

HERNIA DE SPIEGEL NO COMPLICADA, ABORDAJE LAPAROSCOPICO

SPIGELIAN HERNIA. LAPAROSCOPIC APPROACH

Hector Herrera¹, Romina Sanabria², Emanuel Llano³, Analía Pedrozo⁴

RESUMEN

Introducción: La hernia de Spiegel (HS) es una protrusión del saco peritoneal, órgano o grasa preperitoneal a través de la aponeurosis spigeliana, sea congénita o adquirida. Su incidencia varía entre 0.12-2% de las hernias de la pared abdominal, se presenta generalmente entre los 50 y 60 años. El tratamiento es quirúrgico, y se puede realizar mediante un abordaje convencional o laparoscópico. Con las técnicas laparoscópicas se observa un bajo índice de recidivas.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 37 años con la presencia de una pequeña tumoración con aumento de volumen progresivo en la zona lateral de la pared abdominal de 2 meses de evolución. A la exploración física anillo palpable en la región pararectal derecha, con una tumoración que se hace evidente con maniobras de Valsalva. Se practicó una tomografía computada en la cual se observó una hernia de Spiegel. La reparación de dicha hernia se realizó con malla, exitosamente por vía laparoscópica. Fue dada de alta al día siguiente.

Discusión: La hernia de Spiegel es una entidad rara. Su presentación clínica es variada y, por lo tanto, hay que tener alta sospecha diagnóstica al revisar al paciente. Debido a lo poco frecuente de estas hernias y a la dificultad en el diagnóstico, consideramos que la cirugía laparoscópica tiene un rol importante en el diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Spiegel, hernia, laparoscopia.

SUMMARY

Spiegel hernia (SH) is a protrusion of the peritoneal sac, organ or preperitoneal fat through the Spigelian aponeurosis, either congenital or acquired. Its incidence is between 0.12-2% of abdominal wall hernias, usually present between 50 and 60 years old. The treatment is surgical and can be performed using a conventional or laparoscopic approach. A low relapse rate is observed with laparoscopic techniques.

Case report: The case of a 37 years old woman with the presence of a small tumor with progressive increase in the right lateral area of the abdominal wall and it has 2 months of evolution. When performing a physical exam in the palpable ring in the right pararectal region, a tumor is shown without the need of performing the Valsalva maneuvers.

A computed tomography (CT) was performed in which a Spiegel hernia was observed. The repair of this hernia was done with a mesh, successfully by laparoscopic approach. She was discharged the next day.

Discussion: The Spiegel hernia is an uncommon entity. Its clinical presentation is varied and, therefore, it is necessary to have a high diagnostic suspicion when reviewing the patient. Due to the lack of infrequency of these hernias and the difficulty of diagnosis, we consider that laparoscopic surgery plays an important role in diagnosis and treatment.

Keywords: Spiegel, hernia, laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

La hernia de Spiegel (HS) es una protrusión del saco peritoneal, órgano o grasa preperitoneal por defecto en la aponeurosis en la línea de Spiegel, sea congénita o adquirida. La línea de Spiegel es parte de la aponeurosis del músculo transversal del abdomen y oblicuo interno, entre la línea semilunar (borde lateral) y el borde lateral del recto abdominal (borde medial),¹ desde el octavo cartílago costal hasta el pubis. Adrian Van der Spiegel (1576-1625), anatomista belga, fue el primero en describir la línea semilunar o línea de Spiegel.² El anatomista Joseph Klinkosch fue el primero en describir este tipo de hernias como un defecto en la línea semilunar, 5 acuñando el término de hernia de Spiegel.⁶

Es una hernia poco frecuente, su incidencia varía entre 0.12-2% de las hernias de la pared abdominal. 1-3 Se presenta en todas las edades, con un pico de incidencia entre los 50 y 60 años, 7 siendo ligeramente más frecuente en mujeres.^{3,6,7}

Más de 90% de las hernias de Spiegel se encuentran en el llamado «cinturón Spigeliano de hernias», una zona transversa de 6 cm localizada arriba del plano inter espinoso,

1. Jefe de Sala. Hospital Nacional de Itaugua

2. Cirujana de Sala. Hospital Regional de Encarnación

3. Médico Anestesiólogo. Hospital Regional de Encarnación e IPS.

4. Lic. en Instrumentación Quirúrgica. Auxiliar de la Enseñanza. EIAQx. FCMUNA

Autor correspondiente: Dr. Hector Herrera - Correo electrónico: rolandpy@gmail.com

Artículo recibido: 29.07.17 - Artículo aceptado: 7.08.17

donde la aponeurosis Spigeliana es más ancha. Uno de los puntos más débiles es la intersección entre la línea semilunar y la línea semicircular o arco de Douglas o línea arcuata, que marca dónde termina la lámina aponeurótica posterior del recto abdominal.⁸ Sir Astley Cooper, en 1804, dio la primera explicación anatómica con su «teoría vascular», proponiendo un prolapso por la aponeurosis del músculo transversal por apertura de vasos perforantes y nervios.⁹

Anson y MacVay pensaban que se provocaba por infiltración grasa pre peritoneal, provocando áreas de debilidad en la pared abdominal.⁷ Fue hasta 1944 cuando Zimmerman propuso un «defecto muscular-aponeurótico» arriba de la línea arcuata, resultando en una debilidad entre las capas del músculo transversal y oblicuo interno con interdigitación de tejido graso.¹ Con base en esto, se han considerado varios factores que contribuyen en su etiología, como el aumento de la presión intra-abdominal, deterioro de la pared abdominal, alteraciones de colágeno, edad, obesidad, embarazos múltiples, pérdida de peso, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), trauma.^{1,4,5,9} Los casos congénitos se explican por un desarrollo embriológico anormal de la pared muscular, lo ya que existe 19% de los casos asociado con testículo no descendido ipsilateral.³ La presentación clínica es muy variable, el paciente generalmente se queja de una masa lateral al borde del recto, que protruye con la maniobra de Valsalva.^{1,2,10}

Se ha reportado dolor como el único signo presente, sin masa palpable;^{2,9,11} en algunos casos, los pacientes están asintomáticos y resulta un hallazgo quirúrgico o radiológico.¹⁰ Cuando la hernia se presenta incarcerada (aproximadamente 25% de los casos¹¹) el cuadro clínico se caracteriza por dolor, que se puede localizar en la línea media. Se ha reportado que hasta 14% de los pacientes se presentan con estrangulación.¹¹ El diagnóstico es difícil, y más si no se piensa en la entidad, sobre todo porque la hernia es contenida por detrás de la fascia. Sólo 50% de las hernias se diagnostican preoperatoriamente.¹² Entre los métodos de imagen disponibles para el diagnóstico se encuentran las radiografías simples de abdomen, el ultrasonido y la tomografía computarizada (TC).⁷ Las radiografías simples del abdomen son útiles en caso de que el paciente tenga un cuadro de oclusión intestinal. En rara ocasión en la placa lateral se observarán asas de intestino dentro de la pared abdominal. El ultrasonido tiene la ventaja de ser más específico y sensible, además de ser rápido y de bajo costo. Se puede utilizar en la sala de emergencia o en pacientes embarazadas. Puede llegar a mostrar asas intestinales dentro del saco herniario. La tomografía computada (TC) es el método diagnóstico más preciso, en especial si se utiliza medio de contraste oral. Éste permite visualizar las diferentes capas de la pared abdominal y las vísceras que pueden estar protruyendo a través del defecto. Además, tiene la ventaja de que se puede excluir otra patología de la pared abdominal o intraabdominal.^{1,4,10} El tratamiento siempre es quirúrgico, y se puede realizar de diversas maneras. De manera convencional (no laparoscópica) encontramos la reparación directa del defecto, la cual se considera una reparación con tensión y cursa con un porcentaje elevado de recidivas (4%).¹² Ade-

más, está la reparación con malla (sin tensión), con la cual se logra una disminución significativa de las recidivas (0% en algunas series).¹⁴ Una de las desventajas de las técnicas convencionales es que requieren una incisión y disección amplias, por lo que requieren hospitalización.¹³ Por otro lado, se encuentran las técnicas laparoscópicas. Este tipo de reparación se realizó por primera vez en 1992, y hay tres variaciones principales: la reparación totalmente extra peritoneal, el abordaje transabdominal pre peritoneal y el método intraperitoneal tipo «onlay» (IPOM).^{1,14} Este tipo de técnicas han mostrado un índice de recidivas reportado en 0%.¹³ Las técnicas intra peritoneales permiten la valoración de las vísceras abdominales, lo que puede ser útil para valorar viabilidad intestinal, si existe duda en el diagnóstico o para realizar otros procedimientos simultáneos. Sin embargo, hay un riesgo agregado de una lesión visceral.^{4,13} Dado que estas técnicas no requieren una Murillo ZA y cols.

Tratamiento laparoscópico de la hernia de Spiegel An Med (Mex) 2009; 54 (3): 166-169 168 disección extensa, permiten una recuperación rápida y con poco dolor.⁵

Por la naturaleza de las incisiones hay una disminución en el porcentaje de infección de las heridas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 37 años con antecedentes de triple cesareada anterior. Se presentó a consulta por tumoración abdominal en cuadrante inferior derecho de varios meses de evolución, la cual fue evidenciada cuando tomaba un baño. Refirió que el tumor se exacerbaba con el esfuerzo, aumentando de volumen en la región. Se realizó ecografía de partes blandas, donde en el defecto se observan asas intestinales con peristaltismo. Se realizó además un estudio tomográfico en Valsalva donde se observó una hernia de Spiegel de 4-6 cm, cuyo saco midió 9-10 cm y que contenía asas intestinales (**Figura 1**).

Con estos hallazgos se decide intervenir de manera electiva.

A su ingreso, se encontró hemodinámicamente estable, lucida, ubicada en tiempo, espacio y persona. Presentaba abdomen asimétrico con vergetures, plano blando depresible con leve dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, donde se palpa anillo pequeño sobre la línea de Spiegel, con una tumoración que se hace evidente con maniobra de Valsalva, sin irritación peritoneal, con ruidos hidroaéreos positivos y conservados.

Se tomó muestras de laboratorio (hemograma, química sanguínea coagulograma, los cuales se encontraron dentro de límites normales).

Fue ingresada con diagnóstico de hernia de Spiegel y programada para tratamiento quirúrgico.

Durante la cirugía se observó un defecto de 2 x 2 aproximadamente (**figura 4 y 5**) sin compromiso intestinal, se realizó reparación del defecto por laparoscopia, con puntos de poliéster y luego la colocación de malla de politetrafluoroetileno expandido de 6 cm x 6 cm (**figura 5**)

La paciente cursó un postoperatorio con mínimo dolor y egresó en buen estado general, tolerando la vía oral las siguientes 12 horas posteriores a la cirugía.



FIG. 1. Imagen tomografica del defecto herniario en la linea de spiegel.



FIG. 2. Imagen de ecografia de partes blandas, se constata asas dentro del saco herniario

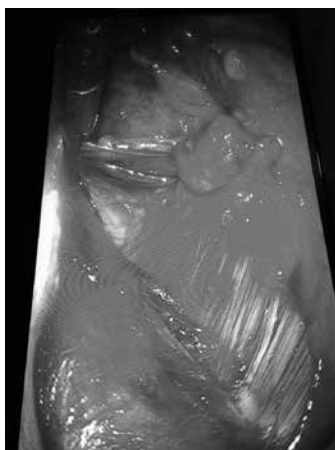


FIG. 3. vision directa del defecto herniario por via laparoscopica

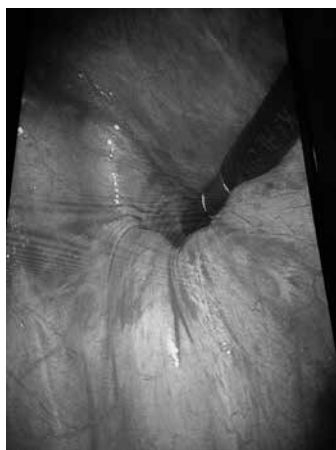


FIG. 4. vision directa del defecto herniario por via laparoscopica post decolamiento.

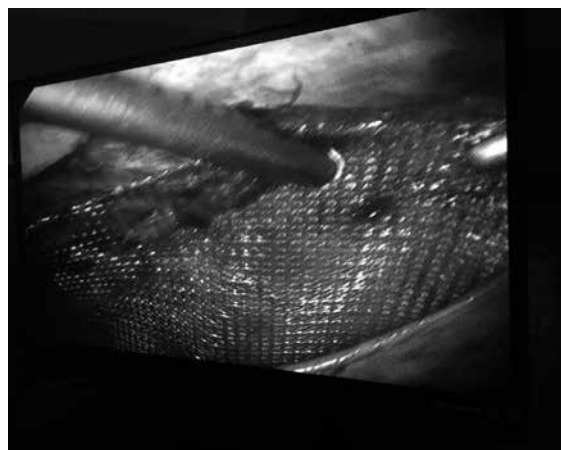


FIG. 5. colocacion de la malla

DISCUSION

La hernia de Spiegel constituye una entidad rara dentro de la cirugía general. Su presentación clínica es variada y, por lo tanto, hay que tener alta sospecha diagnóstica al revisar al paciente¹⁵. Puede encontrarse por encima o por debajo del ombligo, y las mas bajas confundirse con una hernia inguinal. En el caso de nuestra paciente se localizaba intermedio entre el ombligo y la región inguinal derecha por lo que la sospecha clínica se comprobó luego con los estudios de imágenes. Si existe duda del diagnóstico, hay métodos de imagen para poder ayudar a llegar al diagnóstico como la ecografía de partes blandas o con mejor precisión la tomografía computarizada. Ambos estudios se realizaron en nuestro caso, primero la ecografía donde se evidenció el saco y asas intestinales. Se realizó primero una TAC de abdomen donde no se observaba el defecto. Se repitió dicho estudio realizando maniobra de Valsalva durante los cortes, y en este caso ya se pudo poner en evidencia el defecto y su contenido.

Una vez hecho el diagnóstico, el tratamiento de elección es quirúrgico, habiendo diversas técnicas disponibles.¹⁶

Existen, sin embargo, diversas opiniones en cuanto a cuál es la mejor técnica y en qué paciente. La resolución po-

dría ser por vía convencional, con el uso o no de material protésico, como también por acceso laparoscópico, donde también se tiene ambas opciones.^{17,18}

Para la resolución de este caso, se utilizó el acceso laparoscópico, por técnica intraperitoneal, cerrando el defecto con puntos y luego reforzando la misma colocando una malla de polipropileno.

El acceso laparoscópico además sirve también para certificar la sospecha diagnóstico, como también ofrece los beneficios de la técnica mínimamente invasiva.

Algunos autores como DeMatteo, utilizan mallas tipo PTFE Dual-Mesh, aceptada por varios autores. Aunque la mayoría de los autores resuelven los casos colocando una malla de polipropileno que luego queda cubierta por el peritoneo. En nuestro medio utilizar prótesis de PTFE Dual-Mesh es a veces dificultoso por su alto costo.

Para hernias no complicadas, la técnica laparoscópica extraperitoneal permite gozar de los beneficios de una cirugía extraperitoneal y de la mínima invasión.^{15,16}

En caso de una hernia complicada hay quienes consideran el acceso convencional como la mejor opción.^{13,17}

BIBLIOGRAFÍA

1. Richards A. Spigelian hernias. Operative Techniques in General Surgery 2004; 6 (3): 228-239.
2. Cervantes J, Rojas G, Menéndez A, Cicero A, Vidal P. Herniade Spiegel. An Med Asoc Med Hosp ABC 2007; 52 (2): 65-68.
3. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Spigelian Hernia: Surgical Anatomy, Embryology and Technique of repair. Am Surg 2006; 72 (1): 42-72.
4. Sánchez I, Deysine M. Spigelian and other uncommon hernia repairs. Surg Clin N Am 2003; 83: 1235-1253.
5. Campanelli G, Pettinari D, Nicolosi FM, Contessini E. Spigelian hernia. Hernia 2005; 9: 3-5.
6. Komura J, Hiromichi Y, Masafumi U, Shima I. Pediatric Spigelian hernia: Reports of three cases. Surg Today 1994;24: 1081-1084.
7. Spangen L. Spigelian Hernia. World J Surg 1989; 13: 573-580.
8. Fernández L, Roig J, Monzón A. Hernia de Spiegel: a propósito de siete casos. Rev Esp Enf Dig 1989; 75: 267-270.
9. Cerdán R, Cantín S, Barranco JI, Bernal J, Duque MV. Hernia de Spiegel. Revisión a propósito de 8 casos. Rev Cub Cir 2005; 44 (4).
10. Moles L, Docobo F, Mena J, Quinta de Frutos R. Hernia de Spiegel en España. Análisis de 162 casos. Rev Esp Enf Dig 2005; 97 (5): 338-347.
11. Larson D, Farley D. Spigelian hernias: Repair and outcome for 81 patients. World J Surg 2002; 26: 1277-1281.
12. Celdrán A, Señaris J, Mañas J, Frieyro O. The open mesh repair of Spigelian hernia. Am J Surg 2007; 193: 111-113?
13. Moreno-Egea A, Carrasco L, Girela E, Martín JG, Aguayo JL, Canteras M. Open vs laparoscopic repair of Spigelian hernia, a prospective randomized trial. Arch Surg 2002; 137: 1266-1268.
14. Gedebo T, Neubauer W. Laparoscopic repair of bilateral spigelian and inguinal hernias. Surgical Endoscopy 1998; 12:1424-1425.
15. Moreno-Egea A, Campillo-Soto A, Girela-Baena E, Torralba-Martínez JA, Corral de la Calle M, Aguayo-Albasini JL. Hernia traumática de Spiegel: reparación laparoscópica extraperitoneal electiva. Cir Esp 2006; 79 (1): 61-63.
16. Moreno-Egea A, Aguayo-Albasini JL, Girela E. Treatment of Spigelian hernia using totally Extraperitoneal laparoscopy ambulatory surgery. Surg Endosc 2002; 16 (12): 1806-1811.
17. Miller R, Lifschitz O, Mayor E. Incarcerated Spigelian hernia mimicking obstructing colon carcinoma. Hernia 2008; 12: 87-89.
18. DeMatteo R, Morris JB, Broderick G. Incidental laparoscopic repair of spigelian hernia. Surgery 1994;115:521-2.