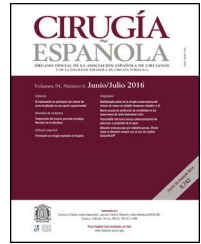




# CIRUGÍA ESPAÑOLA

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## Carta científica

### Manejo quirúrgico de hernia intraparietal recurrente tras disrupción de la línea semilunar por incisión pararectal



### Surgical Management of Recurrent Intraparietal Hernia Following Disruption of the Semilunar Line by Pararectus Incision

Las hernias intraparietales posquirúrgicas son entidades raras y complejas, presentando desafíos significativos en su manejo<sup>1</sup>. Presentamos dos casos de pacientes con múltiples recidivas de eventración tras una incisión pararectal que condicionó una disrupción de la línea semilunar.

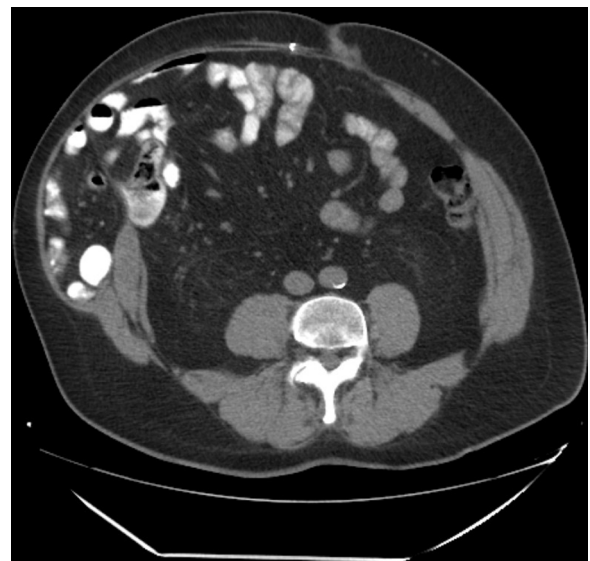
Caso 1: Una paciente de 74 años con antecedentes de apendicectomía en 2007 por incisión pararectal, con eventración posterior y múltiples recidivas de eventración tratadas con mallas supraaponeuróticas, se remitió a nuestra unidad. Se presentó con una tumoración palpable y reductible en el sitio de la cirugía previa. En la exploración clínica, se confirmó la recidiva de la eventración.

Una tomografía computarizada (TC) en Valsalva informó de una pequeña eventración M3W1 de 2 cm. Sin embargo, tras la revisión de las imágenes encontramos una disrupción notable de la línea semilunar, con una separación de hasta 9 cm entre los músculos recto anterior y laterales del abdomen, ya presente en la TC de 2013 pero no informada. La aponeurosis del músculo oblicuo mayor permanecía íntegra excepto por la disrupción de 2 cm. Este hallazgo se correlacionó con los síntomas de la paciente, sugiriendo una hernia intraparietal L3W2R4 (fig. 1).

Caso 2: Un varón de 69 años intervenido de apendicectomía en 2013 por vía pararectal y posteriormente de una eventración con malla supraaponeurótica acude a nuestra unidad con un tumor palpable y reductible sobre la cicatriz. En la exploración clínica se observa una posible recurrencia de la eventración. Se solicita TC donde se objetiva una integridad de la fascia anterior del abdomen y una disrupción de la línea semilunar de hasta 15 cm. Este hallazgo se correlacionó con los síntomas del paciente, sugiriendo también una hernia intraparietal L2L3W3R1.

Los dos casos se manejaron de forma similar. Se inició una prehabilitación con toxina botulínica para mejorar la aproximación muscular según técnica estándar de cinco puntos en cada lado bajo control ecográfico y administrando en total 500

UI de toxina botulínica. El abordaje quirúrgico incluyó una técnica HemiTAR desde la línea media disecando el espacio retrorectal y accediendo al espacio preperitoneal a través de la fascia posterior del recto, sin necesidad de seccionar la inserción del músculo transverso por encontrarse ya seccionada y retraída. Se liberaron adherencias previas y se reinsertaron los músculos oblicuos al recto anterior mediante sutura continua con monofilamento de larga reabsorción. Posteriormente, se colocó una malla de 30 x 45 cm de polipropileno en el espacio preperitoneal fijada al hueso coxal (cresta iliaca y rama superior del pubis) mediante *tackers* reabsorbibles y suturada a la línea media. En el segundo caso, la línea media no permitía una aproximación sin tensión, por



**Figura 1 – TC que muestra la hernia intraparietal con disrupción de la línea semilunar.**

lo que se realizó una separación anterior endoscópica de componentes en el lado contralateral en el mismo acto quirúrgico. En ninguno de los casos se utilizaron drenajes.

El posoperatorio fue favorable, con una recuperación sin complicaciones. La evaluación clínica y por ecografía confirmó la resolución de la hernia intraparietal y la eventración.

Los casos presentados resaltan la necesidad de derivar precozmente las eventraciones complejas a unidades especializadas en pared abdominal, dada la complejidad del diagnóstico y manejo de las hernias intraparietales. La especificidad de estas patologías requiere desde el inicio de un alto nivel de especialización.

La disrupción de la línea semilunar, como se observó en estos casos, es a menudo una consecuencia de una técnica inadecuada en la laparotomía pararectal inicial. Posiblemente se realizaron incisiones paramedianas demasiado laterales, de forma que se seccionaron las líneas semilunares, provocando así la retracción de los músculos oblicuo interno y transversos. Esta disrupción no se comporta como una eventración típica, ya que la aponeurosis abdominal anterior tanto de los músculos recto anterior como el oblicuo mayor permanece íntegra. Estas hernias, que pueden considerarse pseudo-Spiegelianas, requieren un abordaje distinto al supraaponeurótico que omite abordar el problema subyacente, que es la separación entre los músculos laterales y rectos del abdomen.

El diagnóstico de una hernia intraparietal puede ser difícil. Las presentaciones clínicas pueden variar respecto a una eventración típica y a menudo se requieren estudios de imagen precisos para su identificación correcta<sup>2</sup>. En nuestros casos, la utilización de la TC en Valsalva y su correcta interpretación fue instrumental para visualizar la extensión y naturaleza de la disrupción muscular y fascial.

La prehabilitación con toxina botulínica tipo A (botox) es una herramienta útil para el manejo quirúrgico de eventraciones complejas y permite la aproximación de los músculos retraídos sin generar tensión<sup>3</sup>.

Cuando se trata de reparar hernias complejas, el abordaje supraaponeurótico no es efectivo<sup>4</sup> porque no es suficiente con colocar una malla en ese mismo plano. Para lograr una reparación adecuada, es necesario utilizar un abordaje posterior, que consiste en acceder al espacio retromuscular, aproximar el músculo recto y el oblicuo y colocar una malla en ese plano.

En resumen, estos casos subrayan la importancia de evitar las incisiones paramedianas para no producir eventraciones complejas que requieren un diagnóstico preciso y un enfoque quirúrgico adaptado para el manejo de las hernias intraparietales. La derivación precoz a unidades especializadas en pared abdominal y el uso de técnicas como la TAR y la prehabilitación con botox son fundamentales para el éxito en el manejo de estas patologías complejas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kalmar CL, Bower CE. Laparoscopic repair of interparietal abdominal wall hernias. *J Surg Case Rep*. 2019;2019:rjz319. <http://dx.doi.org/10.1093/jscr/rjz319>.
2. Lower WE, Hicken NF. Interparietal hernias. *Ann Surg*. 1931;94:1070-87. <http://dx.doi.org/10.1097/0000658-193112000-00010>.
3. Timmer AS, Claessen JJM, Ateman JJ, Rutten MVH, Hompes R, Boermeester MA. A systematic review and meta-analysis of technical aspects and clinical outcomes of botulinum toxin prior to abdominal wall reconstruction. *Hernia*. 2021;25:1413-25. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-021-02499-1>.
4. Khetan M, Kalhan S, John S, Sethi D, Kannaujiya P, Ramana B. MIS retromuscular repair of lateral incisional hernia: technological deliberations and short-term outcome. *Hernia*. 2022;26:1325-36. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-022-02671-1>.

Jose Carlos Vaqué Alcázar \*, Elena Martinez Guerrero, Genesis Para Eslava, Jetzabel Soria Estrems y Natalia Uribe Quintana

Servicio de Cirugía, Hospital de Liria, Valencia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [vaque\\_jos@gva.es](mailto:vaque_jos@gva.es) (J.C. Vaqué Alcázar).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2024.05.012>  
0009-739X/

© 2024 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text y data mining, AI training, y similar technologies.