

Marta Climent-Agustín<sup>a,\*</sup>, Joan J. Sancho<sup>a</sup>, Isidro Martínez-Casas<sup>a</sup>, Noelia Risueño<sup>b</sup> y Luis Grande<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitari del Mar, Barcelona, España

<sup>b</sup>Servicio de Radiología del Hospital Universitari del Mar, Barcelona, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 99152@imas.imim.es (M. Climent-Agustín).

doi:10.1016/j.ciresp.2010.01.001

## Dificultad en el diagnóstico de la hernia de Spiegel abscesificada

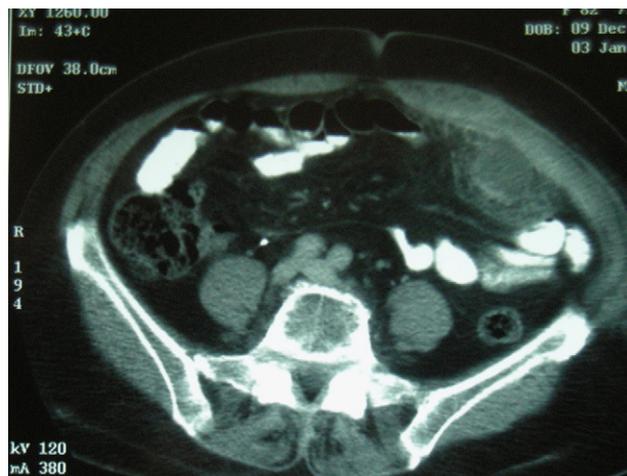
### Difficulty in the diagnosis of an abscessed Spigelian hernia

La hernia de Spiegel es un defecto parcial de la aponeurosis de Spiegel. No solo presenta una baja incidencia (del 0,1 – 2% de todas las hernias de pared abdominal)<sup>1</sup>, sino que es excepcional encontrarla como causante de un abdomen agudo. Presentamos un caso de hernia de Spiegel que comenzó de forma no descrita hasta la fecha en la literatura médica.

Paciente de 82 años con antecedentes de linfoma no hodgkiniano hace 12 años, en remisión completa, que acude por dolor en el hemiabdomen izquierdo de 4 días de evolución, sin otros síntomas. A la exploración se observó una masa alargada desde la fosa iliaca izquierda hasta el vacío izquierdo, que con la maniobra de Bouchacourt depende de la pared abdominal. La analítica mostró 20.000 leucocitos/ $\mu$ l con neutrofilia. La radiografía del abdomen fue normal. La tomografía computarizada (TC) (fig. 1) fue compatible con un proceso inflamatorio/infeccioso, aunque no se descartó infiltración neoplásica. Se realizó una PAAF de esta colección, con salida de pus franco, y se remitieron muestras al servicio de microbiología y al de anatomía patológica. Posteriormente, la evolución fue satisfactoria, aunque persistió una induración en la fosa iliaca izquierda. En el hemograma y en la bioquímica hubo un descenso de la fórmula leucocitaria con marcadores tumorales en el margen de la normalidad. Se realizó una nueva TC al 6.º día del ingreso que informó de disminución de la colección ya descrita, sin otros hallazgos. En las muestras remitidas al laboratorio se cultivó *Streptococcus intermedius/milleris*, con citología negativa para malignidad. Ante la mejoría clínica y radiológica evidente de la paciente se le dio de alta al 8.º día. Durante su seguimiento en consultas externas disminuyó el tamaño de la tumoración hacia un nódulo de 2 cm de diámetro con un control radiológico mediante TC (fig. 2) que informó de hernia de Spiegel izquierda.

La hernia de Spiegel se considera una entidad poco frecuente, en que los trabajos publicados al respecto se ciernen a un número limitado de casos. Esto provoca lagunas en algunos aspectos, como puede ser la presentación clínica. Nosotros exponemos una sintomatología no descrita hasta ahora en la literatura médica.

Esta hernia se dispone en la línea semilunar, donde en ocasiones se palpa una masa, y es éste el hallazgo que orienta al diagnóstico, pues los síntomas son inespecíficos y no se encuentran en todos los pacientes<sup>2</sup>. Además, las exploraciones físicas son reiteradas dada la inespecificidad de los datos clínicos (puede ser erróneo hasta en un 50%<sup>3</sup>), y, por tanto, son de utilidad las exploraciones complementarias, fundamentalmente la ecografía y la TC<sup>4</sup>. Destacamos de nuestro caso el característico inicio como una colección purulenta en el seno de la pared abdominal, confirmada mediante la TC, y el fallo de las técnicas de imagen para identificar inicialmente el origen de esta. Tan solo un año después de la estancia se llegó al diagnóstico definitivo.



**Figura 1** – Marcado aumento del tamaño del músculo recto anterior izquierdo y de la musculatura del flanco izquierdo, en su porción media y caudal, con una extensión de unos 17 cm. Alcanzan unos diámetros AP de 2,5 cm. A nivel umbilical el diámetro de la musculatura es máximo y se observa una colección localizada, profunda y en contacto con la pared abdominal de unos 3,5 cm. Estructura ganglionar de 1 cm localizada retroperitoneal interaortocava.



**Figura 2 - Herniación de la grasa en el límite entre el músculo transverso y el recto anterior izquierdo (línea de Spiegel) que no muestra hallazgos que indiquen complicación de esta.**

Esta nueva forma de presentación nos lleva a plantearnos diferentes cuestiones, sobre todo en cuanto a su etiología, pues la colección, ¿se originó a partir de la hernia de Spiegel encarcerada cuyo contenido debió de ser fundamentalmente grasa?, ya que en caso contrario, la clínica hubiera correspondido con una peritonitis difusa y habría sido imposible el tratamiento no quirúrgico. O bien, ¿hubiera sido posible alguna causa intraabdominal origen del absceso?, esta hubiera sido la causante de la debilidad en la musculatura abdominal y, por tanto, de la hernia de Spiegel que posteriormente se identificó.

Si nos decantamos por la primera teoría, la TC (demostrada en numerosos estudios como prueba príncipes para el diagnóstico de este tipo de hernias) no fue capaz de identificarnos ni el defecto herniario ni su saco, solo inflamación y colección local subaponeurótica, como se observa en la figura. Además, el tratamiento se realizó en función de los hallazgos radiológicos, pero si se hubiera llegado al diagnóstico correcto el día del ingreso, ¿hubiera variado nuestra terapéutica? o ¿debemos plantearnos una nueva forma de tratamiento menos invasiva en aquellos pacientes en los que se descarte compromiso intestinal para en un segundo tiempo corregirles el defecto herniario?

doi:10.1016/j.ciresp.2009.11.019

Cuestión difícil de plantear, pues esta es una entidad muy poco frecuente en la que se tiende a establecer el tratamiento clásico quirúrgico. Cirugía donde podemos encontrar variaciones en cuanto al tipo de abordaje, como puede ser la vía laparoscópica totalmente extraperitoneal, que ha demostrado ampliamente su efectividad en series de casos, o bien la vía intraperitoneal cuando exista otro proceso susceptible de cirugía en el mismo acto<sup>5</sup>, queda el abordaje abierto para casos de urgencia o de complicación.

Asimismo, es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial de la enfermedad propia de la región parietal, sobre todo con una recidiva del linfoma no hodgkiniano (teniendo en cuenta el antecedente de nuestra paciente), además de otros cuadros clásicos: sarcomas, hematoma, hemangioma, tumor desmoide, fibroma<sup>2</sup>, etc.

Destacamos la dificultad del diagnóstico de la hernia de Spiegel; con nuestro caso mostramos una nueva forma de presentación clínica, en la que las pruebas radiológicas no mostraron su efectividad en el diagnóstico del cuadro.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Vara R, Rosell J, Guerrero JA, Ruiz A. Hernias externas simples y complicadas de la pared abdominal del adulto: 1.635 casos. *Cirugía Ibero-Americana*. 1993;2:58-64.
2. Moles L, Docobo F, Mena J, De Quinta R. Hernia de Spiegel en España. Análisis de 162 casos. *Rev Esp Enferm Dig*. 2005;97:338-47.
3. Stirnemann H. The Spigelian hernia: Missed? Rare? Puzzling diagnosis? *Chirurg*. 1982;53:314-7.
4. Estremiana F, Llado L, Mast R, Rafecas-Renau A. Incarcerated Spiegel hernia. *Cir Esp*. 2009;85:114.
5. Moreno-Egea A, Flores B, Aguayo JL, Canteras M. Spigelian hernia in Spain: Literature review and presentation of a personal series of 27 patients. *Cir Esp*. 2002;72:18-22.

M. Pilar Guillén-Paredes\*, Ramón José Lirón-Ruiz, M. José Cases-Baldó y Jose Luis Aguayo-Albasini

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: magirapi@hotmail.com

(M.P. Guillén-Paredes).

## Hipoplasia pulmonar en el adulto

### Pulmonary hypoplasia in the adult

La hipoplasia pulmonar es una anomalía congénita poco frecuente. Consiste en una disminución de la cantidad o el tamaño de las vías aéreas, de los vasos sanguíneos y los alvéolos con una morfología macroscópica pulmonar aparentemente

normal<sup>1</sup>. Habitualmente se diagnostica en la infancia, siendo su presencia en el adulto excepcional<sup>2</sup> debido a que los enfermos fallecen antes de llegar a la vida adulta como consecuencia de infecciones pulmonares y otras anomalías asociadas<sup>5</sup>.