

Caso clínico

Hernia de Spiegel como causa de obstrucción intestinal: abordaje laparoscópico



Spiegel's hernia as a cause of intestinal obstruction: laparoscopic approach

Faber Machado¹, Carlos Calle², Federico López³

¹Universidad CES. Departamento de Cirugía General. Grupo de Pared Abdominal. Clínica CES. Medellín (Colombia). ²Departamento de Cirugía General. Grupo de Pared Abdominal. Clínica CES. Hospital General de Medellín. Medellín (Colombia). Departamento de Cirugía Oncológica. Fundación Colombiana de Cancerología. Clínica Vida. Medellín (Colombia). ³Fundación Colombiana de Cancerología. Departamento de Áreas Quirúrgicas. Clínica Vida. Medellín (Colombia)

Resumen

Introducción: La hernia de Spiegel es un tipo de hernia lateral de la pared abdominal poco frecuente. Una vez se diagnostica es conveniente intervenir por el alto riesgo de complicación.

Caso clínico: Presentamos una paciente con antecedente de fibrilación auricular anticoagulada con apixaban. Consultó en Urgencias con signos y síntomas de obstrucción intestinal y se confirmó la sospecha diagnóstica por tomografía de abdomen: hernia de Spiegel izquierda encarcelada. Se espero 24 horas para garantizar el consumo del anticoagulante para evitar el alto riesgo de sangrado y no 48 h, como se recomienda por el fármaco, para evitar en lo posible la evolución de la lesión y una posible perforación intestinal. El abordaje se realizó vía laparoscópica con técnica IPOM para evitar sangrados masivos por el menor trauma parietal. La paciente no presentó complicaciones. A los 12 meses permanece sin recurrencias.

Discusión: Nuestro caso plantea un dilema de tratamiento médico. La paciente tiene un alto riesgo de necrosis y perforación intestinal en caso de no ser intervenida, pero también la cirugía representa un riesgo de sangrado por estar anticoagulada con apixaban (Eliquis®), medicamento que no tiene antídoto para revertir su efecto. Se considera que el riesgo de perforación o necrosis es mayor al de sangrado y se interviene con 24 h de latencia (no 48 h). Se decide abordaje laparoscópico porque para nosotros es el que menor riesgo de sangrado presenta.

Abstract

Introduction: Spiegel's hernia is a rare type of lateral hernia on the abdominal wall. Once it is diagnosed, it may be convenient to undergo surgery because of the high risk of complications.

Case report: We present the case of a patient with history of atrial fibrillation anticoagulated with Apixaban. She went to the emergency department with signs and symptoms of intestinal obstruction. The diagnose was confirmed by abdominal tomography: Incarcerated left Spiegel hernia. We decided to wait 24 hours to ensure the anticoagulant clearance, with the idea of avoiding the risk of bleeding in surgery; we considered not to wait 48 hours as recommended by the drug guidelines, avoiding as far as possible the progression of the disease and preventing a possible intestinal perforation. To prevent massive bleeding due to less parietal trauma the approach was performed laparoscopically with the IPOM technique. The patient did not present complications on surgery and 12 months later it remains without recurrence of illness.

Discussion: Our case shows a dilemma of medical treatment, the patient had a high risk of necrosis and intestinal perforation in case of not being operated, but also surgery represents a risk of bleeding due to being anticoagulated with Apixaban (Eliquis®), a medicine that does not have antidote to reverse its effect. We considered that the risk of perforation or necrosis was greater than the risk of bleeding, that is why we decided that the surgical process should be made with 24 h of latency (not 48 h). A laparoscopic approach was decided because it is the one with the lowest risk of bleeding for us.

Recibido: 03-09-2018

Aceptado: 20-09-2018

Palabras clave:

Hernia de Spiegel, tratamiento, laparoscopia, anticoagulantes.

Key words:

Spiegel hernia, treatment, laparoscopy, anticoagulants.

* Autor para correspondencia: Faber Machado. Universidad CES. C/ 10a, #22-04. 050021 Medellín, Antioquia (Colombia)
Correo electrónico: machadofaber@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

La hernia de Spiegel (HS) es un defecto poco frecuente de la pared abdominal en la que hay protrusión de la grasa preperitoneal, del peritoneo o de algún otro órgano a través de un defecto, que puede ser de origen congénito o adquirido, a través de la línea semilunar como borde lateral y usualmente por debajo de la línea semicircular y por rotura de la aponeurosis del músculo transverso abdominal¹⁻³. La HS representa el 0.12-2 % de hernias de la pared abdominal y es más frecuente en mujeres a partir de la cuarta década de la vida^{1,4-6}. Su diagnóstico y tratamiento siguen siendo un reto permanente para médicos de urgencias y cirujanos debido a su variada forma de presentación⁷.

Este trabajo presenta el caso de una paciente con antecedentes de cirugía ginecológica (ooforectomía) y bajo tratamiento anticoagulante por una fibrilación auricular. Se detalla la actitud y el manejo conjunto de la paciente por cirujanos y cardiólogos.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 73 años que consulta al Servicio de Urgencias de la clínica CES por dolor abdominal tipo cólico, intermitente, ubicado en fosa iliaca izquierda, autolimitado y manejado como un colon irritable unos años atrás. Como antecedentes relevantes, presenta una fibrilación auricular manejada con apixaban (Eliquis®), 2.5 mg al día, y ooforectomía por quiste de ovario. El episodio inicia con dolor abdominal generalizado y progresivo, con sensación de masa en fosa iliaca izquierda, vómitos biliosos y distensión abdominal. Al examen físico la paciente presenta signos vitales estables, una auscultación con peristaltismo aumentado, y a la palpación abdominal, una masa en fosa iliaca izquierda de 5 × 5 cm, dura, firme y dolorosa al tacto, sin signos de irritación peritoneal. Se solicita estudio de imagen mediante rayos X de abdomen en bipedestación, que muestra signos de obstrucción intestinal. El diagnóstico se orienta hacia una obstrucción intestinal mecánica secundaria a una hernia de Spiegel. Para confirmarlo, se solicita una tomografía contrastada urgente de abdomen, que informa de hernia de Spiegel izquierda con asa de íleon encarcerada y con dilatación de las asas proximales y edema, sin perforación o necrosis (figs. 1-2).

Teniendo en cuenta el antecedente de anticoagulación, se valora el riesgo de sangrado masivo durante la intervención quirúrgica frente al riesgo de necrosis y perforación intestinal secundario a la encarceración, por lo que se programa para cirugía diferida 24 h por vía laparoscópica, con el fin de resolver la obstrucción intestinal y realizar la reparación parietal. Se lleva a quirófano con un periodo de 24 horas sin haber consumido completamente el apixaban (Eliquis®). El abordaje se realiza vía laparoscópica con incisión transumbilical, 2 trocares de 5 mm, uno en hipogastrio y otro en flanco derecho bajo visión directa. Para facilitar la reducción del contenido, se amplía el defecto unos 4 mm. El saco tenía unos 3 cm, con anillo de 2 × 3 cm. La hernia generaba obstrucción en asa cerrada del íleon y dilatación proximal secundaria en la línea semilunar izquierda, infraumbilical (zona L3), con isquemia que se recupera completamente tras la liberación del saco, sin hallar necrosis ni perforación (figs. 3-4).

Tras la reducción total del contenido intestinal, se sutura el anillo con material absorbible monofilamento de polidioxanona 2/0 (Stratafix spiral®), vía intraperitoneal continua, y luego se refuerza



Figura 1. TAC de abdomen, corte axial, donde se evidencia la protrusión de íleon a través del defecto. Hernia de Spiegel izquierda.



Figura 2. TAC de abdomen, corte sagital. Hernia de Spiegel izquierda con dilatación de asas proximales.



Figura 3. Abordaje laparoscópico de la hernia. Intestino atascado en anillo herniario.



Figura 4. Asa de ileon inmediatamente tras ser liberada del anillo herniario. No hay sangrados significativos.

la reparación según técnica IPOM PLUS con una malla separadora de tejido (Symbotex®, Medtronic, Estados Unidos), de 15 × 10 cm, y fijada con 4 puntos transabdominales de PDS® 2/0 y después con una doble corona de grapas reabsorbibles (Securestrab®, Johnson & Johnson, Ethicon, Estados Unidos). Se revisa la hemostasia, que no presenta sangrado apreciable durante la cirugía.

La paciente pasa a la Unidad de Cuidados Especiales (UCE), donde tiene buena evolución, sin presentar complicaciones, sangrado o íleo. A los 3 días del posoperatorio, Cardiología reinicia el tratamiento con Eliquis®. Se evalúa a la paciente los días posteriores a la cirugía con estabilidad en los niveles de hemoglobina, y se da de alta a los 3 días después de haber reiniciado el tratamiento anticoagulante. En consulta externa, a los 12 meses, se revisa y se verifica que la paciente está asintomática, que la hernia no ha reaparecido y que lleva un estilo de vida normal.

DISCUSIÓN

La hernia de Spiegel representa el 0.1-2 % de las hernias de la pared abdominal, tiende a aparecer entre la 4.ª y la 7.ª décadas de la vida y afecta principalmente a mujeres, con una relación de 1,4:1.5. Se ha documentado que el 27 % de los pacientes diagnosticados requiere una intervención urgente, lo que condiciona el manejo y aconseja la cirugía, aunque no se presenten síntomas¹.

En ocasiones, el diagnóstico de la HS puede ser un verdadero reto, particularmente cuando no hay hallazgos durante el examen físico. Puede manifestarse con dolor abdominal ocasional, palpación de masa, síntomas de obstrucción intestinal e incluso puede ser un hallazgo incidental. Usualmente son hernias pequeñas cubiertas por la aponeurosis del oblicuo externo y cuya exploración abdominal es negativa⁷.

Ante la sospecha clínica, hay alternativas para llegar al diagnóstico. La ecografía abdominal permite ver la masa anterior a la pared abdominal, muestra sombra ecogénica de la línea semilunar y del defecto fascial, aunque este método rara vez define la etiología de la masa. La tomografía, aunque es más costosa, sitúa mejor la lesión, permite diferenciarla de otras patologías e incluso puede informar sobre el tamaño y contenido del saco herniario⁵⁻⁹. Sin embargo, se han reportado casos en los que no ha sido posible visualizar el defecto por este método¹.

Hay varios abordajes para reparar la HS, la cirugía abierta (generalmente con incisión transversa) y la cirugía laparoscópica. Para la reparación abierta se aconseja un cierre primario con sutura y una malla preperitoneal o intermuscular con buenos resultados¹. La laparoscopia ofrece una recuperación más rápida, con menos dolor en el posoperatorio y menor tasa de infección, a pesar de que la literatura no ha podido encontrar diferencias significativas¹⁰. Los pacientes intervenidos por vía laparoscópica presentan menos morbilidad y tienen una estancia hospitalaria más corta, pero en términos de recurrencia no se ha logrado demostrar tampoco diferencias entre las dos vías de abordaje⁹.

No hay estudios concluyentes para definir el abordaje ideal. Sin embargo, hay métodos laparoscópicos que permiten al cirujano definir la mejor forma de tratar al paciente según el caso y la experiencia. La técnica IPOM pone la malla sobre el defecto por vía intraperitoneal. Es la vía de abordaje más frecuente debido a su ventaja económica, que es la opción menos exigente, y no precisa crear un colgajo peritoneal^{7,11}. La opción TAPP es un procedimiento transabdominal con disección preperitoneal, permite ver el contenido del saco y valorar bien su viabilidad, es más apropiado cuando hay una hernia irreductible y permite valorar el lado contralateral para descartar defecto incidental (igual que en el IPOM). La tercera opción es la TEP, procedimiento totalmente extraperitoneal que requiere mayor experiencia quirúrgica, es más costoso y, si el peritoneo se rompe, el procedimiento puede ser muy difícil de completar con seguridad debido a la pérdida de presión⁷.

Todas las opciones presentan buenos resultados clínicos, pero aún no contamos con estudios que puedan sacar conclusiones definitivas sobre cuál es la mejor técnica de abordaje, principalmente por la rareza de este proceso y por la falta de revisiones sistemáticas, excluyendo los trabajos publicados por Moreno-Egea, único estudio aleatorizado existente hasta la fecha^{7,9,11}. Sobre la posibilidad de emplear el acceso por robótica, apenas hay documentación, aunque parece que podría tener algo de ventaja en el periodo de recuperación más corto y en una mayor precisión durante la técnica con menor riesgo de sangrado¹², aunque todavía no pueda concluirse nada.

Evitar el sangrado en cirugía después del uso del apixaban (Eliquis®), inhibidor del Factor Xa, es difícil, puesto que no hay antídoto. Se han propuesto moléculas en desarrollo, aunque están en fase experimental, como el Andexanet Alpha®. Por lo tanto, se recomienda esperar a que finalice el efecto de la última dosis antes de intervenir al paciente. El uso de diuréticos puede acelerar la depuración del medicamento¹³. Según el riesgo de sangrado del procedimiento, se sugiere suspender con un intervalo de tiempo diferente. Si el riesgo es bajo, se sugiere intervenir 24 horas después de la última dosis administrada; si es alto, se recomienda esperar 48 horas. Las cirugías abdominales se consideran de alto riesgo¹³. Definir la urgencia del procedimiento en los pacientes anticoagulados es necesario; la cirugía inmediata se realiza en aquellos pacientes que tienen alto riesgo de mortalidad y es necesario intervenir sin importar cuánto tiempo antes tomó el medicamento. En cirugías urgentes se aconseja esperar 12 horas después del consumo del anticoagulante —idealmente, 24 horas—, y en los procedimientos prioritarios puede suspenderse el medicamento 48 horas antes de la intervención quirúrgica¹³. Es recomendable realizar pruebas de coagulación (TP, aTPT, anti-FXa) antes del procedimiento; sin embargo, los valores de TP y aTPT pueden

verse alterados de forma anormal para el apixaban y arrojar información errónea, pero permiten orientar al médico sobre el estado de la coagulación del paciente¹³.

En conclusión, nuestro caso plantea un dilema en el tratamiento médico. La paciente tenía un alto riesgo de necrosis y de perforación intestinal en caso de no ser intervenida, pero también el llevarla a cirugía representaba un riesgo de sangrado elevado por estar anticoagulada con apixaban (Eliquis®), medicamento que no cuenta con antídoto para revertir su efecto. Se consideró que el riesgo de perforación o necrosis por la hernia superaba al de sangrado, motivo por el que, para una cirugía urgente y con alto riesgo de sangrado, se decide suspender el anticoagulante con un periodo de 24 horas antes de la intervención. Consideramos que el abordaje laparoscópico es el ideal para esta paciente porque disminuye el riesgo de sangrado posoperatorio, lo que se demostró con un posoperatorio sin morbilidad, sin sangrados agudos y sin reaparición de su hernia al año de haber sido intervenida.

BIBLIOGRAFÍA

- Larson DW, Farley DR. Spigelian hernias: Repair and outcome for 81 patients. *World J Surg.* 2002;26(10):1277-81.
- Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Spigelian hernia: Surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg.* 2006;72(1):42-8.
- Mederos R, Lamas JR, Alvarado J, Matos M, Padrón I, Ramos A. Laparoscopic diagnosis and repair of Spigelian hernia: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2017;31:184-7. DOI: 10.1016/j.ijscr.2017.01.043
- Celdrán A, Señaris J, Mañas J, Frieyro O. The open mesh repair of Spigelian hernia. *Am J Surg.* 2007;193(1):111-3.
- Kelly ME, Courtney D, McDermott FD, Heeney A, Maguire D, Geoghegan JG, et al. Laparoscopic Spigelian Hernia Repair: A Series of 40 Patients. *Surg Laparosc Endosc Percutaneous Tech.* 2015;25(3):e86-9.
- Ramones MT, Beech D. Incarcerated Spigelian Hernia: A Rare Cause of Mechanical Small-Bowel Obstruction. *J Natl Med Assoc.* 2018;102(8):731-3. DOI: 10.1016/S0027-9684(15)30646-5
- Barnes TG, Mewhinnie DL. Laparoscopic Spigelian Hernia Repair: A Systematic Review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2016;26(4):265-70.
- Balthazar EJ, Subramanyam Bala R, Megibow A. Spigelian Hernia: CT and Ultrasonography Diagnosis. *Gastrointest Radiol.* 1984;9:81-4.
- Moreno-Egea A, Carrasco L, Girela E, Martín J-G, Aguayo JL, Canteras M. Open vs laparoscopic repair of spigelian hernia: a prospective randomized trial. *Arch Surg.* 2002;137(11):1266-8.
- Polistina FA, Garbo G, Trevisan P, Frego M. Twelve years of experience treating Spigelian hernia. *Surg (United States).* 2015;157(3):547-50. DOI: 10.1016/j.surg.2014.09.027
- Moreno-Egea A, Campillo-Soto Á, Morales-Cuenca G. Which should be the gold standard laparoscopic technique for handling Spigelian hernias? *Surg Endosc Other Interv Tech.* 2015;29(4):856-62.
- Jamshidian M. Robotic repair of symptomatic Spigelian hernias : a series of three cases and surgical technique review. *J Robot Surg.* 2017;10:1-4.
- Steffel J, Verhamme P, Potpara TS, Albaladejo P, Antz M, Desteghe L, et al. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-Vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J.* 2018;39(16):1330-93.