosas



PATOGENIA

Fascia lumbo-dorsal



Estadios



Contención normal

Lipoma preherniario

Hernia preperitoneal

Hernia externa

FORMAS clínicas de presentación

- **CRÓNICA** Asintomáticos (tumores intraparietales)
Tumoración palpable (en flanco o pelvis)
Dolor de espalda (lumbago)
- **AGUDA** Traumatismo
Obstrucción (intestinal, ureteral)
Absceso (retroperitoneal, glúteo, etc.)



PROBLEMAS de manejo

I. Diagnóstico

- ¿Existe eventración o atrofia muscular?
- Diferencial con otros procesos (lipomas)

II. Clasificación

III. Tratamiento

- ¿Qué manejo, médico o cirugía?
- ¿Qué abordaje?
- ¿Qué técnica?



DIAGNOSTICO

- Historia clínica
- Exploración física



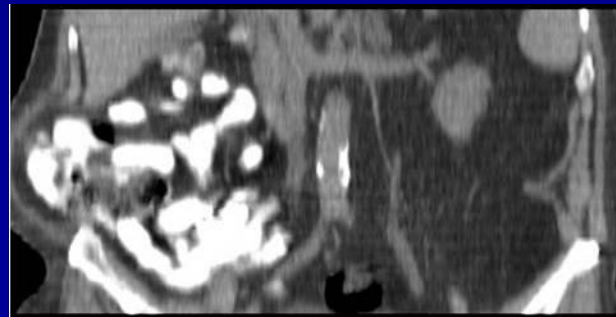
Asimetría y deformidad
Tumoración



Asimetría y deformidad
+ Palpación de contenido visceral

■ Tomografía (TC)

- ¿Existe hernia o atrofia sólo?
- ¿Cual es el grado de atrofia asociada?
- ¿Cuál es la localización exacta de la hernia?
- ¿Cuál su contenido?
- ¿Qué tamaño real tiene el defecto?
- Relación con las estructuras vecinas
- Diag. Diferencial (lipomas, fibromas, tumores renales, etc.)



CLASIFICACIÓN

	A	B	C	D
Tamaño	<5cm	5-15cm	>15cm	
Localización	Superior	Inferior	Difusas	
Contenido	Grasa extrap.	Víscera hueca	Víscera maciza	
Etiología	Espontáneas	Incisionales	Traumáticas	
Atrofia muscular	No o leve	Moderada	Intensa	++++
Recidiva	No	SI (abierta)	SI (laparoscopia)	

TRATAMIENTO



- ¿Qué manejo: médico o cirugía?
 - Hª natural: es al crecimiento progresivo
 - Causa: deformidad y problemas clínicos
 - Indicación de cirugía “precoz” (tras diagnostico)
 - Preparación preoperatoria adecuada
 - **Grupo de pacientes “no adecuados” (ASA)**

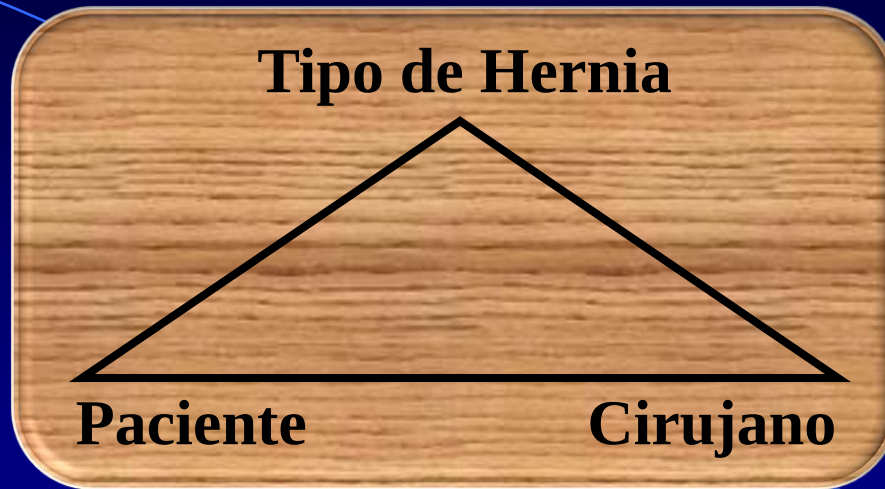


TRATAMIENTO

- ¿La etiología debe influir en el tratamiento?
 - **HL Primarias:** son una entidad propia
 - Caracteres: tamaño pequeño, bordes definidos, no contenido visceral, no cirugía previa y tejidos periféricos no dañados.
 - Indicación de cirugía: más sencilla (poca morbilidad)
 - Abordaje: depende de la experiencia del cirujano
 - **HL Traumáticas:** se asocian a mayor morbilidad
 - La morbilidad (seroma o hematoma) se asocia con una alta probabilidad de recidiva (TC)

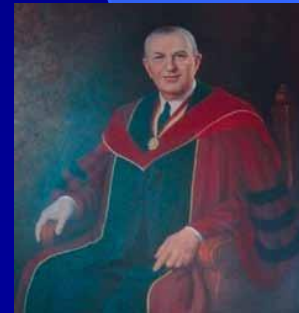
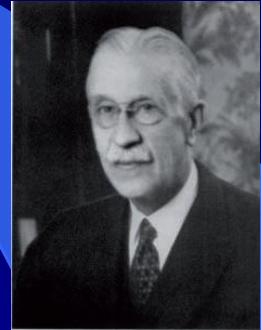
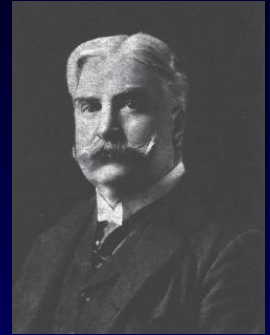
TRATAMIENTO

- ¿Qué abordaje: clásico o laparoscópico?



Cirugía clásica

1738	Hugues Ravaton	Cierre por planos
1888	Edmund Owen	Reparación muscular con catgut
1889	G. H. Hume	Cierre del peritoneo y por planos
1892	James P. Warbasse	Imbricación de FT y flap de fascia lata y glúteo
1894	William T. Bull	Reparación con tendón de canguro
1897	Raymond	Sutura del músculo DL al OE
1902	A. W. Jones	Sutura muscular del DL y OE
1905	Félix Lejars	Cierre con 4 suturas al anillo muscular
1907	Charles N. Dowd	Flap de fascia lata y aponeurosis de músculo glúteo mayor y medio
1917	John H. Rishmiller	Flap de aponeurosis del músculo DL
1920	T.H. Hancock	Dos planos: fascia del suelo con catgut nº1 y sutura del músculo OE al DL con catgut nº2
1922	Maidagan	Sutura del DL al OE
	W. B. Coley	Solapamiento con el músculo suprapúbico
1923	Isidor S. Ravdin	Injerto fascial libre de fascia lata
1937	A. Sias	Dos planos: 1) Transverso y OI, 2) DL - OE
1942	J. M. Pavcovich	Cierre del DL al OE con catgut crómico nº2
1943	Robert Kapsinow	Técnica de Dowd
1944	J. G. Stubenbord	Sutura entre DL - OE de catgut crómico
1945	Masson	Cierre con sutura de fascia lata
1948	Leigh F. Watson	Solapamiento de flaps de FT
1950	Max Thorek	Plastia con malla de tantalio
1955	Amos R. Koontz	Flap de fascia lata y lumbar + malla de tantalio
1960	Ludwig J. Pyrtex	Hernioplastia con marlex
1963	Charles D. Hafner	Plastia con malla de marlex
1964	E. Theodore Palm	Dowd + refuerzo con malla de tantalio
1971	Thomas W. Orcutt	Imbricación de fascia del OI, serrato y CL
1980	Joseph L. Ponka	Malla solapada entre reparación muscular
1986	I.L. Lichtenstein	Técnica preperitoneal con malla tipo corsé



Laparoscopia

1996	Adam J. Burick	TAPP
1997	A. Bickel	TAPP
1997	B. Todd Heniford	TAPP
1998	Marjorie J. Arca	1ª serie 7 casos
1999	Ann M. Woodward	TEP
2001	Bijan Shekarriz	TAPP
2002	A. Moreno-Egea	TAPP
2002	R. R. Postema	TEP
2003	Alan K. Meinke	TEP
2003	E. Habib	TEP
2004	A. Grauls	TEP
2004	A. Moreno-Egea	1er comparativo
2004	Jihad Salameh	TAPP
2005	Tobias-Machado	TAPP serie 7 casos
2005	T. Ipek	TAPP
2006	A. Moreno-Egea	Serie 15 casos
2006	Atul K. Madan	TAPP
2007	D. A. Iannitti	TAPP
2007	A. Moreno-Egea	17 casos a 8 años
2008	C. Palanivelu	TAPP serie 11 casos
2009	N. Yavuz	IPOM serie 7 casos
2009	Chris Edwards	TAPP
2010	Michael Gagner	TAPP
2010	Yujo Kawashita	TAPP
2011	A. Moreno-Egea	Serie 35 casos, 10 años

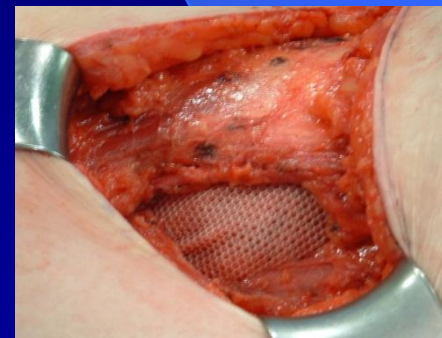
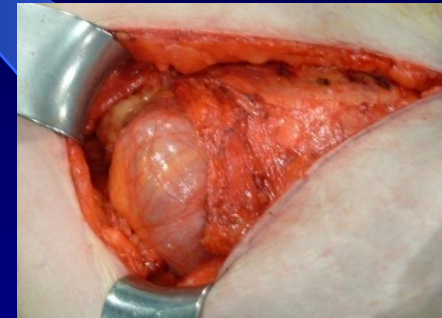


¿Qué vía de abordaje?

	Laparoscopia		Abierta		P
	(n = 35)		(n = 20)		
Localización					<0.001
Superior	16 (45.7)		4 (20)		
Inferior	19 (54.3)		9 (45)		
Difusa	0		7 (35)		
Tiempo quirúrgico (min)	71	32.5	84	14.5	0.01
Morbilidad intraoperatoria					0.14
Sangrado omental	2 (5.7%)		0		
Sangrado parietal	2 (5.7)		0		
Lesión esplénica	1 (2.8)		0		
Estancia hospitalaria	2.5	0.9	5.1	1.8	<0.001
Morbilidad postoperatoria					0.50
Hematoma	4 (11.4)		0		
Seroma	7 (20)		8 (40)		
Dolor transitorio	2 (5.7)		0		
Consumo de analgésicos	6.8	6.5	15.9	7.7	<0.001
Dolor, a 1 mes					<0.001
0	11 (31.4)		0		
1-2	21 (60)		5 (21.6)		
3-4	3 (8.5)		11 (55)		
5	0		4 (16.6)		
a 6 meses (VAS 0)	29 (82.8)		16 (80)		0.01
a 1 año (VAS 0)	31 (88.6)		18 (90)		0.08
Retorno a la actividad normal	14	6.3	27	5.8	<0.001
Recurrencia	1 (2.9)		3 (15)		0.13

Factores de riesgo para recurrencia

	Recurrencia (n = 4)		No recurrencia (n = 51)		P
Edad	61	4.7	62.7	10.9	0.67
Etiología					0.48
Primaria	0		3 (5.9)		
Cirugía	3 (75)		36 (70.1)		
Trauma	1 (25)		12 (23.5)		
Obesidad	30.7	3.7	30.1	4.4	0.56
Diabetes	1 (25)		3 (5.9)		0.26
EPOC	1 (25)		8 (15.7)		0.25
Localización					0.01
Inferior	0		28 (54.9)		
Superior	1 (25)		18 (35.3)		
Difusa	3 (75)		4 (9.8)		
Tamaño	17.5	1.5	12.3	4.1	0.008
Estancia hospitalaria	6.2	3.8	3.3	1.4	0.12
Tiempo quirúrgico	83.5	25.5	75.1	28.3	0.65
Morbilidad intraop.	0		5 (9.8)		1.00



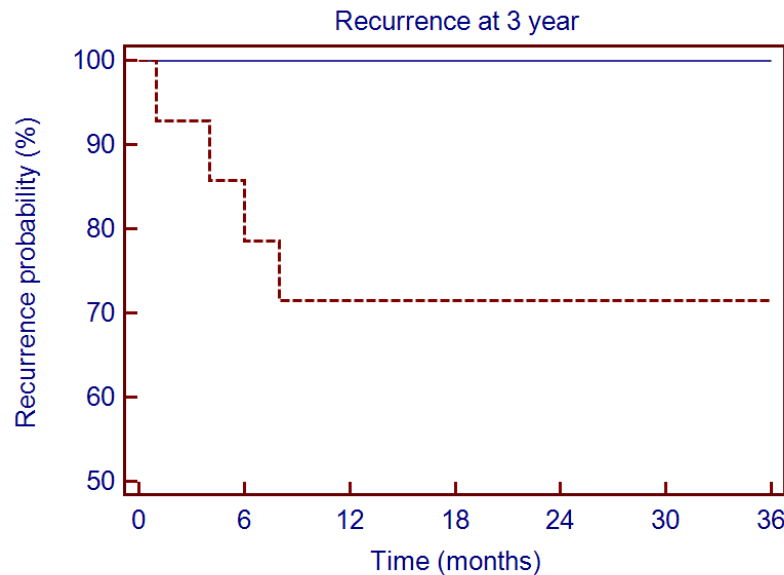
Probabilidad de recurrencia a los 3 años

Variable: Presencia de **morbilidad local**

(Log Rank test: 13.163; $p < .001$)

Morbilidad local

--- Si
— No

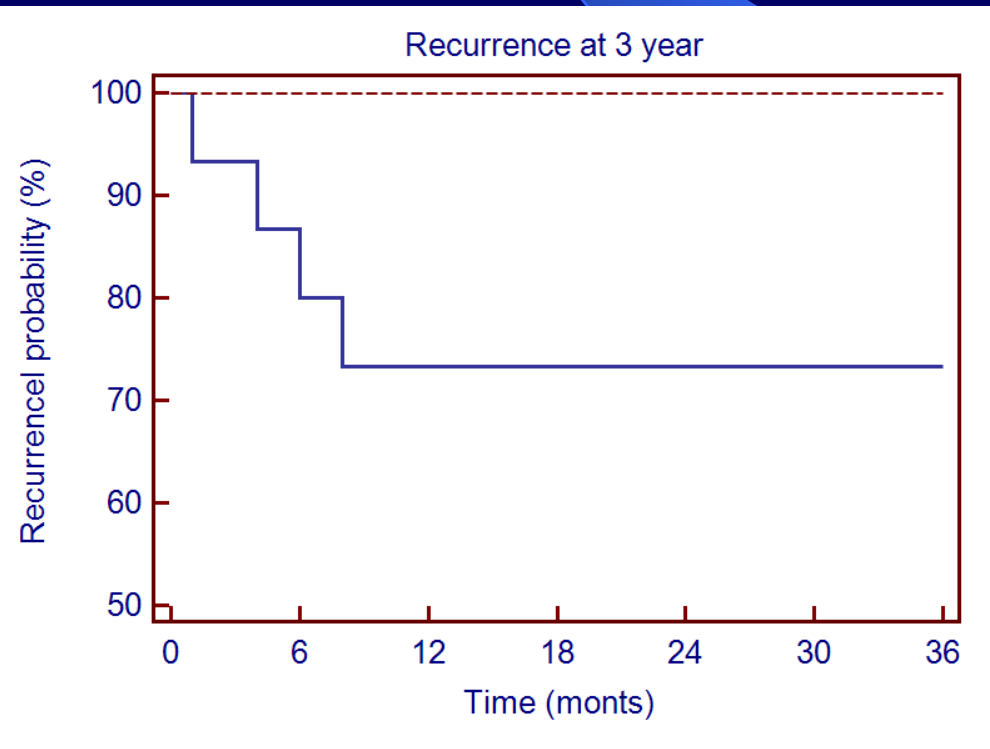


Variable: **Tamaño** del defecto

(Log Rank test: 11.887; $P < .001$)

Tamaño

— > 15 cm
--- ≤ 15 cm



Manejo razonado

1. DIAGNOSTICO COMPLETO (TC obligado)
2. CLASIFICACION (información definida)
3. ABORDAJE
 - **Vía Abierta:** permite una reconstrucción parietal
 - **Vía Laparoscópica:** no realiza reconstrucción parietal
4. TÉCNICA: Resultado estético y funcional

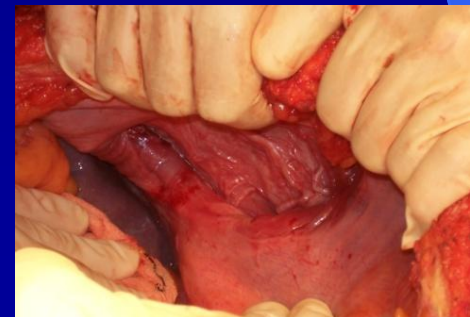
Conocer las expectativas del paciente y CI

Técnica bajo tensión controlada

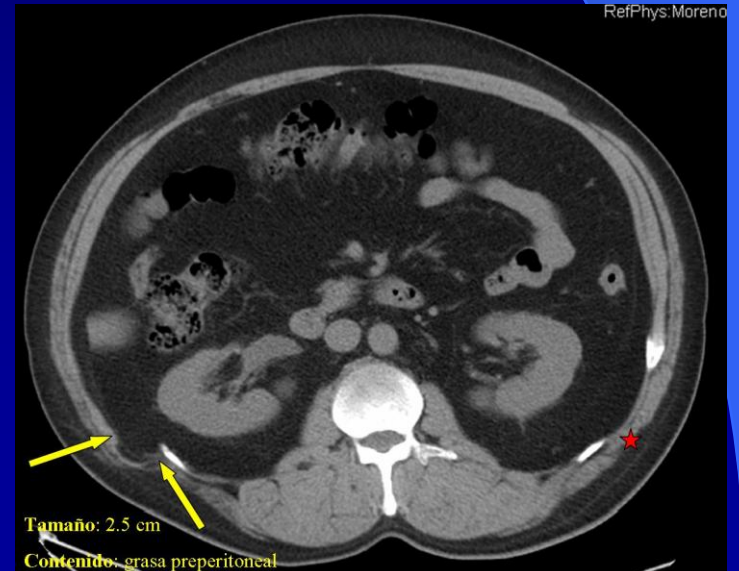
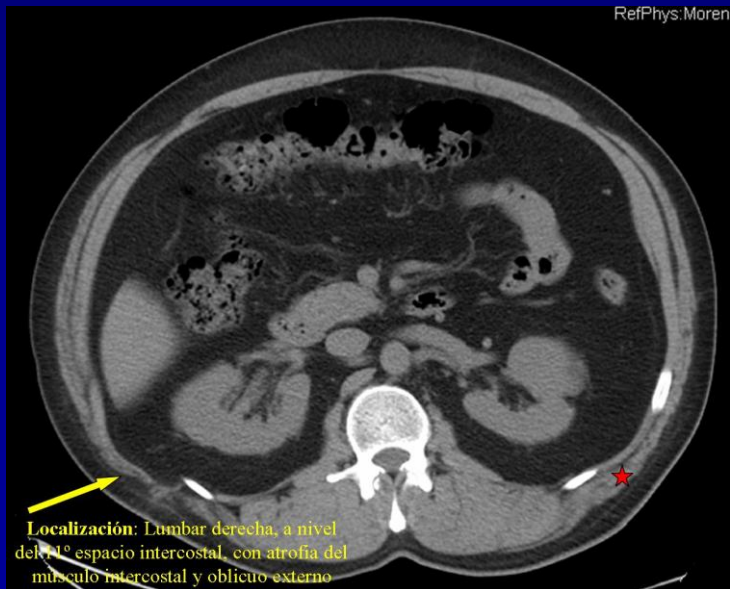


TRATAMIENTO

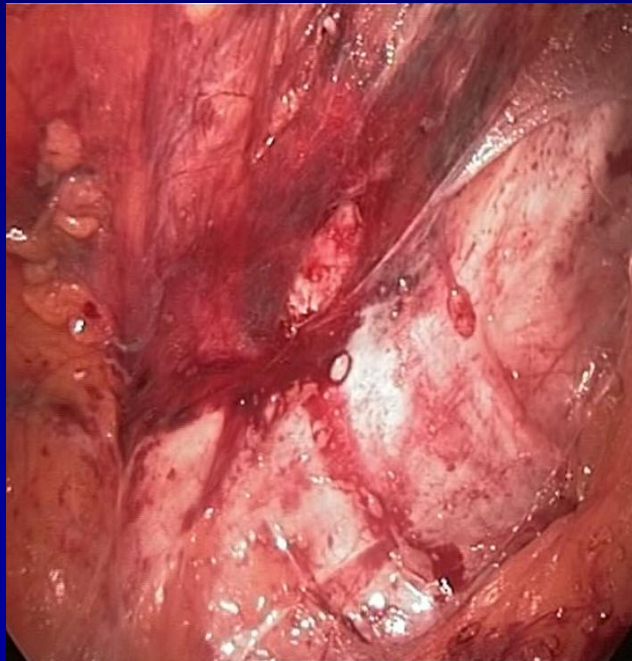
	A	B	C	D
Tamaño	<5cm	5-15cm	>12cm	
Localización	Superior	Inferior	Difusas	
Contenido	Grasa extrap.	Víscera hueca	Víscera maciza	
Etiología	Espontáneas	Incisionales	Traumáticas	
Atrofia muscular	No o leve	Moderada	Intensa	++++
Recidiva	No	SI (abierta)	SI (laparosc)	
	Abierta EP Lap TEP	Lap IP	Abierta	TDR



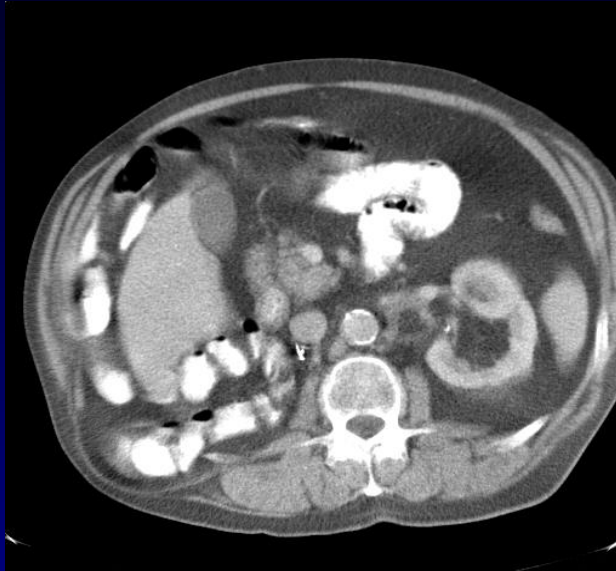
TIPO A



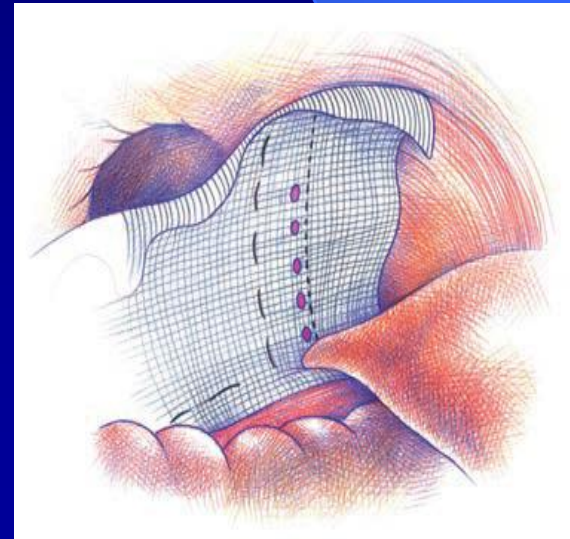
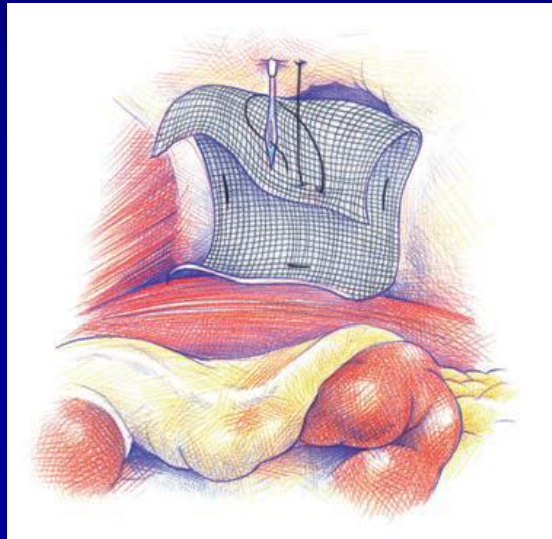
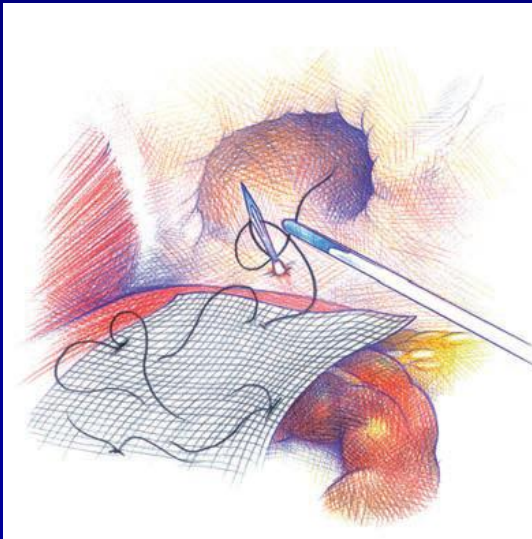
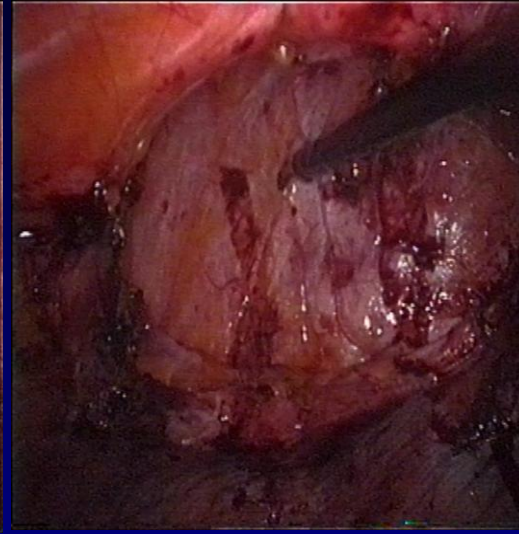
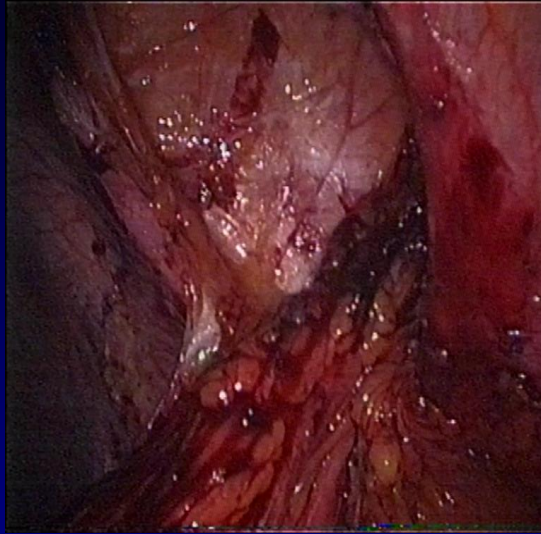
TIPO A



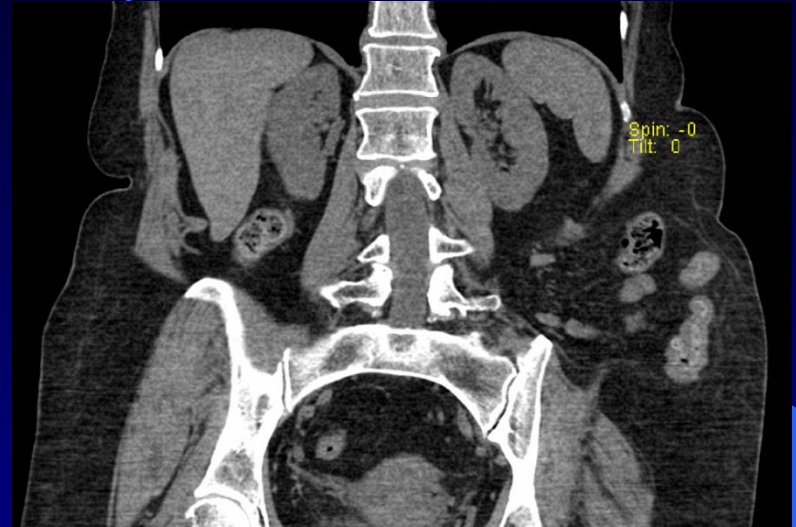
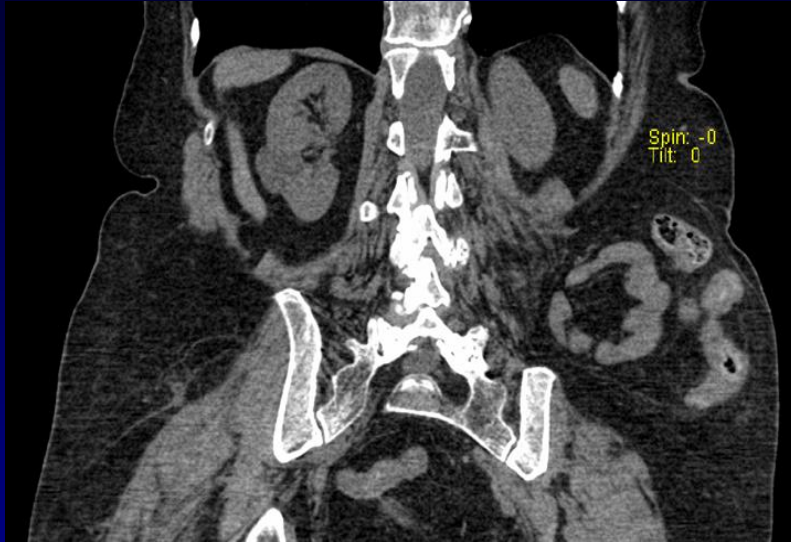
TIPO B



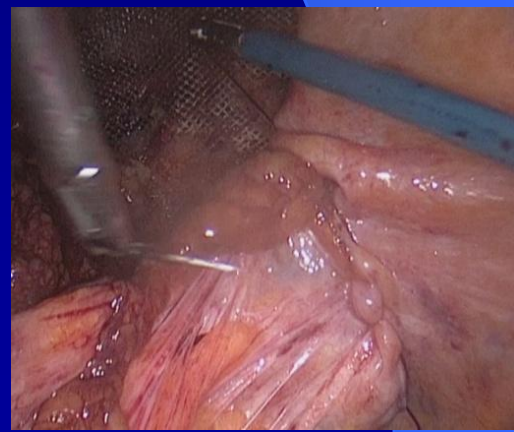
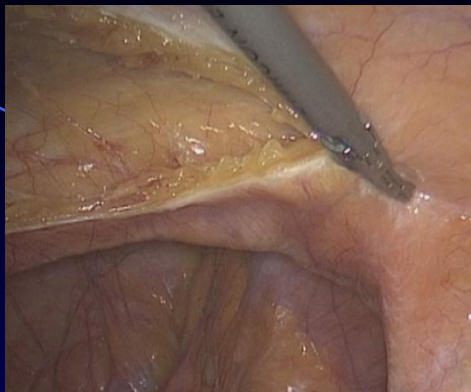
TIPO B



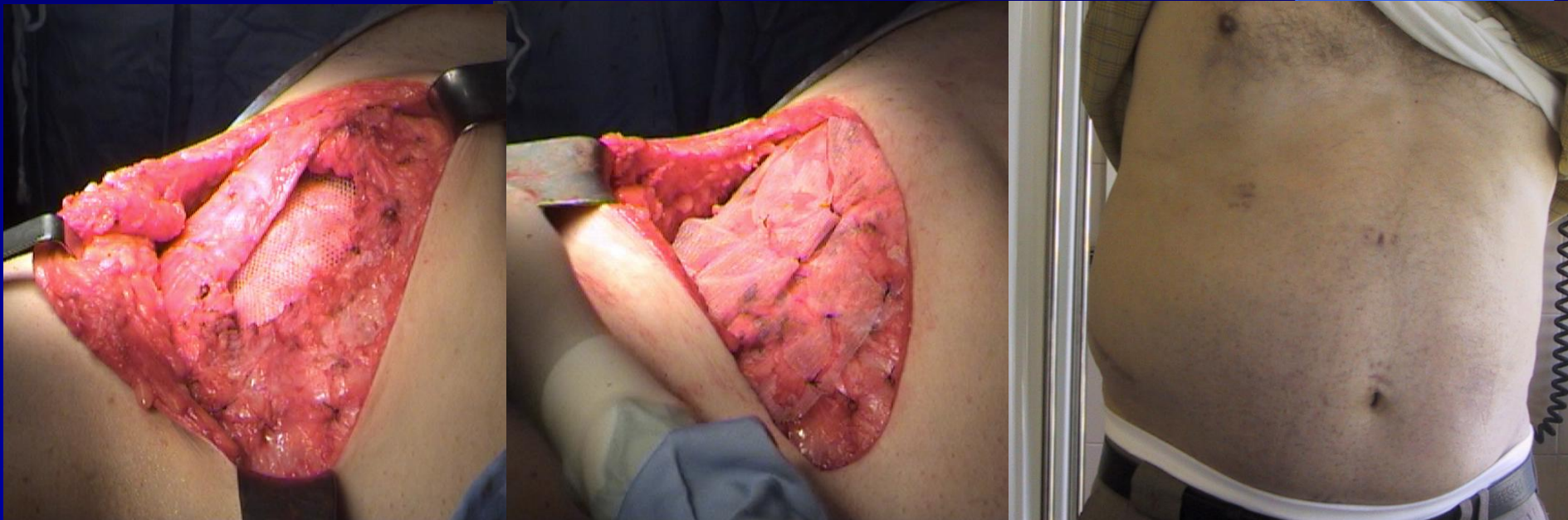
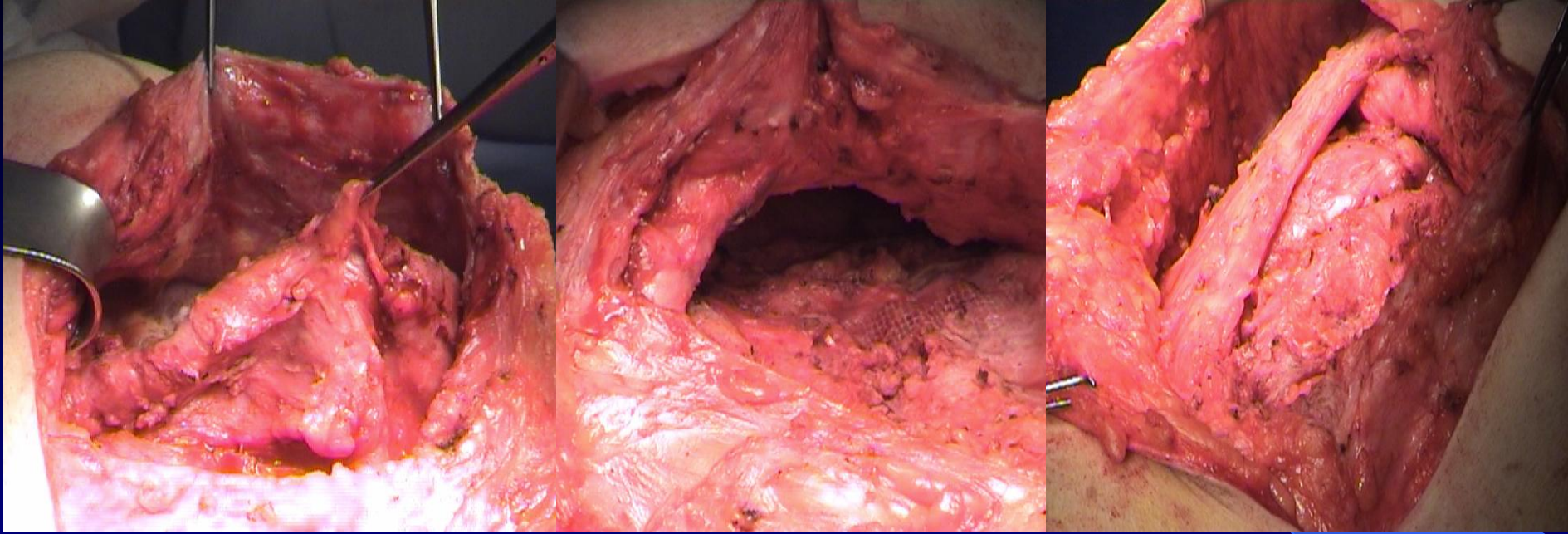
TIPO C



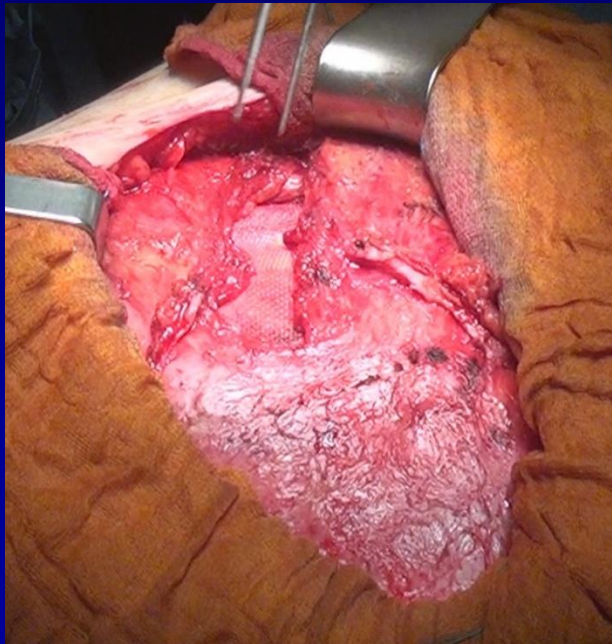
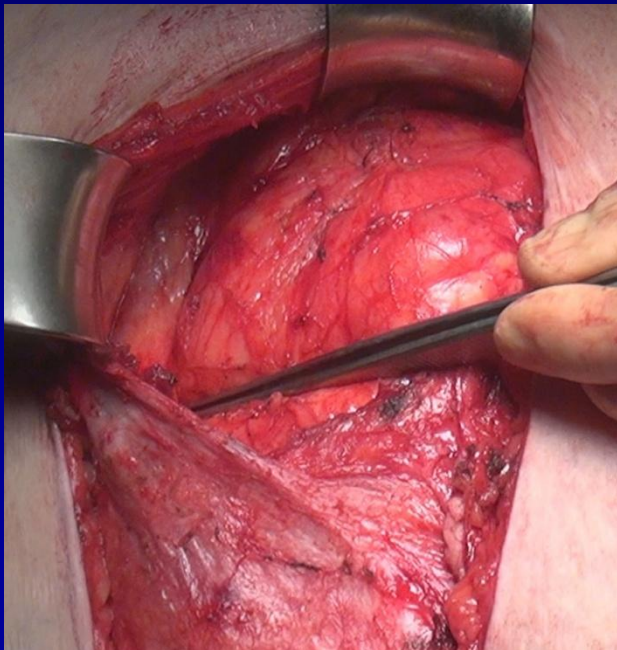
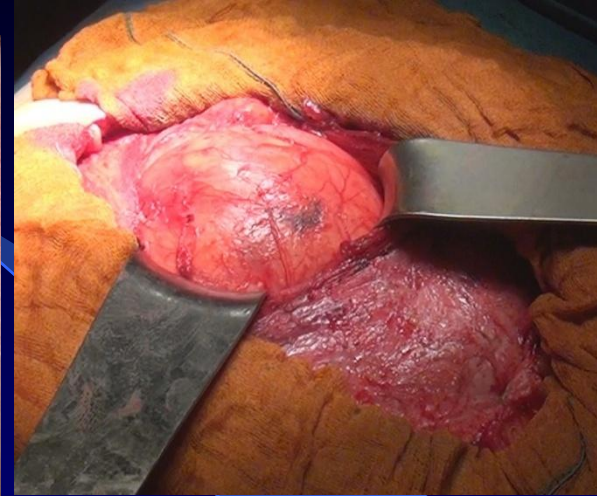
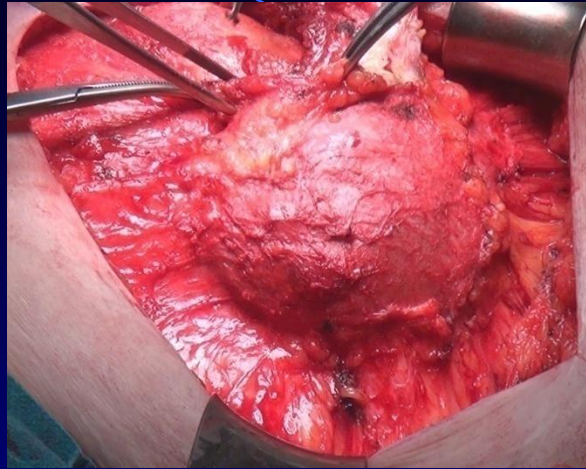
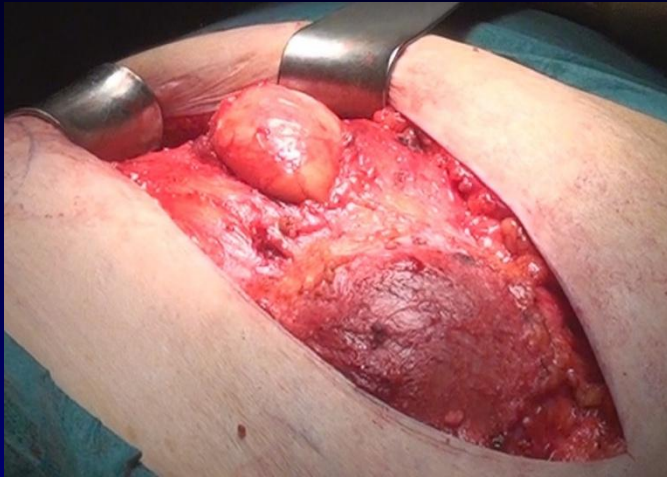
TIPO C



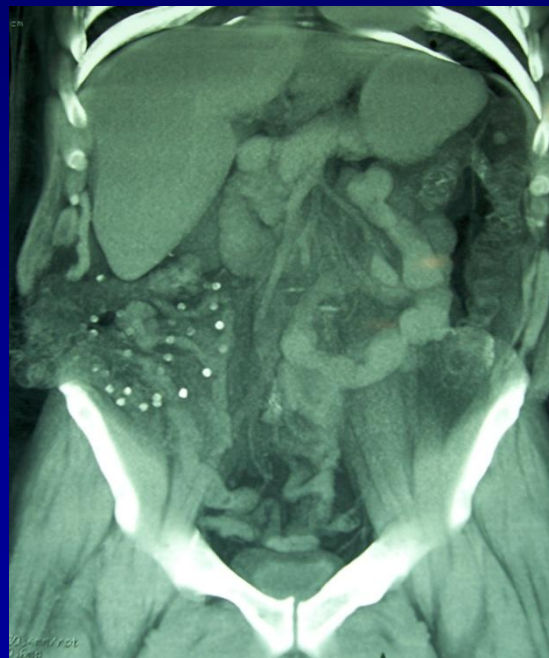
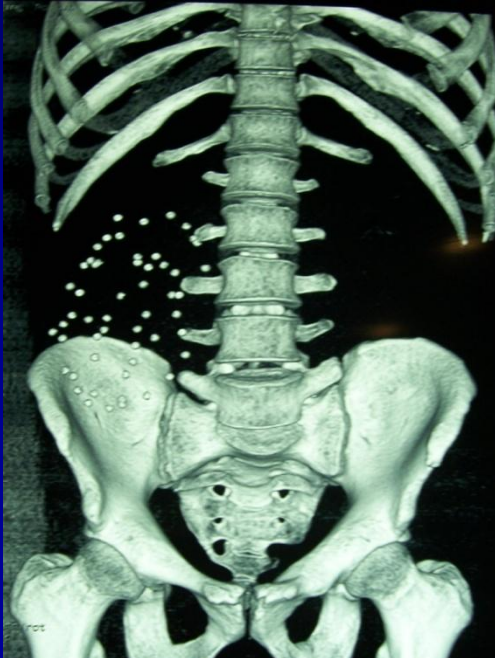
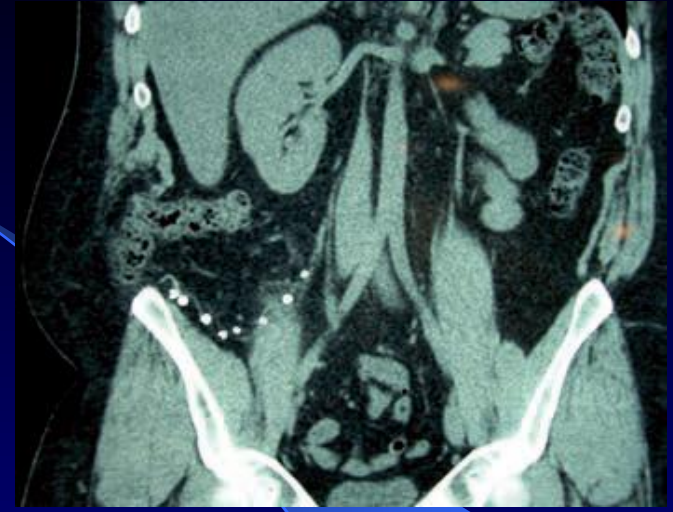
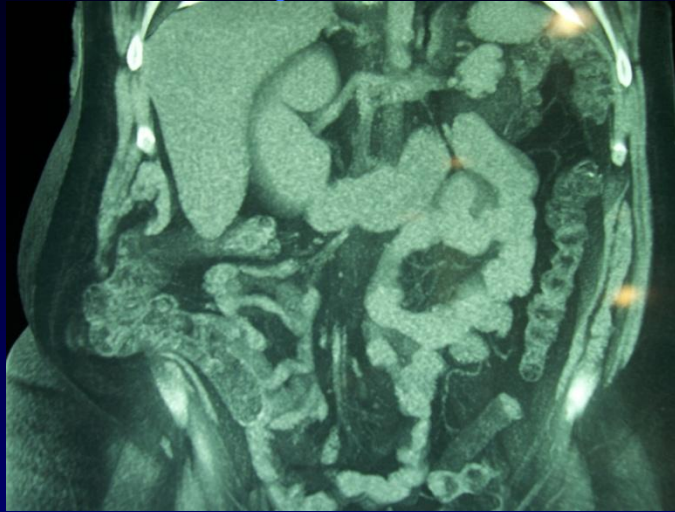
TIPO C recidiva laparoscópica



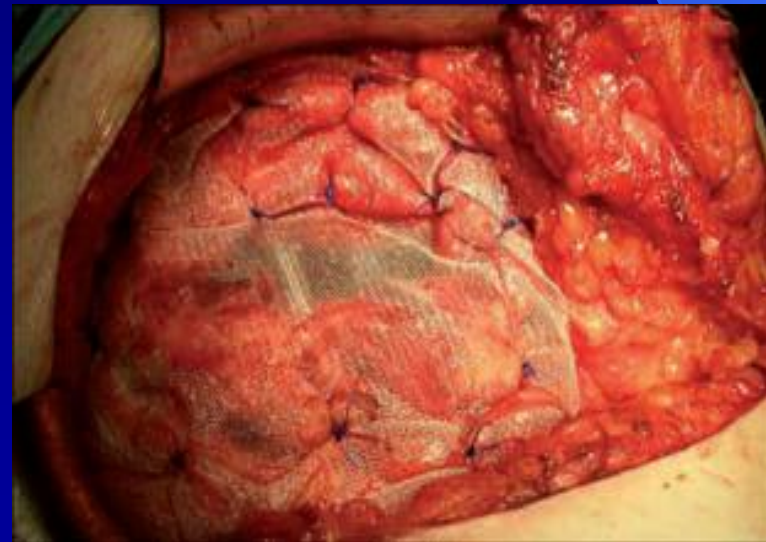
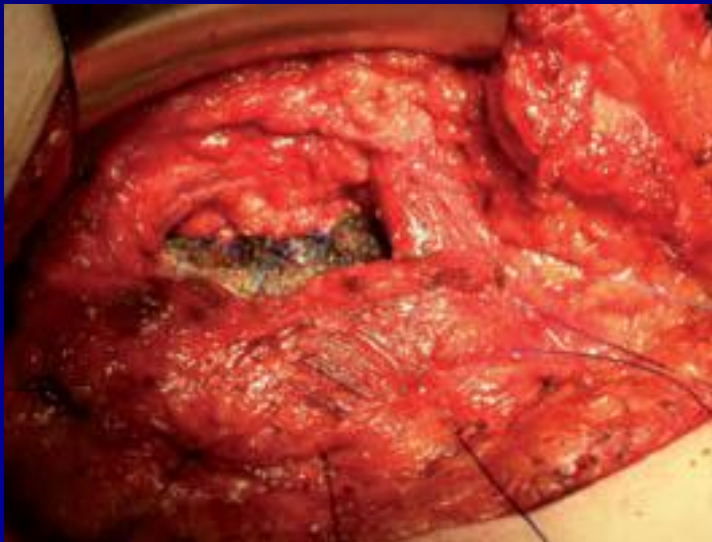
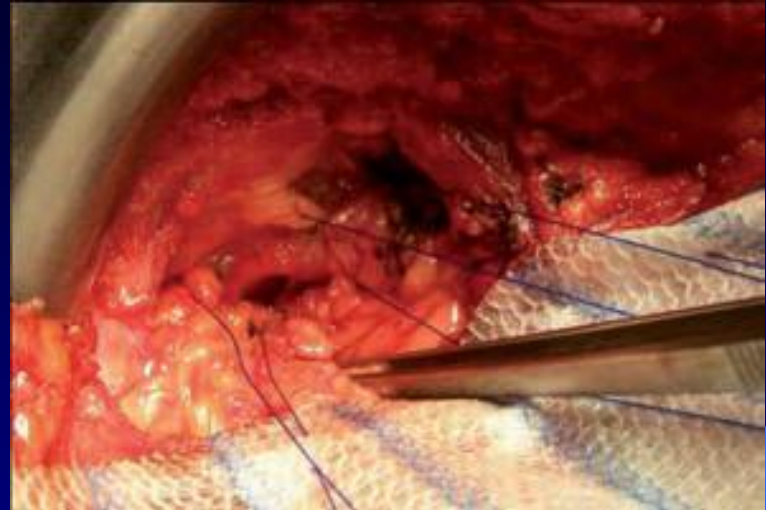
TIPO C con tumor intramuscular



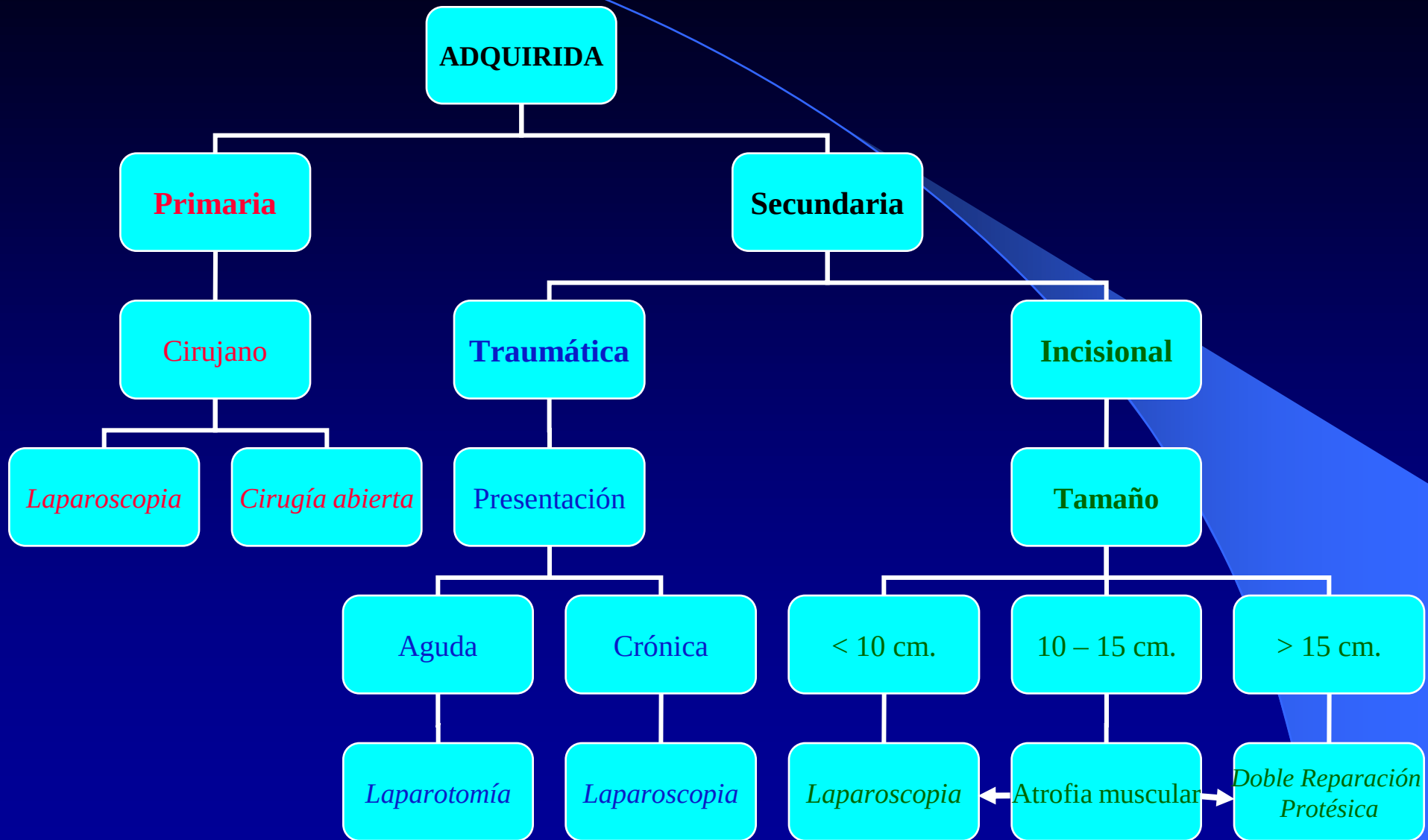
TIPO D



TIPO D



Algoritmo

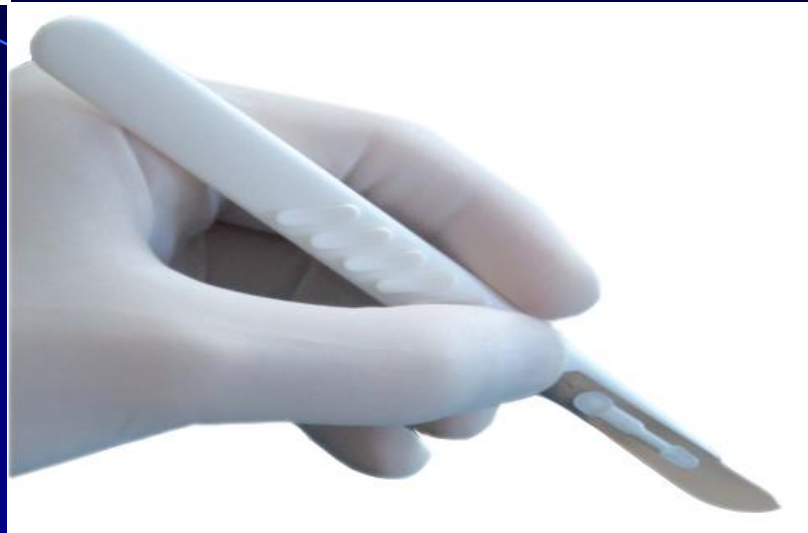


CONCLUSIONES

1. **Clasificación:** de interés para evaluar y comparar resultados
2. **TC:** obligada en el protocolo preoperatorio
3. **HL Primarias:** según experiencia del cirujano (HST prep.)
4. **Vía laparoscópica:** mejor opción en defectos moderados (B)
5. **Vía clásica:** para difusas y fracasos del abordaje laparoscópico
6. **Factores de riesgo de recurrencia:** tamaño y localización



¡GRACIAS POR SU ATENCIÓN!



Web:

www.sohah.org

www.alfredomorenoegea.es

www.clinicahernia.es

