

Hernia traumática de Spiegel: reparación laparoscópica extraperitoneal electiva

Alfredo Moreno-Egea, Álvaro Campillo-Soto, Enrique Girela-Baena, José Antonio Torralba-Martínez, Miquel Corral de la Calle y José Luis Aguayo-Albasini

Unidad de Pared Abdominal. Servicio de Cirugía General y de Radiología. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia. España.

Resumen

La hernia traumática de Spiegel es infrecuente. Habitualmente suele tratarse durante el mismo ingreso mediante cirugía abierta. Presentamos un caso de hernia de Spiegel alta tras un traumatismo, con lesión cutánea y hematoma preperitoneal, cuya reparación parietal se realizó de forma diferida mediante laparoscopia extraperitoneal. La reparación laparoscópica electiva de este caso evitó la cirugía sobre el área traumatizada ofreciendo claras ventajas estéticas al paciente. Se describe una modificación del abordaje clásico para facilitar el acceso a los defectos altos del área de Spiegel.

Palabras clave: Hernia de traumática. Hernia de Spiegel. Laparoscopia.

TRAUMATIC SPIGELIAN HERNIA. ELECTIVE EXTRAPERITONEAL LAPAROSCOPIC REPAIR

Traumatic Spigelian hernia is rare. These hernias are usually treated in the same admission through open surgery. We present a case of Spigelian hernia in a high anatomical location following injury, with a cutaneous lesion and preperitoneal hematoma. Delayed parietal repair was performed through extraperitoneal laparoscopy. Elective laparoscopic repair in this case avoided surgery in an injured area, providing clear cosmetic advantages to the patient. We describe a modification to the classical approach to facilitate access to high-lying Spigelian defects.

Key words: Traumatic hernia. Spigelian hernia. Laparoscopy.

Introducción

Las hernias traumáticas de Spiegel son infrecuentes. El defecto parietal suele situarse en un área comprendida por encima del plano que une ambas espinas ilíacas anterosuperiores, mientras que las bajas son raras y las altas, por encima del plano umbilical, excepcionales¹. Ocasionalmente, el abordaje laparoscópico se ha descrito como medio diagnóstico y terapéutico². Presentamos el caso de una hernia traumática cuya reparación se realizó de forma electiva mediante laparoscopia extraperitoneal y describimos una modificación del abordaje clásico para facilitar el acceso a los defectos altos del área de Spiegel.

Caso clínico

Un niño de 13 años acudió a urgencias por un traumatismo abdominal tras una caída de la bicicleta. En el examen físico se advirtió una lesión cutánea redondeada lateral al ombligo sobre un hematoma y abrasiones cutáneas que se correspondían con el manillar de una bici-

cleta. El niño se encontraba estable y con una analítica normal, por lo que se realizó una ecografía que reveló un gran hematoma preperitoneal sin lesiones intraabdominales asociadas. El paciente fue ingresado y a las 24 h se realizó una ecografía de control que confirmó el hematoma y puso de manifiesto una rotura completa de la fascia de Spiegel (fig. 1 A y B). La evolución hospitalaria fue satisfactoria y durante ésta cedieron el dolor y la contractura abdominal, con una tendencia hacia la resolución del hematoma y sin otras complicaciones, por lo que fue dado de alta bajo control ambulatorio (1, 3 y 6 meses). A los 12 meses se realizó una tomografía de control que confirmó la hernia y localizó el defecto en la vaina de Spiegel. Se decidió intervenir mediante laparoscopia totalmente extraperitoneal con anestesia regional y sin ingreso hospitalario.

Habitualmente utilizamos el abordaje clásico con 3 trocares en la línea media (infraumbilical, suprapúbico y en el punto medio de los anteriores), pero en este caso lo modificamos para tener un mejor acceso al defecto y asegurar una completa disección lateroumbilical (fig. 2A). El espacio preperitoneal fue creado mediante el trocar balón-disector (SPACEMAKER® II Surgical Balloon Dissector; GSI, Inc. Cupertino, Estados Unidos). Mientras se hinchaba el balón se apreció el defecto lateral a las fibras aponeuróticas del músculo recto y el saco peritoneal, cuyo contenido fue progresivamente reducido. Tras la creación del espacio preperitoneal se colocó 1 trocar de 10 mm en la zona suprapública para la óptica, y 2 trocares de 5 mm en la línea que une el pubis y la espina ilíaca anterosuperior (fig. 2B). Se disecó ampliamente la pared abdominal posterior desde la línea media al espacio de Bogros, y se prolongó hasta liberar al menos 3 cm de pared alrededor del defecto. La disección suele ser difícil sobre los bordes del anillo por su rigidez. Se situó una malla de 15 x 15 cm de polipropileno solapando ampliamente el defecto sin fijación. Los trocares se retiraron bajo visión a la vez que se controlaba la correcta situación y extensión de la malla. El paciente fue dado de alta a las 4 h de la intervención. Durante un seguimiento de 6 meses no hemos advertido complicaciones debidas al procedimiento.

Correspondencia: Dr. A. Moreno Egea.
Avda. Primo de Rivera, 7, 5.º D. 30008. Murcia. España.
Correo electrónico: moreno-egea@ono.com

Manuscrito recibido el 5-10-2004 y aceptado el 18-11-2004.

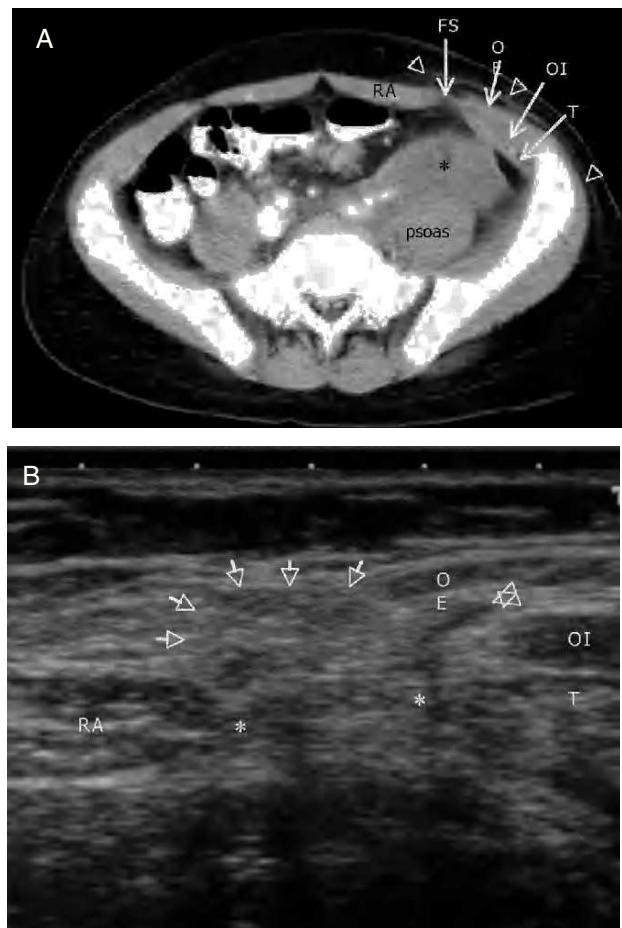


Fig. 1. Estudios de imagen. A: tomografía computarizada en la que se observa un hematoma preperitoneal en el espacio del psoas. También se aprecian alteraciones de la densidad en la grasa subcutánea por hematoma (cabezas de flecha). La aponeurosis de Spiegel se observa íntegra. B: ecografía de la pared abdominal durante maniobra de Valsalva que pone de manifiesto la hernia de Spiegel con contenido graso epiploico (flechas) y con un componente intersticial entre los músculos oblicuos (cabeza de flecha). No se identifica la fascia del oblicuo externo llegando el saco a la grasa subcutánea, por lo que se diagnostica de rotura completa de la fascia de Spiegel.

OE: músculo oblicuo externo; OI: oblicuo interno; T: transverso; RA: recto anterior del abdomen.

*Hematoma.

Discusión

La hernia de Spiegel representa el 2% de los defectos de la pared abdominal. Habitualmente su etiología suele atribuirse a problemas congénitos, mecánicos o degenerativos. En la actualidad parece que los traumatismos sobre la pared abdominal han pasado a ser una causa frecuente de hernia de Spiegel (accidentes de coche, moto o bicicleta)¹⁻³. El caso que describimos ha sido clasificado por Wood como de segundo tipo, es decir, causado por el impacto de un objeto con baja energía y donde las lesiones asociadas intraabdominales son infrecuentes. La lesión anatómica puede variar desde pequeños desgarros hasta defectos clínicamente evidentes⁴. El diagnóstico depende de la realización de una prueba de imagen y

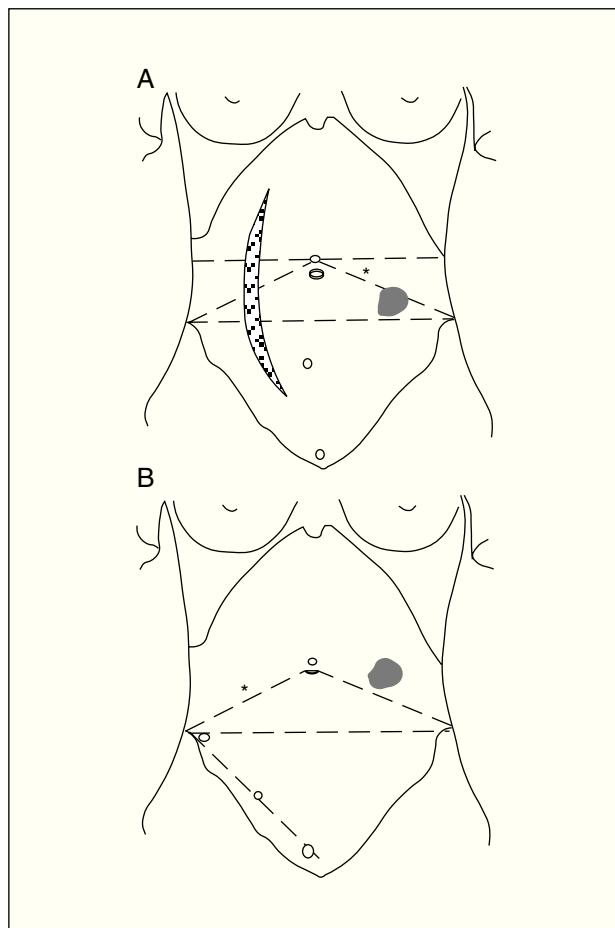


Fig. 2. Diagrama con la disposición de los trocares según la localización del defecto sobre el área de Spiegel. A: disposición clásica en la línea media. B: disposición en la línea que une el pubis con la espina iliaca anterosuperior (1: trocar óptico, 2-3 trocares de trabajo).

*Línea de Monroe.

debe diferenciarse del hematoma de la vaina de los rectos⁵. La ecografía es un método de diagnóstico rápido y barato, pero es dependiente de la experiencia del médico que la realiza. En nuestro caso, las lesiones asociadas (equimosis cutáneas y hematoma preperitoneal) impidieron la visualización inicial del defecto y fue la tomografía la que nos permitió localizar con exactitud el defecto, valorar su contenido y controlar la evolución del hematoma.

En pacientes sin compromiso hemodinámico ni sospecha de lesiones viscerales se puede evitar la cirugía de urgencias. La cirugía precoz de las hernias traumáticas tiene la ventaja de que nos permite evaluar las posibles lesiones asociadas y reparar el defecto acortando el ingreso hospitalario, pero tiene la desventaja de que actúa sobre tejidos lesionados³⁻⁶. Nuestro caso presentaba lesiones cutáneas que habrían obligado a asociar una extirpación de un bloque de piel-tejido graso subcutáneo. Decidimos controlar al paciente de forma ambulatoria, clínica y ecográfica, y plantear la reparación al año cuando la situación parietal era estable (sin cambios inflamatorios en la pared abdominal).

El tratamiento de las hernias de Spiegel puede realizarse por vía anterior, posterior o laparoscopia, pero la técnica electiva que ofrece mejores resultados parece ser la laparoscopia extraperitoneal⁷. Esta técnica evita los inconvenientes del abordaje anterior (dificultad para localizar el defecto, necesidad de incisión y disección amplias dejando una cicatriz que afecta al comportamiento de la pared abdominal, tanto estética como fisiológicamente) y del intraabdominal (dejar una malla en la cavidad, posibilidad de lesiones viscerales, adherencias, etc.). La primera descripción fue publicada por Moreno-Egea et al⁸⁻⁹ en 1999 mediante la utilización 3 trocares en la línea media. Esta disposición es adecuada para la mayoría de los defectos situados sobre el plano entre ambas espinas ilíacas. El caso que presentamos nos ha permitido describir una variante para acceder más fácilmente a defectos altos (sobre la línea de Monro y el plano umbilical). En estos casos, situamos la óptica en la zona suprapúbico y los dos trocares de trabajo en la línea que une el pubis y la espina ilíaca anterosuperior. Con esta disposición hemos conseguido mejorar el acceso a la zona más lateral de la pared abdominal posterior.

Bibliografía

1. Spangen L. Spigelian hernia. World J Surg. 1989;13:573-80.
2. Moreno-Egea A, Flores B, Girela E, Torralba JA, Aguayo JL. Spigelian hernia: bibliographical study and presentation of a series of 28 patients. Hernia. 2002;6:167-70.
3. Aucar JA, Biggers B, Silliman R, Losanoff JE. Traumatic abdominal wall hernia. Same-admission laparoscopic repair. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2004;14:98-100.
4. Wood RJ, Ney AL, Bubrick MP. Traumatic abdominal hernia: a case report and review of the literature. Am Surg. 1988;11:648-51.
5. Mahajna A, Ofer A, Krausz MM. Traumatic abdominal hernia associated with large bowel strangulation: case report and review of the literature. Hernia. 2004;8:80-2.
6. Drago SP, Nuzzo M, Grassi GB. Traumatic ventral hernia: report of a case with special reference to surgical treatment. Surg Today. 1999;29:1111-4.
7. Moreno-Egea A, Carrasco L, Girela E, Aguayo JL. Open vs laparoscopic repair of Spigelian hernia: a prospective randomized trial. Arch Surg. 2002;137:1266-8.
8. Moreno-Egea A, Torralba JA, Aguayo JL. Totally extraperitoneal laparoscopic repair of Spigelian hernia. Eur J of Coeliosurg. 1999;32:83-4.
9. Moreno-Egea A, Aguayo JL, Girela E. Treatment of Spigelian hernia using totally extraperitoneal laparoscopy ambulatory surgery. Surg Endosc. 2002;16:1806.