

EASOS ELÍNICOS

HERNIA DE SPIEGEL, ¿UN MITO O UNA REALIDAD?: NUESTRA PRIMERA EXPERIENCIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

SPIEGEL HERNIA, A MYTH OR A REALITY?: OUR FIRST EXPERIENCE. A PURPOSE OF A CASE

Dr. Mauricio Vicente Águila Gómez *

RECIBIDO:27/07/2017 APROBADO:04/10/2019

RESUMEN:

El objetivo de este artículo es relatar un caso de Hernia de Spiegel, observado en el Hospital Municipal Los Pinos de La Paz, Bolivia, en una paciente femenina de 66 años; tras la revisión semiológica/topográfica abdominal y exámenes complementarios, se pudo llegar al diagnóstico mencionado.

La Hernia de Spiegel es una entidad rara de difícil diagnóstico; por lo que se expondrá conocimientos no solo históricos, teóricos y prácticos sobre esta patología, sino su etiopatogenia, clasificación y la terapéutica actualizada y/o estandarizada, que implica tomar en cuenta una vez diagnosticada.

En la literatura nacional, tras la revisión sistemática, no se han encontrado escritos sobre esta patología y justamente esta es una buena manera de iniciar el levantamiento epidemiológico y casuístico de esta variedad rara y poco frecuente de hernias de la pared abdominal.

Palabras claves: Hernia, Spiegel, Hernioplastia

ABSTRACT

The aim of this article is to describe a case of Spigelian Hernia, observed in the Hospital Municipal Los Pinos of La Paz - Bolivia, in a 66-year-old female patient; After abdominal semiological/topographic revision and examinations, could be reached to the mentioned diagnostic. Of Spigelian Hernia is a rare entity of difficult diagnosis; by what will be exposed not only historical, theoretical, and practical knowledge about this pathology, but its etiology, classification and therapeutic updated and/or standardized, which involves taking into account once diagnosed. In the national literature, following a systematic review, no found writings about this disease and this is just a good way to start the uprising epidemiological and case of this rare variety and very rare of hernias of the abdominal wall.

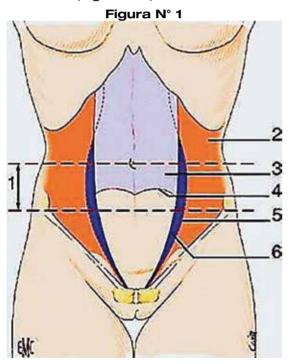
Key words: Hernia, Spiegel, Hernioplasty

^{*} Cirujano General - Laparoscopista Hospital Municipal Los Pinos Jefe de Enseñanza e Investigación Docente Asistencial Internado Rotatorio en Cirugía General Centro donde se realizó el trabajo de investigacion: Servicio de Cirugía General Hospital Municipal Los Pinos, segundo nivel La Paz - Bolivia Responsable: Dr. Mauricio V. Aguila Gómez E-mail: b_realcb4@hotmail.com Celular: 718-57376

INTRODUCCIÓN

El anatomista-cirujano, Adriaan Van Der Spiegel, describió por primera vez la línea semilunar, que señala la transición de músculo a aponeurosis del trasverso del abdomen, además de sus límites y su relación con el borde lateral al musculo recto abdominal denominándola fascia de Spiegel. Pero fue hasta 1764 cuando Klinkosch reconoció la entidad clínica asociada a esta área y la llamó "hernia de la línea de Spiegel". (1)

Se describe también en la literatura el cinturón de Spiegel o zona de Spangen, que corresponde a una franja transversal de unos 6cm de ancho ubicada por encima de la línea que une a ambas espinas iliacas anterosuperiores (línea interespinosa) que sería una zona de debilidad o predisposición por donde protruyen la mayoría de este tipo de hernias. (2) (Figura N°1)



FUENTE: Parrilla P., Landa J., Cirugía AEC Manual de la Asociación Española de Cirujanos, Editorial Medica Panamericana 2010, Madrid España, Pág. 229-230

1) Cinturón de Spiegel, 2) Musculo transverso del abdomen, 3) Fascia Posterior del recto anterior 4) Arco de Douglas 5) Línea semilunar de Spiegel 6) Aponeurosis de Spiegel

denomina hernia de Spiegel a la protrusión espontanea de grasa peritoneal peritoneal pre saco contenga no un órgano que O intraabdominal, a través de un defecto congénito o adquirido en la línea o fascia de Spiegel. También es conocida como hernia ventral lateral espontanea, de la línea semilunar, intersticial, interparietal, encubierta, del tendón conjunto.(3)

Al ser una entidad rara, aparece referida con escasa frecuencia en la bibliografía mundial. Hasta el año 1985 no pasaban de 300 casos publicados en la literatura quirúrgica. Spangen, en su revisión de 1993, recoge apenas un total de 979 casos publicados; los grupos quirúrgicos españoles son los que más realizaron revisiones, pero casos aislados y/o serie de casos con casuística aun baja. Por lo que nos hacen deducir que es una patología aun subdiagnosticada en el campo de la cirugía de pared abdominal. (4)

Representa aproximadamente 0,2-1% del total de las hernias de la pared abdominal; el 90% se ubican clásicamente en el cinturón de Spiegel. La proporción entre las del lado derecho e izquierdo es similar y son más raras las bilaterales⁽⁵⁾.Ocurren generalmente entre la 5° y 6° etapa de la vida. No hay datos de predisposición, pero es más frecuente en el género femenino 1,4:1. Pueden ser congénitas o adquiridas⁽⁶⁾. Se han descrito casos antes de los 20 años de edad; rara en niños, aunque existen casos como el publicado por Kaplan v la relación de criptorquidia v defectos de la pared abdominal.(7)

Aunque existen casos relacionados con defectos musculares congénitos, la mayoría son de causa adquirida asociadas a factores predisponentes obesidad, multiparidad. aumento de presión intraabdominal, debilidad de pared abdominal, ascitis, estreñimiento crónico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cirugía previa, presencia de cicatrices en región inquinal o pared abdominal ocasionando debilidad en la

semilunar y traumatismos abdominales.

En la literatura siguiendo referencias anatómicas se distinguen dos tipos de Hernia de Spiegel; teniendo en cuenta su relación con los vasos epigástricos inferiores, es decir: altas o superiores (por encima de los vasos); bajas o inferiores (por debajo de los vasos). (9)

Para mejor compresión se postulan 4 teorías sobre su etiopatogenia (10):

a) Teoría vásculo-nerviosa de Cooper, el sacoherniario emerge a través de orificios aumentados de tamañoen la aponeurosis de Spiegel, por donde penetra la arteria circunfleja profunda iliaca, rama de la arteria epigástrica inferior, 0 ramas perforantes los nervios abdomino genitales; b) teoría de la fasciculación musculo aponeurótica de Zimmerman v cols.: Iosmúsculos oblicuos menores transversos presentan una disposición fasciculada con zonas fibroadiposas de menorresistencia. La grasa pre peritoneal infiltraría la musculatura profunda y la debilitaría; c) Teoría de transición embriológica: la línea semilunar sería, como la línea alba, un rafe de menor resistencia entre músculos rectos anteriores(derivados del mesodermo mediano) y músculos largos(derivados de los miotomos torácicos inferiores y lumbares); d) Teoría de Watson y Lason: una debilidad de la unión de la arcada de Douglas y la línea semilunar originaría estas hernias.

CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo femenino de 66 años de edad, refiere cuadro clínico de 1 año de evolución post esfuerzos físicos; caracterizado por dolor en inicio de leve intensidad tipo pungitivo en región de flanco izquierdo, el cual se agrava con el transcurso de los meses; refiere presencia de masa en dicha región y aumento progresivo de la misma. Antecedente quirúrgico: colecistectomía laparoscópica, herniorrafia umbilical; antecedente de enfermedades sistémicas: hipertensión arterial controlada, en tratamiento con

losartan 50mg V.O./día; diagnostica y tratada de EPOC 3 meses previos. Antecedentes gineco-obstetricos G: 5 P:5 AB:0 C: 0. No refiere alérgicas.

Paciente durante la valoración: en regular estado general, afebril, piel y mucosas hidratadas. Signos vitales: F.C.: 82 lat. /min, P.A.: 110/60 mmHg, F.R.: 20 resp. /min., T: 36°C. Peso: 71Kg. Talla: 1.65 m. Examen cardiopulmonar normal.Abdomen con RHA (+) normoactivos, a la maniobra de Valsalva se evidencia leve protrusión de masa en flanco izquierdo de +/- 3cm de consistencia blanda, reductible poco dolorosa a la palpación profunda, dicha masa se hace discretamente evidente en bipedestación; resto de cuadrantes abdominales no dolorosos, sin signos peritoneales. Resto de examen semiológico normal, consciente orientada, Glasgow 15/15.

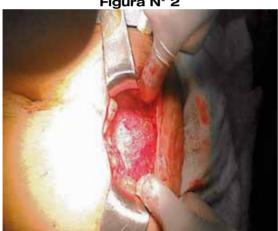
complementarios: Porta estudios alóbulos rojos5.700.000mm3, Hematocrito 53%. Hemoglobina 16.9q/%, glóbulos blancos 5.200mm3, segmentados 53%, glicemia 88 mg/ dl, creatinina0.9 mg/dl. T. protrombina 12seg., actividad 100%, proteínas 10 g/ dl, albumina 4.2 g/dl. Ecografía de pared abdominal reporta falta de continuidad de pared abdominal con una longitud de 64mm y saco de 54mm, contenido epiploico y asas intestinales, reductible.

Con los datos clínico-semiológicos/ topográficos abdominales y exámenes complementarios; se llegó al diagnóstico de: "Hernia de Spiegel izquierda no complicada - Hernia en flanco izquierdo reductible no complicada incoercible". Se programa cirugía electiva previa valoración por medicina interna a razón de patologías de base (Goldman II/IV); cardiología (riesgo auirúraico moderado-Goldman v anestésica preoperatorio (ASA II), v firma de consentimientos informados tanto anestésico como quirúrgico.

Paciente en decúbito dorsal bajo anestesia regional-raquídea, antisepsia de región operatoria, colocado de campos quirúrgicos. Incisión trasversal

en flanco izquierdo diéresis por planos hasta identificación de aponeurosis pared antero-lateral abdominal (aponeurosis de Spiegel), apertura de la misma, identificando saco herniario de +/-15cm de diámetro de contenido epiploico e intestinal sin signos de isquemiaonecrosis (Figura N°2); además de anillo herniario de 7cm de diámetro. Restitución a cavidad de saco. luego cierre de pared posterior con sutura surget continua cruzada con prolene 1 (Figura N°3), instalación de malla de polipropileno supra aponeurótica, fijada con vicryl 2-0 puntos simples (Figura N°4), instalación de drenaje penrosse en región operatoria, cierre de pared por planos. Procedimiento culmina sin complicaciones. Se el diagnostico post operatorio "Hernia de Spiegel izquierda alta o superior no complicada reductible incoercible".

Figura N° 2

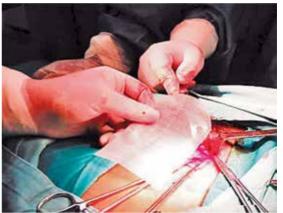




Fuente propia

Figura N° 3





Fuente propia

Figura N° 4



Fuente propia

Paciente con evolución favorable en pabellón quirúrgico es dada de alta al cuarto día post operatorio en buenas condiciones generales. No se evidencio complicaciones inmediatas ni tardías hasta los 3 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN:

La hernia de Spiegel en la literatura considera internacional. se una entidad rara, infrecuente de dificultoso diagnóstico por múltiples motivos. como ser: sintomatología vaga inespecífica, ausencia de signos clínicos consistentes y difícil identificación en la revisión semiológica; lo que conlleva a que el diagnóstico v tratamiento todavía no estén estandarizados.(11)

En algunos estudios, el dolor es el único síntoma frecuente; su presencia se reporta en 26 a 100% de los pacientes. Sin embargo, no es específico: puede ser de leve a moderado intensidad, intermitente, puede aumentar durante la bipedestación y maniobra de Valsalva, pero no tiene una localización exacta v no es constante. Se han reportado también casos de masa palpable con frecuencias que varían de 35%a 88% de los casos. Se ha visto que es menos frecuente encontrar tanto dolor como una masa palpable. Pueden presentar alteraciones del tránsito intestinal dependiendo del contenido del saco herniario. Algunos casos son asintomáticos.

El diagnóstico puede realizarse también con ayuda de ecografía o tomografía axial computarizada (12), cuando los síntomas no son concluyentes, además para tener una localización exacta del defecto, tamaño, relaciones de vecindad y el contenido del saco. Información importante para elegir adecuadamente el abordaje quirúrgico. Es necesario un alto índice de sospecha y una exploración meticulosa para alcanzar un diagnóstico correcto.

Esta variedad de hernias suelen encarcelarse frecuentemente, lo cual se ha reportado en 17 a 24% de casos registrados. (13)

El diagnóstico diferencial debe hacerse con patologías: a) parietales: hemangiomas, fibromas, sarcomas, miotendinitis, lipomas, enfermedad de Dercum, metástasis, otras hernias abdominales, seromas, abscesos, tumores desmoides y hematomas. b)

intra abdominales de lado izquierdo: diverticulitis, tumores de colon, implante tumoral peritoneal o epiploico, tumoración pélvica, embarazo ectópico, quiste de ovario, obstrucción intestinal y trastornos genitourinarios. (14)

El tratamiento quirúrgico de las hernias de Spiegelse recomienda hacerlo en el momento del diagnóstico, ya que resuelve de manera definitiva el problema y sin complicaciones. Son variadas las alternativas como ser: a) a cielo abierto: cierre del defecto, puede realizarse reparación primaria y uso de malla de polipropileno. b) Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica han aparecido algunos artículos donde se describe el uso de esta técnica para cerrar el defecto: tal el caso del propuesto por Carter en 1992 con la técnica TAPP, o la primera hernioplastia por la técnica TEP la cual fue realizada por Moreno-Egea y su grupo en 1999 España. Todas estas alternativas quirúrgicas con buenos resultados a mediano y largo plazo. (15)

En la literatura nacional, tras la revisión sistemática, no se han encontrado escritos sobre esta patología y justamente esta es una buena manera de iniciar el levantamiento epidemiológico y casuístico de esta variedad rara y poco frecuente de hernias.

En nuestra primera experiencia; la paciente que nos tocó tratar; tenía varios factores predisponentes similares a los publicados, para que se haya dado esta patología. Además cabe resaltar que el diagnostico de hernia de Spiegel se realiza teniendo un alto índice de sospecha clínico-semiológica, una correcta anamnesis junto a una exploración física minuciosa. aspecto a nuestro juicio consideramos que la ecografía de pared abdominal es un método de elección imagenológico complementario práctico, debido a su inocuidad, sencillez, disponibilidad, poca preparación del paciente y costobeneficio económico, a pesar que dicho estudio es operador dependiente.

Un criterio muy personal del autor es que la cirugía tradicional a cielo abierto es la más adecuada; ya que el tipo de cirugía depende mucho del tamaño del defecto y de las condiciones tanto físicas como hemodinámicas de cada paciente; sin embargo, cualquiera de las técnicas mencionadas ofrece una buena opción quirúrgica.

Para concluir mencionamos: en esta

primera etapa aprendimos a caminar, al conocer más sobre la hernia de Spiegel y posteriormente aprenderemos a volar y abordar esta patología en un enfoque diferente mínimo-invasivo.

CONFLICTO DE INTERESES:

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

- 1) Spangen L., Spigelian hernia. SurgClin North Am 1984, 64:351-366.
- 2) Mitidieri, V.; Mitidieri, A.; Coturel, A., Consideraciones Anatomoquirúrgicas acerca de la línea de Spiegel. Revista Argentina de Anatomía Online 2010 (Septiembre), Vol. 1, N° 2, Pág. 33 -80
- 3) Pérez P. Amat J. Korn O., Hernias abdominales, Editoriales Mediterráneo Santiago de Chile, 1999, Pág.: 39-40
- 4) Moreno-Egea A., Flores B. y cols. La hernia de Spiegel en España: revisión bibliográfica y presentación de una serie personal de 27 pacientes. Cir. Esp. 2002; 72(1):18-22.
- 5) Satorras-Fioretti A., Vázquez-Cancelo J. y cols. Hernias de pared abdominal de localización poco frecuente. Cir. Esp. 2006; 79(3):180-183.
- 6) Morenilla L., Docobodo F., Menaje J., De Quinta R., Hernia de Spiegel en España, análisis de 162 casos Rev. Esp. Enferm. DIG 2005; 97(5): 338-347
- 7) Torrez A., Cabello R., García C., Garrido M., García F., Martínez A., Hernia de Spiegel: A propósito de 2 casos asociados a criptorquidia, Sevilla-España, Cir. Pediatr 2005; 18: 99-100
- 8) Ruiz A., Amunategui I., Machado P., Nevarez F. Muñoz A., Hernias de Spiegel. Nuestra experiencia y revisión de la literatura Cirugía General I. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, REV ESP ENFERM DIG 2010; 102 (10): 583-586
- 9) Cervantes J., Rojas G., Menéndez A., Cicero A., Vidal P., Hernia de Spiegel, Vol. 52, Núm. 2 Abr. Jun. 2007 pág. 65 68
- León J., Acevedo A., Dellepiane V., Hernia de Spiegel, Rev. Chilena de Cirugía, Vol. 63, N°1, Febrero 2011, pág.: 64-68
- 11) Cerdán F., Canti S., Barranco J., Bernal J., Duque V., Hernia de Spiegel. Revisión a propósito de 8 casos, Hospital Universitario Miguel Server, Zaragoza-España, Rev. Cubana Cir. 2005; 44(4)
- 12) Cárdenas I., Carrillo m., Castellanos I., Diagnóstico imagenológico por tomografía y ecografía de las hernias de la pared ventral del abdomen, Escuela de Medicina Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja-Boyacá, Colombia, Rev. IATROS. 2016. 7(1) 32-36
- 13) Faraco R., Brondolo M., Wasielewsky G., Somma E., Fernández J., D' Amore V., Hernia de Spiegel, Hosp. Aeronáut. Cent 2012; 7(1): 33-35
- 14) Novell F. Sanchez G, Sentis J, Novell J, Novell Cosata F. Laparoscopic management of Spigelian hernia. SurgEndosc 2000; 14 (12): 1189.
- 15) Vos DI, Scheltinga RM. Incidence and outcome of surgical repair of Spigelian hernia. Br J Surg 2004; 91: 640-644.
- 16) Parrilla P., Landa J., Cirugía AEC manual de la Asociación Española de Cirujanos, Editorial Medica Panamericana 2010, Madrid España, Pág. 229-230