

Tratamiento laparoscópico de la hernia de Spiegel

Adrián Murillo Zolezzi,* Samuel Kleinfinger Marcushamer,* Javier Robles Castillo,*
Mauricio Alejandro Erazo Franco,* José Humberto Vázquez Sanders*

RESUMEN

Introducción La hernia de Spiegel (HS) es una protrusión del saco peritoneal, órgano o grasa preperitoneal a través de la aponeurosis spigeliana, sea congénita o adquirida. Su incidencia varía entre 0.12-2% de las hernias de la pared abdominal, se presenta generalmente entre los 50 y 60 años. El tratamiento es quirúrgico, y se puede realizar mediante un abordaje convencional o laparoscópico. Con las técnicas laparoscópicas se observa un bajo índice de recidivas. **Caso clínico:** Mujer de 67 años con antecedentes de funduplicatura laparoscópica y apendicectomía. Con cuadro de dolor abdominal en cuadrante inferior derecho de cinco días de evolución, que aumenta al realizar esfuerzo. A la exploración física masa palpable de 3 cm pararectal derecha, no reducible que aumentaba con maniobras de Valsava. Se practicó tomografía computarizada, con la cual se observó una hernia de Spiegel. Se corrigió laparoscópicamente con malla. Egresó al día siguiente. **Discusión:** La hernia de Spiegel es una entidad rara. Su presentación clínica es variada y, por lo tanto, hay que tener alta sospecha diagnóstica al revisar al paciente. Debido a lo poco frecuente de estas hernias y a la dificultad en el diagnóstico, consideramos que la cirugía laparoscópica tiene un rol importante en el diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Spiegel, hernia, laparoscopia.

INTRODUCCIÓN

La hernia de Spiegel (HS) es una protrusión del saco peritoneal, órgano o grasa preperitoneal por defecto en la aponeurosis Spigeliana, sea congénita o adquirido. La aponeurosis Spigeliana es parte de la aponeurosis del músculo transverso del abdomen y oblicuo interno, entre la línea semilunar

ABSTRACT

Introduction: The Spigelian hernia is formed by a protrusion of the peritoneal sac and abdominal viscera or preperitoneal fat through the Spigelian aponeurosis. It's either acquired or congenital, and consists of 0.12%-2% of all abdominal wall hernias. It is most frequent in the 6th or 7th decade of life. The treatment is surgical, and is either conventional or laparoscopic. The laparoscopic treatment is associated with a low recurrence rate. **Case report:** 67 year old female with surgical history of laparoscopic fundoplication and appendectomy. She presents with abdominal pain in right lower quadrant of 5 days duration, which is exacerbated upon effort. On physical examination there is a 3 cm pararectal mass, not reducible that increases in size with Valsalva maneuver. A CT scan was performed where a Spigelian hernia was observed. The defect was corrected laparoscopically with mesh. She was discharged on post op day 1. **Discussion:** The Spigelian hernia is rare, and its clinical presentation is varied. Because of this the clinician must have high clinical suspicion to make the diagnosis. Because it is uncommon and difficult to diagnose, we feel that the laparoscopic approach is an important part of the evaluation and treatment.

Key words: Spigelian, hernia, laparoscopy.

(borde lateral) y el borde lateral del recto abdominal (borde medial),¹ desde el octavo cartílago costal hasta el pubis.

Adriaan Van der Spiegel (1576-1625), anatomista belga, fue el primero en describir la línea semilunar o línea de Spiegel.² El anatomista Joseph Klinkosch fue el primero en describir este tipo de hernias como un defecto en la línea semilunar,⁵ acuñando el término de hernia de Spiegel⁶.

Es una hernia poco frecuente, su incidencia varía entre 0.12-2% de las hernias de la pared abdominal.¹⁻³ Se presenta en todas las edades, con un pico de incidencia entre los 50 y 60 años,⁷ siendo ligeramente más frecuente en mujeres.^{3,6,7}

* Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 31/03/09. Aceptado: 16/04/09.

Correspondencia: Dr. Adrián Murillo Zolezzi
Centro Médico ABC. Sur 136 # 116, Col. Las Américas, 01120 México, D.F.
Tel: 52 30 80 00 ext 8661. E-mail: dradrianmurillo@gmail.com

Más de 90% de las hernias de Spiegel se encuentran en el llamado «cinturón Spigeliano de hernias», una zona transversa de 6 cm localizada arriba del plano interespinoso, donde la aponeurosis Spigeliana es más ancha. Uno de los puntos más débiles es la intersección entre la línea semilunar y la línea semicircular o arco de Douglas o línea arcuata, que marca dónde termina la lámina aponeurótica posterior del recto abdominal.⁸

Sir Astley Cooper, en 1804, dio la primera explicación anatómica con su «teoría vascular», proponiendo un prolapso por la aponeurosis del músculo transverso por apertura de vasos perforantes y nervios.⁹ Anson y MacVay pensaban que se provocaba por infiltración grasa preperitoneal, provocando áreas de debilidad en la pared abdominal.⁷ Fue hasta 1944 cuando Zimmerman propuso un «defecto musculoaponeurótico» arriba de la línea arcuata, resultando en una debilidad entre las capas del músculo transverso y oblicuo interno con interdigitación de tejido graso.¹

Con base en esto, se han considerado varios factores que contribuyen en su etiología, como el aumento de la presión intraabdominal, deterioro de la pared abdominal, alteraciones de colágeno, edad, obesidad, embarazos múltiples, pérdida de peso, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), trauma.^{1,4,5,9} Los casos congénitos se explican por un desarrollo embriológico anormal de la pared muscular,¹⁰ ya que existe 19% de los casos asociado con testículo no descendido ipsilateral.³

La presentación clínica es muy variable, el paciente generalmente se queja de una masa lateral al borde del recto, que protruye con la maniobra de Valsalva.^{1,2,10} Se ha reportado dolor como el único signo presente, sin masa palpable;^{2,9,11} en algunos casos, los pacientes están asintomáticos y resulta un hallazgo quirúrgico o radiológico.¹⁰ Cuando la hernia se presenta encarcelada (aproximadamente 25% de los casos¹¹) el cuadro clínico se caracteriza por dolor, que se puede localizar en la línea media. Se ha reportado que hasta 14% de los pacientes se presentan con estrangulación.¹¹

El diagnóstico es difícil, y más si no se piensa en la entidad, sobre todo porque la hernia es contenida por detrás de la fascia. Sólo 50% de las hernias se diagnostican preoperatoriamente.¹²

Entre los métodos de imagen disponibles para el diagnóstico se encuentran las radiografías simples de abdomen, el ultrasonido y la tomografía computarizada (TC).⁷ Las radiografías simples del abdomen son útiles en caso de que el paciente tenga un cuadro de oclusión intestinal. En rara ocasión en la placa lateral se observarán asas de intestino dentro de la pared abdominal. El ultrasonido tiene la ventaja de ser más específico y sensible, además de ser rápido y de bajo costo. Se puede utilizar en la sala de emergencia o en pacientes embarazadas. Puede llegar a mostrar asas intestinales dentro del saco herniario. La tomografía computada (TC) es el método diagnóstico más preciso, en especial si se utiliza medio de contraste oral. Éste permite visualizar las diferentes capas de la pared abdominal y las vísceras que pueden estar protruyendo a través del defecto. Además, tiene la ventaja de que se puede excluir otra patología de la pared abdominal o intraabdominal.^{1,4,10}

El tratamiento siempre es quirúrgico, y se puede realizar de diversas maneras. De manera convencional (no laparoscópico) encontramos la reparación directa del defecto, la cual se considera una reparación con tensión y cursa con un porcentaje elevado de recidivas (4%).¹² Además, está la reparación con malla (sin tensión), con la cual se logra una disminución significativa de las recidivas (0% en algunas series).^{1,4} Una de las desventajas de las técnicas convencionales es que requieren una incisión y disección amplias, por lo que requieren hospitalización.¹³

Por otro lado, se encuentran las técnicas laparoscópicas. Este tipo de reparación se realizó por primera vez en 1992, y hay tres variaciones principales: la reparación totalmente extraperitoneal, el abordaje transabdominal preperitoneal y el método intraperitoneal tipo «onlay» (IPOM).^{1,14} Este tipo de técnicas han mostrado un índice de recidivas reportado en 0%.¹³ Las técnicas intraperitoneales permiten la valoración de las vísceras abdominales, lo que puede ser útil para valorar viabilidad intestinal, si existe duda en el diagnóstico o para realizar otros procedimientos simultáneos. Sin embargo, hay un riesgo agregado de una lesión visceral.^{4,13} Dado que estas técnicas no requieren una

diseción extensa, permiten una recuperación rápida y con poco dolor.⁵ Por la naturaleza de las incisiones hay una disminución en el porcentaje de infección de las heridas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 67 años con antecedentes de una funduplicatura laparoscópica y apendicectomía. Se presentó a consulta por dolor abdominal en cuadrante inferior derecho de cinco días de evolución. Refirió que el dolor se exacerbaba con el esfuerzo, y que notó aumento de volumen en la región. Se realizó un estudio tomográfico donde se observó una hernia de Spiegel de 4-6 cm, cuyo saco midió 9-10 cm y que contenía asas intestinales (*Figura 1*). A su ingreso, se encontró hemodinámicamente estable, regularmente hidratada. Presentaba dolor a la palpación en flanco derecho, sin irritación peritoneal, con peristalsis. Se palpaba una masa de 3 cm de diámetro en la línea semilunar derecha, no reducible, que aumentaba de volumen con la maniobra de Valsalva. No se observaron cambios de coloración en la piel. Se tomó química sanguínea, biometría hemática completa y perfil de coagulación, los cuales se encontraron dentro de límites normales.

Fue ingresada con diagnóstico de hernia de Spiegel y programada para tratamiento quirúrgico. Durante la cirugía se observó un defecto de 5 x 5



Figura 1. Tomografía computarizada de abdomen. Se observa hernia de Spiegel con asas intestinales en su interior.



Figura 2. Vista laparoscópica de hernia de Spiegel después de reducir su contenido.

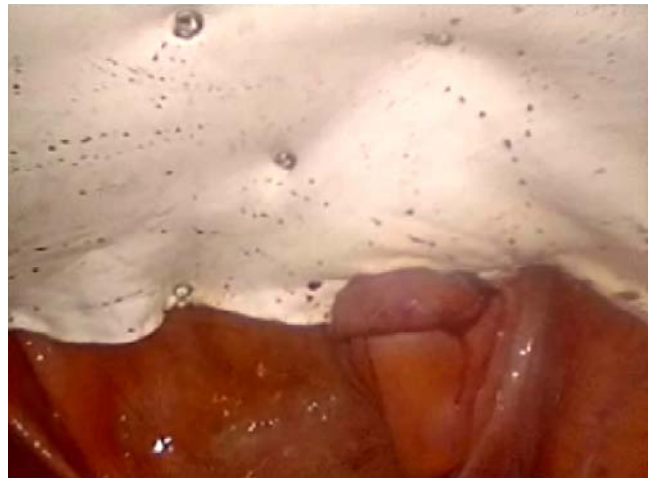


Figura 3. Vista laparoscópica de reparación de hernia de Spiegel con malla tipo «dual mesh».

x 5 cm con un saco de 5 x 7 cm (*Figura 2*), sin compromiso intestinal, se realizó reparación del defecto por laparoscopia con malla de politetrafluoroetileno expandido «Dual Mesh®» de 15 x 19 cm. Se observó además una hernia incisional en cuadrante superior derecho que se reparó con endoclose y una hernia umbilical, ambas fueron cubiertas con la misma malla (*Figura 3*).

La paciente cursó un postoperatorio con mínimo dolor y egresó en buen estado general, tolerando la vía oral un día después de la cirugía.

DISCUSIÓN

La hernia de Spiegel constituye una entidad rara dentro de la cirugía general. Su presentación clínica es variada y, por lo tanto, hay que tener alta sospecha diagnóstica al revisar al paciente. Si existe duda del diagnóstico, hay métodos de imagen con alta precisión como la tomografía computarizada, que se pueden utilizar como adyuvantes. Una vez diagnosticada, el tratamiento de elección es quirúrgico, habiendo diversas técnicas disponibles.

Existen, sin embargo, diversas opiniones en cuanto a cuál es la mejor técnica y en qué paciente. El índice de recurrencias es similar para ambas técnicas en cuanto se utilicen mallas. Para hernias no complicadas, la técnica laparoscópica extraperitoneal permite gozar de los beneficios de una cirugía extraperitoneal y de la mínima invasión.^{15,16} En caso de una hernia complicada hay quienes consideran la técnica convencional como la mejor opción.^{13,17}

CONCLUSIONES

Debido a lo poco frecuente de estas hernias y la dificultad en el diagnóstico, consideramos que la cirugía laparoscópica tiene un rol importante en el diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, sólo la recomendamos cuando el cirujano está especializado en la reparación de defectos herniarios por esta vía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Richards A. Spigelian hernias. *Operative Techniques in General Surgery* 2004; 6 (3): 228-239.
2. Cervantes J, Rojas G, Menéndez A, Cicero A, Vidal P. Hernia de Spiegel. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2007; 52 (2): 65-68.
3. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Spigelian Hernia: Surgical Anatomy, Embryology and Technique of repair. *Am Surg* 2006; 72 (1): 42-72.
4. Sánchez I, Deysine M. Spigelian and other uncommon hernia repairs. *Surg Clin N Am* 2003; 83: 1235-1253.
5. Campanelli G, Pettinari D, Nicolosi FM, Contessini E. Spigelian hernia. *Hernia* 2005; 9: 3-5.
6. Komura J, Hiromichi Y, Masafumi U, Shima I. Pediatric Spigelian hernia: Reports of three cases. *Surg Today* 1994; 24: 1081-1084.
7. Spangen L. Spigelian Hernia. *World J Surg* 1989; 13: 573-580.
8. Fernández L, Roig J, Monzón A. Hernia de Spiegel: a propósito de siete casos. *Rev Esp Enf Dig* 1989; 75: 267-270.
9. Cerdán R, Cantín S, Barranco JI, Bernal J, Duque MV. Hernia de Spiegel. Revisión a propósito de 8 casos. *Rev Cub Cir* 2005; 44 (4).
10. Moles L, Docobo F, Mena J, Quinta de Frutos R. Hernia de Spiegel en España. Análisis de 162 casos. *Rev Esp Enf Dig* 2005; 97 (5): 338-347.
11. Larson D, Farley D. Spigelian hernias: Repair and outcome for 81 patients. *World J Surg* 2002; 26: 1277-1281.
12. Celdrán A, Señaris J, Mañas J, Frieyro O. The open mesh repair of Spigelian hernia. *Am J Surg* 2007; 193: 111-113.
13. Moreno-Egea A, Carrasco L, Girela E, Martín JG, Aguayo JL, Canteras M. Open vs laparoscopic repair of Spigelian hernia, a prospective randomized trial. *Arch Surg* 2002; 137: 1266-1268.
14. Gedebo T, Neubauer W. Laparoscopic repair of bilateral spigelian and inguinal hernias. *Surgical Endoscopy* 1998; 12: 1424-1425.
15. Moreno-Egea A, Campillo-Soto A, Girela-Baena E, Torralba-Martínez JA, Corral de la Calle M, Aguayo-Albasini JL. Hernia traumática de Spiegel: reparación laparoscópica extraperitoneal electiva. *Cir Esp* 2006; 79 (1): 61-63.
16. Moreno-Egea A, Aguayo-Albasini JL, Girela E. Treatment of Spigelian hernia using totally Extraperitoneal laparoscopy ambulatory surgery. *Surg Endosc* 2002; 16 (12): 1806-1811.
17. Miller R, Lifschitz O, Mayor E. Incarcerated Spigelian hernia mimicking obstructing colon carcinoma. *Hernia* 2008; 12: 87-89.