

HERNIA DE SPIEGEL. NUESTRA EXPERIENCIA

SPIGELIAN HERNIA. OUR EXPERIENCE

Rosa Ferreira*; Nelson Martínez**; Rodrigo Pederzoli***; Ever Sosa***; Gerson Najjar***

RESUMEN

Introducción: La Hernia de Spiegel es una afección parietal rara de la pared abdominal, unilocular, que se localiza en el borde externo de la línea semilunar. La mayoría de las veces se encuentra ubicada bajo el músculo oblicuo mayor y corresponde a una hernia intersticial; por lo que puede pasar desapercibida. **Objetivo:** Describir nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la hernia de Spiegel. **Pacientes y método:** estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes con diagnóstico de Hernia de Spiegel, tratados en la II Cátedra Clínica Quirúrgica, en el período de tiempo comprendido desde marzo 1998 a diciembre 2015. **Resultados:** n 14, fueron del sexo femenino 8 pacientes y 6 del masculino, el promedio de edad 57,4(±50-85). El motivo de consulta: dolor abdominal de tipo difuso, acompañado de una tumoración ventro lateral, reducible. En 10 casos la tumoración se localizó en el lado derecho y en 4 en el lado izquierdo. La sospecha clínica fue confirmada por la ecografía en 8 casos y la tomografía axial computarizada en los 6 restantes, la forma de presentación de 2 casos fue como oclusión intestinal y operados de urgencia y las demás electivas – ambulatorias. En todos los casos se realizó reparación de la pared sin tensión con malla de polipropileno, en 3 pacientes se colocó plug y en 11 pacientes se realizó refuerzo de la fascia del oblicuo mayor sublay, con el mismo material. No tuvimos complicaciones ni recidivas a los 24 meses. **Conclusión:** El diagnóstico de la hernia de Spiegel no resulta sencillo, debe acompañarse en todos los casos de un estudio de imagen. La técnica quirúrgica sin tensión, colocación de malla sublay, es una opción por sus resultados satisfactorios.

Palabras clave: hernia de Spiegel, hernioplastia.

ABSTRACT

Introducción: Spigelian Hernia is a rare abdominal wall disease, often localized in semilunar line. Most of the time it appears under external oblique muscle, because of that, sometimes the diagnosis can be difficult. **Objective:** To describe the experience in the diagnosis and treatment of Spigelian Hernia. **Patient and methods:** An observational, retrospective study of patients with Spigelian Hernia, at the Second Service of Surgery, between March of 1998 to December of 2015. **Results:** 14 patients were diagnosed of Spigelian Hernia, 8 women and 6 men, with an average age of 57 years (±50-85). The main reason from consultation was abdominal pain with a lateral abdominal tumor. Clinical suspicious was confirm by ultrasonography in 8 cases and CT scan revealed the other 6. Surgical treatment in all cases was performed without tension using a polypropylene mesh; in 3 of them they use a plug and in the other 11 a sublay mesh to reinforce the external oblique fascia. They don't have any complications. **Conclusion:** The diagnosis of Spigelian Hernia is not simple, is important to attach a image study. A tension free surgical technique, a sublaymesh, are options to have success.

Key words: Spigelian hernia, hernioplasty

INTRODUCCIÓN

Adriaan Van der Spiegel (1578-1625), describió la línea semilunar que señala la transición de músculo a aponeurosis en el músculo transverso del abdomen y que lleva su nombre, así como su relación con el borde lateral del músculo recto

* Jefe de sala

** Médico de Guardia

*** Residentes

II Cátedra Clínica Quirúrgica

Contacto: rodrigopederzoli01@gmail.com

Artículo recibido: 24/09/2016

Artículo aceptado: 15/10/16

abdominal (fascia de Spiegel)^{1,2,3}.

Klinkosh, en 1764, describió por primera vez este defecto y se han descrito algo más de un millar de casos aunque se estima que está subdiagnosticada⁴.

Las hernias de Spiegel representan aproximadamente el 0,12 al 2 % de todas las hernias que se operan en la pared abdominal. Son un defecto de la pared abdominal poco frecuente, de difícil diagnóstico y sintomatología inespecífica. 5

Se la denomina, hernia ventro-lateral, de la línea semilunar, hernia intersticial, hernia interparietal, hernia encubierta².

Se reporta una ligera predisposición del sexo femenino. son más frecuentes entre la 5o y 6o década de la vida y pueden ser congénitas o adquiridas⁶.

Clásicamente se consideran factores predisponentes asociados a dicho defecto: la obesidad, las EPOC, la cirugía previa y la multiparidad^{7,8}.

Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la hernia de Spiegel.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, de pacientes con diagnóstico de Hernia de Spiegel, tratados en la II Cátedra Clínica Quirúrgica, en el período de tiempo comprendido desde marzo 1998 a diciembre 2015.

RESULTADOS

De los 14 pacientes, fueron del sexo femenino 8 y 6 del sexo masculino, el promedio de edad 57,4(±50-85). El motivo de consulta en todos los casos fue dolor abdominal de tipo difuso, y acompañado de una tumoración ventro lateral, reducible, en 12 pacientes.

Tuvimos como comorbilidades más frecuentes la hipertensión arterial en 6 casos y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 10 de los pacientes.

La sospecha clínica fue confirmada por la ecografía en 8 casos y la tomografía axial computarizada en los 6 restantes.

La forma de presentación de 2 casos fue como oclusión intestinal y operados de urgencia y las demás electivas – ambulatorias. En 10 casos la tumoración se localizó en el lado derecho y en 4 en el lado izquierdo.

En todos los casos se realizó reparación de la pared sin tensión con malla de polipropileno, en 3 pacientes se colocó plug y en 11 pacientes se realizó refuerzo de la fascia del oblicuo mayor sublay, con el mismo material.

No tuvimos complicaciones ni recidivas a los 24 meses.

DISCUSIÓN

Las hernias de Spiegel se consideran una entidad rara, el diagnóstico se dificulta mucho tanto porque son generalmente intersticiales y porque el saco se encuentra cubierto por la fascia del músculo oblicuo mayor.^{1,5}

En nuestro trabajo constatamos un predominio del sexo femenino, así como la localización de la hernia del lado derecho, similar a lo que reportan varios autores^{5,6,7,8}.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, lo encontramos en el 71,4% de los casos, Cerdan publica una cifra de 62,5 % y refiere que la presencia de factores predisponentes es fundamental para orientar correctamente la historia clínica. Artioukh y Walker reportan la presencia de dichos factores en el 79 %. Ríos y colaboradores los encuentran en el 100% de sus pacientes^{5,7,12,13}.

El motivo de consulta fue el dolor tipo difuso en todos los casos, coincidiendo con otros estudios. Su presencia es muy variable, ya que según las series se reportan entre un 26 a 100% y se lo describe como un dolor abdominal que puede

ser intenso en la bipedestación y con las maniobras de Valsalva, o bien por crisis^{9,10,11}.

La tumoración palpable se constató en el 85% de los casos, Otros estudios reportan que en el examen físico, la palpación de masas palpables varía del 35% hasta un 88% de los casos inclusive, como en el trabajo de Moles y cols.^{6,14-16}.

Además de la clínica del paciente, para realizar el diagnóstico son de gran ayuda, sobre todo en los casos de duda, los estudios auxiliares de imágenes como la ultrasonografía o la tomografía. (Fig. 1)

Tuvimos 2 casos (14,2%) de hernia complicada, similar a otros estudios que han reportado 17 a 24% de los casos de hernias de Spiegel encarceradas.^{9,10}. (Fig. 2)

Para el tratamiento, reparamos la pared abdominal sin tensión, por abordaje a cielo abierto, cerrando el defecto y colocando malla de polipropileno en todos los casos, según el tamaño del defecto, o plug o parche, en posición sublay. La literatura recomienda tratar la hernia en el momento del diagnóstico⁵⁻¹⁶.

Puede realizarse además por abordaje laparoscópico, según lo describen algunos autores^{17,18}. En 1992 Carter y Mizes publicaron la primera corrección laparoscópica intraabdominal y en España lo hicieron Salvador y cols. en 1995.^{19,20} (Fig. 3)

En el abordaje laparoscópico intra abdominal, se pueden presentar lesiones viscerales u obstrucción postoperatoria, por lo que Moreno – Egea describe el abordaje laparoscópico totalmente extraperitoneal en el que se podría evitar dichas complicaciones y permita la reparación del defecto desde su origen en la pared abdominal posterior^{21,22}.

En nuestro trabajo no tuvimos complicaciones ni recidivas, en el seguimiento de los pacientes.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de la hernia de Spiegel, no resulta sencillo, debe acompañarse en todos los casos de un estudio de imagen. La técnica quirúrgica sin tensión, colocación de malla sublay, es una opción por sus resultados satisfactorios.

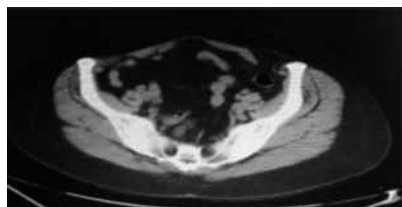


FIG 1. Fuente: II Cátedra Clínica Quirúrgica

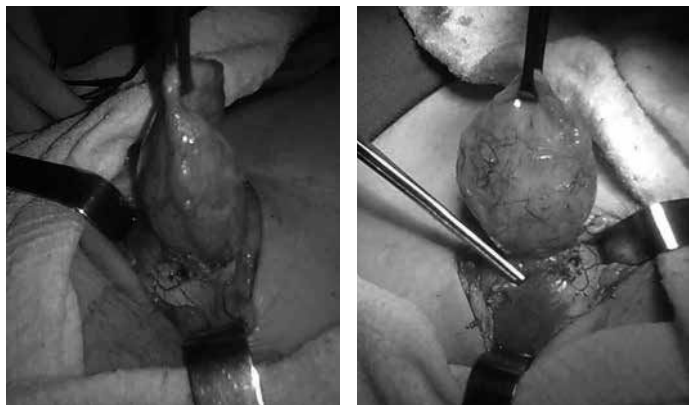


FIG 2. Fuente: II Cátedra Clínica Quirúrgica

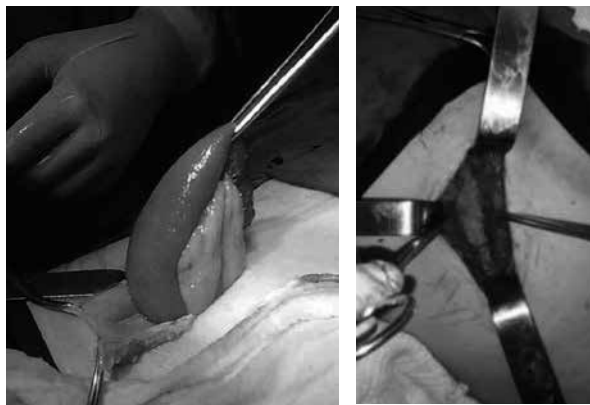


FIG 3. Fuente: II Cátedra Clínica Quirúrgica

REFERENCIAS

1. Spiegel A. Opera quae extant omnia. Amsterdam: John Bloew, 1645:103.
2. Quiroga S, Romero I, Álvarez-Castells A, Sebastián MC, Pallisa E, Tur C. Hernias abdominales externas y diafragmáticas. Hallazgos en la TC. Radiología 1997;39:677-83.
3. Pichi M, Pacífico G, Landi L, Corsi A, Rizzo DM, Senesi S, et al. L'ernia di Spiegelio. Considerazioni anatomico-cliniche. Minerva Chir. 1999;54:425-31.
4. Klinkosch JT. Divisionem herniarum novamque herniae ventralis speciem proponit. Dissertationum medicorum, 1764; 184.
5. Cerdán R, Cantín S, Barranco J et cols.5.Hernia de Spiegel. Revisión a propósito de 8 casos. Rev Cubana Cir 2005; 44(4).
6. Cervantes J, Rojas G, Menéndez A et cols. Hernia de Spiegel. An Med (Mex) 2007; 52 (2): 65-68.
7. Ríos A, Rodríguez JM, González R, Ortiz S, Carrasco M, Parrilla P. Hernia de Spiegel: múltiples presentaciones de una hernia poco frecuente. Cir Esp. 1999;65:3-12.
8. Moreno-Egea A, Flores B, Aguayo JL, Canteras M. La hernia de Spiegel en España: revisión bibliográfica y presentación de una serie personal de 27 pacientes. Cir Esp. 2002;72: 18-22.
9. Larson DW, Farley DR. Spigelian hernias: Repair and outcome for 81 patients. World J Surg 2002; 26: 1277-1281.
10. Spangen L. Spigelian hernia. Surg Clin North Am 1984, 64: 351-366. 6. Houlihan TJ.
11. Spangen L Spigelian hernia. En: Nyhus LM, Condon RE, editores. Hernia (4.a ed.). Filadelfia: JB
12. Artioukh DY, Walker SJ. Spigelian herniae: presentation, diagnosis and treatment. J R Coll Surg Edinb. 1996; 41:241-3.
13. Fernández L, Roig J, Monzón A, Gómez A, Pellicer J, Tieso A, et al. Hernia de Spiegel: a propósito de siete casos. Rev Esp Enf Ap Digest. 1989;75:267-70.
14. Vos DI, Scheltinga RM. Incidence and outcome of surgical repair of Spigelian hernia. Br J Surg 2004; 91: 640-644. 2. Larson DW, Farley DR. Spigelian hernias: Repair and
15. Houlihan TJ. A review of Spigelian hernias. Am J Surg 1976; 131: 734-735
16. Moles L, Fernández J, Ortiz C, Quinta R, Dí az E, Ramos J. Hernia de Spiegel. A propósito de 16 casos. Cir Esp. 2000; 67:572-5.
17. Novell F, Sanchez G, Sentis J, Novell J, Novell Cosata F. Laparoscopic management of Spigelian hernia. Surg Endosc 2000; 14 (12): 1189.
18. Sánchez Montes. Hernia de Spiegel. En: Mayagoitia González JC. Hernias de la pared abdominal. Tratamiento actual. México: McGraw-Hill; 2003. p. 215-218. 11. Álvarez C, Hermancén C, Valencia
19. Carter JE, Mizes C. Laparoscopic diagnosis and repair of spigelian hernia: report of a case and technique. Am J Obstet Gynecol. 1992; 167:77-8.16.
20. Salvador JL, Laguna M, Adell R, García R, Gibert J. Reparación de la hernia de Spiegel por vía laparoscópica. Rev Esp Enferm Dig. 1995; 87: 759-60.
21. Moreno-Egea A, Torralba JA, Aguayo JL. Totally extraperitoneal laparoscopic repair of spigelian hernia. Eur J Coeliosurg. 1999; 32: 83-4.
22. Moreno-Egea A, Girela E, Torralba JA, Aguayo JL. Descripción de la técnica laparoscópica totalmente extraperitoneal en el tratamiento de la hernia de Spiegel. VÍ deo-Review of Surg. 2000; 2 :23-7.