

Manejo actual de las hernias laterales - Estrategias y abordajes

Vanesa Agudelo

Residente de cirugía general
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Juan David Martínez Maya

Cirujano general, especialista en laparoscopia avanzada con énfasis en
hiato, esófago, colon, obesidad y pared abdominal.

Hernias laterales de la pared abdominal

Las hernias laterales de la pared abdominal son un grupo heterogéneo de defectos que ocurren fuera de la línea media y la región inguinal, son poco frecuentes por lo que la evidencia es escasa y es indispensable conocer a profundidad sobre ellas, para realizar un abordaje integral. Estas se caracterizan por la protrusión ya sea de tejido adiposo o de contenido intraabdominal a través de zonas de debilidad que se generan a través de los músculos abdominales, que está constituido por el musculo oblicuo externo, oblicuo interno y transverso del abdomen. A diferencia de las hernias ventrales localizadas medialmente, su presentación suele ser sutil, lo que exige un alto índice de sospecha clínica y un conocimiento profundo de la anatomía.

• Hernias primarias laterales de la pared abdominal

Una hernia se define como la protrusión de contenido intraabdominal o de tejido preperitoneal a través de un defecto en las capas musculoaponeuróticas de la pared abdominal. Aunque la mayoría de los casos corresponden a hernias inguinales, las hernias laterales y posteriores son un subgrupo de gran importancia ya que constituyen un desafío tanto para el diagnóstico como en su manejo (1,2). Según la clasificación de la *European Hernia Society* (EHS), clasifica las hernias de Spiegel y las hernias lumbares como las hernias primarias laterales por excelencia, las cuales se originan espontáneamente por áreas de debilidad anatómica (3,4).

Tabla 1. Clasificación de la *European Hernia Society* (EHS) para hernias primarias laterales

Ubicación	Tamaño
Laterales	Pequeña <2 cm
Spiegel	Mediana ≥2 cm
Lumbar	Grande ≥4 cm

La hernia de Spiegel se origina en la aponeurosis del músculo transverso del abdomen, dentro de la región delimitada por la línea semilunar y el borde lateral del músculo recto, esta área es anatómicamente vulnerable debido a que es un punto de tensión máxima donde las fibras musculares del transverso se vuelven aponeuróticas (5-7). El 90 % de estas hernias, se localizan en el denominado "cinturón de hernia Spiegel", que entre los 0 y 6 cm une ambas espinas ilíacas anterosuperiores (5,6). Su diagnóstico es complejo debido a que es una hernia interparietal y el saco herniario permanece oculto debajo de la aponeurosis del músculo oblicuo externo, dificultando la palpación en el examen físico (2,5,8). Tiene una incidencia entre el 0,12 % al 2 %, más común en mujeres y en una edad aproximada de 40-70 años (5,9). Los factores de riesgo más importantes están relacionados con el aumento de la presión intraabdominal como es la obesidad, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la ascitis y el embarazo múltiple (5,9,10).

Por su parte, las hernias lumbares ocurren en áreas de debilidad posterolateral: el triángulo lumbar superior de Grynfeltt-Lesshaft (más frecuente por ser más grande y constante) y el triángulo lumbar inferior de Petit (11,12,13,14). Son extremadamente infrecuentes, pueden ser congénitas por malformaciones musculocutáneas desde la infancia, adquiridas primarias las cuales son espontáneas sin una causa aparente y son la principal causa en un 55 %, y las adquiridas secundarias principalmente por trauma (15,16). Son hernias con mayor incidencia en hombres y con predominio de lateralidad izquierda (13,14).

Desde el punto de vista fisiopatológico, este tipo de hernias son causadas por trastornos sistémicos del tejido conectivo. Estudios histológicos han demostrado alteraciones en el metabolismo del colágeno, específicamente una disminución de la relación entre el colágeno tipo I y el tipo III, así como una

sobreexpresión de metaloproteinasas de matriz que debilitan la integridad de la fascia (1,17,18).

Clínicamente, estas hernias suelen presentarse de forma insidiosa. La hernia de Spiegel puede ser asintomática o manifestarse con dolor abdominal intermitente localizado en la región lateral que empeora con las actividades que aumentan la presión intraabdominal como toser, levantar objetos pesados o el ejercicio y mejora con el reposo, la aparición de masa solo ocurre en el 50 % de los casos y suele desaparecer en decúbito (5,19,20). Las hernias lumbares suelen detectarse como una masa en el flanco que a menudo puede ser confundida con lipomas, puede ser una masa asintomática o presentar síntomas como dolor lumbar inespecífico (11-13). Debido a la dificultad para la realización del diagnóstico, la tomografía computarizada se considera el estándar de oro para un diagnóstico adecuado, permitiendo definir la localización, el tamaño del defecto, contenido del saco herniario y su relación con estructuras neurovasculares (2,8,11).

Este tipo de hernias tienen alto riesgo de presentar complicaciones agudas, entre el 24 % al 30 % de los casos presentan encarcelación y estrangulación por lo que la intervención quirúrgica temprana es recomendada en todos los pacientes diagnosticados y el manejo expectante no es recomendado en este tipo de hernias (5,13,19).

El abordaje tradicional para la reparación de las hernias de Spiegel suele realizarse a través de una incisión transversa u oblicua sobre la hernia palpable o el defecto identificado en la imagen. Cuando son hernias <2 cm se puede considerar el cierre primario. El estándar de oro actual es la reparación sin tensión mediante el uso de malla sintética para minimizar el riesgo de recurrencia posicionándola onlay (sobre la aponeurosis ya reparada) o preferiblemente preperitoneal o retromuscular (sublay) (7,16,21,22). Las técnicas principales son TAPP, TEP, e-TEP e IPOM (7,16,21,22,23):

1. Reparación transabdominal preperitoneal (TAPP): Se ingresa a la cavidad abdominal, se incide el peritoneo sobre la hernia para crear un flap, se reduce el saco herniario y su contenido, posteriormente se coloca una malla en el espacio preperitoneal, y por último se cubre con el flap peritoneal.

2. Reparación totalmente extraperitoneal (TEP): Es un abordaje laparoscópico mínimamente invasivo donde

su objetivo es reparar el defecto sin ingresar a la cavidad peritoneal, el espacio de trabajo es preperitoneal. Se infla un balón para separar el peritoneo de la fascia posterior, se localiza el defecto en la línea semilunar (borde lateral del recto abdominal), se diseca el saco herniario, se reduce el contenido y se procede a colocar una malla sintética de polipropileno idealmente con superposición de 5 cm, sobre el defecto, para reforzar la pared abdominal y por último fijar la malla con tacks articulados.

3. Técnica totalmente extraperitoneal de vista extendida (e-TEP): Es una técnica laparoscópica que permite la reparación de las hernias de Spiegel de forma preperitoneal, se diseca un área más allá de la pelvis (a diferencia del TEP convencional) facilitando la colocación de malla retromuscular sin entrar a la cavidad abdominal.

4. Reparación intraperitoneal (IPOM): Es la técnica laparoscópica más sencilla. Con esta técnica se reduce la hernia desde el interior, se fija con una malla compuesta directamente sobre el defecto en la superficie peritoneal. El defecto fascial podría cerrarse o no antes de colocar la malla.

Por otro lado, la reparación de las hernias lumbares puede realizarse tras un abordaje abierto o laparoscópico donde el estándar de oro es el uso de malla idealmente de polipropileno. La técnica abierta se realiza con una incisión en el flanco o región lumbar donde está localizada la hernia; se coloca una malla idealmente en el espacio preperitoneal (sublay) para lograr una reparación sin tensión; la malla debe quedar menos 5 cm más allá de los bordes del defecto en todas las direcciones, por lo que en la mayoría de los casos esta debe ir fija a las prominencias óseas por lo que su reparación es compleja (21,22,24).

El abordaje laparoscópico transabdominal (TAPP) es la técnica mínimamente invasiva más utilizada. Se incide el peritoneo a lo largo de la gotera parietocólica y se moviliza el colon (ascendente o descendente) medialmente para exponer la pared posterolateral desde el interior, se reduce el contenido herniario y se diseca ampliamente el espacio preperitoneal para fijar la malla cubriendo completamente el defecto y los triángulos lumbares (21,22,24).

La técnica TEP (totalmente extraperitoneal) es un abordaje más directo y localizado, es una técnica de mínima invasión donde el espacio de trabajo es exclusivamente retroperitoneal

sin entrar a la cavidad, el paciente se posiciona en decúbito lateral, se posiciona la mesa quirúrgica para ampliar el espacio entre las costillas y la cadera, se realiza una incisión de 1-2 cm en la línea axilar media se introduce un balón dilatador para separar el peritoneo, se identifican las referencias óseas desde adentro la 12° costilla arriba y la cresta iliaca abajo, se identifica el defecto herniario, se reduce el contenido herniario al espacio creado. Siempre identificar y preservar los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal evitando posteriormente dolor crónico o pérdida de la sensibilidad. Se cierra el defecto con sutura no absorbible o barbas y se coloca una malla extendiéndose sobre el espacio retroperitoneal, esta malla debe cubrir al menos 5 cm más allá de los bordes del defecto en todas las direcciones, en varias ocasiones no se necesita fijar la malla con grapas ya que el propio peritoneo ejerce presión de la malla contra el musculo y permite su fijación (16,21,24).

Se ha propuesto recientemente la técnica E-TEP para la reparación de hernias lumbares donde el paciente se coloca en decúbito lateral para exponer el flanco afectado, se colocan trocares siguiendo la línea axilar media, donde el objetivo es entrar al espacio retromuscular (detrás del musculo transverso del abdomen), se diseña el espacio entre el musculo transverso y la fascia transversalis, creando un espacio que se extiende desde las costillas hasta a pelvis, se localiza el defecto lumbar, se tracciona su contenido hasta el espacio de trabajo, se cierra el defecto y se coloca una malla de polipropileno macroporosa donde la idea es que sea muy amplia extendiéndose por debajo de las costillas y por encima de la espina iliaca usando este espacio para que la presión interna mantenga fija la malla. Esta técnica tiene menos riesgo de denervación de la pared abdominal y menos dolor postoperatorio (21,22,24).

A la hora de elegir un abordaje quirúrgico podemos decir que las técnicas mínimamente invasivas (han demostrado beneficios superiores en términos de menor dolor postoperatorio, menos estancia hospitalaria y una disminución importante en la incidencia de infecciones de sitio operatorio en comparación con el abordaje abierto (21,24,25). Independientemente de la técnica, el éxito a largo plazo depende de una disección anatómica meticulosa para preservar los nervios somáticos y asegurar una fijación adecuada de la malla, minimizando así el riesgo de dolor crónico y recurrencia (16,26,27).

• Hernias laterales incisionales de la pared abdominal

La hernia incisional es una de las complicaciones más frecuentes posterior a una intervención abdominal, debido a una alteración en la cicatrización o una denervación neuromuscular que permite la protrusión de tejido a través de la fascia musculoaponeurótica (17,18). Es por esto que las hernias incisionales laterales representan una subentidad compleja ya que se localizan en una región dinámica de la pared abdominal, delimitada por el reborde costal, la cresta ilíaca, la línea semilunar y los músculos paraespiniales. A diferencia de las hernias de la línea media, las laterales se desarrollan en una zona donde intervienen fuerzas multidireccionales y hay una cantidad de red neurovascular, lo que las convierte en un desafío a la hora de su reparación (26,28).

Epidemiológicamente, su incidencia en comparación con las hernias mediales es mucho menor, va del 1 % al 4 %, pero constituyen cerca del 17 % de todas las reparaciones quirúrgicas de hernias incisionales (17,26). La formación de este tipo de hernias es la sumatoria de factores de riesgo tanto del paciente como factores quirúrgicos, entre ellos tenemos la obesidad, la edad avanzada, la diabetes y la inmunosupresión, además de factores quirúrgicos como la infección del sitio operatorio que aumenta el riesgo 1,9 veces, la técnica de cierre fascial y el tipo de cirugía previa (18,29,30).

Para estandarizar su manejo, la European Hernia Society (EHS) clasifica estas hernias según su localización (desde L1 subcostal hasta L4 lumbar) y el tamaño del defecto (W1 a W3) (3,31). Por otro lado, se ha venido integrando esta clasificación anatómica con sistemas de estratificación de riesgo, como el del Ventral Hernia Working Group (VHWG), donde se tiene en cuenta el estado actual del paciente y de esta manera lograr planificar la técnica reconstructiva más adecuada (17,30).

Tabla 2. Clasificación de la *European Hernia Society* (EHS) para hernias incisionales laterales

Zona	Descripción anatómica
L1 (Subcostal)	Entre el reborde costal y una línea horizontal 3 cm por encima del ombligo.
L2 (Flanco)	Lateral a la vaina del recto, 3 cm por encima y por debajo del ombligo.
L3 (Iliaca)	Entre una línea horizontal 3 cm por debajo del ombligo y la región inguinal.
L4 (Lumbar)	Latero dorsal a la línea axilar anterior.

Tamaño	Anchura del Defecto (diámetro transversal)
W1	< 4 cm
W2	4–10 cm
W3	> 10 cm

Clínicamente pueden presentarse como hernias asintomáticas, presentar síntomas incapacitantes o debutar como una emergencia quirúrgica por encarcelación, obstrucción intestinal o estrangulación (5,19,32,33). Entre los síntomas más comunes tenemos el dolor intermitente o persistente asociado a sensación de masa, que se exacerba con la Valsalva (9,34,35).

El diagnóstico se basa en una historia clínica detallada, seguido de un examen físico exhaustivo y la realización siempre de una tomografía computarizada, para definir el tamaño del defecto, el contenido del saco herniario, la calidad de la musculatura circundante y de esta manera planificar su reparación quirúrgica (2,17,26).

Una vez diagnosticada la hernia, la decisión sobre el manejo está determinada por los síntomas del paciente, las comorbilidades y el riesgo de complicaciones (1,7). No todas las hernias requieren reparación quirúrgica inmediata, los pacientes asintomáticos con hernias pequeñas o pacientes

con riesgo quirúrgico prohibitivo el manejo conservador o expectante será una opción (17,32,33).

El tratamiento definitivo es la cirugía, cuyos principios fundamentales incluyen la reducción del contenido del saco herniario, el uso obligatorio de malla protésica y el cierre del defecto fascial siempre que sea posible para restaurar la función abdominal. La malla debe colocarse preferiblemente en un plano retromuscular o sublay, extendiéndose al menos 5 cm más allá de los bordes del defecto en todas las direcciones (17,25,26,36).

En cuanto a las técnicas, se puede realizar tanto un abordaje abierto como laparoscópico, este último siendo superior por la baja incidencia de infecciones de sitio operatorio, menos dolor postoperatorio, menos estancia hospitalaria y un retorno más rápido a las actividades cotidianas. La separación de componentes posterior con liberación del transversal del abdomen (TAR) por vía abierta es la elección para defectos grandes por lo general >10-15 cm, ya que permite un cierre

sin tensión preservando el plano neurovascular. La reparación laparoscópica con malla intraperitoneal (IPOM) es una opción para cirujanos no expertos por la facilidad en la técnica; es ideal en la reparación de defectos pequeños o medianos, su gran desventaja es la fijación de malla intraperitoneal lo que tiene más riesgo de lesión visceral y adherencias (25,26,36).

Las hernias laterales que ocurren cerca de las prominencias óseas como las costillas o cresta iliaca suelen ser un desafío quirúrgico ya que el hueso por su consistencia actúa como un punto fijo que dificulta tanto el cierre del defecto de la hernia como la fijación de la malla. La cirugía abierta en este tipo de hernias suele ser compleja y tener altas tasas de fracaso ya que los puntos de sutura laceran el tejido al tensarlos contra el hueso, por lo que la técnica extraperitoneal (TEP y e-TEP) es una buena opción de reparación facilitando la fijación de la malla por detrás del hueso, apoyándose sobre la estructura ósea por dentro usándolo como soporte; por otro lado, si es necesario fijar la malla se podría usar tacks que se anclan al

periostio (25,26,28).

La reparación con doble malla o técnica “sándwich” es una estrategia más avanzada que se utiliza en hernias laterales complejas principalmente donde la pared abdominal es débil o el defecto es muy grande, la idea es colocar una malla tanto por detrás como por delante de los músculos de la pared abdominal. Generalmente se coloca una malla interna (Sublay/ preperitoneal), se ubica entre el peritoneo y el musculo, y su función es evitar que el contenido de la cavidad abdominal protruya por el defecto. La malla externa (Onlay) se coloca sobre la fascia del musculo, la cual se utiliza para reforzar la capa más superficial de la pared abdominal. Esta técnica es ideal para zonas de alta tensión, en pacientes con debilidad muscular difusa donde a pesar de tener un defecto grande presentan denervación de la pared, además reduce el riesgo de recurrencia en pacientes con reparaciones previas (26,36).

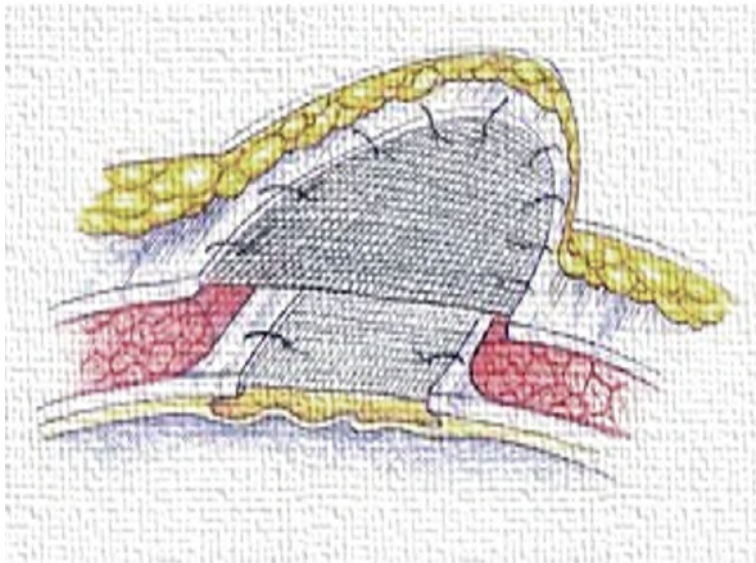


Figura 1. Técnica doble malla o técnica “sándwich”

Lugo V, Abularach R. Eventroplastia con doble malla por eventración de incisión de McBurney a 2 años postoperatorio de apendicectomía por laparotomía, reporte de caso. Revista SACD. Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva; 2021

El éxito final depende de una optimización preoperatoria rigurosa, el cese del tabaquismo, un control glucémico y pérdida de peso, además una técnica que priorice la biomecánica y la integridad neurovascular de la pared abdominal.

Conclusiones

- Por ser hernias tan infrecuentes los estudios y las publicaciones con respecto al tema son muy escasos.
- Es un tema en construcción donde mucha de la información se basa en series de caso y en la experiencia propia de cada cirujano.
- Se cuenta con muchas técnicas y abordajes tanto abierto como laparoscópicos para la reparación de las hernias laterales de la pared abdominal, donde la experiencia del cirujano juega un papel importante a la hora de elegir una técnica específica.
- Hay muy pocas directrices establecidas en la literatura mundial sobre el manejo de las hernias laterales de la pared abdominal.
- Se necesitan más estudios de buena calidad donde se comparen las diferentes técnicas de reparación y su efectividad.

Bibliografía

1. Ordoobadi AJ, Whang EE. Abdominal Wall Hernias. En: Doherty GM, editor. *Current Diagnosis & Treatment: Surgery*. 16ª ed. Nueva York: McGraw Hill; 2025.
2. Lassandro F, Iasiello F, Pizza NL, Valente T, Mangoni di Santo Stefano ML, Grassi R, et al. Abdominal hernias: Radiological features. *World J Gastrointest Endosc*. 2011;3(6):110-7.
3. Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, Campanelli G, Champault GG, Chelala E, et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia*. 2009;13(4):407-14.
4. Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, Campanelli G, Champault GG, Chelala E, et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias [Internet]. ResearchGate; 2009
5. Hamid RS, Ahmed S, Ahmed S. Spigelian Hernia. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024
6. Hanzalová I, Schäfer M, Ulm S, Köckerling F. Spigelian Hernia surgical anatomy. Drawing depicting a left-sided Spigelian hernia-axial. ResearchGate; 2021
7. Hanzalová I, Schäfer M, Ulm S, Köckerling F. Spigelian hernia: current approaches to surgical treatment—a review. *Front Surg*. 2022;9:856411.
8. Aguirre DA, Casola G, Sirlin C. Abdominal wall hernias: MDCT findings. *AJR Am J Roentgenol*. 2004;183(3):681-90.
9. Understanding Spigelian Hernia: Causes, Symptoms, & Treatments [Internet]. Knoxville (TN): Premier Surgical Network; 2021
10. Huttinger R, Baltazar-Ford K, Sugumar K. Spigelian Hernia. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 26 jun 2023
11. Bell D, Jones J. Lumbar hernia [Internet]. Radiopaedia. org; 2023
12. Thapar PM, Deshpande PV, Kantharia CV. A primary inferior lumbar hernia misdiagnosed as a lipoma. *Ann R Coll Surg Engl*. 2019;101(3):e80-2.
13. Zhou X, Niu J, Yi B. Primary lumbar hernia: A rarely encountered hernia. *Intractable Rare Dis Res*. 2017;6(1):61-3.
14. Stamatiou D, Skandalakis JE, Skandalakis LJ, Mirilas P. Lumbar (Petit's) hernia: A rare entity. *World J Surg*. 2009;33(10):2048-57.
15. Thapar PM, Deshpande PV, Kantharia CV. A primary inferior lumbar hernia misdiagnosed as a lipoma. *Ann R Coll Surg Engl*. 2019;101(3):e80-2.
16. Moreno-Egea A. Primary Lumbar Hernia, Review and Proposals for a Standardized Treatment. *J Abdom Wall Surg*. 2023;2:11754.
17. Podda M, Pellino G, Di Saverio S, Coccolini F, Pata F, Ielpo B, et al. Primary ventral and incisional hernias: comprehensive review. *BJs Open* [Internet]. 2025

18. Burger JWA. Incisional Hernia: Etiology, Prevention, Treatment [Tesis en Internet]. Rotterdam: Erasmus University Repository; 2006
19. Gunaratne AT, De Silva WMM. An Uncommon Presentation of a Strangulated Spigelian Hernia: A Painless Abdominal Lump. *Global J Surg Case Rep.* 2021;2(1)
20. Spigelian Hernia [Internet]. San Francisco: UCSF Department of Surgery
21. Claus CMP, Loureiro MP, Dimbarre D, Trautwein AC, Cavazzola LT, Coelho JCU. LAPAROSCOPIC REPAIR OF LUMBAR HERNIA (GRYNFELT): TECHNICAL DESCRIPTION. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2017;30(1):56-9.
22. Heniford BT, Iannitti VG, Golas AR. Laparoscopic repair of lumbar hernias. *J Am Coll Surg.* 1997;184(5):525-9.
23. Arcerito M. Laparoscopic Lumbar Hernia Repair [Internet]. SAGES Abstract Archives; 2011
24. Claus CMP, Loureiro MP, Dimbarre D, Trautwein AC, Cavazzola LT, Coelho JCU. Laparoscopic repair of lumbar hernia (grynfelt): technical description. *ABCD Arq Bras Cir Dig* [Internet]. 2017
25. Zolin SJ, Fafaj A, Krpata DM. MIS retromuscular repair of lateral incisional hernia: technological deliberations and short-term outcome. *Hernia.* 2022;26(5):1321-1327.
26. Novitsky YW. Lateral Abdominal Wall Reconstruction. En: Rosen MJ, editor. *Atlas of Abdominal Wall Reconstruction.* 2ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2017
27. Chul-Hee S, Sang-Hun L, Eun-Sang K, Woo-Kyung K. Flank incisional hernia after lateral approach spine operations: presentation and outcomes after repair. *J Korean Neurosurg Soc.* 2021;64(3):475-481.
28. Schumpelick V, Klinge U, Junge K, Stumpf M. The lateral incisional hernia: Anatomical considerations for a standardized retromuscular sublay repair. *Hernia.* 2004;8(2):113-118.
29. Incisional Hernia: Symptoms, Causes and Treatment [Internet]. Washington (DC): MedStar Health
30. Kroese LF, Kleinrensink GJ, Lange JF, Gillion JF. What are the influencing factors on the outcome in lateral incisional hernia repair? A registry-based multivariable analysis. *Hernia.* 2023;27(1):123-131.
31. Muysoms FE. The European hernia society (EHS) classification for incisional abdominal wall hernias [Figura en Internet]. ResearchGate; 2009
32. Ansari P. Hernias of the Abdominal Wall [Internet]. Kenilworth (NJ): MSD Manuals Professional Edition; 2024.
33. Ansari P. Abdominal Wall Hernias [Internet]. Kenilworth (NJ): Merck Manual Consumer Version; 2024
34. Hutteringer R, Baltazar-Ford K, Sugumar K. Spigelian Hernia. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 26 jun 2023
35. Incisional Hernia: What It Is, Symptoms & Treatment [Internet]. Cleveland (OH): Cleveland Clinic; 2023
36. Buenafe A. Lateral release in the repair of large ventral hernia. *Ann Laparosc Endosc Surg.* 2019;4:81.