

Trabajo de investigación

Hernia de Spiegel

Jorge Cervantes,* Guillermo Rojas,*
Ana Menéndez,* Alejandra Cicero, Pablo Vidal*

RESUMEN

Las hernias de Spiegel son una entidad rara y ocurren en la unión del borde lateral del músculo recto del abdomen y el borde medial del transverso del abdomen, la mayoría ocurren en la línea semicircular. Este estudio evalúa la prevalencia, presentación, diagnóstico y tratamiento de esta patología en el Centro Médico ABC. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo en el que fueron analizados los expedientes de todos los pacientes con diagnóstico de hernia de Spiegel atendidos entre enero de 1968 y julio de 2004 en el Hospital ABC. Las variables analizadas fueron sexo, edad, localización y sintomatología. **Resultados:** Se detectaron seis casos con diagnóstico de hernia de Spiegel, tres hombres y tres mujeres, cuyas edades oscilaron entre 17 y 73 años (promedio de 42.8 años). El 66% presentó dolor localizado e intermitente, el cual aumentaba con la maniobra de Valsalva. El 66% tenían aumento de volumen palpable. El 50% requirió cirugía de urgencia: dos casos por hernia encarcelada y el caso restante debido a dolor intenso. Todas las hernias se localizaron del lado derecho. No hubo complicaciones. **Conclusiones:** La hernia de Spiegel constituye 0.1 a 2% de las hernias de pared abdominal. En general, se presentan con dolor y/o tumoración palpable. El diagnóstico es difícil; se puede hacer por medio de tomografía axial computarizada y ultrasonido de pared. El tratamiento quirúrgico es sencillo y no requiere uso de mallas.

Palabras clave: Hernia, Spiegel, hernia abdominal.

INTRODUCCIÓN

Los límites del espacio lateral al músculo recto abdominal fueron descritos por primera vez por un anatomista Belga, Adriaan Van der Spiegel (1578-1625).

ABSTRACT

*Spiegel hernias are a rare condition that occurs in the lateral border of the abdominal rectus muscle and the medial border of the transversal abdominal muscle, but they generally appear in the semicircular line. This study evaluates the incidence, presentation, diagnosis and treatment of this pathology. **Patient and methods:** A retrospective study of clinical records of all patients from January 1968 to July 2004 with diagnosis of Spiegel hernia. Variables as sex, age, localization and symptoms were considered. **Results:** Six patient were found, three men and three women, with an average age of 42.8 years. 66% presented localized pain that increased with Valsalva maneuver. 66% presented a localized mass. Emergency surgery was done in 50%: two presented incarcerated hernias and one had severe pain. 50% were elective procedures. All of the cases were in the right side and only one patient had an associated inguinal hernia. Average surgical time was 45 minutes. There were no complications. **Conclusions:** Spiegel hernias account for 0.12 to 2% of all the abdominal wall hernias. Patients usually had pain or increased localized volume. Diagnosis can be difficult; the use of CT scan or ultrasound may be helpful. Surgical treatment is easy and generally does not require the use of mesh.*

Key words: Hernia, Spiegel hernia, abdominal wall hernias.

Spiegel describió la línea semilunar y su relación con el borde lateral del músculo recto abdominal (fascia de Spiegel);² pero fue hasta 1764 cuando Klinkosch reconoció la entidad clínica asociada a esta área y la llamó hernia de la línea de Spiegel.^{1,3}

Se denomina hernia de Spiegel a la protrusión de grasa preperitoneal o un saco peritoneal que contenga o no un órgano intraabdominal, a través de un defecto congénito o adquirido en la línea de Spiegel³ (Figura 1).

Las hernias de Spiegel pueden ocurrir en cualquier sitio entre el borde lateral del músculo recto abdominal y el borde medial del músculo transversal del abdomen, pero el 90% ocurren aproximadamente a 6 cm distal a la cicatriz umbilical, en la lí-

* Departamento de Cirugía, Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 12/04/07. Aceptado: 27/04/07.

Correspondencia: Dr. Jorge Cervantes
Hospital ABC, Departamento de Cirugía
Sur 136 núm. 116, Col. Las Américas, 01120 México, D.F.
Tel: 5230-8000 ext. 8661, Fax: 5516-9970
E-mail: jcervantes@abchospital.com

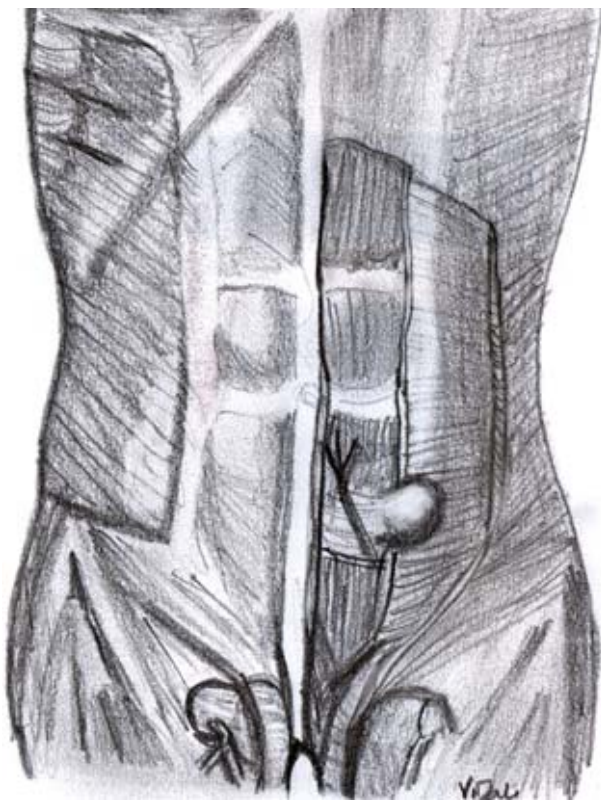


Figura 1. *Hernia de Spiegel.*

nea semicircular, ya que a este nivel la aponeurosis de Spiegel es más amplia y está formada por una sola capa. Por debajo de la línea semicircular, la aponeurosis es más resistente.¹⁻³

Las hernias de Spiegel son una entidad rara, su reconocimiento temprano y diagnóstico preoperatorio es difícil.

El propósito de esta investigación fue evaluar la incidencia, la forma de presentación, el diagnóstico y el tratamiento de las hernias de Spiegel en esta institución, haciendo una comparación con lo reportado en la literatura nacional e internacional.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en el que fueron analizados los expedientes de todos los pacientes con diagnóstico de hernia de Spiegel atendidos entre enero de 1968 y julio de 2004 en el Hospital ABC.

Los criterios de inclusión fueron pacientes sometidos a cirugía por hernia de Spiegel. Fueron

excluidos los casos que no cumplieran con los criterios de hernia de Spiegel, diagnosticados como otro tipo de hernias ventrales, lipomas, etcétera.

Las variables estudiadas fueron sexo, edad, localización de la hernia, cuadro clínico, complicaciones pre, trans, y postoperatorias, tiempo quirúrgico y tipo de reparación.

RESULTADOS

Se encontraron seis casos, tres hombres y tres mujeres, cuyas edades oscilaron entre 17 y 73 años (promedio de 42.8 años). Cuatro pacientes (66.6%) se presentaron con dolor abdominal localizado en el área de Spiegel, de los cuales uno (16.6%) lo refirió como dolor leve y tres (50%) como dolor importante. El dolor fue descrito en la mayoría de los casos como intermitente, que aumentaba con maniobra de Valsalva y en bipedestación. En cuatro sujetos (66.6%), se palpaba aumento de volumen localizado en el área de Spiegel y en dos (33.3%) no se encontró masa palpable, únicamente dolor a la palpación en dicha región.

Tres enfermos (50%) fueron sometidos a cirugía de urgencia, dos por hernia encarcelada (33.3%) y uno (16.6%) por dolor importante, mientras en el otro 50% se realizó cirugía electiva.

En todos (100%) se encontró una hernia de Spiegel en el lado derecho, cercana a la línea semilunar, distal a la cicatriz umbilical. En uno (16.6%) se encontró hernia inguinal derecha aso-

Cuadro I. Resultados del presente estudio y lo reportado en la literatura.

	Literatura (%)	Presente estudio (%)
Hombres	8-52	50
Derechas	48-75	100
Únicamente dolor	26-85	33
Masa palpable	38-88	66
Dolor y masa	21-65	66
Encarceladas	21	33
Cirugía de urgencia	8-21	50
Recurrencia	0-4	0

ciada, la cual se reparó con plastia tipo Mc Vay y en otro (16.6%) se encontró hernia de Spiegel asociada a diastasis de rectos, reparándola también de forma primaria. El tiempo quirúrgico promedio fue de 45 minutos. No hubo complicaciones transoperatorias ni postoperatorias (*Cuadro I*).

DISCUSIÓN

Las hernias de Spiegel, también conocidas como hernias ventrales laterales, o hernias de la línea semilunar (*Figura 1*) se consideran una entidad rara, ya que constituyen de 0.12 a 2% de todas las hernias de la pared abdominal.¹⁻³

Ocurren generalmente entre la quinta y sexta décadas de la vida y no hay predisposición por sexos. Pueden ser congénitas o adquiridas.

Existen factores predisponentes, como la obesidad y/o enfermedad pulmonar obstructiva crónica que provocan aumento de la presión intraabdominal,^{1,2} o la presencia de cicatrices en la región inguinal o pared abdominal que ocasionan cierta debilidad en la línea semilunar.³

El diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha, debido a la vaga sintomatología y la ausencia de signos clínicos consistentes.²

En algunos estudios, el dolor es el único signo o síntoma; su presencia se reporta en 26 a 100% de los pacientes.^{2,5} Sin embargo, éste no es muy específico. El dolor es de leve a moderado, intermitente, puede aumentar durante la bipedestación y maniobra de Valsalva, pero no tiene una localización exacta y no es constante.

Se han reportado también masas palpables con frecuencias que varían de 35%⁶ a 88% de los casos.¹ Se ha visto que es menos frecuente encontrar tanto dolor como una masa palpable.

El diagnóstico puede realizarse también con ayuda de ultrasonido o tomografía, sobre todo cuando los síntomas no son concluyentes¹⁻³ (*Figura 2*).

Las hernias de Spiegel suelen encarcelarse frecuentemente, lo cual se ha reportado en 17 a 24% de los casos.^{2,5}

El tratamiento de las hernias de Spiegel se recomienda hacerlo en el momento del diagnóstico. Puede realizarse reparación primaria, con malla o por laparoscopia. 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 estas técnicas ofrece una buena opción quirúrgica.¹⁻⁹



Figura 2.

Tomografía computada en donde se observa hernia de Spiegel izquierda.

CONCLUSIONES

La hernia de Spiegel es rara, constituye menos del 2% de todas las hernias de la pared abdominal, su forma de presentación habitualmente es con dolor y/o masa palpable. El diagnóstico es difícil y se debe tener un alto índice de sospecha. La tomografía axial computarizada (TAC) y el ultrasonido pueden ayudar a establecer el diagnóstico.

El tratamiento quirúrgico es sencillo y consiste en el cierre del defecto; generalmente, si es pequeño, no requiere el empleo de malla.

Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica han aparecido algunos artículos en donde se describe el uso de esta técnica para cerrar el defecto, pero creemos que la cirugía tradicional es la más adecuada.

Generalmente el tratamiento quirúrgico resuelve el problema de manera definitiva, sin complicaciones. En la literatura nacional poco se ha escrito sobre esta patología, y dentro de éstas se encontró un reporte aislado de fascitis necrotizante secundaria a diverticulitis sigmoidea perforada, en una hernia de Spiegel.^{10,11}

BIBLIOGRAFÍA

1. 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 outcome for 81 patients. *World J Surg* 2002; 26: 1277-1281.
3. Sanchez MI, Deysine M. Spigelian and other uncommon hernia repairs. *Surg Clin N Am* 2003; 83: 1235-1253.
4. Beil R, Longo W. Spigelian hernia. Case report. *Am Col Surg* 2004; 161.
5. Spangen L. Spigelian hernia. *Surg Clin North Am* 1984; 64: 351-366.
6. Houlihan TJ. A review of Spigelian hernias. *Am J Surg* 1976; 131: 734-735.
7. Spangen L. Spigelian hernia. *World J Surg* 1989; 13: 573-580.
8. Novell F, Sanchez G, Sentis J, Novell J, Novell Cosata F. Laparoscopic management of Spigelian hernia. *Surg Endosc* 2000; 14 (12): 1189.
9. Moreno-Egea A, Aguayo JL, Girela E. Treatment of Spigelian hernia using totally extraperitoneal laparoscopy ambulatory surgery. *Surg Endosc* 2002; 16 (12): 1806.
10. 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 O, Azolas R, Gatica F, Castillo J. Fascitis necrotizante de pared abdominal secundaria a una diverticulitis sigmoidea perforada en una hernia de Spiegel. *Cir Ciruj* 2005; 73 (2): 133-136.