



www.elsevier.es/cirugia

P-486 - ESTUDIO DE LAS HERNIAS DE SPIEGEL EN NUESTRO HOSPITAL

Martínez Alcaide, Sonia; Carbonell Tatay, Fernando; Mariner Belvis, Sergio; Lorenzo Pérez, Javier; Pedrosa Soler, Marta; Osorio Manyari, Joel Davis; Poves Gil, Pedro Manuel; Ballester Sapiña, Blas

Hospital de la Ribera, Alzira.

Resumen

Introducción: La hernia de Spiegel, descrita por Klinkosch, representa menos del 1% de las hernias de la pared abdominal. Se trata de la protrusión de un saco peritoneal con contenido intraabdominal o grasa preperitoneal a través de un defecto en la aponeurosis de Spiegel, que se localiza entre la línea semilunar y el borde externo del músculo recto.

Métodos: Presentamos un estudio observacional descriptivo, que analiza una serie de 39 pacientes diagnosticados e intervenidos de hernia de Spiegel en nuestro hospital durante un período de 12 años. Los factores que analizamos son: edad, sintomatología, obesidad, masa palpable, técnica de imagen, defectos de pared asociados, técnica empleada, bilateralidad, cirugía de urgencia, estancia y complicaciones.

Resultados: Se trata de 29 mujeres y 10 varones con edades comprendidas entre los 38 y 89 años. Se han diagnosticado 28 casos por TC, 6 por ecografía, 1 por RMN y 4 sin pruebas de imagen. Como defectos de pared asociados: 8 presentaron hernia inguinal, 2 hernia umbilical, 3 hernia inguinal más hernia umbilical, 1 caso presentaba una carcinomatosis por neoplasia de ovario, 1 apareció durante el embarazo, 1 se diagnosticó en un cuadro de oclusión del sigma. Han aparecido 2 recidivas. 8 de los pacientes se han intervenido de urgencia y 31 de forma programada. Utilizamos malla colocada preaponeurótica en 37 de los casos, preperitoneal en un caso y reparación sin malla en un caso. La estancia hospitalaria fue de régimen sin ingreso o ingreso menor a 3 días en 36 de los 39 pacientes.

Conclusiones: La hernia de Spiegel se sitúa entre el borde lateral del músculo recto y la línea semilunar, donde revela el defecto aponeurótico o la presencia de una masa móvil. Por su infrecuente presentación, sintomatología inespecífica y exploración anodina, puede pasar desapercibida, por lo que debe descartarse su presencia ante un dolor abdominal atípico, frecuentemente infraumbilical, que se modifica con los esfuerzos. Para el diagnóstico se usa ecografía o Tc abdominal, la cual permite observar con más exactitud el orificio herniario, el saco y el contenido herniario. El tratamiento es quirúrgico, normalmente reparando el defecto con malla.