

Actualización: cinco años después del número de pared, ¿qué ha cambiado?

Hernias lumbares, subcostales, suprapúbicas, subxifoideas y de Spiegel

Lumbar, subcostal, suprapubic, subxiphoid and Spiegel hernias

J. Valdés-Hernández, A. Curado-Soriano, A. Pérez-Sánchez, J. Cintas-Cátena, F. del Río, J.C. Gómez-Rosado, C. Torres, F. Oliva, L. Capitán

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

RESUMEN

Existen un grupo especial de hernias de la pared abdominal que por sus particularidades y dificultad de manejo merecen una consideración especial. Entre éstas, podemos destacar las hernias subcostales, lumbares, iliacas, subxifoideas, suprapúbicas y la hernia de Spiegel.

El abordaje laparoscópico constituye una buena alternativa para los casos de hernias pequeñas así como en determinadas situaciones, ya que nos permite una buena valoración del campo, conseguir un correcto solapamiento de la malla, y todo ello manteniendo las potenciales ventajas del abordaje mínimamente invasivo.

Sin embargo, en el caso de hernias de mayor tamaño (a partir de W2) o en determinadas situaciones, puede ser necesario un abordaje abierto, a ser posible con colocación de la malla en posición retromuscular. En caso de grandes defectos puede ser necesario optar por técnicas más avanzadas como puede ser la liberación del transversus abdominal (TAR).

Palabras clave: hernia lumbar, hernia subcostal, hernia subxifoidea, hernia suprapúbica, hernia de Spiegel, tratamiento quirúrgico, abordaje laparoscópico.

ABSTRACT

There are some abdominal wall hernias that, due to some particular needs in their management, need to be included in a special group. In this group, we can include subcostal, lumbar, iliac, subxiphoid, suprapubic and Spigelian hernias.

The laparoscopic approach is a good alternative in case of small defects and in some special situations, for it allows for a good field exposure and may also help to achieve a good mesh overlap, while providing the advantages of a minimally invasive approach.

In case of a bigger defect (W2 or greater) as well as in some special situations, an open approach may be needed, with retromuscular placement of the if possible.

In the event of greater defects, it may be needed to choose more advanced techniques such as the transversus abdominis release (TAR).

Keywords: lumbar hernias, subcostal hernias, subxiphoid hernias, suprapubic hernias, spigelian hernia, surgical treatment, laparoscopic approach.

INTRODUCCIÓN

Como ya comentábamos en el artículo previamente publicado en 2013¹ dentro de las hernias de la pared abdominal existe un subgrupo en las cuales tanto el diagnóstico como el abordaje puede resultar especialmente complejo, debido principalmente a su localización, y

CITA ESTE TRABAJO

Valdés Hernández J, Curado Soriano A, Pérez Sánchez A, Cintas Catena J, del Río F, Gómez Rosado JC, Torres C, Oliva F, Capitán L. Hernias lumbares, subcostales, suprapúbicas, subxifoideas y de Spiegel. Cir Andal. 2018;29(2):121-123

XREF

es este apartado podemos incluir la hernia lumbar, la subcostal, la suprapúbica, la subxifoidea y la hernia de Spiegel.

En el presente artículo queremos hacer un resumen de los últimos avances descritos y publicados en los últimos años desde la publicación del artículo previo publicado en **Cirugía Andaluza**.

Hernias laterales primarias e incisionales (subcostales, lumbares, fosas iliacas)

La literatura agrupa a estas hernias bajo el nombre de hernias laterales o de flanco (L1, L2, L3, L4). Se agrupan porque presentan connotaciones parecidas entre ellas, como son la atrofia muscular provocada por la sección de las terminaciones nerviosas desde T9 a T12, la asimetría del hemiabdomen afectado y su cercanía a bordes óseos². Hay que puntualizar que en las hernias primarias no va a existir ni atrofia ni asimetría (hernias de Grynfelt, Petit).

La indicación quirúrgica y el abordaje nos lo determinarán el tamaño del defecto, la atrofia muscular y el colgajo cutáneo. En la última revisión sistemática³ se aconseja una reparación retromuscular en posición *Sublay* con malla de polipropileno porque disminuye las complicaciones tardías, las recurrencias y las pseudo hernias. Para minimizar el dolor postoperatorio debido a la fijación, es necesaria una amplia disección que nos permitirá usar un tamaño de malla que solape ampliamente el defecto evitando una fijación excesiva de la misma.

Aconsejamos en aquellos defectos pequeños con poca atrofia muscular, el uso del abordaje laparoscópico con la malla en posición intraabdominal, obteniendo buenos resultados⁴. Hay autores que la aconsejan para todos los tamaños, aunque no detallan qué hacen con el exceso cutáneo resultante y ni cómo reparan la asimetría.

En situaciones de grandes defectos asociados con atrofia muscular⁵, es necesario recurrir a la liberación del músculo transversario, y si no existe masa muscular suficiente, realizar la técnica de doble malla descrita por Carbonell.

Hernias subxifoideas

Este tipo de defecto tiene la dificultad añadida de encontrarse delimitado por el xifoideo y ambos arcos costales. Los expertos coinciden en la necesidad de conseguir un amplio espacio de disección para poder solapar la malla ampliamente, pero no cuál es la técnica ideal.

En el abordaje abierto aunque liberemos ambos músculos transversarios y cerremos la hoja posterior, la anterior fijada a los rebordes óseos no permite la movilización a la línea media, precisando en la mayoría de los casos la colocación de una doble malla. En el abordaje laparoscópico el principal hándicap está en la disección craneal del defecto y sobre todo en la fijación que la realizamos sobre los arcos costales y el diafragma.

Hernias suprapúbicas

El abordaje ideal en el tratamiento de la hernia suprapúbica aún sigue siendo objeto de debate derivado de la escasa frecuencia de este tipo de hernias. En un estudio publicado en 2017 con 71 pacientes por Renard *et al.*⁶ se proponía la posibilidad de estandarizar el abordaje abierto con colocación de malla preperitoneal como abordaje de elección, sin embargo, el abordaje laparoscópico continúa siendo una opción preferida por un amplio grupo de cirujanos⁷.

En nuestra opinión, la principal ventaja del abordaje laparoscópico (ya sea tipo IPOM o mediante abordaje TAPP), además de las ventajas evidentes del abordaje mínimamente invasivo, es la posibilidad de obtener el solapamiento necesario tanto de forma lateral, y aún más importante, a nivel inferior, ya que este solapamiento puede resultar complicado conseguirlo a nivel del pubis por vía abierta.

Nuestra preferencia continúa siendo el abordaje tipo TAPP con la creación de un flap de peritoneo para acceder al espacio preperitoneal y colocar una malla amplia a dicho nivel. La fijación de esta malla, que no precisa ser compuesta por no entrar en contacto con el contenido intraperitoneal al colocarse en el espacio preperitoneal, se hará utilizando sutura helicoidal, reabsorbible como preferencia, asociando o no el uso de adhesivos para disminuir la fijación traumática.

Sin embargo, en aquellos defectos grandes o que asocian un saco grande con deformidad cutánea evidente, puede resultar necesario un abordaje abierto, que nos permite una reparación posterior (Rives Stoppa) y la medialización de los vientres musculares, además poder asociar una dermolipectomía si fuera necesaria.

Hernia de Spiegel

Las hernias de Spiegel, aún tratándose de hernias primarias, debido a la escasa frecuencia así como su difícil diagnóstico, pueden englobarse en el genérico de hernias de localización complicada.

En la serie más larga publicada recientemente por Webber *et al.*⁸ en 2017 con 107 pacientes, se sugiere que la incidencia de la hernia de Spiegel puede ser mayor que la esperable, siendo una patología probablemente infraestimada (2% del global de hernias ventrales intervenidas en este estudio). Además concluye este estudio que la estrategia ideal dependerá de la experiencia del cirujano, características del paciente y el grado o tamaño de la hernia, considerando que las hernias de mayor tamaño o grado 3 no son las mejores candidatas al abordaje mínimamente invasivo.

Pese a que el abordaje abierto continúa siendo la técnica más utilizada (ya que es además la más usada cuando se realiza una cirugía urgente por incarceration y/o estrangulación) el abordaje laparoscópico aporta las ventajas del abordaje mínimamente invasivo, principalmente en cirugía programada, en cuanto a estancia postoperatoria⁹.

El abordaje laparoscópico para la hernia de Spiegel se puede realizar tanto por vía TAPP, IPOM o por TEP estando aún por determinar cuál es el método idóneo de tratamiento.

Pese a que el abordaje TEP e IPOM se han descrito como alternativas al tratamiento con buenos resultados¹⁰⁻¹¹, nuestro grupo sigue prefiriendo el abordaje TAPP con disección del peritoneo ipsi o bilateral (en caso de hernia bilateral) para colocar la malla en el espacio preperitoneal.

CONCLUSIÓN

Debemos evolucionar y plantear cuál es la mejor técnica para cada paciente, teniendo en cuenta las complicaciones, las secuelas y la recidiva.

En aquellos defectos pequeños con buena masa muscular, la cirugía laparoscópica nos ofrece una solución óptima con mayor confort para el paciente y menor estancia.

En aquellos defectos mayores a partir de W2 y asociados a connotaciones como asimetría, atrofia, gran saco o grandes colgajos, es necesaria una técnica retromuscular, que es la que menor recidiva nos aporta a largo plazo.

En grandes defectos debemos realizar la liberación del transversos o técnicas de doble malla.

BIBLIOGRAFÍA

- Gordillo A, Valdés J, Navarrete E, Naranjo J, del Río F, Capitán L. IV.Hernia primaria-incisional de pared abdominal. Hernias lumbares, subcostales, suprapúbicas, subxifoideas y de Spiegel. *Cir.Andal.*2013;24:283-286.
- Pulikkottil BJ, Pezeshk RA, Daniali LN, Bailey SH, Mapula S, Hoxworth RE.Lateral Abdominal Wall Defects: The Importance of Anatomy and Technique for a Successful Repair. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2015 Aug 18;3(8):e481.
- Zhou DJ, Carlson MA. Incidence, etiology, management, and outcomes of flank hernia: review of published data. *Hernia.* 2018 Apr;22(2):353-361. doi: 10.1007/s10029-018-1740-1. Epub 2018 Jan 27. Review.
- Novitsky YW. Laparoscopic repair of traumatic flank hernias. *Hernia.* 2018 Apr;22(2):363-369. doi: 10.1007/s10029-017-1707-7. Epub 2017 Dec 15.
- LaPinska, Melissa Phillips. Open Flank Hernia Repair. *Hernia Surger. Current Principles* Editors: Novitsky, Yuri W. (Ed.) 2016.
- Renard Y, Simonneau A.C, de Mester L, Teuma L, Meffert J.L, Palot J.P, Kianmanesh R. Standard of open Surgical Repair of suprapubic Incisional Hernias. *World Journal of Surgery.*2017;6:1466-1474.
- Suprapubic Incisional Hernias: Is open surgery a standard?. *World Journal of Surgery.*2017;41:1475.
- Webber V, Low, C, Skipworth R.J.E, Kumars A, de Beaux A.C, Tulloh B. Contemporary thoughts on the management of Spigelian Hernia. *Hernia.*2017;21(3):355-361.
- Mederos R, Lamas J.R, Alvarado J, Matos M, Padron I, Ramos A. *Int J Surg Case Report.*2017; 31:184-187.
- Moreno E.A, Aguayo J.L, Girela E. Treatment of Spigelian Hernia using totally extraperitoneal laparoscopy ambulatory surgery. *Surg Endosc.* 2002;16(12):1806.
- Fernandez-Moreno M.C, Marti-Cuñat E, Pons G, Ortega J. Intraperitoneal onlay mesh technique for Spigelian Hernia in an outpatient and short stay surgery unit. What's new in intraoperative meshes?. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2018;16. doi10.1089/lap.2017.0319[Epub ahead of print].