

## Hernia de Spiegel. Revisión a propósito de ocho casos.

Dr. Ramón Agustín Luján Coley \*, \*\*Dra. María Elena Tamayo Martínez

\* Especialista de 1er Grado Cirugía General. Calixto García

\*\* Jefa de Servicio Oftalmología en la Clínica Popular Simón Bolívar. Mariara. Carabobo. Venezuela. Profesora Principal. Instructor. Miembro del Comité Académico del País. (2005-2011)

### RESUMEN

La hernia de Spiegel es una rara variedad de defecto herniario de la pared abdominal, siendo la incarceration y estrangulación, sus complicaciones más frecuentes. Aún su diagnóstico y tratamiento no están estandarizados, por lo que continúa siendo un tema controvertido; fundamentalmente por su diversa e infrecuente presentación. Se pretende con este trabajo realizar una revisión de la bibliografía, mostrar la experiencia adquirida y la puesta al día en esta patología herniaria. Estas hernias aparecen a través de la línea semilunar de Spiegel, zona de transición entre la fascia que envuelve al músculo recto anterior y las vainas de los músculos anchos del abdomen. Se extienden desde el reborde costal hasta el pubis, si bien el lugar más frecuente para su aparición es por debajo del ombligo. Con frecuencia son de difícil diagnóstico, por estar situadas por debajo de la aponeurosis del músculo oblicuo mayor y no hacerse patentes clínicamente. Se realiza un estudio retrospectivo de 8 pacientes intervenidos en el Centro portadores de este tipo de hernia, analizándose factores epidemiológicos, diagnóstico, técnica quirúrgica, morbilidad, estancia hospitalaria y recidivas; así como una revisión y actualización del tema.

**Palabras claves:** Hernia de Spiegel, hernia de la pared abdominal.

### SUMMARY

Spiegel herniation is a very rare kind of her-

niated Disorder in the abdominal wall, being incarceration and strangulation it's more frequent complications. Still its diagnosis and treatment have not been standardized; that's why it still a very controversial topic, mainly due to its different and infrequent clinical picture. This study is a bibliographic review in order to show the experience acquired and the current medical work in reference to this topic. These herniation appear throughout the semilunar line of Spiegel area of transition between the fascia which covers the anterior rectum muscle and the sheaths of the big abdominal muscles. They are extended from the costal edges to the pubis. Although the most frequent location to appear is below the navel, it is very difficult to diagnose it because their location below the aponeurosis of the oblique big muscle and because they are usually clinically asymptomatic. A retrospective study to eight patients was carried out who were operated on under the diagnose of this type of herniation. Epidemiological factors, diagnosis, surgical procedures, mobility, hospital staying and recidivism as well as a bibliographic review and updating of this topic were analysed.

**Key words:** Spiegel herniation, herniation of the abdominal wall.

### INTRODUCCIÓN

El anatomista y cirujano flamenco Adrian Van

der Spiegel (1578-1625) realizó la descripción anatómica de la línea semilunar (1,2). En 1764, J.T. Klinkosch describió una hernia ventral lateral espontánea localizada específicamente en la línea semilunar de Spiegel (2). La hernia de Spiegel (HS) aparece referida con poca o escasa frecuencia en la Bibliografía mundial. Spangen, en su revisión de 1993, recoge un total de 979 casos publicados (3). En España, Gómez-Ferrer Bayo y Carbonell Antolí son los primeros en publicar un artículo sobre esta patología en 1965 (4). Posteriormente, en 1970, la Revista Barcelona Quirúrgica recoge otra referencia de HS por Sueiras Fechtenburg (5). La revisión efectuada por Martínez Díez en 1975 recogía 9 casos y dos aportaciones personales (5). Otros autores continuaron añadiendo nuevos casos, Tratándose generalmente de series cortas (Tabla I).

Autor	Año	No. de casos
Moreno-Egea et al. (5)	2002	27
Ríos et al. (9)	1999	11
Novell et al. (10)	1987	10
Pérez Palma et al. (11)	1989	10
Guirao et al. (12)	2000	9
Fernández et al. (13)	1989	7
González-Uriarte et al. (14)	2000	7
Docobo (15)	1997	5

**Tabla I. Grandes series españolas de Hernia de Spiegel**

En el año 2002 hay que destacar la revisión bibliográfica española y presentación de una serie de 27 pacientes a cargo de Moreno-Egea y cols. (6). Por último referir la revisión de Moles y Ortiz de la bibliografía mundial, en el año 2003 (7).

**Objetivos:** Las hernias de Spiegel representan aproximadamente del 0.1 al 2% de todas las hernias que se operan en la pared abdominal. Al respecto se han publicado poco más de un millar de casos en la literatura médica mundial. (7,8) y este tipo de hernias se localiza en el borde externo de la línea semilunar descrita por Spiegel en 1645 (Ver Fig. 1), en la zona de unión entre la fascia del músculo recto anterior y las vainas de los músculos anchos del abdomen, que se extiende desde el reborde costal hasta el pubis. Así pues, en estas hernias el saco peritoneal sale a través de un defecto de la fascia spiegeliana. (6,9) Estas hernias se han descrito con los nombres de hernia ventral lateral espontánea, hernia del tendón conjunto, hernia de la línea semilunar y hernia intersticial ventral (8,9).

La línea semilunar señala la transición dorsal de músculo a aponeurosis en el músculo transverso del abdomen; presenta una convexidad lateral entre los cartílagos costales octavos o noveno y la espina del pubis. Entre la línea semilunar y el borde externo del músculo recto se sitúa la aponeurosis de Spiegel, a través de esta estructura potencialmente débil protruye la HS. (8, 9,10).

Existen dos tipos de HS. Las superiores que se localizan por encima de los vasos epigástricos inferiores y las hernias situadas caudalmente a dichos vasos que se designan como HS inferio-

res (10,11).

Estas últimas son mucho más raras y pueden confundirse con las hernias inguinales directas ascendentes, que hacen protrusión por debajo del tendón conjunto. Se han descrito casos en los que el defecto era congénito, pero en la mayoría de los casos es adquirido (3).

Etiopatogenia:

\* Teoría vásculo-nerviosa propuesta por Astley Cooper, según la cual el saco herniario emerge a través de orificios aumentados de tamaño en la aponeurosis de Spiegel, por donde penetra la arteria circunfleja profunda iliaca, rama de la arteria epigástrica inferior, o las ramas perforantes de los nervios abdominogenitales (10).

Sin embargo, pocas veces se han encontrado los haces neurovasculares en la vecindad de la hernia, por lo que esta teoría no es satisfactoria.

\* La teoría de la fasciculación músculo aponeurótica defendida por Zimmerman y cols., según la cual los músculos oblicuo menor y transversal presentan una disposición fasciculada con zonas fibroadiposas de menor resistencia. Estos defectos o hendiduras se encuentran superpuestos en el 6% de los casos y proporcionan sitios para una posible herniación. La grasa preperitoneal infiltraría la musculatura profunda y la debilitaría, actuando como una cuña que abre camino a la hernia y fraccionaría el peritoneo subyacente (11). Esta teoría es la más aceptada por los diversos autores.

\* Teoría de la transición embriológica: La línea semilunar sería, como la línea alba, un rafe de menor resistencia entre los músculos rectos anteriores (derivados del mesoderma mediano) y los músculos largos (derivados de los miotomos torácicos inferiores y lumbares) (7,10).

\* Teoría de Watson e Iason. Una debilidad de la unión de la arcada de Douglas y la línea

semilunar originaría estas hernias (10,11). El concepto de un único punto débil debido a la tracción de la línea arqueada sería incompatible con los múltiples sitios donde puede presentarse la HS ( Ver Tabla II).

Teoría vásculo-nerviosa de Cooper
Teoría de la fasciculación músculo aponeurótica de Zimmerman y Cols.
Teoría de la transición embriológica
Teoría de Watson e Iason

**Tabla II. Teorías Etiológicas de la Hernia de Spiegel.** Clínicamente las HS pueden tener tres formas de presentación: (12, 13,14)

1- Hernia intersticial pequeña, que mide 1-2 cm. de diámetro, recubierta por la aponeurosis del oblicuo mayor, se manifiesta por un dolor de localización inespecífica aunque a veces está en relación con la línea de Spiegel. Apenas se detecta por palpación, siendo el diagnóstico clínico muy difícil. La ecografía y la tomografía computada (TC) son auxiliares muy útiles.

2- Hernia más grande, con 3 a 20 cm. de diámetro, que rechaza o atraviesa el plano aponeurótico superficial y es aparente bajo la piel. Puede confundirse con un tumor de la pared. Se diagnostica fácilmente si presenta reductibilidad, protrusión con la tos o con la maniobra de Valsalva, y si la localización es por fuera de los músculos rectos.

3- Tumor inflamatorio, con oclusión o peritonitis. Se presenta cuando hay estrangulación o un flemón. Estas formas clínicas se corresponden a las distintas variedades de HS: (6, 7, 10)

a. La variedad profunda, llamada también intramural, que es la menos frecuente, atravesando sólo el saco de la aponeurosis del músculo transversal.



- b. La variedad intersticial y oculta, situada entre las diferentes capas musculares de la pared abdominal, pero por debajo del oblicuo mayor.
- c. La variedad superficial en la que el saco herniario atraviesa la aponeurosis del oblicuo mayor, haciéndose subcutánea, presente en nuestros pacientes.

Factores de predisposición:

Como factores pre disponentes se han señalado aquellos que producen aumento de la presión intra-abdominal: obesidad, broncopatía crónica, multiparidad, estreñimiento, ascitis y esfuerzos musculares repetidos (12). Otros factores implicados son la diálisis peritoneal, la rápida pérdida de peso y las incisiones abdominales previas (11,12).

La mayoría de estas hernias aparecen por debajo del ombligo,(2) en la zona de Spangen, que está situada entre la línea interespinal y otra línea paralela a la anterior situada 6 cm. por encima.(4)

La proporción entre las del lado derecho y el izquierdo es similar y son más raras las bilaterales.(5) Se presenta con más frecuencia en mujeres y a partir de la quinta década de la vida,(6,7) aunque se han descrito casos antes de los 20 años de edad,4 sobre todo asociados a la obesidad.(8) Es posible que la contracción de una cicatriz próxima a un área débil, en la aponeurosis de Spiegel aumente el riesgo de este tipo de hernia. La mayor cantidad de HS ocurren en la vejez, asociadas a un desgaste del tejido conectivo. Algunos casos neonatales se han relacionado con defectos musculares congénitos (12,13).

El diagnóstico se basa en la clínica. En la gran mayoría de los casos se hace muy difícil, dependiendo del tipo de hernia y de su contenido, ya que el saco puede contener grasa

preperitoneal sola o acompañada con parte de alguna víscera abdominal (intestino delgado, colon, epiplón mayor, estómago, divertículo de Meckel, apéndice vermicular, apéndice epiploico, testículo, ovario, etc.). Han sido encontradas hernias tipo Richter (7, 8,10). Los síntomas más importantes son dolor abdominal inespecífico, localizado generalmente en el área de Spiegel, que puede aumentar con un incremento de la presión intra-abdominal, siendo muy intenso en casos de atascamiento. Una masa en la pared, localizada por fuera del borde externo del recto anterior, que se exacerba con la tos, la maniobra de Valsalva, o que desaparece con el decúbito, que es reductible, es altamente sugestiva de HS. Puede ser dolorosa o no, según haya complicación. Los signos de obstrucción intestinal, muchas veces no aclaran el origen, y obligan a actuar de urgencia. Es alto el número de complicaciones, debido a las características del orificio herniario, generalmente pequeña (2-3 cm de diámetro), y rígido, lo que favorece el atascamiento (10,12).

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas y muy variables. Suelen consistir en dolores abdominales mal localizados o referidos a la propia zona herniaria (sobre todo en casos del orificio herniario pequeño)( 6,12,10 12), que aumentan con la tos o el ejercicio y desaparecen con el decúbito.(1,8,9) El diagnóstico de sospecha suele establecerse al palparse la tumoración, pero en ocasiones no se detecta durante la exploración ya que el saco herniario, a veces pequeño, se oculta bajo la aponeurosis del oblicuo mayor.(5) Así pues, no es raro que algunos autores como Stirnemann(9) cifren hasta el 50 % de casos de diagnóstico incorrecto. El diagnóstico diferencial de la HS debe hacerse con los siguientes procesos pato-

lógicos parietales: hemangiomas, fibromas, sarcomas, seudohermia, miotendinitis, lipomas, enfermedad de Dercum, metástasis, otras hernias abdominales, seromas, abscesos, tumores desmoides y hematomas. También hay que considerar otras enfermedades intra-abdominales como: diverticulitis, tumores de colon, implante tumoral peritoneal o epiploico, tumoración pélvica, embarazo ectópico, quiste de ovario, obstrucción intestinal, apendicitis, trastornos genitourinarios y colecistitis (6, 9,10). La ecografía abdominal y la tomografía son muy útiles para realizar el diagnóstico diferencial. En los casos de duda es recomendable la realización de ecografía o tomografía axial computadorizada (TAC) (Ver Fig. 1) (8, 12).

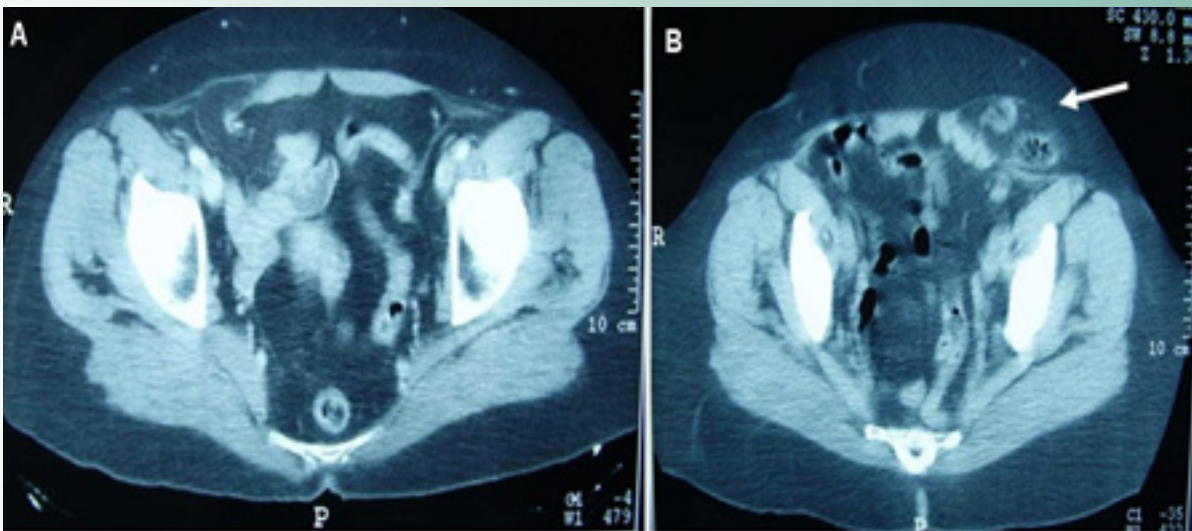


Figura 2. Imágenes de TAC.

A, Hernia de Spiegel derecha, en situación intramural y no accesible a la exploración clínica.

B, Hernia de Spiegel izquierda, que se presentaba a la exploración clínica como una masa que protruía en la pared abdominal.

La cirugía laparoscópica constituye en la actualidad otro método diagnóstico que va cobrando importancia paulatinamente. Las series españolas publicadas se han caracterizado por su pequeño número de casos, entre las cuales destaca la de Moreno-Egea y cols. con 27 pacientes. (6,7) Esto explica, en parte, la falta de sistematización en el tratamiento de esta enfermedad. (2)

### Diseño Metodológico

Se realiza un estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados y tratados por hernia de Spiegel en la Clínica Popular Simón Bolívar, Carabobo, Venezuela, entre los años 2005 y 2011. Los parámetros evaluados han sido: clínicos (edad, sexo, enfermedades asociadas, cirugía abdominal previa, localización y otras hernias asociadas), forma de diagnóstico (clínico, radiológico o postoperatorio), tipo y forma de tratamiento (urgente o programado, herniorrafia o hernioplastia), complicaciones y morbilidad postoperatoria, estancia hospitalaria y tasa de recidivas. El segui

mientomedio ha sido de 2,37 años (rango: 2-4 años).

## RESULTADOS

Entre marzo de 2005 y marzo de 2011 fueron tratados en nuestro Servicio a ocho pacientes con el diagnóstico de hernia de Spiegel. El 100% de nuestros casos fueron mujeres y la ubicación más frecuente fue en el lado izquierdo (100%), siendo la edad promedio de 60,3 años (40-79). En la totalidad de nuestros pacientes existían factores de riesgo asociados: obesidad en 5 casos, EPOC en 1 caso, y laparotomías previas en otros 2 casos. El dolor estuvo presente en 4 pacientes (50%). En el 100 % de los pacientes atendidos el diagnóstico fue preoperatorio y se realizó por exploración física (masa palpable en la pared abdominal). No obstante, este diagnóstico se confirmó con Ecografía y por TAC en 2 pacientes, las cuales fueron solicitadas concretamente en los casos en los que se asociaban laparotomías previas para descartar otros fallos de la pared.

La intervención se realizó electivamente en el 87,5% de los casos y de forma urgente en el resto (12,5%) En los pacientes a los que se les realizó la cirugía electiva (por incarceration dolorosa) el orificio herniario fue mayor de 2,5. En este tipo de paciente, se encontró el intestino delgado como contenido del saco herniario y epiplón en los otros casos. El defecto herniario fue reparado mediante la aplicación de una malla de material sintético, en todos los casos; concretamente politetrafluoroetileno expandido (PTFE), preperitoneal en 2 casos y polipropileno supraaponeurótico en el resto. Sólo en 2 pacientes (los casos asociados a obesidad) se dejó un drenaje para aspiración que se retiró a las 48 horas. En ninguno de los casos operados por urgencia, fue necesaria la resección intestinal.

El tiempo medio de la intervención fue de 40 min (30-50). No existiendo complicaciones a nivel local con un tiempo medio de estancia hospitalaria de 3,5 días (3-4). No se detectaron recidivas con un tiempo de seguimiento medio de 2,37 años, aunque el paciente con EPOC presentó al cabo de 1 año de la intervención una hernia inguinal derecha de la cual ya fue tratado.

## DISCUSIÓN

La hernia de Spiegel es rara, constituyendo el 0,1-2 % del total de las hernias de la pared abdominal (6, 7,10). Se plantea en la literatura mundial que existe cierta predisposición del sexo femenino (5, 6,7, 10,) lo cual coincide con este estudio. Moles y Docobo encontraron en su revisión a 104 mujeres y 58 varones, con una sexratio de 1,7/1 (Figura 2).



Figura 2. Paciente portador de hernia de Spiegel.

En cuanto al lado afectado, recopilamos 52 hernias en el lado derecho, 88 en el izquierdo y 4 bilaterales. En este parámetro aunque coincide con estos resultados, varía en otros trabajos revisados (6, 7, 8,9) La edad media de los casos es



de 60,3 años y el rango: 17-92 años en los diferentes artículos, comportándose en nuestro caso de igual forma. En la literatura mundial se encontró treinta niños menores de 16 años operados. Scopinaro describió por primera vez (1935) una HS en un niño, de seis días, que falleció por una incarceración (6). Se han descrito varios casos de HS congénita asociada con testículo no descendido. (5, 6,12, 13,).

Las hernias de Spiegel son generalmente intestinales y su saco está cubierto por la fascia del músculo oblicuo externo, lo que contribuye a dificultar el diagnóstico. Además, las HS más bajas se pueden confundir con una hernia inguinal. La presencia de factores predisponentes debe ser el punto de partida para orientar correctamente la historia clínica. Ríos y colaboradores los encuentran en el 100 % de sus pacientes. (13) Coincidiendo con nuestro trabajo, así como también son reportados la presencia de los mismos, en los trabajos revisados de otros autores (6, 7,8,12, 14). La presencia de dolor también es inconstante y oscila en la bibliografía entre el 31 % y el 86 % de las series (3, 4, 6, 8, 12,14), lo que coincide con nuestros resultados. Tras la historia clínica, la exploración física es fundamental para orientar el diagnóstico, aunque no siempre es posible apreciar el tumor herniario o localizarlo correctamente en la fascia de Spiegel. Moles y cols refieren el 12,5 % de casos sin tumoración palpable (7,10,12) por tanto aunque el diagnóstico debería realizarse de forma clínica en la mayoría de los pacientes, como sucedió en nuestro estudio (100% de los pacientes con masa palpable), es aconsejable la realización de una ecografía o tomografía en los casos de duda diagnóstica. (10,11). En la actualidad, en aquellos centros donde se pueda realizar, la laparoscopia cumple un papel im-

portante como medio diagnóstico, con la ventaja de poder tratar la hernia por este abordaje. La TAC y la ecografía pueden ayudar considerablemente al diagnóstico, sobre todo en lo concerniente a la localización exacta del defecto, el tamaño, las relaciones de vecindad y el contenido del saco, información importante para elegir adecuadamente el abordaje quirúrgico. No obstante, la TAC proporciona más información sobre el contenido herniario, el cual varía en los diferentes trabajos revisados que refieren se puede encontrar cualquier víscera abdominal, incluyendo combinación de epiplón con intestino delgado como en nuestra experiencia (3, 4, 6, 7, 8,12). Cerdán encontró en su trabajo que el orificio herniario era menor de 2 cm, en aquellos pacientes que no se les realizó el diagnóstico preoperatorio y entre 2 a 20 cm. en los que pudieron ser diagnosticados preoperatoriamente (8), no encontramos referencias acerca de este aspecto en otros autores.

A pesar de todo, todavía existe un porcentaje de pacientes que precisan cirugía urgente. Dicho porcentaje oscila entre el 21 % y el 33 % según los autores consultados. (5, 6, 7,9) En nuestro trabajo sólo en el 12.5 % fue necesaria. En nuestra serie el diagnóstico preoperatorio se obtuvo en el 100 % de los casos y en la bibliografía oscila entre el 47 % y el 92 %.(5, 6,8). Si se puede llegar a un diagnóstico preoperatorio, entonces es posible elegir la técnica quirúrgica más adecuada a las características del paciente y al tipo de hernia: cierre simple por sutura, plastias musculares, plastias con prótesis, laparoscopia intra-abdominal o extra peritoneal. (8, 10, 11,12) La vía de abordaje lateral es la más utilizada (6) y fue aplicada en la totalidad de nuestros pacientes, siendo la recomendada en las hernias palpables. Se abre el oblicuo mayor en la direc-

ción de sus fibras. Se sujeta el saco y se disecciona hasta el cuello, evitando la fuga del contenido herniario. Abrimos el saco observando la vitalidad de las vísceras; con extirpación posterior del saco peritoneal y reconstrucción de la pared por planos independientes (8, 9,10). La laparotomía media es útil en las hernias estranguladas, ya que permite una fácil actuación sobre el contenido herniario y el orificio profundo (10, 12). Con este abordaje se puede explorar la cavidad abdominal, la pared y el lado opuesto. Spangen propuso la vía preperitoneal para las hernias no palpables. Este abordaje, se realiza a través de una incisión vertical que permite una buena exposición, exploración preperitoneal, tratamiento de otras hernias asociadas y es apropiada para una laparotomía exploradora (5, 7, 8, 10,11). La vía preperitoneal se ha usado poco en nuestro país. Algunos autores han propuesto reforzar la pared con una plicatura a lo Mayo; una plastia de la vaina de los rectos un injerto de fascia lata (8, 9,12). Es aconsejable el uso de prótesis de material sintético cuando la aponeurosis es atrófica, los defectos son grandes y en las recidivas (6,7,11,15,16). La malla se sitúa entre el peritoneo y los músculos anchos, entre dos planos musculares o en forma de tapón (plug).

#### Técnicas quirúrgicas endoscópicas

Desde 1992 comenzó a utilizarse el abordaje endoscópico en el tratamiento de las HS. En España Salvador y cols. Publicaron una reparación endoscópica intra-abdominal en 1995 (7, 8,11). Existen dos variedades de tratamiento quirúrgico endoscópico: a) transperitoneal; y b) extra peritoneal.

En la vía transperitoneal, la mayoría de los autores cierran el defecto colocando material protésico grapado a la pared abdominal,

con o sin sutura previa del orificio herniario (11,15). Si la HS es descubierta de forma incidental durante una exploración endoscópica se aconseja la reparación por dicha vía para eludir el alto riesgo de complicaciones de estas hernias. La técnica transperitoneal permite la exploración del lado contra lateral, de la cavidad abdominal y una excelente visualización operatoria (10, 11,12). El abordaje endoscópico evita la apertura de la aponeurosis del oblicuo mayor, disminuyendo el dolor postoperatorio y el riesgo de dehiscencia (10,11). Otras ventajas incluyen la reducción de las infecciones y el adelanto de la reincorporación a las actividades normales. (12). Moreno-Egea y cols. introdujeron la técnica endoscópica extra peritoneal en el año 1998 (11). Este abordaje se realiza mediante disección con balón, no precisa de anestesia general, permite su realización de forma ambulatoria y evita la posible morbilidad de la vía intra-abdominal (8,9). En España se han descrito 23 intervenciones de hernia de Spiegel con técnicas endoscópicas, en cinco centros diferentes, desde 1995.

Los resultados con las técnicas clásicas (no laparoscópicas) son buenos en cuanto a morbilidad y recidivas, pero precisan habitualmente ingreso hospitalario, (11,13) entre otros motivos porque requieren una incisión y disección amplias para localizar y reparar el defecto con una buena exposición de sus márgenes, sin embargo el tiempo medio de estadía es mayor. En 1992 Carter y Mizes publicaron la primera corrección laparoscópica intra-abdominal, (2,5) y en España lo hicieron Salvador y cols. en 1995. (3,4). Sin embargo, la vía intra-abdominal convierte la cirugía parietal en intracavitaria, con el posible riesgo añadido de lesión visceral y de obstrucción postoperatoria. El abordaje la-



paroscópico totalmente extra peritoneal podría evitar dichos inconvenientes y permitir reparar el defecto desde su origen en la pared abdominal posterior (11). Dado que todos nuestros pacientes fueron intervenidos mediante técnicas clásicas, no tenemos ninguna experiencia sobre el abordaje laparoscópico.

## CONCLUSIONES

El diagnóstico de las HS es difícil en muchas ocasiones, por ser intersticiales. A menudo presentan serias complicaciones. Hay pocas publicaciones sobre esta patología. Estas hernias interesan y suponen un desafío para el generalista, el digestivo, el radiólogo y el cirujano; los cuales deben sospechar su presencia ante dolores abdominales atípicos. La ecografía y la TC son de gran ayuda diagnóstica. Su tratamiento es quirúrgico, con excelentes resultados. El abordaje video endoscópico puede aportar beneficios en cuanto a hospitalización más reducida, la analgesia postoperatoria y la no infección de la herida quirúrgica. Se recomienda continuar y profundizar en el estudio de las HS de forma que su detección no deje lugar a dudas para toda la gama de especialistas que tienen que ver con esta afección.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mitidieri, V.; Mitidieri, A.; Coturel, A. Consideraciones anatómicas quirúrgicas acerca de la línea de Spiegel. Rev. Argent de Anatomía. Online 2010 (Julio-Agosto-Septiembre), Vol. 1, N° 2, pp. 33 -80. ISSN. Impresa 1853-256X / ISSN online 1852-9348.
- Nikolaos S. Salemis, Nikolaos Kontoravdis, Stavros Gourgiotis, Nikolaos Panagiotopoulos, Christos Gakis, Georgios Dimitrakopoulos. Colonic obstruction secondary to incarcerated Spigelian hernia in a severely obese patient. International Journal of Surgery Case Reports [Internet] 2010 Ener [citado 15 Dic 2014]; 1(3) [aprox 7p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/journal/1-s2.0-S2210261210000192>
- Cruz Adolfo, Lerma R, Sánchez-Ganforina F, Báez Francisco, Muntané Jordi, Padillo Francisco J. Incarcerated Spigelian hernia: Diagnosis by computed tomography. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2012 Dic [citado 2014 Dic 15]; 104(11): [Aprox 7p.]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082012001100012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082012001100012&lng=es).
- Ho VP, Barle PS. Strangulated Spigelian hernia. Surgical Infections 2011; 12: 421-22. (Links)
- Murillo Zolezzi A., Hernández López A., Puente Espel J. Hernia de Spiegel, presentación de un caso y revisión de la literatura. Cir. End. [Internet] 2011 Sep [citado 2014 Dic 18]; 12(3): [aprox. 5p]. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2011/ce113i.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2011/ce113i.pdf)
- Moles Morenilla L., Martín Jiménez C., Gómez Ana. Evolución Histórica de 67 hernias de Spiegel. Rev. Andal. 2013, Patol. Digest, ISSN 1988-317X, vol.36, nro2,
- León S.J., Acevedo E.A., Dellepiane P.V. Hernia de Spiegel. Rev. Chil. Cir. [Internet]. 2011 Feb. [Citado 2014 Dic 18]; 63(1): [aprox. 4p]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262011000100011&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262011000100011&lng=es).
- Louring-Andersen M, Hjerne FP, Skovdal J, Bisgaard T. Diagnosis and treatment of Spigelian hernia. Ugeskr Laeger 2009; 171(48): 3518-22. [ Links ]
- Ruiz de la Hermosa A., Amunategui Prats I., Machado Liendo P., Nevarez Noboa F., Muñoz Calero A.. Hernias de Spiegel: Nuestra

- experiencia y revisión de la literatura. Rev. Esp. Enferm. Dig. [Internet]. 2010 Oct. [citado 2014 Dic 18]; 102(10):[aprox. 3p]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_art-text&pid=S1130-01082010001000003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1130-01082010001000003&lng=es).
10. Faraco R., Brondolo M. J., Wasielewsky G., Somma E., Fernández J. P., D'Amore V. Hernia de Spiegel. Hosp Aeronáut Cent. [Internet] 2012 [citado 2014 Dic 18]; 7(1): [aprox. 2p]. Disponible en: [www.hac.mil.ar/publicaciones/revismedic/0701/33-35.pdf](http://www.hac.mil.ar/publicaciones/revismedic/0701/33-35.pdf)
11. Murillo Zolezzi A., Kleinfinger Marcushamer S., Robles Castillo J., Erazo Franco M. A., Vázquez Sanders J. H. Tratamiento laparoscópico de la hernia de Spiegel. An Med [Internet] 2009 [citado 2014 Dic 18]; 54(3):[aprox. 5p]. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2009/bc093g.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2009/bc093g.pdf)
12. Ferreira Moreno. G., Cora Abraham J., Suárez Camejo R., de Posada Jiménez P., Hernández Rodríguez N. Hernia de Spiegel vs. Neoplasia de colon. A propósito de un caso. Rev. Méd. Elect. [internet] 2011 [Citado 2014 Dic 18]; 33(2):[aprox. 5p]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol2%202011/tema16.htm>
- 13.- Gil-Galindo G., Romero-González R. J., Flores-Salinas M. A., Romero-González R., Pulido Rodríguez J. Hernia gigante de Spiegel y traumatismo abdominal: ¿causa o coincidencia? Cir Cir [Internet] 2012 Abril [citado 2014 Dic 18]; 80(2): [aprox. 3p]. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=5fbf-9b4e-af19-4291-82ae-67c9bbe81398%40sessionmgr112&hid=109>
14. Guillén Paredes MP, Lirón RJ. Dificultad en el diagnóstico de la Hernia de Spiegel abscesificada. Rev. Cir Esp, 2010.88 (4): 273-74.
15. Subramanya MS, Ckakraorty H, Memon B, Memon MA. Emergency intraperitoneal onlay mesh repair of incarcerated Spiegelian hernia. JLS 2010; 14: 275-78.
16. Choi JJ, Palaniappa NC, Dallas KB, Rudich TB, Colon MJ, Divino CM. Use of mesh during ventral hernia repair in clean-contaminated and contaminated cases: outcomes of 33,832 cases. Ann Surg 2012; 255: 176-80.