

Tratamiento laparoscópico ambulatorio de la hernia de Spiegel: presentación de 10 casos

Alfredo Moreno-Egea, Enrique Girela^a, José A. Torralba y José L. Aguayo^b

Unidad de Pared Abdominal. Servicio de Cirugía General. ^aFEA de Radiología. ^bJefe de servicio. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia. España.

Resumen

Introducción. La hernia de Spiegel es una variedad de defecto de la pared abdominal anterior infrecuente. Su reparación puede ser difícil en función de su variable localización a lo largo de la fascia de Spiegel y por la debilidad de los tejidos circundantes.

Pacientes y método. Se analiza una serie de 10 pacientes diagnosticados en una consulta especializada "de pared abdominal" y tratados de forma electiva mediante laparoscopia en un hospital de día.

Resultados. La hernia de Spiegel se presentó con más frecuencia en mujeres (60%) y en el lado izquierdo (70%), con una edad media de 62,6 años (rango, 39-92 años). En 7 pacientes se realizó cirugía extraperitoneal y en tres se indicó la vía intraabdominal por múltiples cirugías previas y colecistectomía asociada (2 y 1, respectivamente). Un total de 9 pacientes fueron dados de alta sin ingreso hospitalario y sólo precisó un ingreso 48 h el paciente con colecistectomía asociada. No se han detectado complicaciones, reingresos ni recidivas durante un seguimiento medio de 16 meses (rango, 1-4 años).

Conclusiones. La técnica laparoscópica es eficaz para reparar las hernias de Spiegel, ofreciendo como ventajas una excelente visión, la corrección de otros procesos asociados, una mínima morbilidad y que no precisa ingreso hospitalario. El abordaje totalmente extraperitoneal debe ser aconsejado en principio como la técnica de elección.

Palabras clave: Hernia de Spiegel. Laparoscopia. Cirugía ambulatoria.

AMBULATORY LAPAROSCOPIC TREATMENT OF SPIGELIAN HERNIA: PRESENTATION OF 10 CASES

Introduction. Spigelian hernias are an uncommon variety of anterior abdominal wall defect. Repair of these hernias can be difficult due to their variable localization throughout the Spigelian fascia and the weakness of the surrounding tissues.

Patients and method. We analyzed a series of 10 patients diagnosed at a specialized "abdominal wall" unit and treated electively with laparoscopy at a day hospital.

Results. Spigelian hernias occurred more often in women (60%), on the left side (70%) and at a mean age of 62.6 years (range: 39-92). Extraperitoneal surgery was performed in seven patients, and the intra-abdominal approach was indicated in three due to multiple previous operations and associated cholecystectomy (2 and 1, respectively). Nine patients were discharged without hospital admission, and only the patient with associated cholecystectomy required admission for 48 hours. No complications, readmissions or recurrences have been detected during a mean follow-up of 16 months (range: 1-4 years).

Conclusions. The laparoscopic technique is efficient for repairing Spigelian hernias, as it offers advantages such as excellent visibility, minimal morbidity and no hospital admission. The totally extraperitoneal approach should initially be recommended as the technique of choice.

Key words: Spigelian hernia. Laparoscopy. Major ambulatory surgery.

Correspondencia: Dr. A. Moreno-Egea.
Río Chicamo 18 (Urb. La Alambra).
La Alcayna, Molina de Segura. 30500. Murcia. España
Correo electrónico: amorenoe@worldonline.es

Aceptado para su publicación en febrero de 2002.

Introducción

La hernia de Spiegel es un defecto de la pared abdominal localizado en el borde externo de la línea semilunar, zona de unión entre la fascia del músculo recto anterior y las vainas de los músculos anchos del abdomen. Fue descrita por primera vez en 1764 por Klinkosch y se han publicado cerca de un millar de casos, representando el 1-2% de todas las hernias de pared abdominal¹. Se

han descrito múltiples técnicas para reparar este defecto, desde reparaciones directas con cierre primario hasta refuerzos con colgajos musculares o fasciales y con prótesis. A pesar de ello, la falta de experiencia de los cirujanos, por un lado, y el complejo diagnóstico diferencial, por otro, han contribuido a que por el momento no exista una técnica recomendable consensuada²⁻⁵.

Tras la creación de una Unidad de Pared Abdominal en nuestro Hospital hemos diagnosticado y tratado de forma electiva 10 hernias de Spiegel mediante laparoscopia ambulatoria. Presentamos, así, la primera serie publicada de hernioplastia laparoscópica de Spiegel analizando las ventajas e inconvenientes de las dos posibles vías de abordaje laparoscópico (totalmente extraperitoneal [TEP] e intraabdominal).

Pacientes y método

Pacientes

Entre enero de 1998 y diciembre de 2001, 10 pacientes fueron intervenidos mediante laparoscopia por hernia de Spiegel con cirugía ambulatoria; en siete la cirugía fue totalmente extraperitoneal y en tres intraabdominal. El diagnóstico fue realizado en una consulta especializada "de pared abdominal" mediante exploración física y confirmación radiológica con ecografía y tomografía computarizada. Un total de 6 pacientes fueron mujeres (60%) y 4 varones, con una edad media de 62,6 años (rango, 39-92 años). Todos los pacientes fueron debidamente informados y firmaron el consentimiento adecuado.

Métodos

Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron: a) la vía laparoscópica intraperitoneal con malla bilaminar Parietex composite (Sofradim, Villefranche sur Saone, France)⁶ sólo estaba indicada en los pacientes en los que durante el estudio preoperatorio se demostraba otra enfermedad susceptible de reparación en el mismo acto (colecistitis, hernia multirrecurrente, etc.), o b) la vía laparoscópica totalmente extraperitoneal con malla de polipropileno⁷ como opción de elección en ausencia de complicaciones. Los únicos criterios de exclusión considerados fueron la necesidad de cirugía urgente y el alto riesgo para la anestesia general (ASA > 2). Para la profilaxis de las náuseas y vómitos se utilizó droperidol, 0,625 mg, y ondansetrón, 4 mg i.v., antes y al final de la intervención quirúrgica. Las puertas de entrada de los trocares eran infiltradas previamente con bupivacaína al 0,25%. Para la analgesia se utilizó una combinación de paracetamol (1 g por vía oral [p.o.]) o metamizol (1.150 mg p.o.) cada 8 h, con AINE (ibuprofeno, 600 mg p.o.) cada 8 h durante las primeras 48-72 h posteriores a la intervención. Los pacientes fueron evaluados por el cirujano y el anestesta a las 18.30 h del día de la intervención y eran dados de alta si toleraban una dieta normal y tenían el dolor controlado.

Seguimiento

Todos los pacientes fueron incluidos de forma prospectiva en un protocolo de seguimiento en la unidad de día y en la consulta externa a las semanas 1 y 6, a los 12 meses y cada año (mediante historia clínica y exploración física). Los parámetros evaluados fueron: clínicos (edad, sexo, factores asociados, cirugía previa); complicaciones intraoperatorias (sangrado, lesiones viscerales, rotura del saco peritoneal); complicaciones postoperatorias (seromas si persistía la colección durante más de 2 meses o se necesitaba aspiración, hematomas, dolor, íleo si no se recuperaba el tránsito en 24 h, retención urinaria, neuralgias e infecciones) y recurrencias. El seguimiento medio fue de 16 meses (rango, 6 meses a 4 años) y fue completado en el 100% de los pacientes. Los resultados se expresan como medias (porcentaje).

Resultados

De los 10 pacientes remitidos a nuestra consulta especializada, dos lo fueron desde el servicio de urgencias por tumor de la pared abdominal (episodio de incarceration), dos desde el servicio de radiología tras el estudio de imagen solicitado por otro médico especialista por dolor abdominal no filiado y dos con diagnóstico erróneo de hernia inguinal bilateral. Un total de 4 pacientes fueron diagnosticados de forma correcta mediante la exploración física inicial (40%); el resto sólo fue diagnosticado después de realizar una ecografía y/o una tomografía (60%). Siete hernias eran de localización izquierda (70%) y tres derechas. En varios pacientes existían factores de riesgo: 2 traumatismo, 2 cirugía previa y otros 2 asociaban hernia inguinal. Todos los pacientes fueron intervenidos en el hospital de día, siete por vía totalmente extraperitoneal y en tres se decidió utilizar la vía intraabdominal debido a que habían sido sometidos a múltiples intervenciones previas y colecistectomía asociada (2 y 1, respectivamente). Un total de 9 pacientes fue dado de alta sin ingreso hospitalario (90%) y sólo el paciente con abordaje intraabdominal y colecistectomía precisó un ingreso de 48 h por vómitos. No se detectaron complicaciones precoces ni tardías durante el seguimiento de 1-4 años (hematomas, hemorragia preperitoneal o intraabdominal, infecciones, obstrucciones intestinales, rechazos, reingresos o recidivas).

Discusión

La hernia de Spiegel se localiza en el borde externo de la línea semilunar y su diagnóstico suele ser difícil por múltiples motivos, entre los que destacan: a) una sintomatología inespecífica y escasa (dependiendo del contenido del saco); b) una elevada tasa de incarceraciones (por un anillo herniario rígido); c) una difícil palpación dentro de la pared abdominal (en ocasiones debida a hernias intersticiales); d) la dirección del saco peritoneal oblicuo hacia la ingle (con palpación del tumor por fuera de la línea de Spiegel), y e) infrecuente presentación. Todos estos factores hacen que no exista todavía un consenso general en cuanto a su mejor forma de tratamiento. El diagnóstico es en ocasiones difícil y precisa de un alto índice de sospecha. Artioukh refiere un diagnóstico preoperatorio en tan sólo el 53% de una serie de 19 casos⁸. En nuestra serie, todos los pacientes fueron diagnosticados antes de indicar la cirugía, el 40% mediante exploración física y el 60% tras estudio de imagen. La ecografía, y la tomografía en caso de duda, en grandes hernias para evaluar el contenido del saco y en las hernias de localización atípica deben ser aconsejadas para confirmar y plantear el tratamiento quirúrgico^{9,10}. Las hernias de Spiegel ha sido reparadas de muy diversas formas. El cierre del defecto por aproximación de los tejidos circundantes favorece la tensión por el carácter muscular del anillo herniario. Las reconstrucciones mediante colgajos musculares o fasciales requieren grandes disecciones y pueden causar una elevada morbilidad. La introducción de las técnicas sin tensión con reparación del defecto mediante una malla se ha demostrado eficaz incluso en cirugía de urgencias^{1,2,4,5}. Pero todas las técnicas abiertas

tienen en común algunos inconvenientes: a) precisan de una incisión adecuada; b) es preciso realizar una disección amplia para localizar el defecto y exponer los márgenes; c) existen unos límites anatómicos que son difíciles de sobrepasar sin lesionarlos o modificarlos (*inferior epigastric pedicle*, *alba line*, *arcuate line of Douglas*), y d) la prótesis requiere una importante fijación para evitar su desplazamiento o plegado. Todos estos factores contribuyen a que sea aconsejable ampliar dichas técnicas con ingreso hospitalario.

La primera herniorrafia laparoscópica intraabdominal fue realizada por Carter en 1992¹¹. En 1994, Fisher publicó la primera corrección asociando colecistectomía, y Barie, la primera hernioplastia como cirugía electiva con malla bilaminar^{12,13}. La vía de abordaje laparoscópico nos ofrece un diagnóstico de localización exacto y una reparación sólida y sencilla siguiendo los mismos principios que se aplican en el tratamiento de las hernias ventrales. Por contra, precisa entrar en la cavidad abdominal, con el consiguiente riesgo de lesión visceral y de obstrucción postoperatoria. En 1999, los autores comunicaron la primera hernioplastia de Spiegel totalmente extraperitoneal, ofreciendo una alternativa de abordaje directo siguiendo los principios de Stoppa, que evitaba la posible morbilidad de la ruta intraabdominal y podía realizarse sin ingreso hospitalario⁷. Actualmente todavía no existe en la bibliografía ninguna referencia sobre esta posibilidad. Nuestra serie es la primera referencia bibliográfica que demuestra la eficacia de este abordaje extraperitoneal. Todos los pacientes de esta serie fueron operados sin ingreso y sin complicaciones postoperatorias. Tan sólo si se realiza otro gesto quirúrgico asociado se debe indicar la vía intraabdominal (p. ej., colecistectomía) o en casos de múltiples cirugías por la posibilidad de amplias roturas del peritoneo. La creación de una unidad específica de "pared abdominal" nos ha permitido realizar diagnósticos precisos e indicar cirugía electiva incluso en pacientes con episodios de encarcelación remitidos desde urgencias.

De nuestra experiencia aconsejamos centralizar el diagnóstico en una consulta especializada e indicar la vía laparoscópica totalmente extraperitoneal como forma de tratamiento electivo, dejando la intraabdominal para pacientes con cirugías previas u otras enfermedades susceptibles de cirugía en el mismo acto.

Bibliografía

1. Spangen L. Spigelian hernia. En: Nyhus LM, Condon RE, editors. *Hernia* 14th ed.. Philadelphia: JB Lippincott, 1995; p.381-92.
2. Sánchez-Montes I, Deysine M. Spigelian hernias. A new repair technique using preshaped polypropylene umbrella plugs. *Arch Surg* 1998;133:670-2.
3. Lin PH, Koffron AJ, Heilizer HJ. Right lower quadrant abdominal pain due to appendicitis and an incarcerated spigelian hernia. *Am Surg* 2000;66:725-7.
4. Coda A, Mattio R, Bona A, Filippa C, Ramellini G, Ferri F. Spigelian hernia: an up-to-date. *Minerva Chir* 2000;55:437-41.
5. Artiukh DY, Walker SJ. Spigelian herniae: presentation, diagnosis and treatment. *J R Coll Surg Edinb* 1996;41:241-3.
6. Moreno-Egea A, Lirón R, Girela E, Aguayo JL. Laparoscopic repair of ventral and incisional hernias using a new composite mesh (Parietex®): initial experience. *Surgical Laparosc Endosc* 2001;11: 103-6.
7. Moreno-Egea A, Torralba JA, Aguayo JL. Totally extraperitoneal laparoscopic repair of spigelian hernia. *Eur J Coeliosurg* 1999;32: 83-4.
8. Artiukh DY, Walker SJ. Spigelian herniae: presentation, diagnosis and treatment. *J R Coll Surg Edinb* 1996;41:241-3.
9. Mufid MM, Abu-Yousef MM, Kakish ME, Urdaneta LF, Al-Jurf AS. Spigelian hernia: diagnosis by high-resolution real-time sonography. *J Ultrasound Med* 1997;16:183-7.
10. Shenouda NF, Hyames BB, Rosenblum MB. Evaluation of spigelian hernia by CT. *J Comput Assist Tomogr* 1990;12:777-8.
11. Carter JE, Mizes C. Laparoscopic diagnosis and repair of spigelian hernia: report of a case and technique. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:77-8.
12. Fisher BL. Video-assisted Spigelian hernia repair. *Surg Laparosc Endosc* 1994;4:238-40.
13. Barie PS, Thompson WA, Mack CA. Planned laparoscopic repair of a spigelian hernia using composite prosthesis. *J Laparosc Surg* 1994;4:359-63.