

Hernia gigante de Spiegel y traumatismo abdominal: ¿causa o coincidencia?

Gerardo Gil-Galindo,* Rey Jesús Romero-González,** Mario Alberto Flores-Salinas,***
Raymundo Romero-González,**** José Pulido-Rodríguez*****

Resumen

Introducción: la hernia de Spiegel es una entidad poco común. Dicha entidad ocurre debido a un defecto en la línea semilunar localizada en la pared abdominal lateroventral.

Caso clínico: mujer de 44 años, se presentó con aumento progresivo del volumen abdominal asociado con un traumatismo abdominal contuso. Se le diagnosticó hernia de Spiegel con un gran defecto aponeurótico (7×12 cm) y saco herniario (15×15 cm). Se realizó una revisión de la literatura en búsqueda de reportes similares.

Conclusiones: la debilidad en la línea semilunar en la hernia de Spiegel puede ocurrir de manera “espontánea” o como consecuencia de factores que incrementen la presión intraabdominal. Por otra parte, para una correcta clasificación se debe buscar la unificación de los términos en relación con el tamaño de la hernia.

Palabras clave: hernia gigante de Spiegel, hernias de la pared abdominal, línea semilunar, traumatismo, pared abdominal.

Abstract

Background: Spigelian hernia is an uncommon entity and occurs as a result of a defect in the linea semilunaris located in the lateroventral abdominal wall.

Clinical case: We report the case of a 44-year-old female with a history of progressive abdominal swelling. Clinical history included a previous blunt trauma to the abdomen. A spigelian hernia with a large aponeurotic defect (7×12 cm) and sac (15×15 cm) was diagnosed. A literature review of similar topics was performed.

Conclusion: Weakness presented in the linea semilunaris in spigelian hernia may be caused either spontaneously or as a consequence of factors that increase intra-abdominal pressure. Otherwise, it is important to unify the terms related to the size of this entity in order to establish a correct classification.

Key words: giant Spigelian hernia, abdominal wall hernias, linea semilunaris, trauma, abdominal wall.

* Cirugía General. Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda” de la Secretaría de Salud de Nuevo León.

** Cirugía general y laparoscópica. Programa Multicéntrico de residencias médicas dependientes del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey y de la Secretaría de Salud de Nuevo León.

*** Radiología intervencionista. Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda” de la Secretaría de Salud de Nuevo León.

**** Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

***** Cirugía General. Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda” de la Secretaría de Salud de Nuevo León.

Correspondencia:

Dr. Rey Jesús Romero González

Dirección: Moralillo 125

Col. Lomas del Valle

66256 San Pedro Garza García, Nuevo León

Celular: (52) 8115995055

Correo electrónico: rey_@hotmail.com

Recibido para publicación: 21-12-2010

Aceptado para publicación: 24-05-2011

Introducción

La hernia de Spiegel (HS) se define como la protrusión del saco peritoneal, con o sin órganos intraabdominales, a través de un defecto congénito o adquirido en la línea semilunar o de Spiegel.¹ Las bases anatómicas de la HS se sustentan en una debilidad en la aponeurosis del músculo transverso del abdomen entre el borde lateral de la vaina del recto y la línea semilunar. La HS es una entidad poco común, representa de 0.5 a 2% de todas las hernias de la pared abdominal.²⁻⁴ Al momento de su presentación alrededor de 90% son asintomáticas; entre 10 y 25% se presenta con datos de incarceramiento o estrangulación por lo que su importancia recae en su diagnóstico y tratamiento oportuno. En la mayor parte de los casos el anillo herniario, o defecto aponeurótico, tiene tamaño que va desde 0.5 a 2 cm de diámetro, sólo ocasionalmente sobrepasa los 5 cm. En la mayor parte de los casos un cierre simple es suficiente si el anillo es menor a 2 cm, más allá de ese tamaño se sugiere

la reparación con malla. El riesgo de recurrencia es de 2%, similar al reportado para otras hernias de la pared abdominal.⁵

El objetivo de este reporte es presentar a una paciente a la que se le diagnosticó HS de acuerdo con las bases clínicas y radiológicas dadas para la entidad. Durante la evaluación inicial era notable el gran tamaño en la pared lateral del abdomen. La paciente, además, tenía como dato relevante un traumatismo contuso de la pared abdominal previo a la formación de la hernia.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 44 años con aumento de volumen del abdomen. Su historia familiar era positiva para diabetes mellitus tipo 2, en primer grado. Contaba con diagnóstico de hipotiroidismo de 4 años de evolución tratado con levotiroxina. Como antecedentes ginecoobstétricos, refirió 3 partos, los dos primeros eutócicos y el último, hace 23 años, fue una cesárea por línea media. La paciente tiene como antecedente un evento traumático ocasionado por una “caída de las escaleras” dos años antes; en dicho accidente la paciente presentó una lesión maxilofacial que requirió intervención quirúrgica y un traumatismo abdominal contuso sin daño a órganos internos, éste último fue tratado con antiinflamatorios no esteroides. La paciente aseguró que después de la caída notó aumento progresivo de volumen en el lado izquierdo del abdomen pero curso asintomática.

Acudió a consulta por recomendación de su médico familiar. En la exploración inicial presentaba obesidad con un índice de masa corporal (IMC) de 32.4 kg/m². Sus signos vitales reportaron: frecuencia cardíaca 86¹, frecuencia respiratoria 22¹, presión arterial 130/85 mm Hg y temperatura 36.9°C (98.2°F). El único hallazgo relevante era el aumento de volumen en el lado izquierdo del abdomen que se extendía desde el margen subcostal al área inguinal y desde el ombligo a la línea clavicular media. Sus dimensiones eran 15 × 15 cm (figura 1). Ruidos peristálticos activos justo sobre el área aumentada de volumen; a la palpación negaba dolor o sensibilidad local o difusa en el abdomen. El resto de la exploración física no fue relevante.

Los exámenes de rutina se encontraban dentro de los parámetros normales. Se le realizó una tomografía axial computada con contraste oral, la cual reveló una debilidad en la capa posterior de la fascia transversa que media 9 × 12 cm, localizada en la unión de la vaina del recto con la aponeurosis de los músculos transverso y oblicuos abdominales, lo que permitía el prolapsus de las vísceras entre dichos músculos. No se encontró pérdida de la integridad a nivel de línea media infraumbilical. En el saco herniario se visualizaron asas de intestino delgado así como grasa mesentérica (figu-

ra 2). Se diagnosticó HS de conformidad con los criterios clínicos y anatomoradiológicos establecidos; se programó para tratamiento quirúrgico.

Se realizó una cirugía con anestesia general e intubación endotraqueal. La hernia fue abordada a través de una incisión laterotransversal de 8 cm. Se observó un saco herniario de 15 × 15 cm que protruía a través de un defecto en la línea



Figura 1. Aumento de volumen (15 × 15 cm) en el lado izquierdo del abdomen en una mujer obesa de 44 años. Las manifestaciones clínicas incluían rápida pérdida de peso y un evento traumático previo.



Figura 2. Tomografía computada (TC) con contraste que muestra un defecto extenso en la unión de la vaina del recto con la aponeurosis del transverso (9 × 12 cm). Las flechas muestran los bordes del defecto.

semilunar y se extendía a lo largo del borde lateral del músculo recto. El defecto aponeurótico o anillo herniario medía en su diámetro vertical y transverso 9 × 12 cm. El saco herniario contenía una porción de epiplón y 20 cm de intestino delgado. Las dimensiones del saco herniario desplazaban la línea media hacia el lado contralateral. Se exploró la fascia en la periferia del defecto y a nivel de la línea media en busca de otros defectos en dichas zonas. El contenido que protruía a través del único defecto aponeurótico encontrado se redujo fácilmente y se resecó el peritoneo excesivo; el resto fue cerrado con sutura continua de poliglactina 910 3/0. Se colocó una malla Proceed® (celulosa regenerada oxidada y poliglactina, Ethicon Inc, America) preperitoneal de 15 × 15 cm, fijada con puntos separados de polipropileno 2/0 a la aponeurosis suprayacente, misma que se aproximó sobre la malla usando puntos simples de polipropileno 1/0. El tejido celular subcutáneo y la piel fueron aproximados con poliglactina 910 3/0 y con nailon 2/0, respectivamente. Se colocó un drenaje dirigido al tejido celular subcutáneo. El tiempo quirúrgico fue de 90 minutos sin derrame significativo de sangre. La paciente permaneció en el hospital durante la noche para observación. El drenaje quirúrgico se retiró a las 48 horas. No se presentaron complicaciones posoperatorias.

Discusión

La línea de Spiegel fue descrita por primera vez por el anatómista belga Adriaan van den Spiegel y se define como la línea de transición entre los haces musculares y la aponeurosis del músculo transverso del abdomen; pero no fue sino hasta 1922 cuando JK Holloway reportó la primera HS.⁶ La HS es todavía considerada un misterio porque su causa es, en la mayor parte de los casos, desconocida; sin embargo, algunos factores han sido asociados con su presentación. Estos incluyen: enfermedad pulmonar obstructiva, obesidad, rápida pérdida de peso, traumatismos abdominales, embarazos múltiples, procedimientos laparoscópicos, crecimiento de la próstata y criptorquidia. La edad es otro factor asociado con la presentación de esta entidad, sabemos que la HS se presenta con mayor frecuencia en la población adulta, con menos de 30 casos pediátricos reportados hasta 2006. No sabemos si alguno de los factores mencionados en las líneas previas sea la causa específica de la debilidad en la línea semilunar y la consecuente herniación del contenido abdominal; sin embargo, todos ellos han sido reportados como elementos asociados con la HS.^{6,7}

En el presente caso, a pesar del antecedente quirúrgico (cesárea), no se consideró la posibilidad de hernia ventral posincisional y sí el diagnóstico de HS debido a los hallazgos anatomoradiológicos y quirúrgicos. En esta paciente se

tenía, también, el antecedente un traumatismo abdominal contuso y el aumento posterior del volumen abdominal, lo que hace suponer que el golpe recibido en el abdomen contribuyó a la formación de la hernia. Si bien es cierto que algunos autores definen a la HS como “un defecto espontáneo de la línea semilunar” también es cierto que la relación con factores como los previamente mencionados ha sido reportada en diversas ocasiones. En un artículo publicado por la revista *Hernia* se mencionó que la HS, en la población pediátrica, podía ser causada por un mal descenso testicular y aumento consecuente de la presión intraabdominal.⁸ Russfeldt et al. sustentan dicha asociación como causa de una HS.⁹ Por otro lado, la asociación de la HS con un evento traumático también ha sido reportada.¹⁰⁻¹³

Se realizó una búsqueda en Pubmed con las palabras de búsqueda: “traumatic”, “trauma”, “injury”, “abdominal”, “wall”, “Spiegel”, “spigelian”, “hernia”) para encontrar HS asociadas con eventos traumáticos previos de la pared abdominal (cuadro I).¹¹⁻¹⁴ Es posible que el aumento de la presión intraabdominal sea el responsable directo de la formación de la HS, que sea un factor que la exacerbe o simplemente una coincidencia. Por otro lado, el concepto de “hernia gigante de Spiegel” ha sido descrito previamente en otras revistas científicas y ha sido usado para etiquetar diversos tamaños del defecto o del saco herniario. En una revisión de la literatura (Pubmed. Palabras de búsqueda: “giant”, “Spiegel”, “spigelian”, “hernia”), encontramos 5 reportes que informaban de HS “gigantes”; reportaban diámetros de entre 4 y 10 cm y dimensiones del saco herniario entre 10 y 18 cm (cuadro II).¹⁴⁻¹⁸ Probablemente los primeros que usaron el término “gigante” para nombrar una HS muy grande fueron Marion Lawler, et al.¹⁵ Pero no solo las hernias que se reportan en la literatura con el término “gigante” presentan grandes dimensiones, otros autores han reportado grandes defectos y sacos en hernia de Spiegel sin calificarlos con dicho adjetivo.¹⁹⁻²² En este caso la paciente presentaba una de las HS más grandes reportadas en la literatura. Un reporte similar fue mostrado por Topal et al.¹⁴

Cuadro I: Reportes de hernias de Spiegel asociadas con eventos traumáticos

Autor	País y año de publicación
Belev N, et al ¹¹	Bulgaria 1981
Iuchtman M, et al ¹²	Israel 1997
Moreno-Egea A, et al ¹³	España 2006
Topal E, et al ¹⁴	Turquía 2007
Gil-Galindo G, et al*	Méjico 2011

*Reporte actual.

Cuadro II: Reportes que usan el término "gigante" para referirse a una hernia de Spiegel

Autor	País y año de publicación	Tamaño del defecto	Tamaño del saco
Topal E et al ¹⁴	Turquía, 2007	7 x 10	-
Lawler MR, et al ¹⁵	Estados Unidos 1966	4	10 x 10 x 18
Rossi E, et al ¹⁶	Italia 1999	-	-
Conzo G, et al ¹⁷	Italia 2000	7	-
Ribeiro EA, et al ¹⁸	Brasil 2005	-	10 x 10
Gil-G G, et al*	México 2011	9 x 12	15 x 15

* Reporte actual.

en el que se presentó el caso de una mujer de 47 años con una hernia de Spiegel “gigante” asociada con traumatismo contuso previo (45 días). Pero ¿cuál debe ser el tamaño del defecto aponeurótico y del saco herniario para considerar a una HS gigante, grande o pequeña?

En la mayor parte de los casos la HS surge de manera “espontánea” a través de una zona de debilidad en la línea semilunar; sin embargo, es necesario tomar en cuenta diferentes factores capaces de aumentar la presión intraabdominal y contribuir, directa o indirectamente, con su formación.

Conclusión

Aunque la HS no es común es probable que la mayoría de los cirujanos activos y en formación hayan visto, en su práctica diaria, una o más hernias de la línea semilunar. En la literatura existen numerosos reportes y en un gran número de ellos se hace alusión a las dimensiones de la hernia. Consideramos que es necesario homogenizar los criterios para denominar a una HS en función de su tamaño; eso permitiría su correcta clasificación con fines diagnósticos y terapéuticos. Por último, creemos que en su formación la HS puede ser “espontánea” o propiciada por factores que incrementan la presión intraabdominal.

Agradecimientos

Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepulveda”. Dra. Shari Barnett. Dra. Laura Martínez Pérez-Maldonado.

Referencias

- Houlihan TJ. A review of spigelian hernias. Am J Surg 1976;131(6):734-735.
- Montes IS, Deysine M. Spigelian and other uncommon hernia repairs. Surg Clin North Am 2003;83(5):1235-1253.
- Broughton G 2nd, Alvarez JD. Repair of a spigelian hernia. J Am Coll Surg 1997;185(5):490-491.
- Zaragoza C, Peiró F, Bebek H, Castaño S, García Aguado R, Vivó M, et al. Spigelian hernia: ambulatory surgical treatment. Ambulatory Surg 2001;9:127-129.
- Mathonnet M, Mehinto D. Anterolateral hernias of the abdomen. J Chir (Paris) 2007;144(4):5S19-22.
- Holloway JK. Spontaneous lateral ventral hernia. Ann Surg 1922;75(6):677-685.
- Durham MM, Ricketts RR. Congenital spigelian hernias and cryptorchidism. J Pediatr Surg 2006;41(11):1814-1817.
- Raveenthiran V. Congenital Spigelian hernia with cryptorchidism: probably a new syndrome. Hernia 2005;9(4):378-380.
- Rushfeldt C, Oltmanns G, Vonen B. Spigelian-cryptorchidism syndrome: a case report and discussion of the basic elements in a possibly new congenital syndrome. Pediatr Surg Int 2010;26(9):939-942.
- Truong T, Costantino TG. Images in emergency medicine. Traumatic abdominal wall hernias. Ann Emerg Med 2008;52(2):182-186.
- Belev N, Deenichin D, Angelov. A case of severe thoracic and abdominal trauma with flail chest and traumatic spigelian hernia. Khirurgija (Sofia) 1981;34(4):379-381.
- Iuchtman M, Kessel B, Kirshon M. Trauma-related acute spigelian hernia in a child. Pediatr Emerg Care 1997;13(6):404-405.
- Moreno-Egea A, Campillo-Soto A, Girela-Baena E, Torralba-Martínez JA, Corral de la Calle M, Aguayo-Albasini JL. Traumatic Spigelian hernia. Elective extraperitoneal laparoscopic repair. Cir Esp 2006;79(1):61-63.
- Topal E, Kaya E, Topal NB, Sahin I. Giant spigelian hernia due to abdominal wall injury: a case report. Hernia 2007;11(1):67-69.
- Lawler MR Jr, Carlisle BB. Giant spigelian hernia. Am J Surg 1966;111(4):562-564.
- Rossi E, Carbone M, Candela G, Brunese L, Salzano A. Giant Spigelian hernia: assessment with computerized tomography and surgical correlations. Report of a case. Radiol Med 1999;97(3):196-197.
- Conzo G, Giordano A, Candela G, Di Marzo M, Marone U, Santini L. Giant Spigelian hernia associated with inguinal hernia. Repair with polypropylene prosthesis. Minerva Chir 2000;55(9):611-615.
- Ribeiro EA, Cruz Junior RJ, Moreira SM. Intestinal obstruction induced by a giant incarcerated Spigelian hernia. Case report and review of the literature. Sao Paulo Med J 2005;123(3):148-150.
- Prieto J, Aylor S. Image of the month. Spigelian hernia. Arch Surg 2007;142(3):305-306.
- Amodio F, Hierholzer J, Mansueto G, Lemke A, Smaltino F. Quiz case of the month. Lateral-ventral hernia of the abdominal wall (Spigelian hernia). Eur Radiol 2000;10(11):1839-1840.
- Larson EE. Spigelian hernia. Am J Surg 1951;82(1):103-106.
- Ignatius JA. Spigelian hernia. Am J Surg 1955;90(3):388-391.