

## Caso clínico

Hernia de Spiegel supraumbilical  
*Supraumbilical Spigelian hernia*

Leticia Pérez Santiago, Sara Palomares Casasús, Carlos León Espinoza,  
David Casado Rodrigo

Servicio Cirugía General. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia (España)

Recibido: 11-03-2020

Aceptado: 31-03-2020

**Palabras clave:**

Hernia de Spiegel, supraumbilical,  
hernia no traumática, línea semilunar.

**Keywords:**

Spigelian hernia, supraumbilical,  
non-traumatic hernia, semilunar line.

**Resumen**

**Introducción:** La hernia de Spiegel es una patología muy poco frecuente con una incidencia que no supera el 2 %. Su presencia a nivel supraumbilical es extremadamente rara.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 46 años diagnosticada en nuestro servicio de urgencias de tumoración irreductible dolorosa en cuadrante superior derecho. Una ecografía abdominal confirmó un pequeño defecto en la línea semilunar con protrusión de contenido graso, todo ello compatible con hernia de Spiegel encarcelada. Se realizó hernioplastia abierta sin complicaciones y la paciente fue dada de alta a las 24 horas de la intervención.

**Discusión:** Aparecen a lo largo del llamado cinturón de Spiegel y su etiología puede ser congénita o adquirida en la mayoría de los casos. Su diagnóstico clínico muchas veces es difícil y las pruebas de imagen son necesarias. El tratamiento de estas hernias es quirúrgico. Tanto el abordaje abierto como laparoscópico están descritos con pocas complicaciones registradas. Las hernias de Spiegel supraumbilicales son anecdóticas en la literatura revisada, por lo que es imprescindible desconfiar de ellas y establecer un tratamiento definitivo.

**Abstract**

**Introduction:** Spigelian hernia is an unusual pathology which incidence does not exceed 2 % of all hernias. Its presence at the supraumbilical abdominal wall is extremely rare.

**Case report:** We report a case of a 46 year-old woman who arrived to our Emergency Department with a painful, not reducible mass over the right upper abdominal quadrant. An abdominal ultrasound confirmed a little defect in the semilunar line with protrusion of fatty content through it, which was suggestive of incarcerated Spigelian hernia. Open hernioplasty was carried out without intraoperative complications and the patient was discharged from hospital 24 hours after intervention.

**Discussion:** It usually appears among the “Spigelian hernia belt” and its aetiology could be congenital or acquired in most of cases. It is sometimes difficult to get a right clinical diagnosis, therefore imaging tests become necessary to confirm it. Surgical treatment is mandatory, and it could be done through an open or laparoscopic approach, both of them with few complications described. Spigelian hernias are a very rare condition described in the reviewed literature and we should be aware of them in order to diagnose and set up the best definitive treatment.

*Conflicto de intereses:* los autores declaran no tener conflicto de intereses.

\*Autor para correspondencia: Leticia Pérez Santiago. Servicio de Cirugía General. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia (España)  
Correo electrónico: lety\_stn@hotmail.com

Pérez Santiago L, Palomares Casasús S, León Espinoza C, Casado Rodrigo D. Hernia de Spiegel supraumbilical. Rev Hispanoam Hernia. 2021;9(4):232-234

## INTRODUCCIÓN

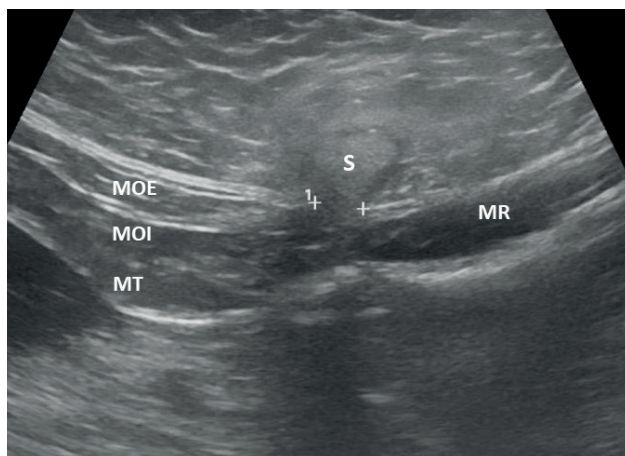
La hernia de Spiegel fue acuñada en 1764 por Klinkosch en honor al anatómico Adrian Van der Spiegel<sup>1</sup>. Tiene una incidencia en torno al 0,1-2 %<sup>2</sup>. Se define como una protrusión de contenido preperitoneal o intraabdominal a través de un defecto en la fascia de la pared abdominal localizada en la línea semilunar, que recibe el nombre de fascia de Spiegel, situada en el espacio de transición entre el borde lateral del músculo recto anterior y la inserción de los músculos oblicuos y transversos abdominales. En torno al 90 % está en el llamado *cinturón de Spiegel*<sup>3</sup>, localizado en la parte inferior del abdomen, sobre el plano que une ambas espinas ilíacas antero-superiores. Fuera de esta localización, la aparición de estas hernias es extremadamente rara<sup>4</sup>.

El propósito de este artículo es presentar un caso de una hernia de Spiegel supraumbilical. Su conocimiento es importante para que el diagnóstico no pase desapercibido y podamos establecer el tratamiento lo antes posible.

## CASO CLÍNICO

Presentamos una paciente mujer de 46 años que acude a urgencias tras notarse una masa dolorosa en hipocondrio derecho de diez horas de evolución. Refirió episodios de tos intensa la noche previa no asociada a náuseas ni a vómitos. A nuestra valoración presentaba un abdomen blando y depresible, con masa dolorosa e irreductible de aproximadamente 3 × 2 cm de tamaño en hipocondrio derecho que parecía corresponder con una hernia a nivel de la línea semilunar supraumbilical, sin objetivar ninguna cicatriz previa en el abdomen. Dada la sospecha de hernia incarcerada y al no ser una localización habitual para una hernia primaria, solicitamos una ecografía abdominal en la que se visualizó un defecto de 0.5 cm entre el músculo recto anterior y el músculo oblicuo derecho, con salida de contenido graso sin evidenciar compromiso visceral (fig. 1).

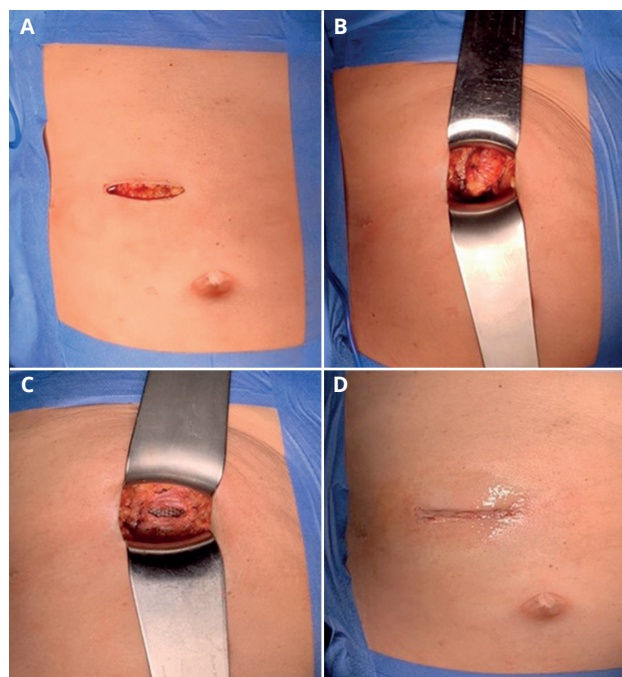
Ante los hallazgos clínicos y ecográficos compatibles con una hernia de Spiegel supraumbilical incarcerada, se decidió inter-



**Figura 1.** Ecografía que muestra corte transversal de la pared abdominal en la que se evidencia: S: saco herniario, hernia de Spiegel; MR: músculo recto anterior; MOE: músculo oblicuo externo derecho; MOI: músculo oblicuo interno derecho; MT: músculo transversal abdominal derecho.

vención quirúrgica urgente mediante hernioplastia abierta. Realizamos una incisión transversal sobre la tumoración (fig. 2A), corroborando la presencia de un defecto de 0.5 cm con salida de contenido graso preperitoneal. A continuación, practicamos una quelotomía con una correcta disección y reducción del saco herniario (fig. 2B). Implantamos una malla de doble cara de 4.3 cm de diámetro en espacio preperitoneal fijada con puntos sueltos de sutura irreabsorbible de 2/0, seguida del cierre de la aponeurosis con sutura y reabsorción lenta de 2/0 (fig. 2C) y cierre de la piel con una sutura intradérmica (fig. 2D).

La paciente evolucionó de manera satisfactoria y fue dada de alta a las 24 horas de la cirugía.



**Figura 2.** Abordaje quirúrgico. A. Incisión transversal en cuadrante superior derecho, sobre la línea semilunar. B. Disección y reducción del saco herniario con contenido graso preperitoneal. C. Colocación de malla en espacio preperitoneal fijada con sutura irreabsorbible de 2/0. Cierre de aponeurosis con sutura de reabsorción lenta de 2/0. D. Cierre de piel con sutura intradérmica.

## DISCUSIÓN

La hernia de Spiegel es una entidad poco común cuyos factores predisponentes pueden ser la obesidad o la tos crónica, entre otros<sup>1,4,5</sup>. En nuestro caso, el incremento de la presión intraabdominal debido a la tos profunda pudo ser su causa. La prevalencia tiende a ser discretamente superior en el sexo femenino (H:M 1:1,18)<sup>1</sup> y con una tendencia a aparecer en la década de los 50-60 años<sup>6</sup>.

El síntoma más común es el dolor de intensidad moderada. En contadas ocasiones, como en nuestro caso, puede palparse la tumoración, y si esta se localiza sobre la línea semilunar, debe sospecharse una alta probabilidad de que esté presente.

El diagnóstico es difícil y requiere un alto nivel de sospecha dada la ausencia de síntomas específicos, especialmente cuando la tumoración no es clínicamente evidente al tratarse de una hernia intraparietal. Suele ser necesario el empleo de técnicas radiológicas, como la ecografía o la tomografía computarizada (TAC)<sup>7</sup>. La ecografía es la prueba complementaria de elección y la TAC debe usarse en los casos complejos en los que la ultrasonografía no nos aclare el diagnóstico. A pesar de la clínica, de la exploración física y de las pruebas complementarias, aún se considera que solo son diagnosticadas preoperatoriamente el 50 % de estas hernias<sup>8</sup>.

El tamaño del defecto de estas hernias suele ser pequeño, entre 0.5 y 2 cm, por lo que el riesgo de complicación es mayor que en otras hernias. Existe hasta un 24 % de riesgo de encarceración y estrangulación, ya sea de contenido graso o intestinal, como consecuencia de la rigidez del margen del defecto aponeurótico<sup>9</sup>. La elección en el tipo de abordaje es cirujano dependiente y no hay protocolos establecidos en la literatura revisada, pero se prefiere el abordaje laparoscópico en aquellas hernias pequeñas no complicadas, mientras que la vía de abordaje abierta es preferible en las hernias grandes o complicadas<sup>10,11</sup>. La intervención consiste en la reparación protésica asociado a un cierre del defecto en aquellos casos en los que sea posible.

## CONCLUSIÓN

Las hernias de Spiegel son una entidad muy rara cuyo riesgo de encarceración es más alto que en el resto de hernias al tratarse, en la mayoría de los casos, de defectos pequeños. Cuando estas lesiones son supraumbilicales, su incidencia es aún más baja y, por esto, una alta sospecha diagnóstica debe estar presente para poder llegar al diagnóstico y al tratamiento en la mayor brevedad de tiempo posible para evitar complicaciones posteriores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Spagen L. Spigelian hernia. *World J Surg.* 1989;13:573-80. DOI: 10.1007/BF01658873
2. Jezieniecki Fernández C, Herreros Rodríguez J, Juárez Martín M, et al. Abdomen agudo por hernia de Spiegel complicada, un infrecuente caso que requiere alto grado de sospecha clínica. *Rev Hispanoam Hernia.* 2019;7(3):118-20. DOI: 10.20960/rhh.00187
3. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, et al. Spigelian hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg.* 2006;72(1):42-8. DOI: 10.1177/000313480607200110
4. Ye Z, Wang M-J, Bai L-F, et al. Spigelian hernia in the right upper abdominal wall: a case report. *BMC Surgery.* 2018;18:109. DOI: 10.1186/s12893-018-0449-5
5. Flores Funes D, de la Torre Sánchez JA, Aguilar Jiménez J. Hernia de Spiegel tras incisión de Pfannestiel: hipótesis etiopatogénica y revisión de la literatura. *Rev Hispanoam Hernia.* 2018;6(4):191-4. DOI: 10.20960/rhh.144
6. Ruiz de la Hermosa A, Amunategui Prats I, Machado Liendo P, et al. Spigelian hernia. Personal experience and review of the literature. *Rev Esp Enferm Dig.* 2010;102:583-6.
7. Mittal T, Kumar V, Khullar R, et al. Diagnosis and management of Spigelian hernia: A review of literature and our experience; *J Minim Access Surg.* 2008;4(4):95-8.
8. Gough VM, Vella M. Timely computed tomography scan diagnoses Spigelian hernia: a case study. *Ann R Coll Surg Engl.* 2009;91(8):W9-10.
9. Mittal T, Kumar V, Khullar R, Sharma A, Soni V, Bajjal M, et al. Diagnosis and management of Spigelian hernia: A review of literature and our experience. *J Minim Access Surg.* 2008 Oct;4(4):95-8. DOI: 10.4103/0972-9941.45204.
10. Nagarsheth KH, Nickloes T, Mancini G, et al. Laparoscopic repair of incidentally found Spigelian hernia. *JSLs.* 2011;15:81-5.
11. Machado F, Calle C, López F. Hernia de Spiegel como causa de obstrucción intestinal: abordaje laparoscópico. *Rev Hispanoam Hernia.* 2019;7(2):72-5.