

Hernias de pared abdominal de localización poco frecuente

Antonio M. Satorras-Fioretti, Javier Vázquez-Cancelo, Luis Pigni-Benzo, Ali M. Salem y Alberto Ramos-Ardá
Servicio de Cirugía. Hospital da Costa. Burela. Lugo. España.

Resumen

Objetivos. Las hernias de pared abdominal (HPA) de localización poco frecuente incluyen entre otras las de Spiegel (HS), obturadoras (HO), lumbares (HL) e intraparietales (HIP). Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y la frecuente utilización de estudios de imagen.

Pacientes y método. Revisión retrospectiva de las HPA tratadas entre 1990 y 2004. De un total de 2.973, 16 (0,53%) presentaban localización infrecuente: 12 HS (0,4%), 2 HO (0,06%), 1 HL (0,03%) y 1 HIP (0,03%). En todas las HS se palpaba masa. Fueron más frecuentes en varones (7 varones:5 mujeres). Se intervino de urgencia al 25%. Cuando se realizó estudio de imagen, la ecografía confirmó sólo el 20% y la tomografía computarizada el 100%. Se operaron todas las hernias con diagnóstico preoperatorio de HS. En 7 defectos pequeños se practicó cierre simple (con una recidiva) y en los otros 5, colocación de cono de polipropileno, por vía anterior extraperitoneal. En el 50% se asociaban otras HPA. Dos HO se iniciaron con obstrucción, con un diagnóstico preoperatorio por tomografía computarizada, igual que una HIP con diagnóstico ecográfico; en 2 se practicó resección intestinal y reparación con malla. La HL estaba diagnosticada de lipoma por tomografía computarizada.

Conclusiones. Las HPA de localización poco frecuente pueden presentarse como cuadros urgentes. Su tratamiento suele indicarse tras el diagnóstico. La reparación emplea desde el cierre primario hasta plastias con malla, por vía abierta o laparoscópica, por lo que hay que adecuarla a cada tipo de hernia.

Palabras clave: *Hernia de pared abdominal. Hernia de Spiegel. Hernia obturadora. Hernia intraparietal. Hernia lumbar.*

Correspondencia: Dr. A.M. Satorras-Fioretti.
Servicio de Cirugía. Hospital da Costa.
Rafael Vior, s/n. 27880 Burela. Lugo. España.
Correo electrónico: amsatorras@yahoo.es

Manuscrito recibido el 6-4-2005 y aceptado el 28-11-2005.

ABDOMINAL WALL HERNIAS OF UNUSUAL PRESENTATION

Introduction. Abdominal wall hernias (AWH) of unusual presentation include Spigelian hernia (SH), obturator hernia (OH), lumbar hernia (LH) and intraparietal hernia (IPH), among others. Their diagnosis requires of a high index of suspicion and frequent use of imaging studies.

Patients and method. We performed a retrospective review of the AWH treated between 1990 and 2004. Of a total of 2,973 hernias, 16 (0.53%) were in infrequent locations: 12 SH (0.4%), 2 OH (0.06%), 1 LH (0.03%), 1 IPH (0.03%). All the SH showed a palpable mass. They were more frequent in men (7 men and 5 women). Emergency surgery was performed in 25%. When imaging studies were carried out, ultrasonography confirmed only 20% while computed tomography (CT) confirmed 100%. In all patients who underwent surgery for HS, the diagnosis was made preoperatively. Seven small defects were repaired by simple closure (with 1 recurrence); 5 were repaired by a polypropylene mesh cone through the anterior extraperitoneal route. Fifty percent were associated with other AWH. Two OH presented with intestinal obstruction and preoperative diagnosis was made by CT. One IPH also presented with intestinal obstruction and preoperative diagnosis was made by ultrasonography; in 2 patients intestinal resections were performed with mesh repair. The LH had a preoperative diagnosis of lipoma by CT.

Conclusions. AWH of unusual presentation can present as acute complications. Treatment is indicated after diagnosis. Surgical repair can be performed by primary closure or mesh repair through the open or laparoscopic route. The most suitable repair technique for each type of hernia should be selected.

Key words: *Abdominal wall hernia. Spigelian hernia. Obturator hernia. Intraparietal hernia. Lumbar hernia.*

Introducción

La reparación de las afecciones herniarias de la pared abdominal (HPA) es la intervención que con más frecuen-

cia se realiza en los servicios de cirugía general, tanto de forma programada como urgente. Pero hay una serie de localizaciones anatómicas en las que se forman hernias en un porcentaje de casos muy escaso, que dan lugar a cuadros que requieren un alto índice de sospecha clínica, como las hernias de Spiegel (HS), del agujero obturador (HO), del área lumbar (HL) o las de localización intraparietal (HIP). Nuestro objetivo es revisar la casuística tratada en nuestro servicio, definir las formas más frecuentes de presentación y evaluar las opciones terapéuticas empleadas y sus resultados.

Pacientes y método

Realizamos una revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos en nuestro servicio –que atendió a una población de 70.000 usuarios– por HPA entre los años 1990 y 2004. Esto incluye un total de 2.973 hernias, que con frecuencia aparecen combinadas en el mismo individuo. De ellas, 1.905 (64%) se localizaban en la zona inguinal, que en el 16% se presentaron como bilaterales; el resto fueron crurales (10,6%), umbilicales (13,9%), epigástricas (4,1%) o laparotómicas de diversa localización (6,7%), de las cuales un 4,5% correspondía a hernias paracolostómicas. Finalmente, hubo 16 casos (0,53%) de hernias de otra localización, objeto de la presente revisión. Entre ellas hay 12 HS, 2 HO, 1 HL y 1 HIP. Tras la intervención, el seguimiento se programó a los 2 y 12 meses y se evaluaron también en caso de asistencia por otras afecciones en nuestra consulta.

Resultados

El grupo más frecuente, el de las HS, se presentó en el 0,4% de todas las HPA. Incluía a 7 varones y 5 mujeres, con una media (intervalo) de edad de 58,5 años (47-96 años). En 8 ocasiones eran izquierdas y en 4, derechas. La mayoría presentaba algún tipo de afección médica asociada (hipertensión arterial, cardiopatía, neumopatía) y la mitad tenía tratamiento previo para la afección herniaria o la HS se asociaba a otras hernias (inguinal, inguinal bilateral e inguinal y umbilical). En todas se palpaba una masa de pared abdominal, dolorosa en 5 ocasiones (41%). Se intervino de urgencia en 3 (25%) casos –2 por dolor y 1 por obstrucción– y se operó al resto de forma programada.

Ante la sospecha de HS, se solicitaron estudios de imagen en 5 ocasiones. En todos se realizó ecografía de pared, que tan sólo diagnosticó 1; se estudió a 3 con tomografía computarizada (TC), que fue diagnóstica en todos ellos (fig. 1). El 100% se intervino con diagnóstico preoperatorio de HS, aunque sólo en el 25% se tuvo confirmación mediante pruebas de imagen.

Se empleó en 10 ocasiones la anestesia raquídea y en 2 la general. Se abordaron por vía anterior extraperitoneal –excepto en el caso que se inició con obstrucción– por incisión transversa (6), oblicua en fosa ilíaca (4) o pararectal (2) sobre la tumoración. En todas, la hernia subyacía a la aponeurosis del oblicuo mayor, con un pequeño defecto por el que protruía grasa preperitoneal en 7 casos, defecto mediano en 4 (uno de ellos con asa de intestino delgado estrangulada pero viable que no precisó resección) y grande –con sigma en su interior– en uno. Los 7 defectos menores se repararon con cierre simple mediante sutura por planos, reforzando una aponeurosis

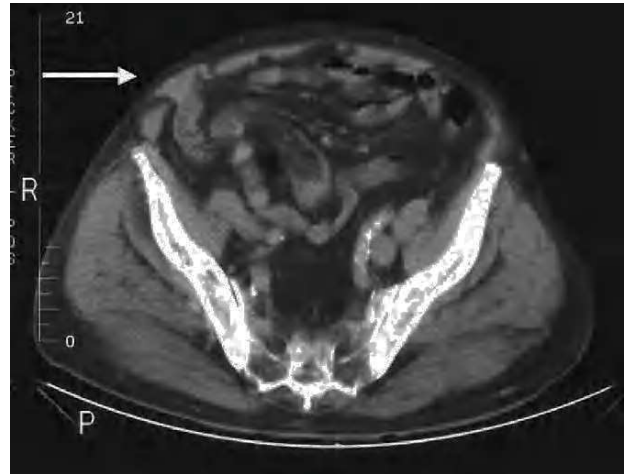


Fig. 1. Imagen de tomografía computarizada que muestra una hernia de Spiegel derecha (flecha) por debajo de la aponeurosis del músculo oblicuo mayor por la que protruye epiplón, sin que se aprecien asas en su interior.

de aspecto debilitado mediante la colocación de una malla de polipropileno subaponeurótica o supraaponeurótica en 3 casos. En el resto se colocó un cono de polipropileno, reforzando en una ocasión con malla subaponeurótica. En 4 se asociaron otros actos quirúrgicos, como 1 colecistectomía o 3 plastias con malla de hernias de otra localización. Cuando se intervino tan sólo la HS, el tiempo operatorio medio fue de 26 min y la estancia media, de 3 días, aunque lo habitual fue 1 o 2, excepto en 2 casos complicados con hematoma. No hubo otra morbilidad ni existió mortalidad en la serie. En 4 casos no se ha completado la revisión programada más allá de los 2 meses inmediatos. En el resto, con seguimiento entre 1 y 7 años, se detectó un caso de recidiva de un cierre simple que se reintervino con colocación de cono de polipropileno, con buena evolución a los 3 años.

Las HO se diagnosticaron en 2 ocasiones (el 0,06% del total de las HPA) en mujeres de 75 y 76 años, en el lado derecho, como cuadros de urgencia por obstrucción, sin que se palpaba masa ni otros signos que indicaran HO. En uno se realizó TC abdominopélvica, que fue diagnóstica (fig. 2). Se intervinieron con anestesia general a través de laparotomía media; un caso requirió resección intestinal. Se llevó a cabo un cierre bilateral de agujeros obturadores en uno y plastia con tapón de polipropileno en otro, sin complicaciones postoperatorias. En el seguimiento respectivo a los 3 y 2 años, no se apreció recidiva a la exploración física, si bien en este último caso una TC puso de manifiesto una hernia vesical a través del agujero obturador.

En un caso de obstrucción intestinal de una mujer de 70 años se palpaba una masa en flanco derecho, con ecografía diagnóstica de hernia estrangulada, que no correspondía con ninguna de las localizaciones frecuentes (inguinocrural, HS, laparotómica), por lo que se clasificó como HIP –que corresponde al 0,03% de las HPA de la serie– a través de los músculos transversos y oblicuo menor, sin que sobrepasara la aponeurosis del oblicuo mayor. Requiere resección intestinal y se reparó con malla

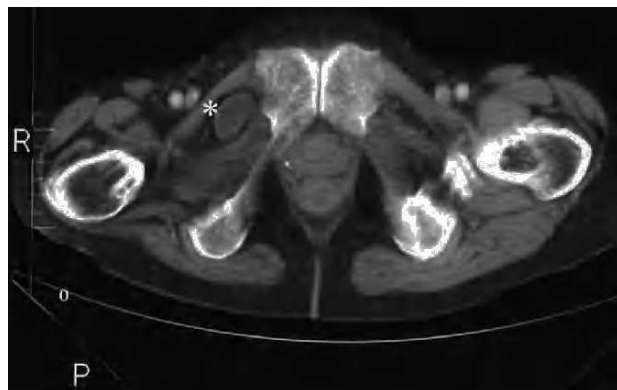


Fig. 2. Imagen de tomografía computarizada donde se aprecia una hernia a través del agujero obturador derecho (*) que contenía un asa de intestino delgado estrangulada que producía obstrucción intestinal.

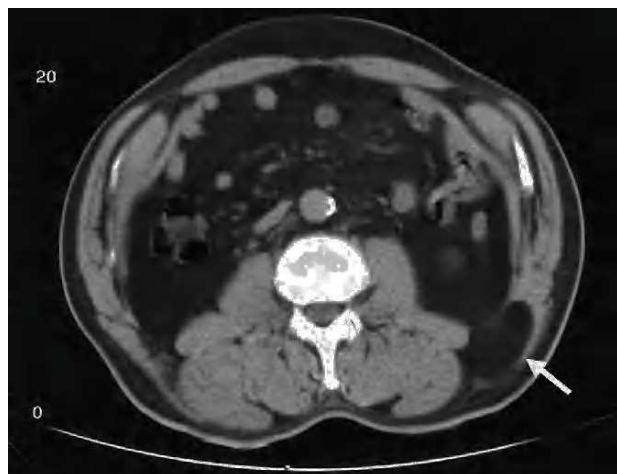


Fig. 3. Imagen de tomografía computarizada donde se aprecia una tumoración de densidad grasa en la zona lumbar izquierda (flecha) que se diagnosticó como lipoma. En la intervención resultó ser una hernia lumbar.

de polipropileno, sin complicaciones. A los 2 años de seguimiento, no se apreciaba recidiva

Finalmente, se intervino de forma programada una masa de la zona paralumbar izquierda, con diagnóstico de lipoma por TC (fig. 3), que correspondía a una HL que contenía grasa preperitoneal y se trató mediante la colocación de cono y malla subaponeurótica de polipropileno. La HL representa así el 0,03% de la serie. No se presentaron complicaciones y la plastia era continente al año de la operación.

Discusión

Las HPA de localización infrecuente corresponden a cuadros que ocurren en menos del 2% de las series de hernias. De ellas, la más frecuente es la HS^{1,2}. Se forma en la Zona de Spiegel, porción aponeurótica de los músculos transversos y oblicuo menor entre la línea semilunar (transición de fibras musculares a aponeuróticas

del músculo transversos) y el borde lateral de la vaina del recto, por la que protruye grasa preperitoneal o un verdadero saco herniario, con o sin contenido visceral. El 90% se localiza en el Cinturón de Spiegel, área transversal entre el ombligo y la línea que une ambas espinas ilíacas anterosuperiores. Suelen estar contenidas por la aponeurosis del oblicuo mayor, por lo que son intraparietales. Las HS bajas, inferiores a los vasos epigástricos, son difíciles de diferenciar de las inguinales directas. Se considera que su etiología es adquirida, con predominio a partir de la quinta década, si bien se las ha descrito en niños³. La mayoría presenta orificios de menos de 2 cm y suele indicarse un predominio femenino. Se asocian frecuentemente a otras HPA, bien tratadas previamente, bien coexistiendo con la HS, hasta en el 50% de los casos^{3,4}, por lo que siempre se deberá descartarlas. Se describe un aumento de la incidencia debido al hallazgo casual durante la laparoscopia. El diagnóstico suele ser clínico; en caso de duda, el uso de estudios de imagen varía del 30⁴ al 100%⁵ según las series. La ecografía es menos sensible que la TC, que puede presentar falsos negativos. Se recomienda su uso sobre todo si se va a abordar laparoscópicamente⁶. La HS produce el 2% de las urgencias en las HPA y el 20% de las HS requiere intervención urgente, por lo que tras diagnosticarla se indica su reparación^{3,4}. Para ello existen diversas técnicas. El cierre simple de pequeños defectos, por vía abierta, sigue empleándose hasta en el 90% de algunas series; en defectos mayores se indica un refuerzo con malla preperitoneal³⁻⁵ o la obturación del defecto mediante un cono de polipropileno^{7,8} o un dispositivo Prolene Hernia System⁹ con anestesia local o locorregional, con mínimas complicaciones. Otra opción es el abordaje laparoscópico, intraabdominal o extraperitoneal, en el que algunos estudios aleatorizados aprecian ventajas respecto a la vía abierta en cuanto a estancia y morbilidad¹⁰.

La HO se produce a través del agujero obturador, limitado por las ramas isquiáticas y pubianas de la pelvis y cubierto por la membrana obturatriz. Es una HPA muy poco frecuente (0,14-0,07%), de predominio en mujeres ancianas, habitualmente derecha y que suele aparecer como un cuadro de obstrucción intestinal de causa no filiada por estrangulación del delgado, frecuentemente como hernia de Richter¹¹. Se puede presentar como masa palpable en la raíz del muslo o en el tacto rectovaginal. Son indicativos los signos de Howship-Romberg (dolor en la cara interna del muslo, que se describe hasta en el 50% de los casos) y de Hannington-Kiff (ausencia del reflejo aductor) o niveles hidroaéreos por debajo del pubis en radiología de abdomen¹². El diagnóstico habitual es tras TC. El tratamiento requiere cubrir el defecto mediante cierre simple si es pequeño o su refuerzo con doble capa de peritoneo¹³ o colgajo preperitoneal por vía abierta¹⁴. Otra opción es la colocación de material protésico preperitoneal¹⁵ o como tapón¹⁶, aunque cada vez menos empleada por la posible lesión del nervio obturador. Se ha descrito también su abordaje por vía laparoscópica.

Las HL son un tipo muy infrecuente, que se produce en el espacio limitado por la 12.^a costilla, la cresta ilíaca, el músculo espinal y el oblicuo mayor, a través del cual pue-

den formarse varios defectos (hernias de Petit, de Grynfelt, costoilíaca de Larrey o suprailíaca de Huguier), por los que protruye una tumoración que puede no contar con peritoneo, tenerlo adherido a una víscera deslizada o poseer un verdadero saco. Cada vez se asocian más a lumbotomía, traumatismo o resección de cresta ilíaca previa¹⁷. Con frecuencia se confunden con lipomas o tumores de la pared. El índice de complicaciones es elevado (hasta el 25%¹⁸) por lo que, tras su confirmación con TC, se debe indicar la reparación. El tratamiento mediante cierre primario o colgajos miofasciales se ha abandonado a favor de la plastia con material protésico, que se puede llevar a cabo mediante abordaje abierto con incisión en flanco, disección extensa y colocación de malla preperitoneal, o por técnicas mínimamente invasivas como laparoscopia^{18,19} o retroperitoneoscopia²⁰, que parecen presentar ventajas sobre todo en cuanto a tiempo de ingreso. En cualquiera de los abordajes se debe colocar una malla que exceda los bordes del defecto y anclarla a las estructuras adyacentes, lo que puede ser dificultoso si existen elementos óseos, por lo que se han descrito técnicas de sutura transósea a través de cresta ilíaca¹⁸, anclaje con tornillos¹⁷ o sutura helicoidal a través de laparoscopia¹⁹.

Conclusiones

Las HPA pueden tener una serie de localizaciones poco frecuentes que requieren la sospecha del clínico y el radiólogo, y muchas veces aparecen como cuadros de urgencia por dolor u obstrucción de etiología poco clara y no siempre diagnosticada en el preoperatorio. Su tratamiento va del cierre simple a la plastia del defecto con malla y, con excepción de las HS en las que ya se han descrito series grandes, deberá basarse en los hallazgos intraoperatorios y las condiciones particulares de cada paciente.

Bibliografía

1. Moles L, Fernández J, Ortiz C, et al. Hernia de Spiegel. A propósito de 16 casos. *Cir Esp.* 2000;67:572-5.
2. Moreno-Egea A, Girela E, Torralba J, et al. Tratamiento laparoscópico ambulatorio de la hernia de Spiegel: presentación de 10 casos. *Cir Esp.* 2002;71:221-3.
3. Larson D, Farley D. Spigelian hernias: repair and outcome for 81 patients. *World J Surg.* 2002;26:1277-81.
4. Vos D, Scheltinga M. Incidence and outcome of surgical repair of spigelian hernia. *Br J Surg.* 2004;91:640-4.
5. Malazgirt Z, Dervisoglu A, Polat C, et al. Preperitoneal mesh repair of spigelian hernias under local anesthesia: description and clinical evaluation of a new technique. *Hernia.* 2003;7:202-5.
6. Moreno-Egea A, Flores B, Aguayo J, et al. La hernia de Spiegel en España: revisión bibliográfica y presentación de una serie personal de 27 pacientes. *Cir Esp.* 2002;72:18-22.
7. Sánchez-Montes I, Deysine M. Spigelian hernia, a new repair technique using preshaped polypropylene umbrella plug. *Arch Surg.* 1998;133:670-2.
8. Pikoulis E, Daskalakis P, Psallidos N. Marlex mesh prefix plug hernioplasty. *World J Surg.* 2005;29:231-4.
9. Campanelli G, Pettinari D, Nicolosi FM, et al. Spigelian hernia. *Hernia.* 2005;9:3-5.
10. Moreno-Egea A, Carrasco L, Girela E, et al. Open vs. laparoscopic repair of spigelian hernia: a prospective randomized trial. *Arch Surg.* 2002;137:1266-8.
11. Gegúndez C, Satorras AM, Romero AU, et al. Hernia obturatriz estrangulada. Revisión de cuatro casos. *Rev Gall Pat Digest.* 1991;1:53-5.
12. García A, Gómez J, González J, et al. Diagnóstico preoperatorio de la hernia obturatriz por radiología simple. *Cir Esp.* 2000;67:216-7.
13. Shipkov CD, Uchikov AP, Grigoriadis E. The obturator hernia: difficult to diagnose, easy to repair. *Hernia.* 2004;8:155-7.
14. Maharaj D, Maharaj S, Young L, et al. Obturator hernia repair: a new technique. *Hernia.* 2002;6:45-7.
15. Mena A, De Juan A, Larrañaga I, et al. Hernia obturatriz: análisis de nuestra serie y revisión de la enfermedad. *Cir Esp.* 2002;72:67-71.
16. Rojo E, Palenzuela J, Rodríguez J, et al. Obstrucción intestinal por hernia obturatriz. *Cir Esp.* 2003;73:252-4.
17. Patten L, Awad S, Berger D, et al. A novel technique for the repair of lumbar hernias after iliac crest bone harvest. *Am J Surg.* 2004;188:85-8.
18. Arca M, Heniford B, Pokorny R, et al. Laparoscopic repair of lumbar hernias. *J Am Coll Surg.* 1988;187:147-52.
19. Moreno-Egea A, Torralba J, Morales G. Reparación laparoscópica de las hernias lumbares secundarias. Cirugía abierta frente a laparoscópica. Estudio prospectivo no aleatorizado. *Cir Esp.* 2005;77: 159-62.
20. Habib E. Retroperitoneoscopic tension-free repair of lumbar hernias. *Hernia.* 2003;7:150-2.