



**Obstrucción intestinal baja
condicionada por hernia de Petit
espontánea incarcerada**

**Small bowel obstruction
conditioned by incarcerated
spontaneous Petit's hernia**

10.20960/rhh.00373

07/19/2022

Obstrucción intestinal baja condicionada por hernia de Petit espontánea incarcerada

Small bowel obstruction conditioned by incarcerated spontaneous Petit's hernia

Alberto Díaz García, Luis Eduardo Pérez Sánchez, Eugenia Caballero Rodríguez, Ayaya Alonso Alvarado, Manuel Ángel Barrera Gómez
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife (España)

Recibido: 03/08/2020

Aceptado: 17/08/2020

Autor para correspondencia: Alberto Díaz García. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Ctra. Gral. del Rosario, 145. 38010 Santa Cruz de Tenerife (España)
Correo electrónico: alber.dg.med@gmail.com

DOI: 10.20960/rhh.00373

Este caso ha sido presentado en la XXII Reunión Nacional de Cirugía, celebrada en Santander, del 6 al 8 de noviembre de 2019.

Conflicto de interés: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESUMEN

Las hernias lumbares son una entidad infrecuente con aproximadamente unos 300 casos descritos en la literatura. Dentro de estas, la hernia de Petit es la formada en el triángulo lumbar inferior. Al tratarse de una entidad poco común, las complicaciones derivadas

como la obstrucción intestinal secundaria a la incarceration o estrangulamiento, son excepcionales. Presentamos un caso de hernia de Petit debutando como cuadro de obstrucción intestinal.

Palabras clave: Hernia, lumbar, Petit, obstrucción intestinal, incarceration.

ABSTRACT

Lumbar hernias are a rare entity with approximately 300 described cases in literature. Amongst these, Petit's hernia is the one formed in the lower lumbar triangle. As it is an uncommon entity, complications such as secondary intestinal obstruction to incarceration or strangulation are exceptional. We present a case of Petit's hernia debuting as an intestinal obstruction.

Keywords: Hernia, lumbar, Petit, bowel obstruction, incarcerated.

INTRODUCCIÓN

Las hernias lumbares son una entidad infrecuente con aproximadamente unos 300 casos descritos desde que en el año 1672 fue descrito por primera vez por Barbette. Aproximadamente el 20 % de este tipo de hernias son congénitas y el 80 % restante adquirido, ya sea de origen espontáneo, traumático o yatrógeno¹.

El triángulo de Petit tiene sus límites conformados medialmente por el músculo latísimo del dorso, posterolateralmente el oblicuo externo, con límite inferior en el borde superior de la cresta iliaca y con el fondo del triángulo formado por el oblicuo interno. La debilidad de la fascia de estos músculos y el defecto de la aponeurosis del latísimo del dorso conducen a la hernia lumbar inferior o de Jean Louis Petit². Al tratarse de una entidad poco común, las complicaciones derivadas como la obstrucción intestinal secundaria, la incarceration o estrangulamiento son excepcionales y por ello no existen guías de manejo específico³.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 88 años independiente, con antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensión arterial y dislipemia. Como antecedentes quirúrgicos solo presenta una cesárea, sin antecedentes traumáticos ni otras cirugías abdominales previas.

Acude a urgencias por cuadro clínico compatible con obstrucción intestinal y molestias en flanco derecho de una semana de evolución. Además, refiere un cuadro constitucional con astenia y pérdida de peso de varios meses de evolución. A la exploración se objetiva un abdomen muy distendido, con molestias difusas, además de una tumoración no reductible en flanco derecho.

Sospechando un cuadro oclusivo de origen neoplásico se realiza una tomografía computarizada (TC) (figs. 1 y 2). Objetivamos dilatación de ciego e intestino delgado y confirmamos una herniación de colon ascendente a través de un defecto en la pared lateral derecha que condiciona un cuadro de oclusión intestinal baja, sugestivo de hernia de Petit complicada.

A través de laparotomía media, se objetiva una hernia de Petit incarcerada que contiene la pared antimesentérica del ciego. Se lleva a cabo una liberación del contenido herniario y reparación del orificio mediante herniorrafla a puntos sueltos de monofilamento reabsorbible de larga duración de 2/0. La evolución inicial de la paciente es correcta, pero al quinto día posoperatorio presenta una parada respiratoria tras una broncoaspiración masiva y es *exitus*.

La región lumbar presenta 2 zonas de debilidad delimitadas y definidas en un triángulo superior y en otro inferior⁴. Jean Louis Petit fue el primero en describir los límites anatómicos del espacio lumbar inferior en 1783, mediante la descripción de un caso en una mujer de una hernia lumbar incarcerada^{2,5}. Se trata de una entidad infrecuente dentro de la patología herniaria, y existe una limitada casuística en la literatura. Por ello, pese a que en algunas publicaciones se habla de

una mayor tendencia según localización y sexo (predominio lado izquierdo y varones)^{6,7,8}, es difícil concluir dichas afirmaciones debido a la ausencia de largas series de casos⁹.

Este tipo de hernias suelen ser oligoasintomáticas, pueden pasar desapercibidas si el paciente es obeso o si la hernia es de pequeño tamaño⁶ y requieren de un alto grado de sospecha. Pueden manifestarse como molestias o dolor en dicha región, y con una masa palpable o no a nivel lumbar. Los riesgos de complicación por incarceration o estrangulación alcanzan el 25 % y 18 % respectivamente para este tipo de hernias lumbares¹⁰. Además de un estudio básico de imagen, la TAC es la prueba de elección para confirmar el diagnóstico y descartar estas complicaciones puesto que permite visualizar la musculatura, el defecto en la pared abdominal, valorar el contenido y posibles signos de sufrimiento. Además, permite realizar un diagnóstico diferencial y optimizar la planificación de la técnica quirúrgica¹¹.

Debido a lo infrecuente de esta entidad no existe un claro consenso entre la preferencia por una cirugía abierta o laparoscópica. Aunque según lo descrito en la literatura existe cierta tendencia al abordaje laparoscópico, con reparación mediante hernioplastia libre de tensión¹². En nuestro caso, la cirugía de urgencia y la importante dilatación de asas de intestino delgado, además de lo infrecuente del caso, hicieron que optásemos por una cirugía abierta.

Por lo general, se aconseja una hernioplastia por vía anterior mediante incisión lumbar en los pequeños defectos con contenido extraperitoneal y la vía laparoscópica transabdominal en defectos moderados con hernias intraperitoneales. En los casos recidivados o en hernias difusas con tamaño superior a 10 cm se aconseja una plastia anterior con doble malla⁸. Sin embargo, debido a los pocos casos y series registrados, ningún abordaje ha sido recomendado como la técnica quirúrgica estándar y con menor riesgo de recurrencia. En esta paciente, la importante debilidad de la musculatura junto con la duda de la integridad del colon nos hizo

descartar el abordaje anterior. Por otra parte, el pequeño diámetro del orificio y la intervención de urgencia con líquido libre periherniario, nos condicionó a la hora de realizar un cierre primario sin malla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suarez S, Hernandez JD. Laparoscopic repair of a lumbar hernia: report of a case and extensive review of the literature. Surg Endosc. 2013;27(9):3421-9. DOI: 10.1007/s00464-013-2884-9
2. Myrzakhanov Y. Lumbar Triangle (Petit's Triangle) and It's Anatomical Characteristics. Semey State Medical University; 2014.
3. Sartelli M, Coccolini F, van Ramshorst GH, Campanelli G, Mandalà V, Ansaloni L, et al. WSES guidelines for emergency repair of complicated abdominal wall hernias. World J Emerg Surg. 2013;8(1):50. DOI: 10.1186/1749-7922-8-50
4. González Rodríguez F, Paulos Gómez A, López M, Conde Freire R, González Vinagre S, Barreiro Morandeira F, et al. Hernia de Grynfelt. Discusión y manejo. Rev Hispanoam Hernia. 2014;2(2):63-6. DOI: 10.1016/j.rehah.2014.01.001
5. Petit JL. Traite des maladies chirurgicales, et des operations qui leur convenient, volume 2. Paris: T.F. Didot; 1774. pp. 256-8.
6. Orozco Gil N, Martínez Ballester M, Bañuls Matoses Á, Montesinos Meliá C, Caro Pérez F. Hernia de Petit encarcerada: a propósito de un caso. Rev Hispanoam Hernia. 2016;4(1):33-6. DOI: 10.1016/j.rehah.2015.11.001
7. Zhou X, Nve JO, Chen G. Lumbar hernia: clinical analysis of 11 cases. Hernia. 2004;8(3):260-3. DOI: 10.1007/s10029-004-0230-9.
8. Heniford BT, Iannitti DA, Gagner M. Laparoscopic inferior and superior lumbar hernia repair. Arch Surg. 1997;132(10):1141-4. DOI: 10.1001/archsurg.1997.01430340095017
9. Armstrong O, Hamel A, Grignon B, NDoye JM, Hamel O, Robert R, et al. Lumbar hernia: anatomical basis and clinical aspects. Surg Radiol Anat. 2008;30(7):533-7; discussion 609-10. DOI: 10.1007/s00276-008-0361-2

10. Mayagoitia GJC. Acceso anterior para hernioplastia lumbar posincisional. Cir Gen. 2001;23(1):40-3.

11. Cavallaro G, Sadighi A, Miceli M, Burza A, Carbone G, Cavallaro A. Primary lumbar hernia repair: the open approach. Eur Surg Res. 2007;39(2):88-92. DOI: 10.1159/000099155

12. Moreno-Egea A, Torralba-Martinez JA, Morales G, Fernández T, Girela E, Aguayo-Albasini JL. Open vs laparoscopic repair of secondary lumbar hernias: a prospective nonrandomized study. Surg Endosc. 2005;19(2):184-7. DOI: 10.1007/s00464-004-9067-7



Fig. 1. Corte coronal de TC objetivando hernia de Petit derecha complicada.

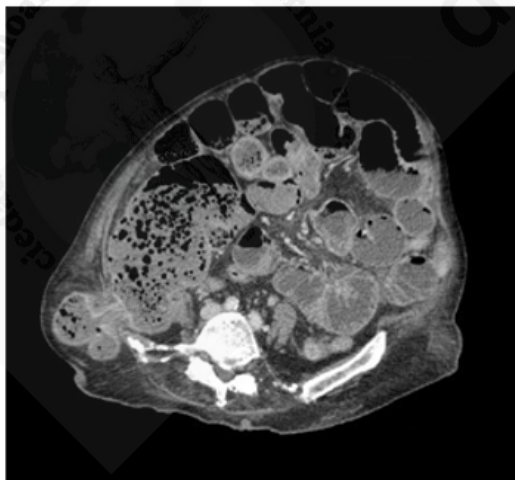


Fig. 2. Corte axial de TC objetivando hernia de Petit derecha complicada.