

Citar como:

Casahuamán-Urquia MC, Ramos-Ramos VE, Montenegro-Perez J. Hernia de Spiegel bilateral: Manejo quirúrgico con abordaje extraperitoneal de vista extendida (eTEP). Reporte de caso. Rev Méd Hered. 2025; 36(4): 367-372. DOI: 10.20453/rmh.v36i4.6273

DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v36i4.6273>

Recibido: 27/01/2025

Aceptado: 04/09/2025

Declaración de financiamiento y de conflictos de interés:

El reporte fue financiado por los autores. Declaran no tener conflictos de interés.

Contribución de autoría:

MCCU: participó en la concepción, diseño y desarrollo del estudio, obtención de información, análisis e interpretación de datos.

Redacción del manuscrito y revisión crítica del artículo.

Aprobación de la versión final a ser publicada y se hace responsable de la integridad y calidad del artículo enviado y eventualmente publicado.

VERR, JMP: participó en todo el proceso de desarrollo del estudio, elaboración del estudio, obtención, redacción, análisis e interpretación de datos con aportes a su contenido intelectual y se hace responsable de la integridad y calidad del artículo enviado y eventualmente publicado.

Correspondencia:

Mary C. Casahuamán-Urquia.
Av. Honorio Delgado 401-A. San Martín de Porres.

Teléfono: 952270806.

✉ mary.casahuaman@upch.pe



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

© Revista Médica Herediana

Hernia de Spiegel bilateral: Manejo quirúrgico con abordaje extraperitoneal de vista extendida (eTEP). Reporte de caso

Bilateral Spiegelian Hernia: Surgical Management with Extended-View Totally Extraperitoneal (eTEP) Approach. Case Report

Mary C. Casahuamán-Urquia^{1,a} , Víctor E. Ramos-Ramos^{1,a} ,
Juan Montenegro-Perez^{1,a}

¹ Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Médico cirujano con especialidad en cirugía general.

RESUMEN

La hernia de Spiegel es una entidad rara y excepcional si es bilateral. Debido a su infrecuente presentación, sintomatología inespecífica y difícil exploración conlleva que pase desapercibida, siendo subdiagnosticada y por ende subregistrada. Se necesita tener un alto índice de sospecha, una exploración detallada y la ayuda de imágenes para su diagnóstico oportuno. En su tratamiento, la técnica laparoscópica de abordaje extraperitoneal de vista extendida (eTEP) ha demostrado ventajas significativas al potenciar un gran espacio de trabajo quirúrgico, disminuyendo la tasa de recidiva, recuperación más rápida, menor dolor post operatorio y mejores resultados estéticos. Se presenta el caso de una mujer de 66 años con dolor abdominal intermitente, punzante, de localización imprecisa, de 16 años de evolución, que incrementa en intensidad en los últimos 6 meses, localizándose en flanco y fosas ilíacas. Tras el examen físico y la toma de imagen tomográfica se diagnosticó una hernia de Spiegel bilateral, sometida a corrección quirúrgica laparoscópica eTEP evidenciándose una recuperación rápida, ausencia de dolor y la reincorporación pronta a sus actividades diarias, ventajas propias de esta técnica.

PALABRAS CLAVE: Hernia abdominal, hernioplastia, reparación quirúrgica.

SUMMARY

A Spigelian hernia is rare, especially if bilateral. Due to its infrequent occurrence, nonspecific symptoms, and challenging examination, it can go unnoticed, leading to underdiagnosis and underreporting. A high index of suspicion, thorough examination, and imaging are essential for timely diagnosis. For treatment, the laparoscopic Extended-view Totally Extraperitoneal (eTEP) approach offers notable benefits by providing a large surgical workspace, reducing recurrence, enabling faster recovery, minimizing postoperative pain, and yielding better aesthetic outcomes. We present the case of a 66-year-old woman with intermittent, sharp, vaguely localized abdominal pain that had evolved over 16 years, increasing in intensity over the last 6 months, and localizing to the flank and iliac fossae. Following physical examination and computed tomography imaging, a diagnosis of bilateral Spigelian hernia was made. She underwent laparoscopic eTEP surgical repair, demonstrating the characteristic advantages of this technique: rapid recovery, absence of pain, and prompt return to her daily activities.

KEYWORDS: Abdominal hernia, hernioplasty, surgical repair.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de hernias de pared abdominal es básicamente clínico. La hernia de Spiegel, sin embargo, por su presentación infrecuente, sintomatología inespecífica y difícil exploración conlleva que pase desapercibida, generando un grado de dificultad en su diagnóstico.

Representa entre el 0,1 y el 2% de todas las hernias ventrales, incrementando su incidencia tras el uso de imágenes y el aumento de factores de riesgo⁽¹⁾. No existe una predisposición sexual clara; sin embargo, hay una cierta predisposición en las mujeres y principalmente entre la quinta y sexta década de vida.^(1,4)

Se debe a la debilidad de la aponeurosis Spiegeliana constituida por la aponeurosis transversa del abdomen y del oblicuo interno, teniendo como límites la línea semilunar y el borde lateral del músculo recto, conformando el borde lateral y medial respectivamente. El 90% de estas hernias se presentan en el llamado “cinturón de hernia de Spiegel”, una zona trasversa comprendida entre la línea interespinal y otra paralela situada a 6 cm sobre esta.^(1,4,5)

Los principales factores de riesgo son el aumento de la presión abdominal, obesidad, embarazos múltiples, deterioro de la pared abdominal, alteraciones del colágeno, edad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, trauma.⁽²⁾

La clínica puede ser variable, incluso cursar asintomática. El síntoma principal es el dolor, reportándose también náusea, vómitos y alteraciones

del ritmo intestinal dependiendo del contenido del saco herniario⁽⁵⁾. En el examen físico, el 64% de pacientes presentan una masa abdominal en la región de la aponeurosis de Spiegel⁽⁴⁾. El 20% de los casos se presentan encarceradas o estranguladas^(1,4). En algunos casos se diagnostica como un hallazgo radiológico o en un procedimiento quirúrgico.

Por su variabilidad clínica y poca frecuencia en la mayoría de los casos se requiere de imágenes para confirmar su diagnóstico, siendo el ultrasonido, la tomografía computarizada, la resonancia magnética e incluso una laparoscopia diagnóstica complementos valiosos.^(3,4)

El tratamiento es quirúrgico y la técnica laparoscópica de abordaje extraperitoneal de vista extendida (eTEP) ha demostrado ventajas significativas al potenciar un gran espacio de trabajo quirúrgico, disminuyendo la tasa de recidiva, la recuperación más rápida, menor dolor postoperatorio y mejores resultados estéticos.⁽⁴⁾

Se presenta el caso de una mujer de 66 años con diagnóstico de hernia de Spiegel bilateral sometida a corrección quirúrgica laparoscópica eTEP. El objetivo fue brindar información para lograr el diagnóstico adecuado y oportuno de las hernias de Spiegel; además, resaltar las ventajas significativas de la técnica laparoscópica eTEP en la reparación de este tipo de hernias.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 66 años de edad, con tiempo de enfermedad de 16 años caracterizado por dolor abdominal

intermitente, punzante, de localización imprecisa que calmaba con analgésicos. En los últimos 6 meses, incrementó la intensidad del dolor, localizándose en flancos y fosas ilíacas, volviéndose más frecuente y dificultando su deambulación. Observó tumoraciones en dichas regiones del abdomen con aumento progresivo en tamaño. Como antecedentes refería alergia a corticoides, no antecedentes quirúrgicos. En el examen físico, estaba en regular estado general; abdomen: semiglobuloso por tejido adiposo, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación en ambas fosas ilíacas y en hipogastrio. Tumoración entre flanco y fosa iliaca izquierda de 4 x 4 cm, no reductible, dolorosa a la palpación y en la región derecha de 3 x 2 cm, no reductible, dolorosa a la palpación, sin cambios de coloración. El resto del examen semiológico fue normal.

Los exámenes de laboratorio mostraron: Hemoglobina 13,9 g/dl, hematocrito 41%, leucocitos 5 500 / mm³, segmentados 54%, INR 1,11, glicemia 105 mg/dl, creatinina 0,68 mg/dl. La tomografía abdominal mostró defectos herniarios ventrales bilaterales en la línea de Spiegel baja, con contenido intestinal a la derecha y epiplón viable a la izquierda (figura 1).

Se decidió por abordaje laparoscópico eTEP, se ingresó al espacio preperitoneal-retromuscular a través de una incisión de 10 mm a 5 cm por encima del ombligo y 3 cm de la línea media lateral izquierda. El segundo trocar de 5 mm se colocó a nivel del ombligo y el tercer trocar de 5 mm a 3 cm por debajo del ombligo en la línea media (figura 2).

Hallazgos en el acto operatorio: en el lado derecho se evidenció un defecto herniario de 3 cm en la línea de Spiegel por debajo de los vasos epigástricos y sobre el triángulo de Hesselbach, con saco de 6 x 3 cm, con contenido reducido. En el lado contralateral, al mismo nivel, un defecto de 4 cm con saco de 8 x 4 cm con epiplón reductible. Incidentalmente se evidenció defecto crural de 1 cm en el lado izquierdo, con saco de 4x1 cm que contenía epiplón (figura 3). Tras la reducción de los sacos se colocaron 2 mallas de polipropileno de 15 x 15 cm con fijación en el ligamento de Cooper con absorbaTack (figura 4).

La paciente tuvo una recuperación pronta, sin dolor postoperatorio. Fue dada de alta al segundo día de su cirugía, reincorporándose a sus actividades diarias. En su control a los 6 meses no se observó recidiva ni otras molestias, con buenos resultados estéticos.

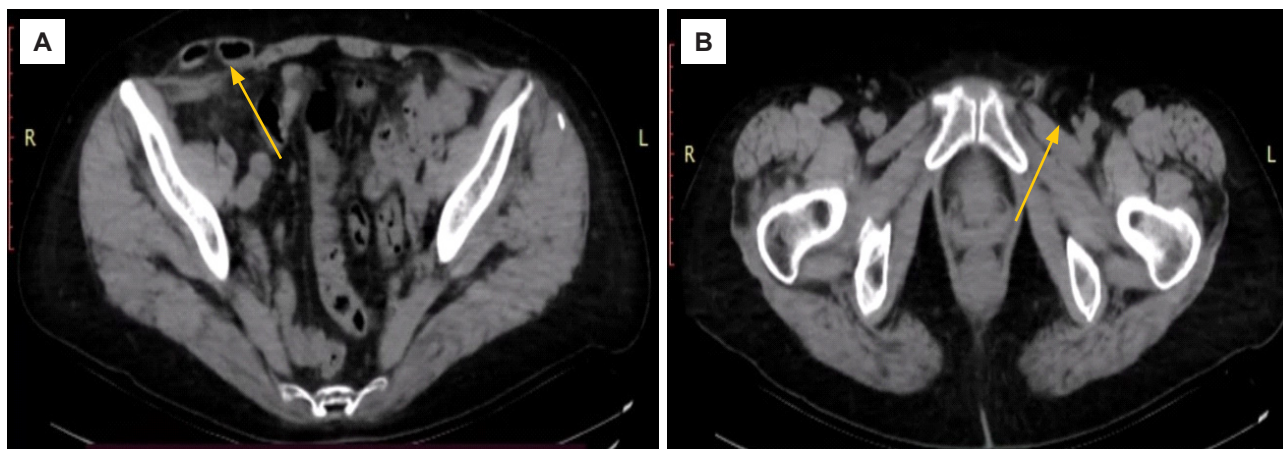


Figura 1. Hernia inguinal de Spiegel bilateral. En la imagen A, la flecha muestra el contenido intestinal del lado derecho y en la imagen B, el saco izquierdo con epiplón.

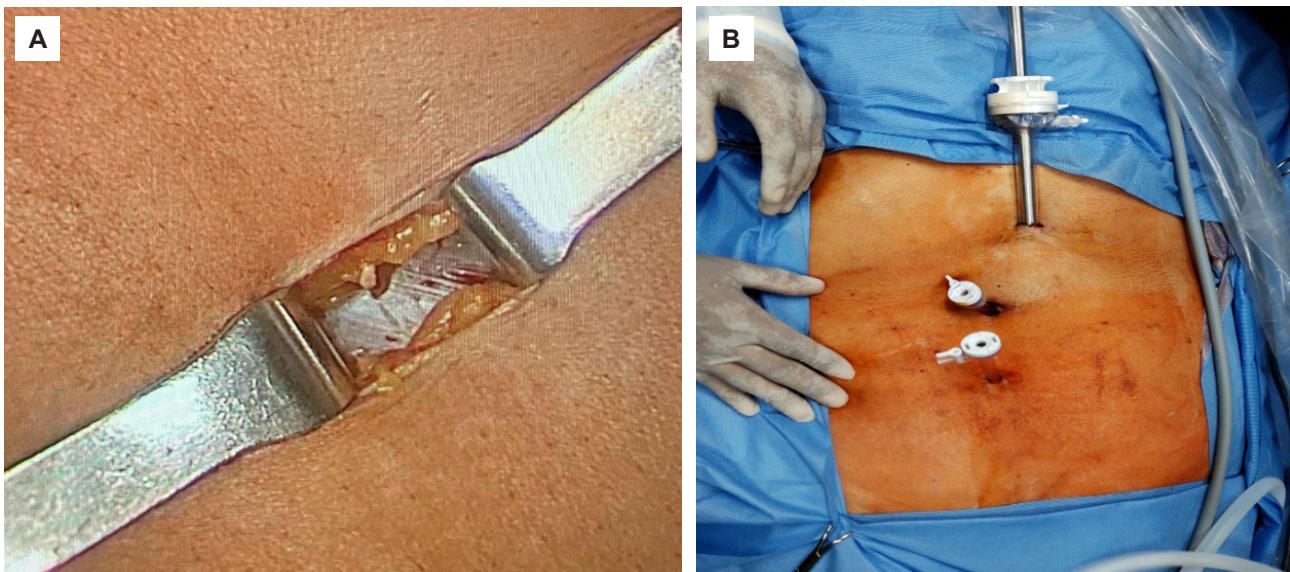


Figura 2. Ingreso al espacio retromuscular (A). Ubicación de trocares (B).

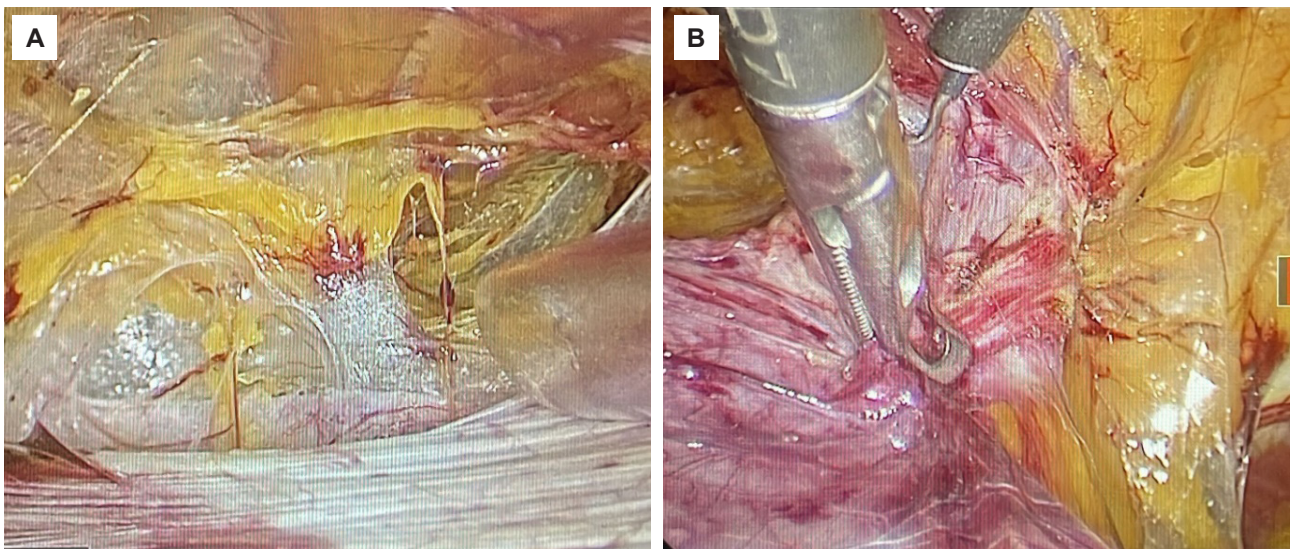


Figura 3. Ingreso al espacio preperitoneal (A). Ubicación de la hernia de Spiegel (B).

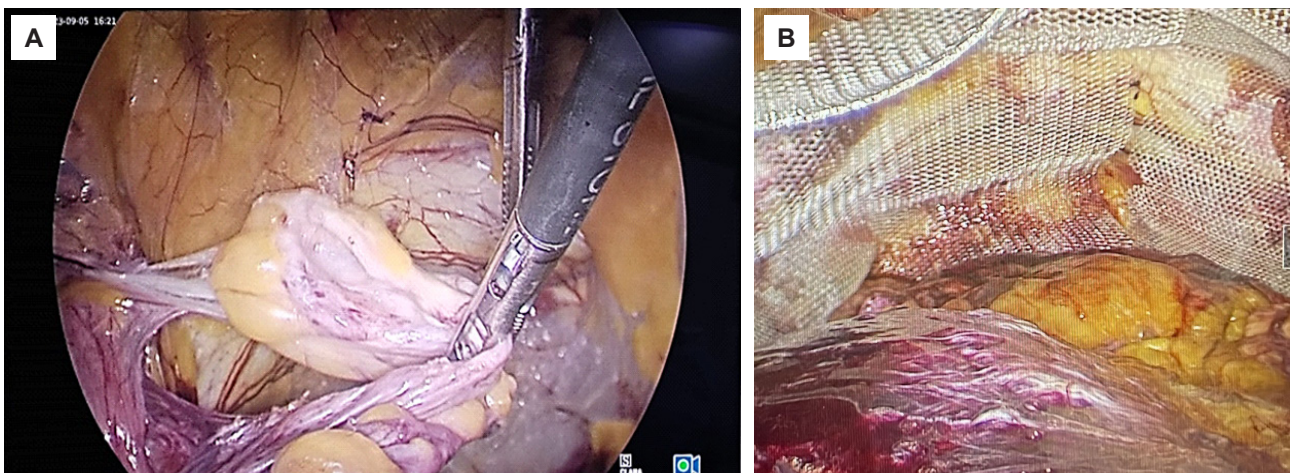


Figura 4. Reducción del saco del lado derecho (A). Colocación de la malla bilateral (B).

DISCUSIÓN

La hernia de Spiegel es una entidad rara y excepcional si es bilateral. El diagnóstico es difícil por su sintomatología poco específica y exploración anodina, pudiendo pasar desapercibida por mucho tiempo como en el caso de la paciente presentada⁽⁵⁾. La mayoría de estas hernias están en el cinturón de Spiegel, donde la aponeurosis es más ancha y débil, ya que las fibras aponeuróticas son casi paralelas en lugar de cruzarse, aumentando el riesgo de herniación.⁽⁶⁾

La mayoría se sitúan debajo del músculo oblicuo mayor, denominándose hernias interparietales, intersticiales u ocultas, dificultando su diagnóstico y pasando desapercibidas por mucho tiempo.⁽⁵⁾ Al ser superficiales, el saco se hace subcutáneo al atravesar la aponeurosis del oblicuo mayor, evidenciándose recién en el examen físico.⁽⁶⁾

Al seguir referencias anatómicas en relación con los vasos epigástricos, se describen hernias de Spiegel altas o superiores (por encima de dichos vasos) y bajas o inferiores (por debajo de los vasos). Las bajas tienen como diagnóstico diferencial a las hernias inguinales por su cercanía anatómica.⁽³⁾

El dolor es el síntoma más frecuente, presentándose entre el 31% y el 86% de los casos, intensificándose tras la contracción muscular, lo que ayuda a orientar el diagnóstico⁽⁵⁾. Este síntoma asociado a la exploración física fue lo que orientó a la sospecha diagnóstica en este caso.

Ante la sospecha, se sugiere el uso de imágenes como la ecografía, tomografía abdominal o la resonancia magnética. La tomografía es la imagen más ventajosa por su alta sensibilidad y valor predictivo positivo, por lo que fue la imagen utilizada⁽⁴⁾. En nuestra paciente se evidenciaron las dos hernias de Spiegel bilateral de localización baja.

Su tratamiento es quirúrgico⁽³⁾. El abordaje abierto tiene como principales desventajas las relacionadas con la herida quirúrgica (hematomas, infecciones, seromas, infecciones del material protésico), asociándose a recidivas en seis meses de hasta 13%, mayor dolor postoperatorio y mayor estancia hospitalaria⁽⁷⁾. Siendo recomendada, actualmente, solo en casos de obstrucción, perforación intestinal o falta de experiencia del cirujano en laparoscopia.^(4,6)

El abordaje laparoscópico presenta ventajas ampliamente demostradas al permitir conocer con

seguridad el lugar y contenido del saco⁽⁵⁾. La técnica eTEP provee de un gran espacio extraperitoneal de trabajo quirúrgico adecuado para el reparo de hernias bilaterales y de otras hernias de diagnóstico intraoperatorio. Disminuye el riesgo de lesión intestinal, menos adherencias intraperitoneales, menos frecuencia de íleo posoperatorio, menos efectos hemodinámicos adversos que con el abordaje intraperitoneal⁽⁷⁾. La tasa de recidivas es baja o prácticamente nula con esta técnica, oscilando entre 0% y 8%⁽⁵⁾. En el postoperatorio la recuperación es pronta, menor dolor y mejores resultados estéticos.⁽⁷⁾

En conclusión, se debe tener presente el diagnóstico de hernia Spiegel en pacientes con clínica sospechosa, realizando una exploración física detallada y eligiendo una imagen adecuada como la tomografía para su diagnóstico y con ello disminuir su subregistro. La técnica laparoscópica eTEP brinda al cirujano ventajas intraoperatorias considerables al permitir una exploración amplia del campo quirúrgico y con ello una adecuada colocación de mallas en este tipo de defectos herniarios. Además, permite disminuir posibles complicaciones postoperatorias, brindando al paciente una recuperación pronta y una satisfacción estética.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Martínez García F, Gonzáles Uriarte J. Hernia de Spiegel. Diagnóstico y epidemiología. Rev Cir Esp. [Internet]. 2000 [Citado el 10 de febrero de 2025]; 68 (1):74-76. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-hernia-spiegel-diagnostico-epidemiologia-12466>
2. Águila Gómez M. Hernia de Spiegel, ¿Un mito o una realidad?: Nuestra primera experiencia, a propósito de un caso. Rev Med La Paz. [Internet]. 2017 [Citado el 12 de febrero de 2025]; 23(2): 34-39. Disponible: http://www.scielo.org/bo/scielo.php?pid=S1726-89582017000200007&script=sci_abstract&tlng=es
3. García R, Paulin Y. Hernia de Spiegel: Reporte de caso y revisión de bibliografía. Rev SACD. [Internet]. 2020. [Citado el 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <http://revista.sacd.org.ar/hernia-de-spiegel-report-de-caso-y-revision-de-bibliografia/>
4. Shah SK. Henia de Spiegel. Uptodate. [Internet]. 2022. [Citado el 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/spigelian-hernias>

5. Ruiz de la Hermosa A., Amunategui Prats I., Machado Liendo P. Hernias de Spiegel: Nuestra experiencia y revisión de la literatura. *Rev Esp Enferm Dig.* [Internet]. 2010. [Citado el 1 de marzo de 2025]; 102(10): 583-586. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010001000003&lng=es.
6. Moles Morenillo L, Martín Jiménez C, Gómez Sotelo A. Evolución histórica de 67 hernias de Spiegel. *Rev SAPD.* [Internet]. 2013. [Citado el 3 de marzo de 2025]; 36(2):98-102. Disponible en: <https://www.sapd.es/rapd/2013/36/2/02>
7. Daes J. Acceso totalmente extraperitoneal de vista extendida (eTEP) para el reparo de hernias. *Cir Andal.* [Internet]. 2019. [Citado el 10 de marzo de 2025]; 30(3): 320-322. Disponible en: <https://www.asacirujanos.com/revista/2019/30/3/15>