



P-441 - HERNIA DE SPIEGEL TRAUMÁTICA. REVISIÓN DE LA ETIOPATOGENIA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A PROPÓSITO DE UN CASO

Paunero Vázquez, Patricia; Bengoetxea Peña, Iker; Calle Baraja, Miguel; Pelegrín Esteban, Irene; Garnateo Nicolás, Fernando; Domínguez Franjo, Fernando Manuel; Balluerca Alba, María

Hospital Alto Deba, Arrasate/Mondragón.

Resumen

Objetivos: La hernia traumática de pared abdominal se define como la rotura musculofascial por un traumatismo directo, sin penetración de la piel. Ello da lugar a la protrusión de un saco peritoneal, órgano o grasa preperitoneal a través del defecto en la aponeurosis de Spiegel (compuesta por la capa aponeurótica situada entre el músculo recto medialmente y la línea semilunar lateralmente). La hernia de Spiegel suele situarse en un área comprendida por encima y por debajo (menos frecuentemente) del plano que une ambas espinas ilíacas anterosuperiores. En caso de una gran masa tras traumatismo objetivada en la exploración física el diagnóstico es claro, pero defectos pequeños pueden confundirse con hematomas. El objetivo principal de este trabajo es la revisión de la etiopatogenia, métodos diagnósticos y vías de abordaje quirúrgico de la hernia de Spiegel traumática.

Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 55 años, sin antecedentes médico quirúrgicos de interés; que acude a Urgencias en junio/2022 por traumatismo abdominal cerrado, caída en bicicleta con impactación del manillar en fosa ilíaca izquierda. Se realiza un TC urgente que descarta complicaciones intrabdominales pero que objetiva un aumento de partes blandas del músculo oblicuo interno izquierdo compatible con hematoma. Dada la estabilidad global es dada de alta y valorada posteriormente en consulta, persistiendo una tumoración en FII dolorosa, sin episodios de incarceration. Ante la sospecha clínica de hernia de Spiegel traumática se solicita nuevo TC que confirma el diagnóstico. Se decide intervención quirúrgica diferida para reparación de la pared constatando la presencia de hernia de Spiegel traumática y fibrosis de los tejidos, se realiza una eventroplastia intersticial con malla tipo Ventralex de 6cm. El posoperatorio transcurre sin incidencias siendo dada de alta a las 24h. No hay signos de recidiva en el seguimiento.

Resultados: El mecanismo lesional se trata de un traumatismo agudo con fuerza suficiente para causar una elevación brusca de la presión intraabdominal y rotura muscular, pero insuficiente para penetrar la piel, que permanece intacta por su mayor elasticidad. La ausencia de la fascia posterior del músculo recto a este nivel contribuye a su debilidad. La presentación clínica incluye dolor localizado sin protrusión porque la hernia se sitúa bajo la aponeurosis intacta del músculo oblicuo externo. La ecografía o TC de abdomen complementan el diagnóstico. El diagnóstico diferencial más frecuente es el de hematoma, no reductible a la exploración y que puede preceder al desarrollo de la hernia o coexistir desde el traumatismo. El manejo inicial de los pacientes se engloba dentro de los

principios para resucitación de pacientes politraumatizados. En caso de inestabilidad, incarceration o estrangulamiento se optará por la reparación urgente del defecto herniario. El tratamiento diferido evita una incisión extensa y permite una reparación directa sobre tejidos estables, recomendada en caso de lesiones ortopédicas graves o sepsis cutánea.

Conclusiones: El antecedente traumático y la ausencia de una hernia previa son criterios diagnósticos indispensables para la hernia de Spiegel traumática.