

## Hernia de Spiegel. Diagnóstico y tratamiento.

Dr. Nicolás Muniz, Dr. Manuel Sanguinetti, Dr. Luis Belderrain, Dr. Joaquín Pereyra, Dr. M. Viola.

Departamento Clínico de Cirugía. Clínica Quirúrgica "B" Prof. Agdo. Dr. César Canessa.  
Hospital de Clínicas. Montevideo – Uruguay.

### Introducción

La hernia de Spiegel es una rara variedad de defecto de la pared abdominal. Su diagnóstico y tratamiento todavía no están estandarizados, fundamentalmente por su diversa e infrecuente presentación, por lo que requiere un alto índice de sospecha y la frecuente utilización de estudios de imagen. Presentamos el caso de una paciente portadora de una hernia de Spiegel.

### Caso Clínico.

- Mujer, 49 años.
- AP: hipertensa bien controlada.
- Consulta por cuadro de años de evolución dado por la presencia de una tumoración en hemiabdomen izquierdo, con crecimiento progresivo, blanda, que en múltiples ocasiones motivó la consulta en el departamento de emergencia por dolor local mejorando con reposo y AINEs. Actualmente indolora.
- Al examen: abdomen globuloso, asimétrico a expensas de una tumoración blanda a nivel de flanco izquierdo de 12 x 10 cm. que impulsa con la tos, que se reduce parcialmente, mate a la percusión.
- La paraclínica humoral presenta valores dentro de rangos normales.
- Rx de tórax sin alteraciones.

### Tomografía Computada.

Hígado de forma y tamaño habitual, sin lesiones focales. Vía biliar intra y extrahepática no dilatada. Vesícula biliar sin alteraciones.  
A nivel de flanco izquierdo se observa tumoración con contenido peritoneal, con asas delgadas y epiplón, que impresiona protruir a través de la unión del músculo recto con los músculos anchos del abdomen.  
Resto del abdomen sin alteraciones.  
Hernia de Spiegel?

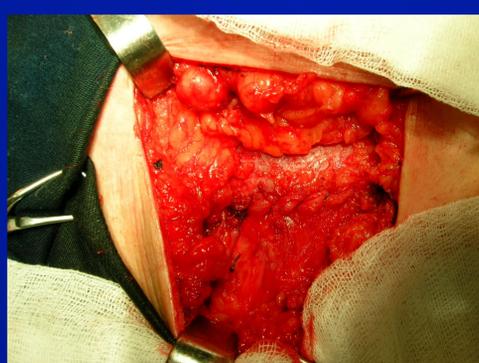
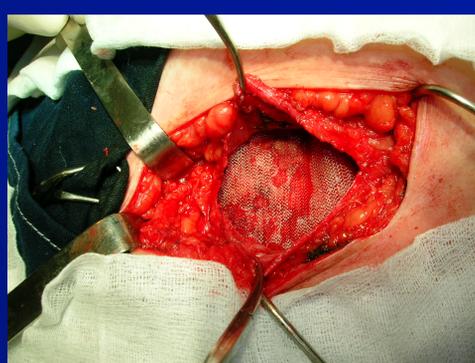
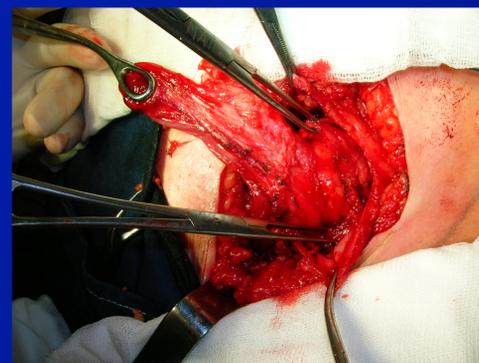
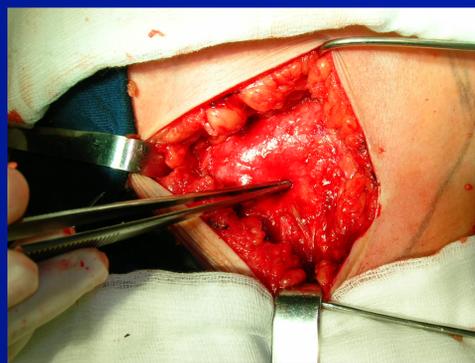


### Tratamiento.

Con diagnóstico de hernia de Spiegel se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza incisión transversa de flanco izquierdo. Apertura de celular subcutáneo hasta identificación de saco herniario. Disección del saco separándolo del celular subcutáneo hasta los bordes del anillo. Apertura del mismo que contiene epiplón y asas delgadas. Liberación de adherencias del contenido abdominal al saco y resección del mismo. Cierre con poliglactina 910 3-0 de músculos transverso y oblicuo menor. Colocación de malla de polipropileno entre músculos oblicuo mayor y menor fijada con puntos separados transaponeuróticos de polipropileno 2-0. Cierre de aponeurosis de oblicuo mayor con poliglactina 910 1 y cierre de piel con sourget intradérmico con nylon 4-0.

### Evolución.

Buena evolución postoperatoria en sala, se otorga alta a los 2 días del procedimiento. Controles posteriores a la semana del alta, al mes, 3 meses y a los 6 meses con herida en buenas condiciones y cicatriz continente.



### Discusión y conclusiones

La hernia de Spiegel se forma en la Zona de Spiegel, porción aponeurótica de los músculos transverso y oblicuo menor entre la línea semilunar (transición de fibras musculares a aponeuróticas del músculo transverso) 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. Se las puede dividir en superiores e inferiores según se localicen por encima o por debajo de los vasos epigástricos inferiores. El diagnóstico suele ser clínico; en caso de duda, el uso de estudios de imagen varía del 30 al 100% según las series. La ecografía es menos sensible que la TC, que puede presentar falsos negativos. La hernia de Spiegel produce el 2% de las urgencias en las hernias de la pared abdominal y el 20% de las hernias de Spiegel requiere intervención urgente, por lo que tras diagnosticarla se indica su reparación. 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 preperitoneal. Es aconsejable el uso de prótesis de material sintético cuando la aponeurosis es atrófica, los defectos son grandes y en las recidivas. La malla se sitúa entre el peritoneo y los músculos anchos, entre dos planos musculares o en forma de tapón (plug). La recurrencia herniaria es excepcional. Para nuestro caso se decidió ante la duda diagnóstica la realización de una tomografía computada y para su tratamiento dado el tamaño del anillo se decidió la colocación de una malla de polipropileno entre los músculos oblicuo menor y transverso para reforzar la reparación parietal.

### Referencias

- Moreno-Egea A., Flores B. y cols. La hernia de Spiegel en España: revisión bibliográfica y presentación de una serie personal de 27 pacientes. Cir Esp 2002;72(1):18-22.  
Satorras-Fioretti A., Vázquez-Cancelo J. y cols. Hernias de pared abdominal de localización poco frecuente. Cir Esp. 2006;79(3):180-3.  
Moles Morenilla L., Docobo Durántez F., y cols. Hernia de Spiegel en España. Análisis de 162 casos. REV ESP ENFERM DIG 2005; 97(5): 338-347.