



Hernia lumbar congénita y síndrome lumbocostovertebral. Informe de un caso y revisión de la literatura

Dr. Hugo Salvador Staines-Orozco,* Dr. Miguel Alejandro Galindo-Campos**

RESUMEN

Introducción: Las hernias lumbares son resultado de un defecto en la pared posterior abdominal. Son infrecuentes en niños, en quienes se han informado sólo 45 casos: 19 fueron de naturaleza congénita. Es común que se acompañen de otras malformaciones.

Caso clínico: Niña de 45 días de edad con hernia lumbar congénita y síndrome lumbocostovertebral; con agenesia de la novena a la doceava costillas del lado de la hernia, deformidad de la columna dorsolumbar y agenesia renal unilateral. Se corrigió quirúrgicamente mediante la colocación de una malla de fibra de poliéster.

Discusión: Las hernias lumbares congénitas son más comunes en varones y en el lado izquierdo. El caso que se presenta tenía la hernia en el lado derecho. La colocación de la malla protésica fue necesaria debido a la friabilidad de los bordes musculares. Se recomienda la corrección quirúrgica durante el primer año de vida para evitar la encarcelación de la hernia.

Palabras clave: Hernia lumbar congénita, síndrome lumbocostovertebral, malla protésica, agenesia renal, deformidad de columna.

ABSTRACT

Introduction: Lumbar hernias result from a defect in the posterior abdominal wall. They are uncommon in children; only 45 cases have been reported, and 19 of these, were congenital. They are usually associated with other malformations.

Case report: A 45 days old female presented with congenital lumbar hernia, lumbocostovertebral syndrome and absence of the 9th to the 12th ribs. A deformity of the dorsolumbar spine and a unilateral renal agenesis were also present. Surgical correction was performed using polyester fiber mesh.

Discussion: Lumbar congenital hernias are more frequent in males in the left lumbar region; in this case the defect was on the right lumbar region. The use of a prosthetic mesh was necessary in view of the frail muscular edges. Surgical correction during the first year of life is recommended in order to avoid complications.

Key words: Congenital lumbar hernia, lumbocostovertebral syndrome, prosthetic mesh, renal agenesis, spinal deformity.

Las hernias lumbares se encuentran entre las patologías menos frecuentes en pediatría y generalmente se acompañan de otras malformaciones¹⁻⁶. Se les conoce también como hernias parietolumbares. Pueden ocurrir en dos sitios: en el espacio lumbar superior o en el inferior. El superior,

también llamado triángulo de Grynfeltt-Lesshaft, cuyos límites suelen no estar muy bien definidos, son: arriba el borde inferior de la decimosegunda costilla, medialmente el músculo cuadrado lumbar y lateralmente el borde superior del oblicuo interno³. El espacio inferior, también llamado triángulo de Petit tiene como límites: adelante, la cresta iliaca, lateralmente el borde posterior del oblicuo externo y medialmente el músculo dorsal ancho³.

Desde 1802 y hasta junio del año 2002, sólo se han descrito 45 casos de hernias lumbares en niños^{5,7}. De ellos 19 se diagnosticaron en el periodo neonatal, 14 de los cuales tenían síndrome lumbocostovertebral, como en el que se presenta^{5,7}.

La teoría más aceptada sobre la etiología de estas malformaciones se basa en los estudios de Touloukian quien sugiere que se originan entre la tercera y cuarta semanas de gestación debido a estrés causado por anoxia transitoria que afecta a los somitas a partir de los cuales se desarrollan los cuerpos vertebrales, costillas, músculos y fascias. Esto

* Cirujano Pediatra. Hospital General de Ciudad Juárez. Docente de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

** Estudiante del décimo semestre del Programa de Medicina. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Correspondencia: Dr. Hugo Salvador Staines-Orozco. Pedro Rosales de León No. 7510-117 Col. Las Fuentes. CP 32500 Cd. Juárez, Chihuahua, México

Recibido: febrero, 2008. Aceptado: abril, 2008.

Este artículo debe citarse como: Staines-Orozco HS, Galindo-Campos MA. Hernia lumbar congénita y síndrome lumbocostovertebral. Informe de un caso y revisión de la literatura. Acta Pediatr Mex 2008;29(3):166-8.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

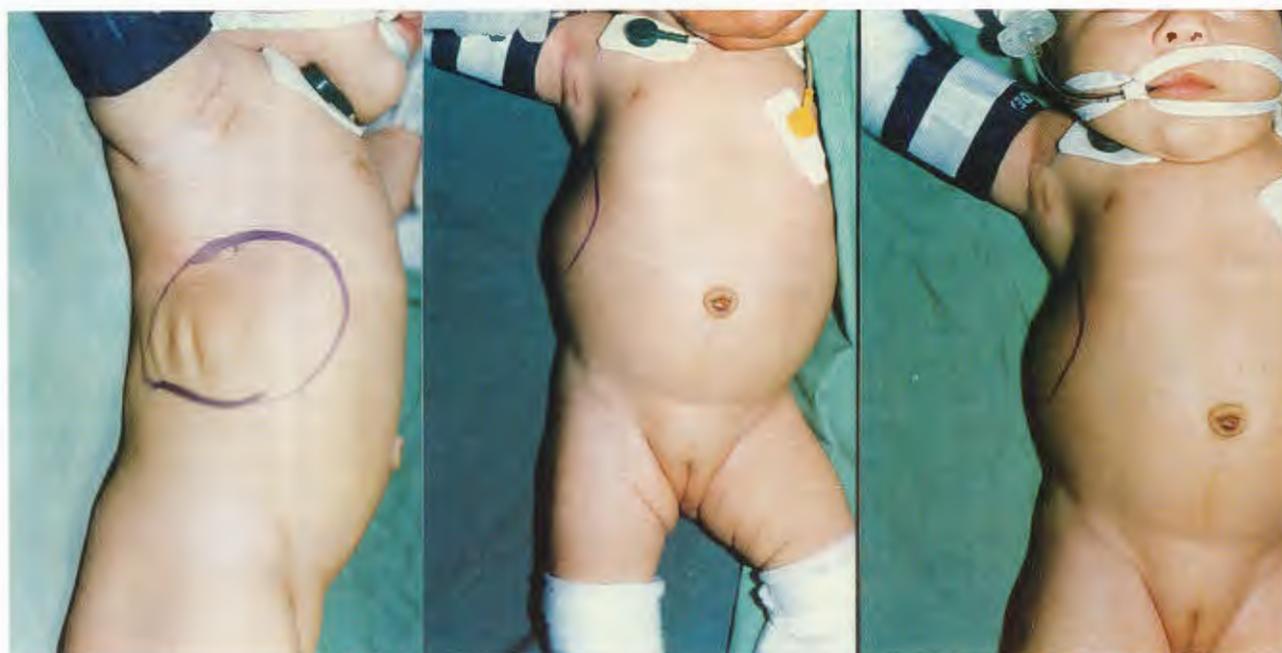


Figura 1. Paciente de 45 días de edad con hernia lumbar derecha en tres posiciones.

da lugar a malformaciones de la pared toracoabdominal y predispone a herniación⁸.

Nuestro caso presentó además agenesia renal derecha. Publicamos este caso por su extraña presentación y hacemos énfasis en el uso de material protésico para su reparación.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 45 días de edad, nacida por parto eutócico. Desde su nacimiento se vio que tenía aumento de volumen fácilmente reducible en la región posterolateral derecha del abdomen, que aumentaba de tamaño con el llanto. A la palpación la hernia medía 7.0 x 5.0 cm; estaba limitada arriba por la octava costilla, afuera por los músculos lumbares, adelante 2 cm arriba del borde superior de la cresta iliaca y medialmente 2 cm por fuera del borde externo del recto anterior derecho del abdomen. Una RX toracoabdominal mostró ausencia de la novena, décima, undécima y duodécima costillas y deformidad de la columna vertebral entre D9 y L2. El ultrasonido reveló agenesia del riñón derecho. La paciente fue dada de alta a los siete días de vida sin ningún síntoma. A la sexta semana de vida fue reevaluada y se decidió operarla para evitar alguna complicación como incarceration. Se hizo una incisión transversal sobre la

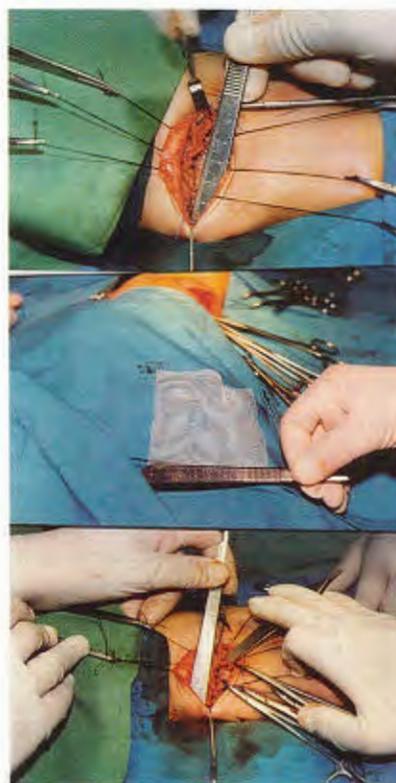


Figura 2. Corrección quirúrgica con reforzamiento protésico (tres vistas).

piel del defecto, se disecó el tejido celular subcutáneo, se identificó el borde muscular del defecto a 1 cm por debajo del borde inferior de la octava costilla, a 1 cm medialmente de los músculos lumbares, a 2 cm sobre la cresta iliaca y a 2 cm del borde externo del recto anterior del abdomen derecho. Se identificó un defecto de forma ovalada que medía 7 x 5 cm de diámetro mayor transverso. A continuación se disecó 1 cm del perímetro del borde muscular, separándolo del peritoneo. Se trató de realizar un cierre primario que no fue posible debido a la fragilidad de los bordes musculares y la amplitud del defecto.

Debido a esto se reforzaron los bordes musculares superior e inferior con una malla protésica de fibra de poliéster, que se fijó con puntos simples en "U" de prolene 3-0. Luego se cerró el defecto uniendo ambos bordes reforzados y se suturaron con puntos de colchonero separados de prolene 3-0. Se colocó un drenaje de Penrose entre la pared muscular y el tejido celular subcutáneo. Finalmente se cerró la incisión quirúrgica con catgut 3-0 en el tejido celular subcutáneo y prolene 4-0 intradérmico.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. Se obtuvo un drenaje seroso durante seis días a través del Penrose que disminuyó gradualmente hasta desaparecer; se retiró al séptimo día del postoperatorio.

DISCUSIÓN

Las causas más frecuentes de la hernia lumbar son un traumatismo intenso, infecciones o complicaciones quirúrgicas en esa región⁵. La forma congénita ocurre en el 10% de los casos y generalmente se acompaña de alteraciones mielodisplásicas^{7,9}; más frecuentemente, de malformaciones del sistema musculoesquelético de la región lumbar, el más común de los cuales es el síndrome lumbocostovertebral¹⁰. Debido a esta asociación, el diagnóstico de hernia lumbar congénita, ha de apoyarse en estudios de gabinete: radiografías, ecogramas y tomografía computada toracoabdominales con objeto de identificar y localizar defectos asociados^{3,5,6}.

Se indica el tratamiento quirúrgico durante el primer año de vida para evitar la incarceration, aunque sea infre-

cuente, así como para evitar que aumente el tamaño del defecto con el crecimiento del paciente^{3,5}.

El presente caso clínico tuvo una forma rara de hernia lumbar acompañada de defectos lumbocostovertebrales y además, ausencia del riñón derecho¹⁰. Existen algunas particularidades que remarcamos: las hernias lumbares congénitas son más frecuentes en varones 2:1; más común en la región lumbar izquierda³; en nuestro caso se trató de una niña y el defecto se encontraba en la región lumbar derecha. La mayoría de los casos descritos en la literatura tiene hernias pequeñas que pueden corregirse con cierre primario. Cuando se trata de defectos más grandes se sugiere efectuar rotación de los colgajos musculares o el uso de una malla protésica^{2,3,10}. Con esta última técnica hubo buen resultado en nuestro caso, ya que aumentó la resistencia de los bordes reforzados.

REFERENCIAS

1. Talukder BC. Congenital lumbar hernia. *J Pediatr Surg* 1974;9:419-20.
2. Bernay F, Gidener C, Gürses N. Superior lumbar hernia associated with the lumbocostovertebral syndrome. *Pediatr Surg Int* 1990;5:469-70.
3. Lafer DJ. Neuroblastoma and lumbar hernia: a casual relationship? *J Pediatr Surg* 1994;29:926-9.
4. Somuncu S, Bernay F, Rizalar R, et al. Congenital lumbar hernia associated with the lumbocostovertebral syndrome: two cases. *Eur J Pediatr Surg* 1997;7:122-4.
5. Karmani S, Ember T, Davenport R. Congenital lumbar hernias: a case report. *J Pediatr Surg* 2002;37:921-3.
6. Chenoweth J, Wenzel V. Computed tomography demonstration of inferior lumbar (Petit's) hernia. *Clin Imaging* 1989;13:164-6.
7. Hancock BJ, Wiseman NE. Incarcerated congenital lumbar hernia associated with the lumbocostovertebral syndrome. *J Pediatr Surg* 1988;23:782-3.
8. Touloukian RJ. Lumbocostovertebral syndrome: a single somatic defect. *Surgery* 1972;71:174-81.
9. Flickinger F, Masson J. Bilateral Petit's hernia and an anterior sacral meningocele occurring in the same patient. *Am J Surg* 1946;71:752-9.
10. Fakhry SM, Azizkhan RG. Observations and current operative management of congenital lumbar hernias during infancy. *Surg Gynecol Obstet* 1991;172:475-9.

