

Hernia de Spiegel*

Drs. JORGE LEÓN S.^{1,2} ALBERTO ACEVEDO F.^{1,2} VERÓNICA DELLEPIANE P.^{1,2}

¹ Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria del CRS Oriente de Santiago.

² Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Cirugía del Campus Oriente. Santiago, Chile.

Abstract

Spigelian hernia. Report of 23 cases

Background: Spigelian hernia (SH) can be defined as the protrusion of preperitoneal fat or a peritoneal sac containing or not containing an intra-abdominal organ, across a congenital or acquired defect in the Spigelian line. These hernias are also known as “spontaneous lateral ventral hernias”, “hernia of the semilunar line,” or “hernias through the conjoint tendon”. **Aim:** To report the clinical features of this type of hernia. **Material and Methods:** Review of medical records of 23 patients aged 36 to 83 years (16 females) with Spigelian hernia treated in a lapse of 10 years. **Results:** Fifty two percent of the patients were obese. The hernia was unilateral in all patients and in 70% of cases, it was located in the left side. All patients referred pain. A palpable mass was found in 83%. An ultrasound was required to confirm the diagnosis in 22% of patients. All were subjected to elective surgery, with local anesthesia. No relapse has been detected. **Conclusions:** Spigelian hernia is uncommon and usually presents with pain. Its surgical correction can be carried out with local anesthesia.

Key words: Spigelian hernia, pain, obesity.

Resumen

La hernia de Spiegel es infrecuente. Existen en Latinoamérica pocas publicaciones sobre este tema. El objetivo de esta presentación es dar cuenta, mediante 23 casos, de algunos aspectos de su presentación. El siguiente es un estudio observacional descriptivo, que analiza una serie de pacientes intervenidos con el diagnóstico de hernia de Spiegel en nuestro centro en un periodo de 10 años. Los instrumentos de análisis fueron la ficha clínica, la información existente en la base de datos EpiInfo del servicio y una entrevista personal. La hernia de Spiegel constituyó el 0,9% de 2.568 operaciones de pared realizadas en nuestro servicio, fue más frecuente en mujeres y en el lado izquierdo (69,5%), la edad promedio fue de 59,5 (36-83) años. Fue unilateral en todos los casos. La obesidad estuvo presente en el 52% de los pacientes. El dolor estuvo presente en todos los pacientes y una masa palpable fue encontrada en 19 (82,6%). Se necesitó ecotomografía en 5 (21,7%) para corroborar el diagnóstico. La totalidad de la serie fue operada de manera electiva y con anestesia local. No se han detectado complicaciones ni recidivas a la fecha. Concluimos que la hernia de Spiegel es rara y su forma de presentación más frecuente es con dolor. Factores de riesgo como la obesidad deben ser tenidos en cuenta. La ecotomografía ayuda al diagnóstico, pero no es necesario utilizarla de rutina. La cirugía ambulatoria con anestesia local permitió el tratamiento en todos los casos.

Palabras clave: Hernia de Spiegel, cirugía.

*Recibido el 29 de Mayo de 2009 y aceptado para publicación el 11 de Julio de 2010.

Correspondencia: Dr. Jorge León S.
Cerro Juncal Poniente 8961, Peñalolén, Santiago, Chile.
jorgeleons@yahoo.com

Introducción

La hernia de Spiegel (HS) es un defecto de la pared abdominal infrecuente de difícil diagnóstico y sintomatología inespecífica.

Se define como toda protrusión espontánea de grasa preperitoneal, o de un saco peritoneal con contenido visceral, a través de un defecto (anillo) en la aponeurosis o fascia de Spiegel¹, se le conoce además como hernia ventro-lateral, de la línea semilunar, hernia intersticial, hernia interparietal, hernia encubierta².

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 abdominal (fascia de Spiegel)^{3,5,6}.

Klinkosh, en 1764, describió por primera vez este defecto⁴ y se han descrito algo más de un millar de casos aunque se estima que está subdiagnosticada⁷.

El cinturón de Spangen corresponde a una franja transversal de unos 6 cm de ancho ubicada por encima de la línea que une a ambas espinas ilíacas antero-superiores (línea interespinosa), se acepta que el 90% de las HS se ubican en esta área⁸.

Estas hernias representan del 0,1 al 2% de las hernias de la pared abdominal⁹, con una ligera predisposición del sexo femenino y del lado izquierdo, son más frecuentes entre la 5° y 6° década de la vida y pueden ser congénitas o adquiridas¹⁰.

Clásicamente se consideran factores predisponentes asociados a dicho defecto: la obesidad, las EPOC, la cirugía previa y la multiparidad^{11,12}.

El objetivo de esta presentación es dar cuenta de nuestra experiencia con los pacientes portadores de hernia de Spiegel en el Programa de Cirugía de las hernias del CRS Cordillera.

Material y Método

El siguiente es un estudio observacional descriptivo con las características de una serie clínica que analiza 23 pacientes intervenidos con el diagnóstico de Hernia de Spiegel en el Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del CRS Cordillera en un período de 10 años, desde el inicio del programa en agosto de 1998.

Se procedió a la revisión de la historia clínica de los pacientes consignando los aspectos demográficos, clínicos y terapéuticos, así como la base de datos EpiInfo 2002 que contiene la información de los pacientes intervenidos en el programa de CMA.

Una vez establecido el diagnóstico y la factibilidad de la cirugía ambulatoria con anestesia local,

se derivaron los pacientes a la unidad de pabellón donde fueron entrevistados por la enfermera del programa, se obtuvo el consentimiento informado, se dieron las instrucciones orales y escritas y se fijó el día y la hora de la intervención según criterios preestablecidos y dados a conocer en publicaciones previas^{13,14}.

La totalidad de los pacientes se intervino en forma ambulatoria con anestesia local con Lidocaina® 0,6% alcalinizada y adicionada con Epinefrina, infiltrando sucesivamente los planos anatómicos.

La incisión de elección fue la transversa, siguiendo las líneas de tensión a piel relajada. La aponeurosis del músculo oblicuo externo, se incidió en la dirección de sus fibras y una vez identificado y disecado el saco herniario hasta su anillo, se procedió al abordaje del espacio preperitoneal labrando un lecho para la malla de polipropileno. La reconstitución se realizó suturando cada plano anatómico con Vycryl®. La malla se fijó con puntos transfixiantes de Prolene® 2-0 a los músculos planos del abdomen.

El seguimiento se realizó mediante el examen personal de cada paciente efectuado por un miembro del equipo.

Resultados

La hernia de Spiegel fue intervenida en 23 pacientes, lo que constituye el 0,9% de los 2.568 intervenidos por patología de pared abdominal en nuestro servicio en 10 años. Se trató de 16 mujeres con una edad promedio de 59,5 años (36-83) y de 7 varones con una edad promedio de 59 años (39-79). El proceso fue unilateral en todos los casos, único en 22 y doble en 1 oportunidad, y afectó al lado izquierdo en 17 oportunidades y al derecho en 6. Todas las mujeres tuvieron historia de embarazo previo y 10 de ellas tuvieron dos o más embarazos. La obesidad estuvo presente en 12 pacientes (52%) (Tabla 1).

El motivo de consulta fue el dolor en 18 casos (78,3%) y el aumento de volumen en el resto, sin embargo, el primero, con diferente intensidad y frecuencia fue referido por todos los pacientes.

La antigüedad del dolor fue en promedio 2,5 años (1 mes y 6 años), y 15 pacientes habían consultado en más de una oportunidad en los consultorios del sector primario de salud. Tres pacientes habían concurrido a los Servicios de Urgencia por síntomas de gran intensidad referidos al flanco afectado por la hernia. A pesar de ello el diagnóstico de hernia de Spiegel se efectuó sólo en 5 oportunidades. El resto de los pacientes fue derivado por síntomas abdominales y para descartar la presencia de una hernia.

Tabla 1. Hernia de Spiegel. Serie 23 casos

| Edad | n | % |
|--------------------|------|------|
| < 40 | 2 | 8,7 |
| 41-50 | 5 | 21,7 |
| 51-60 | 2 | 8,7 |
| 61-70 | 9 | 39,1 |
| 71-80 | 4 | 17,4 |
| > 80 | 1 | 4,3 |
| Sexo (M/F) | 7/16 | |
| Localización | | |
| Derecha | 7 | 30,4 |
| Izquierda | 16 | 69,6 |
| Factores asociados | | |
| Obesidad | 12 | 52,2 |
| EPOC | 2 | 8,7 |
| Cirugía previa | 10 | 43,5 |
| Multiparidad | 10 | 43,5 |

Al examen físico se comprobó un aumento de volumen en 19 casos (82,6%). Sólo en 5 casos fue necesaria una ecotomografía para corroborar el diagnóstico (21,7%).

En 22 oportunidades el paciente fue llevado a pabellón con el diagnóstico de HS y en 1 (4,3%) el diagnóstico preliminar fue de un fibrolipoma de la pared.

En el 82,6% de los pacientes tratados se les halló la HS en el cinturón Spiegeliano (Tabla 2).

La totalidad de la serie fue operada de manera electiva, en forma ambulatoria con anestesia local. Se utilizó el abordaje transversal.

En 21 pacientes (91,3%) se colocó malla preperitoneal, en 1 (4,3%) se colocó la malla sobre la aponeurosis del músculo transverso y en 1 (4,3%) se realizó sutura simple.

No se han detectado complicaciones ni recidivas a la fecha.

Discusión

En la literatura internacional se presenta a la hernia de Spiegel como una patología de difícil diagnóstico por múltiples motivos, entre los que destacan; una sintomatología inespecífica y escasa, una difícil palpación en la posición de decúbito, la frecuente coexistencia de obesidad y la rareza del cuadro¹⁵.

Tabla 2. Ubicación de la HS

| | n | % |
|-----------------------|----|------|
| Dentro del cinturón | | |
| Spigeliano de Spangen | 19 | 82,6 |
| Fuera del cinturón | | |
| Por encima | 1 | 4,3 |
| Spigeliano de Spangen | 3 | 13,0 |
| Por debajo | | |

La edad de presentación y distribución por sexos de nuestra muestra coincide con los resultados de otros estudios clínicos^{15,16}.

Autores como Ríos, describen la presencia de factores predisponentes en el 100% de los pacientes, entre los que se han señalado aquellos que producen aumento de la presión intra-abdominal: obesidad, bronco-neumopatía crónica, multiparidad, estreñimiento, ascitis, cirugías previas, entre otros¹⁶; en nuestra serie el 70% de los enfermos presentó factores de riesgo, a menudo más de uno, siendo la obesidad el más frecuente.

Dentro del cuadro clínico, el dolor fue el síntoma más frecuente en nuestra serie, coincidiendo con lo descrito por Cervantes, que lo describe en un 66,6% de los casos, y por Moles Morenilla, presente en el 89% de los casos de 148 pacientes de su serie¹⁵.

El dolor se reconoce como inespecífico, de intensidad variable, intermitente, mal definido en ocasiones, que aumenta con los esfuerzos, la tos y la maniobra de Valsalva, condiciones desencadenantes que pudimos comprobar en nuestra serie.

Además se reconocen masas palpables en 35 a 88% de los casos¹⁷. Se debe realizar una exploración física minuciosa de pie y en decúbito ordenando al paciente a elevar la cabeza, lo que aumenta presión intra-abdominal sin poner tensos los músculos laterales del abdomen. La elevación de ambas piernas aumenta la presión intra-abdominal, pero al poner tensos los músculos laterales del abdomen hace desaparecer la masa herniaria. En nuestra serie se evidenciaron masas palpables en 19 (82,6%) de nuestros pacientes.

El diagnóstico clínico suele ser difícil y no en pocas ocasiones fallido, autores refieren porcentajes de errores hasta de un 50%^{18,19}, a pesar de la realización de una correcta historia clínica, aun teniendo un alto nivel de sospecha y realizando una minuciosa exploración por manos experimentadas, en no pocas ocasiones se ha tenido que recurrir a la realización de exámenes de imágenes para corroborar el diagnóstico.

La ecotomografía y el TC pueden aportar datos sobre la localización exacta del defecto, su tamaño, sus relaciones de vecindad y el contenido del saco,

información importante para elegir adecuadamente el abordaje quirúrgico¹².

A nuestro juicio, consideramos la ecotomografía como el método más práctico al cual acudir en caso de dudas, debido a su inocuidad, sencillez, disponibilidad y bajo costo, a pesar de que sea operador dependiente; en nuestra serie necesitamos de este estudio en 5 (21,7%) casos.

No fue necesario realizar TC u otro medio de diagnóstico por imágenes.

Estos últimos recursos de imágenes parecen necesarios cuando se tiene duda con relación al contenido herniario con miras de la programación quirúrgica.

De esta forma el diagnóstico preoperatorio de las HS en la bibliografía oscila entre 47 y 92%^{11,17}, en nuestra serie el mismo se realizó en el 95,7% de los pacientes, sólo en un paciente el diagnóstico fue transoperatorio, esta enferma padecía de una fibrolipomatosis y se interpretó la masa palpada como uno de sus habituales tumores cutáneos, al intervenirla se reconoció que se trataba de una HS.

Es posible que el alto porcentaje en el diagnóstico preoperatorio de nuestro grupo se deba a que los pacientes concurrieron a una unidad especializada con una gran experiencia en el examen físico de la pared abdominal.

En todas las series, el mayor porcentaje de estas hernias se ubican en el llamado cinturón Spigeliano (cinturón de Spangen), que es una franja transversal de 6 cm por encima de la línea interespinal¹⁶, en esta zona la aponeurosis de Spiegel es más ancha^{1,20}.

En la literatura se distinguen dos tipos de HS, altas y bajas teniendo en cuenta su ubicación con respecto a los vasos epigástricos inferiores²¹.

Teniendo en cuenta esta clasificación las HS presentadas en esta ocasión serían altas, pero para realizar una descripción más objetiva de nuestra serie preferimos dividir las que se encuentran dentro del cinturón de Spangen (82,6%) y las que se encuentran por fuera de dicho cinturón las cuales fueron 3 por debajo del mismo (13%) y 1 caso por encima.

Hemos querido destacar este último caso, por encima del cinturón de Spangen, por la rareza de su ubicación. Se trataba de una mujer con una masa redondeada del tamaño de un puño, ubicada en el cuadrante superior derecho del abdomen. La hernia de Spiegel fue corroborada ecotomográficamente, intervenida y reparada sin incidentes.

El cierre del defecto por aproximación de los tejidos circundantes favorece la tensión por el carácter muscular del anillo herniario y las reconstrucciones mediante colgajos musculares o faciales requieren grandes disecciones y pueden causar una elevada morbilidad¹⁵.

Las técnicas sin tensión con reparación del defecto con una malla pueden usar distintas vías de abordaje: a) Local (sobre la misma hernia), b) Media (permite explorar la pared abdominal y el lado opuesto), c) Preperitoneal (propuesta por Spangen, a través de una incisión vertical, permite una buena exposición, exploración preperitoneal y tratamiento de otras hernias asociadas) y d) Endoscópica¹⁶.

La primera comunicación de operación de una HS por vía laparoscópica intra-abdominal fue realizada por Carter en 1992²³. La primera hernioplastia laparoscópica por vía totalmente extraperitoneal fue realizada en 1999 por Moreno-Egea y su grupo en España¹⁵, dicho autor da cuenta de que el abordaje se realiza con gran simplicidad y que el procedimiento puede realizarse en forma ambulatoria.

El mismo autor sugiere algunos inconvenientes de las técnicas abiertas: a) necesidad de una incisión cutánea; b) de una disección amplia para localizar el defecto y exponer el anillo; c) de una importante fijación de la prótesis para que no se desplace o pliegue y d) de límites anatómicos que son difíciles de sobrepasar sin ser lesionados (arco de Douglas, línea alba); factores que contribuyen a una mayor complejidad del procedimiento y hacen necesaria la hospitalización.

En nuestra serie se realizó abordaje local por incisión transversa en la totalidad de los casos, se colocó malla de polipropileno en 22 pacientes, 21 entre el peritoneo y los músculos anchos y en 1 caso por encima del músculo transverso, debido a dificultades técnicas para disecar el espacio preperitoneal. En sólo 1 paciente se le realizó sutura simple sin malla. Todos nuestros pacientes se operaron de manera ambulatoria y con anestesia local, ninguno tuvo complicaciones inmediatas ni tardías.

La recurrencia herniaria es excepcional¹⁶, Dabán comunica 1 caso²⁴, en nuestra serie no se han producido recidivas a la fecha con un seguimiento promedio de 5,1 (1-9) años.

De nuestra experiencia cabe resaltar que el diagnóstico de hernia de Spiegel se realiza teniendo un alto índice de sospecha, realizando una correcta anamnesis junto a una exploración física minuciosa de pie y en decúbito, y solo será necesario recurrir a los exámenes de imágenes en casos de dudas; es factible el uso de anestesia local para su reparación y finalmente, la colocación de malla de polipropileno preperitoneal por vía abierta es una técnica eficiente, reproducible y sencilla de realizar en manos entrenadas con escasa posibilidad de complicaciones y de manera ambulatoria.

La concentración de la patología de la pared abdominal en centros especializados es una ventaja para el diagnóstico y tratamiento de hernias poco frecuentes.

Referencias

1. Skandalakis LJ, Gadacz TR, Mansberger AR Jr, Mitchell WE Jr, Colborn GL, Skandalakis JE. Spigelian (lateral ventral) hernia. En: *Modern Hernia Repair. The embryological and anatomical basis of surgery*. Carnforth: Parthenon Publishing Group, 1996. p. 71-4.
2. Novell F, Badía JM, Suñol J. Hernia de Spiegel. *Rev Quir Esp*. 1987;14:205-8.
3. Spiegel A. *Opera quae extant omnia*. Amsterdam: John Bloew, 1645:103.
4. Klinkosch JT. *Divisionem herniarum novamque herniae ventralis speciem proponit. Dissertationum medicorum*, 1764:184.
5. 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.
6. Pichi M, Pacífico G, Landi L, Corsi A, Rizzo DM, Senesi S, et al. L'ernia di Spigelio. *Considerazioni anatomico-cliniche*. *Minerva Chir*, 1999;54:425-31.
7. Spangen L. Spigelian hernia. En: Nyhus LM, Condon RE, editores. *Hernia* (4.a ed.). Filadelfia: JB Lippincott Co., 1995; 381-92.
8. Gómez Portilla A, Hernández Lizoáin JL, de Oca J, Zorzona G. Hernia de Spiegel. Aportación de tres nuevos casos. *Rev Esp Enferm Dig*. 1987;71:247-9.
9. Vara R, Rosell J, Guerrero JA, Ruiz A. Hernias externas simples y complicadas de la pared abdominal del adulto: 1.635 casos. *Cirugía Ibero-Americana* 1993;2:58-64.
10. Cervantes J, Rojas G, Menéndez A, Cicero A, Vidal P. Hernia de Spiegel. *Anales Médicos* 2007;2:65-68.
11. 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.
12. 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.
13. Acevedo A, Gallego A. Cirugía mayor ambulatoria de las hernias. Experiencia de 5 años en el CRS Cordillera Oriente de la ciudad de Santiago. *Rev Chil Cir*. 2004;56:166-71.
14. Acevedo A, Lombardi J. Cirugía de hernias con anestesia local. *Rev Chil Cir*. 2003;55:520-6.
15. Moreno-Egea A, Girela E, Torralba JA, Aguayo JL. Tratamiento laparoscópico ambulatorio de la hernia de Spiegel: presentación de 10 casos. *Cir Esp*. 2002;71:221-3.
16. Moles Morenilla L, Docobo F, Mena J, De Quinta R. Hernia de Spiegel en España, Análisis de 162 casos. *Rev Esp Enferm Dig*. 2005;97:338-47.
17. Vos DI, Scheltinga RM. Incidente and outcome of surgical repair of Spigelian hernia. *Br J Surg*. 2004;91:640-4.
18. Stirnemann H. The spigelian herniae: missed? Rare? Puzzling diagnosis? *Chirurg*. 1982;53:314-7.
19. Artioukh DY, Walker SJ. Spigelian herniae: presentation, diagnosis and treatment. *J R Coll Surg Edinb*. 1996;41:241-3.
20. Guirao J, Mansilla D, Pérez J, Vázquez J, Falomir G, Martín L, y cols. Tratamiento de la hernia de Spiegel con mallas de polipropileno. Nuevo enfoque terapéutico. *Cir Esp*. 2000;67:192-5.
21. Lesaga J, Martínez C, Ramos R, García FJ, Suberviola E, Lucea C. Hernia de Spiegel. *Cir Esp*. 1991;50:59-61.
22. Martínez Díez M, González González M. A propósito de dos nuevos casos de hernia de la línea semilunar de Spiegel. *Rev Esp Enferm Dig*. 1975;46:675-84.
23. 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.
24. Dabán F, Capitán JM, Jiménez J, Mezquita S, Nogales J, Cobo G. Hernia de Spiegel. Nuestra experiencia. *Cir Esp*. 1992;52:45-8.