

Reporte de casos

Hernia de Spiegel. Presentación de un caso tratado de forma ambulatoria

Spiegel hernia. Presentation of a case treated on an outpatient basis

Dr. Blás Antonio Medina Ruíz⁽¹⁾, Dr. Nelson Mitsui⁽²⁾, Dr. Oscar Centurión³⁾, Dr. Alberto Recalde⁽⁴⁾, Dr. Numa Ayala⁽⁵⁾, Prof. Dr. Luis A. Bogado Yinde⁽⁶⁾

1) Auxiliar de la Enseñanza. Cátedra de Anatomía Descriptiva FCM – UNA. Médico Cirujano de planta. Encargado del Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria. Servicio de Cirugía. Hospital IPS- Luque.

2) Médico Cirujano actuante. Director IPS-Luque.

3) Médico Cirujano de planta. Servicio de Cirugía. Hospital IPS- Luque.

4) Médico Cirujano de planta. Servicio de Cirugía. Hospital IPS- Luque.

5) Médico Anestesiólogo de planta. Servicio de Cirugía. Hospital IPS- Luque.

6) Profesor Adjunto. Cátedra de Anatomía Descriptiva FCM – UNA. Coordinador del Programa de Cirugía Ambulatoria. IPS – Luque.

RESUMEN

La hernia de Spiegel (HS) es una variedad poco frecuente de hernia de la pared abdominal. Su diagnóstico clínico muchas veces es difícil y requiere de un alto índice de sospecha. Su tratamiento es siempre quirúrgico. El objetivo del presente trabajo, es presentar un caso de Hernia de Spiegel diagnosticado y tratado en el Hospital IPS-Luque. El método de cirugía que se presenta es un caso de hernia de Spiegel diagnosticado clínicamente, y tratado por la vía abierta dentro del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria desarrollada en nuestro hospital. Se realiza una breve revisión bibliográfica.

Las hernias de Spiegel son raras y de difícil diagnóstico a causa de su localización intramural y de los síntomas vagos e inespecíficos que la acompañan. La Ecografía y la Tomografía computarizada pueden ayudar para llegar al diagnóstico. El alto porcentaje de complicaciones hacen que el tratamiento sea quirúrgico, estando en la actualidad en boga el acceso laparoscópico. En nuestro caso empleamos la técnica abierta dentro del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria, con buen resultado. Como conclusiones podemos mencionar que las HS son hernias raras de la pared antero lateral del abdomen, la mayoría de las veces pequeñas lo que dificulta su diagnóstico, con un alto porcentaje de complicaciones debido al tamaño y rigidez de su orificio. El diagnóstico puede aclararse con la ayuda de la ecografía y la tomografía computada. El tratamiento es quirúrgico con varias opciones, cualquiera de las cuales puede ser incluida dentro de un programa ambulatorio, de no mediar complicaciones.

Palabras clave: Hernia de Spiegel- Diagnóstico- Tratamiento ambulatorio.

SUMMARY

Spiegel hernia (SH) is a few frequent variety of abdominal wall's hernia. Its clinical diagnosis is difficult and requires a high level of suspicion. Its treatment is always surgical. The purpose of this study is to present a case of hernia Spiegel diagnosed and treated at the Hospital IPS-Luque. The method of surgery is presented a case of hernia Spiegel clinically diagnosed and treated by open surgery in the Ambulatory Surgery program developed in our hospital. Is a brief bibliography.

Spiegel hernias are rare and difficult to diagnose because of its intramural localization and vague and non-specific symptoms that accompany. Ultrasonography and computed tomography can help to reach the diagnosis. The high percentage of complications that make treatment is surgical, being currently in vogue the laparoscopic access. In our case we use the open technique inside the program of Out Patient Surgery, with good result.

As conclusions we can mention that the HS are rare hernias of the anteriorlateral abdominal wall, mostly small, what difficult its diagnosis, with a high percentage of complications because of the given size and rigidity of its hole. The diagnosis can be clarified with the help of the ultrasonography and the computed tomography. The treatment is surgical with multiple choices, any of which can be included inside an outpatient program, in the absent of complications.

Key words: Spiegel Hernia – Diagnosis – Outpatient treatment

INTRODUCCIÓN

La hernia de Spiegel (HS) (hernia ventral lateral espontánea, hernia del tendón conjunto, hernia de la línea semilunar, hernia intersticial ventral): Es la protrusión de un saco peritoneal, órgano o grasa preperitoneal a través de un defecto congénito o adquirido en la Aponeurosis de Spiegel (AP) (1).

La comprensión de esta hernia requiere de conocimientos anatómicos precisos, por tal motivo se repasaran conceptos importantes de la anatomía de la pared abdominal anterolateral.

La Línea semilunar de Spiegel es el límite entre la porción carnosa y la aponeurosis anterior del músculo trasverso del abdomen, presenta una convexidad lateral entre los cartílagos costales 8° y 9° y la espina del pubis. (*Figura 1*) (2).

Entre la línea semilunar y el borde externo del músculo recto se sitúa la Aponeurosis de Spiegel (o Fascia de Spiegel). A través de ésta estructura potencialmente débil protruyen las HS (1,3). (*Figura 2*).

El pliegue o Arco de Douglas es una línea horizontal que se encuentra entre la sínfisis del pubis y el ombligo, donde termina la vaina posterior del recto. La parte medial de la AS es más débil en los últimos cm. por encima del pliegue de Douglas favoreciendo la herniación. El 90 % de éstas hernias se ubican en el llamado “Cinturón de Hernia de Spiegel”, que es una franja transversal situada entre 0 a 6 cm. por encima de una línea trazada entre ambas espinas iliacas anterosuperiores. En esta zona la AS es más ancha (4, 5). (*Figura 2*)

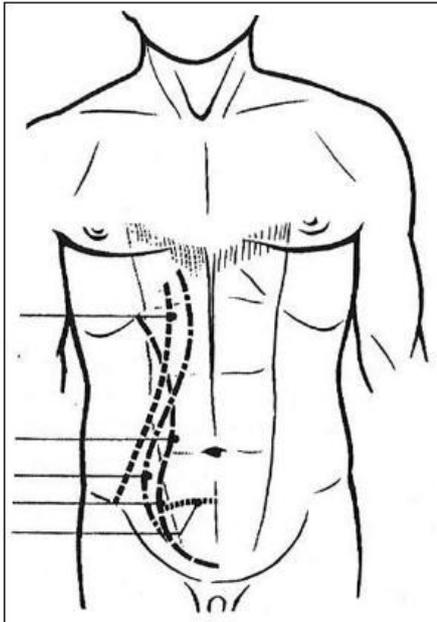


FIGURA 1

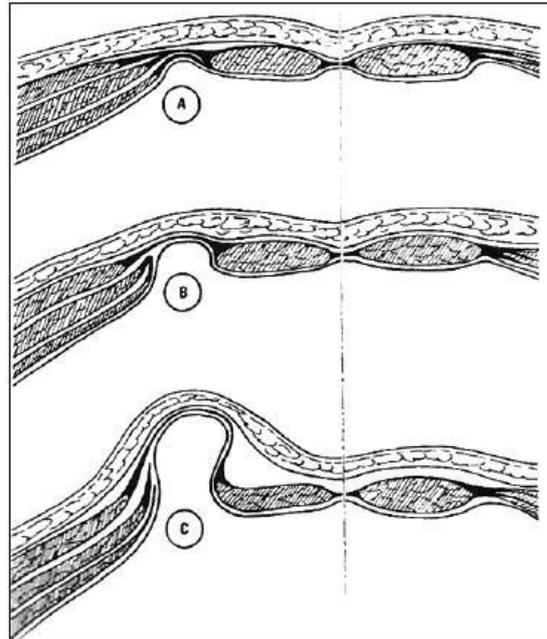


FIGURA 2

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 57 años de edad, obeso, hipertenso en tratamiento, sin otros antecedentes patológicos ni quirúrgicos de relevancia, concurre a la consulta por presentar un tumor a nivel de la pared abdominal del lado derecho de varios años de evolución, que en los últimos meses aumenta de tamaño, haciéndose doloroso de manera intermitente, sobre todo tras los esfuerzos físicos.

Al examen físico se constata un abdomen globoso, con abundante panículo adiposo, que a la inspección presenta en bipedestación un tumor de 6 cm. ubicado por debajo del ombligo aproximadamente a nivel del borde externo del recto anterior derecho del abdomen y que desaparece con el decúbito supino (*Figura 3*).

A la palpación se constata que dicho tumor se palpa sólo en decúbito supino, siendo reductible, no palpándose el anillo a nivel de la aponeurosis y desapareciendo la masa con la posición de pie.

Se realiza una ecografía que muestra una masa mal definida a nivel de la pared que aumenta de tamaño con la maniobra de Valsalva, no hallándose el defecto en la aponeurosis. Se completan los estudios prequirúrgicos y se decide cirugía electiva dentro del Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria desarrollada en la Institución, con el diagnóstico de Hernia de Spiegel. La misma se lleva a cabo con anestesia raquídea. El abordaje se realiza con una incisión transversal sobre el tumor, apertura de la aponeurosis del oblicuo mayor, y disección concéntrica del saco.

Apertura del mismo constatándose la vitalidad de su contenido epiplíoco, reintroduciéndolo a la cavidad, a través de un anillo de 2 cm de diámetro. Cierre del mismo y

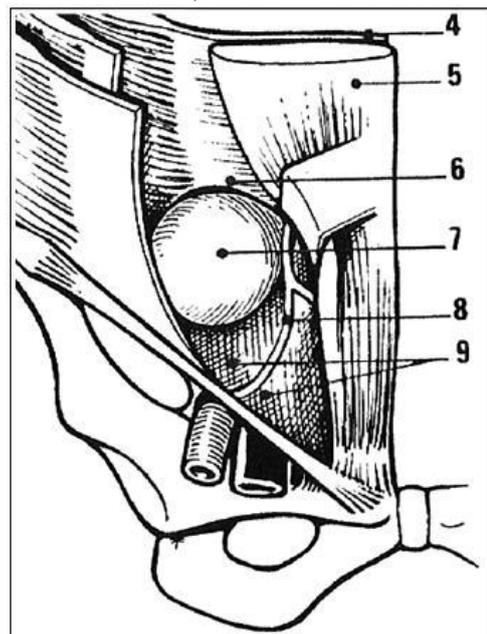


FIGURA 3

refuerzo con malla de prolene sobre el plano profundo, aproximando la aponeurosis del oblicuo mayor sobre la malla. (*Figura 4*).

El paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta a las 12 horas del posoperatorio. Actualmente lleva 8 meses de control, sin evidencias de recidiva.

DISCUSIÓN

La Hernia de Spiegel (HS) es una hernia de la pared abdominal ventrolateral, rara (constituyen entre el 0,1 al 2 % de las hernias de la pared abdominal) y generalmente mal diagnosticada por su ubicación intersticial, y su sintomatología inespecífica. No hay predominancia de sexo y de lado, pudiendo coincidir con otras hernias (6). Hay descriptas HS bilaterales (7). Predomina entre la 5ª y la 6ª décadas de la vida, aunque puede aparecer a cualquier edad (8).

Fue descrita por primera vez por Klinkosh en 1764, quien le dio el nombre del anatomista flamenco Adrian Var der Spiegel (1578-1625) nacido en Bruselas y catedrático de Anatomía y Cirugía en Padua, quien describió la línea semilunar que hoy también lleva su nombre (9).

Sin embargo, ya en 1746 La Chausse publicó un caso de hernia ventrolateral en un paciente con traumatismo abdominal (4).

Spangen en 1989 realizó la más amplia revisión del tema con 885 casos. El mismo Spangen en 1993, recoge un total de 979 casos publicados hasta esa fecha (1).

Las HS aparecen en la Fascia o aponeurosis de Spiegel (AS), formada entre el borde externo del músculo recto y la línea de semilunar que se forma por la unión de la aponeurosis y el músculo transversal del abdomen, a veces fusionado con el oblicuo menor o interno y cubierto por la aponeurosis del oblicuo mayor que casi siempre está indemne. El principal punto débil se sitúa en la intersección entre la línea semilunar y el extremo lateral de la línea arqueada de Douglas (10) (*Figura 1*). Sin embargo el 90% se forman en el Cinturón Spigheliano de Spangen situado en el cruce de una línea que une ambas espinas ilíacas anterosuperiores (EIAS), con el ombligo, entre la línea semilunar y el borde lateral del recto anterior, que coincide en la mayoría de los casos con el arco de Douglas. Es una franja de 6 cm situada por encima de la línea interespinal. En ésta zona la AS es más ancha y tanto el oblicuo menor como el transversal se encuentran fasciculados. (1, 6)

Existen dos tipos de HS. Las **superiores** localizadas por encima de los vasos epigástricos inferiores y las **HS inferiores** situadas caudalmente a dichos vasos, mucho más raras. Estas últimas deben diferenciarse de las hernias inguinales directas ascendentes, que no penetran por el tendón conjunto, sino que emergen a través del triángulo de Hesselbach (11, 12). El caso por nosotros presentado correspondía a la variedad superior.

Clínicamente pueden tener tres **formas de presentación**: (9)

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. A éste tipo correspondía

nuestro caso.

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**: (1, 6, 9, 13)

a. La variedad profunda, llamada también intravaginal, es la menos frecuente, atravesando el saco sólo la aponeurosis del músculo trasverso.

b. Las hernias intersticiales y ocultas, situadas entre las diferentes capas musculares de la pared abdominal, pero por debajo del oblicuo mayor. Casi todas son de éste tipo, incluyendo el nuestro.

c. La variedad superficial en la que el saco herniario atraviesa la aponeurosis del oblicuo mayor, haciéndose subcutánea.

Las teorías etiopatogénicas que intentan explicar su formación son las siguientes: (6, 12, 14, 15,16)

- *Teoría vasculonerviosa de Astley Cooper (1804)*: El saco herniario emerge a través de los orificios aumentados de tamaño de la AS por donde penetran las ramas de la arteria epigástrica inferior o las ramas perforantes de los nervios abdominogénitales o de los últimos intercostales. No está demostrado y estaría descartado.



FIGURA 4

- *Teoría de la fasciculación musculoaponeurótica de Zimmerman (1944)*: Por debajo del ombligo, las fibras de los músculos oblicuo menor y transversal corren paralelas y poseen un número variable de intervalos en forma de hendiduras, que suelen coincidir, lo que facilita la herniación. Es la más aceptada actualmente.

- *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 mesodermo mediano) y los músculos anchos (derivados de los miotomas torácicos inferiores y lumbares).

- *Teoría de Watson e Iason*: Una debilidad de la unión de la arcada de Douglas y de la línea semilunar. El concepto de un único punto débil debido a la tracción de la línea arqueada sería incompatible con los múltiples sitios donde puede presentarse las HS.

- *Hernias traumáticas*: Ocurren por impacto de un objeto con baja energía y donde las lesiones intraabdominales son infrecuentes. El diagnóstico diferencial más importante aquí son los hematomas (11).

Entre los **factores predisponentes** tenemos a aquellos que provocan ya sea debilidad de la pared o aumento de la presión intraabdominal como ser: la obesidad (único factor de riesgo hallado en nuestro paciente), los embarazos múltiples, la ascitis, broncopatías crónicas, traumatismos, parálisis musculares, defectos musculares congénitos, esfuerzos repetidos, pérdida de peso, cirugías previas, la desnutrición (1, 6).

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 vermiforme, apéndice epiploico, testículo, ovario, etc.). Han sido encontradas hernias tipo Richter (17, 18, 19).

Los síntomas más importantes son el dolor abdominal inespecífico, localizado generalmente en el área de Spieghele, que puede aumentar con un aumento de la presión intraabdominal, 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 una 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 (20).

La radiografía simple aporta pocos datos, puesto que rara vez estas hernias tienen contenido intestinal. Si son útiles en caso de obstrucción, en las que mostrará los signos típicos como niveles hidroaéreos localizados, o generalizados, etc. Los estudios contrastados rara vez se emplean por su escaso aporte. En cambio la Ecografía es de gran valor tanto en las hernias palpables como en las no palpables. El hallazgo de intestino en la pared es diagnóstico, además la grasa preperitoneal y el epiplón tienen características propias. El orificio herniario se observa como una discontinuidad en la línea de ecos que forma la aponeurosis (11, 20). En nuestro caso no pudo demostrar el orificio herniario quizás por falta de experiencia, pero si mostró una masa en la pared que aumentaba de tamaño con los esfuerzos y que hacía presuponer la existencia de una hernia.

La TC es útil, cuando la clínica y la ecografía no consiguen dilucidar el diagnóstico, permite demostrar el defecto de la pared y el contenido del saco (5, 17, 21).

Cuando a través de estos métodos citados no se llega al diagnóstico la cirugía es un recurso útil, sobre todo en los casos de obstrucción (22).

Entre los **diagnósticos diferenciales** a tener en cuenta tenemos a: lipomas, hematomas, abscesos, sarcomas de pared, miotendinitis, otras hernias ventrales, hernia inguinal directa ascendente, hernias recidivadas (11, 22).

Con respecto al **tratamiento** podemos decir que toda HS diagnosticada debe ser tratada quirúrgicamente, por el alto riesgo de complicaciones (1, 12). Los tipos de cirugías descritos son por vía convencional o abierta y las laparoscópicas.

En las cirugías abiertas el abordaje depende de la masa, pues si es palpable conviene realizar una incisión oblicua o trasversal sobre el tumor y realizar una división de planos musculares. Disección concéntrica del saco, apertura del mismo y tratamiento del contenido. Manejo del orificio herniario, con o sin refuerzo con material protésico (9, 12). En nuestro caso, se utilizó esta técnica, interponiendo la malla de prolene entre un plano profundo constituido por el transversal – oblicuo menor y uno superficial por el oblicuo mayor. No tuvimos problemas para incluirlo dentro del Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Ante HS no palpables la elección sería un abordaje preperitoneal a través de una incisión paramediana, incisión sobre la vaina anterior del recto, desplazamiento del mismo hacia medial, apertura de la hoja posterior longitudinalmente y disección preperitoneal. Esta técnica tiene las ventajas de no seccionar los músculos y aponeurosis, permitiendo además el tratamiento de otras hernias concomitantes, y sobre todo el no ingreso a la cavidad, con los riesgos que ello conlleva. Es de elección en los pacientes sintomáticos con examen físico normal y eco y TC normales (12).

La vía laparoscópica puede realizarse por vía intraperitoneal sobre todo en los casos complicados o bien extraperitoneal total con o sin material protésico, que comparte las ventajas de la vía extraperitoneal abierta con las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, incluido la posibilidad de realizarlo con anestesia regional (23, 24, 25, 26). No tenemos experiencia con esta técnica.

CONCLUSIÓN

Las HS son entidades raras, con un alto porcentaje de complicaciones por el hecho de poseer un orificio herniario en general pequeño y rígido. Su localización, habitualmente entre las capas musculares, su pequeño tamaño, su sintomatología inespecífica hacen que el diagnóstico sea muy difícil, aunque la ecografía y la TC aportan de manera importante para llegar al diagnóstico de certeza.

El tratamiento depende de la forma de presentación, habiendo varias vías de acceso tanto con la cirugía convencional como laparoscópica.

Debido a su rareza lo presentamos para que sea considerado en los diagnósticos diferenciales ante cuadros dudosos de dolor abdominal u obstrucción intestinal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spangen L. Spigelian hernia. En: Nyhus LM, Condon RE, eds. *Hernia*. 4º ed. Philadelphia. JB Lippincott Co., 1995.p 381-92.
2. Neidhardt JPH et Caillot JL. Anatomie chirurgicale de la paroi abdominale antérolaterale. Voies d`abord de la cavité abdominale. Coeliotomies, laparotomies, abords combinés thoraco-abdominaux. *Encycl.Méd.Chir (Elsevier, París-France), Techniques chirurgicales-Appareil digestif*, 40-040; 1990. Pág 24.
3. Skandalakis LJ., Gadaez TR., Mansberger AR Jr. Spigelian (latero ventral) hernia. En: *Modern Hernia Repair. The embryological and anatomical basis of surgery*. Carnforth: Parthenon Publishing group. 1996.
4. Quiroga S., Romero I., Alvarez-Castells A., et al. Hernias abdominales externas y diafragmáticas. *Hallazgos en la TC. Radiología*. 1997; 39: 677-83.
5. Apesteguía L., Lecumberri F., Bilbao J. et al. Tomografía axial computarizada en el diagnóstico de las Hernias de Spieghel. A propósito de un caso. *Cir.Esp*. 1985; 39: 1051-4.
6. Gonzalez Uriarte J., Irazusta M., Gurruchaga JM., et al. Hernia de Spiegel. Diagnóstico y epidemiología. *Cir.Esp*. 2000; 68: 74-6.
7. Moles L., Marín J. Hernia de Spiegel. Estado actual. *Cir.May.Amb*. 2003; 8: 69-78.
8. Siklberstein PA, Cern IB., Shi ECP. Congenital Spigelian hernia with cryptorchidism. *J.Pediatr.Surg*. 1996; 31: 1208-10.
9. Alexandre JH., et Bouillot JL. Traitement chirurgical des hernies de Spieghel ou hernies ventrales laterals ou antérolatérales.- *Encycl.Méd.Chir. (Elsevier, París-France), Techniques chirurgicales- Appareil digestif*. 40-151. 1994, 4p.
10. Spangen L. Spigelian hernia. *Surg.Clin.NorthAm*. 1984; 64: 351-366.
11. Moreno-Egea A., Campi lo- Soto A, Girela-Baena E., et al. Hernia traumática de Spiegel: Reparación laparoscópica extraperitoneal electiva. *Cir.Esp*. 2006; 79 (1): 61-3.
12. Moles Morenilla L., Jacobo Durantez F., Mena. Robles D., et al. Hernia de Spiegel en España. Análisis de 162 casos. *Rev.Esp.Enferm.Dig*. 2005; 95 (5). (On line).
13. Malangoni M., Rosen M. Hernias. En *Towsend: Sabiston Texbook of Surgery*, 18º ed. Saunders- Elsevier. 2007.
14. Guirao Manzano J., Mansilla Molina D., Perez Falques JE., et al. Tratamiento de la Hernia de Spiegel con malla de polipropileno. Nuevo enfoque terapéutico. *Cir.Esp*. 2000; 67: 192-5.
15. Perez Nevado A., Gonzalez N., Ramos SM., et al. Anatomía y radiología de las hernias de Spiegel. Aportación de un caso y revisión de la literatura. *Radiología*. 1997; 19: 447-54.
16. Olson R., Davis W. Spigelian hernia, rare or obscure?. *Am.J.Surg*. 1986; 116: 842-6.
17. Moreno-Egea A., Flores B., Aguayo JL., et al. La hernia de Spiegel en España: Revisión bibliográfica y presentación de una serie personal de 27 pacientes: *Cir.Esp*. 2002; 72: 18-22.

18. L in PH., Koffron AJ., Hellizer HJ. Right lower quadrant abdominal pain due to appendicitis and an incarcerated spigelian hernia. *Am.Surg.* 2000; 66: 725-7.
19. Bryk D. Spigelian hernia containing sigmoid colon. *Am.J.Roetgenol.* 1967; 99: 71-320. Cerdán R., Cantín S., Barranco J. Hernia de Spiegel . Revisión a propósito de 8 casos. *Rev.Cubana Cir.* 2005; 44(4). On line.
21. Carvajal J., Climent V., Abellán J., et al. Hernia de Spiegel. Valor de la Tomografía computada. *Radiología.* 19884; 26: 71-3.
22. Carter J., Mizes C. Laparoscopic diagnosis and repair of Spigelian hernia: Report of case and technique. *Am.J.ObstetGynecol.* 1992; 167: 77-8.
23. Moreno-Egea A., Aguayo JL., Girela E. Treatment of Spigelian hernia using totally extraperitoneal laparoscopy ambulatory surgery. *Surg.Endosc.* 2002; 16: 1806.
24. Garcia-Molina F., Ortegón- Castellano B., Franco- Osorio JD., et al. Tratamiento laparoscópico de la hernia de Spiegel. *Cir.Esp.* 2002; 71 (4): 207-9.
25. Moreno-Egea A., Girela E., Torralba J., et al. Tratamiento laparoscópico ambulatorio de la hernia de Spiegel: Presentación de 10 casos. *Cir.Esp.* 2002; 71 (5): 221-3.
26. Salvador JL., Laguna M., Adell R., et al. Reparación de la hernia de Spieghel por vía laparoscópica. *Rev.Esp.Enferm.Dig.* 1995; 87: 759-60.