



V-255 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA DE SPIEGEL. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Cuevas Toledano, Javier Fernando; Morandeira Rivas, Antonio José; Rojas de la Serna, Gabriela; Fernández Menor de Santos, Elena; Madrid Muñoz, Rafael Emiro; Riquelme Gaona, Jerónimo; Moreno Sanz, Carlos; Tadeo Ruiz, Gloria

Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Resumen

Introducción: Dentro de la obstrucción intestinal mecánica el intestino delgado está afecto en un 80% de los casos, y supone alrededor de un 20% de las intervenciones quirúrgicas urgentes. La causa más frecuente son las bridas, seguido de hernias y tumores. La hernia de Spiegel es una hernia infrecuente de la pared abdominal, con una incidencia aproximada del 0,1-2% del total de las hernias ventrales. Su baja incidencia junto a su localización anatómica dificulta el diagnóstico, siendo importante una elevada sospecha diagnóstica y requiriendo muchas veces de exploraciones complementarias, como ecografía o tomografía computarizada. Además, suelen ser hernias de pequeño tamaño, con anillo menor a 2 cm, lo que aumenta el riesgo de encarceración. El tratamiento quirúrgico es de elección, pudiendo optarse por abordaje abierto o laparoscópico. Se ha descrito una baja tasa de recurrencia con el uso de prótesis.

Caso clínico: Paciente mujer de 62 años con antecedentes de cáncer de mama y dislipemia, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal y vómitos, acompañado de tumoración en fosa iliaca derecha que ha desaparecido a su llegada a urgencias. A la exploración presenta abdomen distendido, sin signos de irritación peritoneal, y sin hernias ni masas palpables. Analítica sin leucocitosis, proteína C reactiva de 54 mg/dl y creatinina de 3,2 mg/dl. Radiografía de abdomen con dilatación de asas de intestino delgado. Tomografía computarizada urgente donde se observa dilatación generalizada de asas de intestino delgado, sin identificarse hernias ni otras causas de obstrucción. Se inició tratamiento con reposo digestivo, descompresión nasogástrica y reposición hidroelectrolítica. Dada la persistencia del cuadro clínico y radiológico de obstrucción se decidió realizar laparoscopia exploradora. Durante la intervención se identificó un defecto herniario de pequeño tamaño compatible con hernia de Spiegel derecha, sin contenido en el interior del saco herniario. Se exploró el intestino delgado desde ángulo de Treitz hasta válvula ileocecal, apreciándose una zona de cambio de calibre en íleon con congestión en el mesenterio, sugestivo de haber estado encarcerado en el defecto herniario, considerándose el intestino viable, no subsidiario de resección. Se procedió a hernioplastia preperitoneal laparoscópica, con reducción del saco herniario, cierre del defecto con sutura barbada, colocación de prótesis de polipropileno fijada con clips absorbibles y cierre del bolsillo preperitoneal con sutura barbada continua. La paciente evolucionó satisfactoriamente del cuadro de obstrucción, doce meses tras la intervención se encuentra asintomática y sin recidiva herniaria.

Discusión: La hernia de Spiegel es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Este tipo de hernias son en ocasiones difíciles de detectar en la exploración física, lo que dificulta el abordaje anterior de las mismas, pudiendo precisarse incisiones de mayor tamaño que aumentan el riesgo de sangrado y lesión nerviosa. El abordaje laparoscópico, además de los beneficios derivados de un abordaje menos invasivo, permite una exploración de la cavidad abdominal permitiendo descartar otras causas de obstrucción intestinal.