

HERNIA DE SPIEGHEL

PRESENTACIÓN DE UN CASO.

De Lauro, Javier; Valiente, Ruben; Lucilli, Norberto.

Servicio de Cirugía, Sanatorio Prof. Itoiz, Alsina 174, Avellaneda, Pcia. de Buenos Aires

Palabras clave: Hernia - Spieghelel

Resumen

La hernia de Spieghelel es una patología poco frecuente y no tiene una presentación típica, por lo que muchas veces es subdiagnosticada. El tratamiento es siempre quirúrgico por la gran probabilidad de presentar complicaciones. Se describe un caso de hernia lateroventral atípico por el diámetro del defecto parietal y su resolución quirúrgica con resultados satisfactorios.

Summary

Spigelian hernia is an infrequent pathology and does not have a typical presentation, then it is often underdiagnosed. Surgery is the treatment of choice because of the high probabilities of presenting complications. A case of atypical lateroventral hernia is described given the diameter of the parietal defect and its surgical treatment with satisfactory results.

Introducción

Adriaan van der Spieghelel (1578-1625) describió una estructura anatómica, la línea semilunaris, que marca la transición músculo-aponeurótica del transversal abdominal. Entre esta línea y el borde externo del recto anterior existe un área de debilidad anatómica cubierta por la aponeurosis transversal.

En el año 1764 Klinkosh fue el primero en describir la entidad clínica que define a la hernia lateroventral o de Spieghelel. Dicha hernia representa aproximadamente el 1 al 2% de las hernias de la pared abdominal.⁸ Su baja frecuencia se justifica en parte a que no tiene una semiología característica ni constante y al desconocimiento de su existencia.

Se presenta un caso de esta rara patología parietal y su resolución quirúrgica.

Caso clínico

Paciente varón de 46 años de edad que concurre en forma programada al consultorio de Cirugía General por presentar una tumoración en flanco izquierdo infraumbilical de 2 años de evolución. La misma aparece con los esfuerzos físicos y se reduce en decúbito supino. Al examen físico se aprecia una debilidad circunscripta en la pared abdominal sensible a la maniobra de Valsalva. Se palpa un anillo herniario de 10 cm de diámetro mayor aproximadamente

Los exámenes complementarios no arrojan resultados significativos. Se decide la conducta quirúrgica.

Por medio de una incisión vertical sobre la tumoración y posterior apertura del plano aponeurótico del oblicuo mayor, se expone el saco herniario que se proyecta a través de la línea semilunar de Spiegel. Se realiza la plicatura del plano posterior reduciendo el saco y posterior colocación de malla de polipropileno.

En el seguimiento no se presentan complicaciones ni recidiva herniaria.

Discusión

Las hernias de Spiegel se producen en promedio alrededor de los 50 años y tienen una leve predominancia sobre las mujeres (1,4:1) y del lado izquierdo.^{6,8}

Puede haber un retraso considerable entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico. Generalmente concurren a la consulta por dolor focalizado intermitente o postural. Al examen físico puede detectarse una masa en el flanco que protruye con maniobras de Valsalva. Sin embargo, este signo es inconstante por la naturaleza intersticial de la hernia.

Solo una minoría de estas hernias atraviesan todas las capas aponeuróticas para alcanzar el plano subcutáneo. La mayor parte permanece por debajo de la aponeurosis del oblicuo mayor, que es más densa, adoptando la forma de hongo y discurriendo lateralmente.⁸

El orificio herniario generalmente es pequeño y fibroso (0,5-2 cm), incrementando la posibilidad de atascamiento.³ Alrededor del 20% de los casos son diagnosticados y operados en la urgencia debido esta complicación.⁸ El 90% de estas hernias se originan en un área que incluye los 6 centímetros distales a la línea umbilical, donde la aponeurosis transversa es más ancha (en promedio 2 cm).⁹ Por encima de esta zona, la aponeurosis del transverso está reforzada por las fibras del oblicuo menor que cruzan diagonalmente.

Entre los factores predisponentes encontramos algunos que son comunes a otras patologías parietales, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la obesidad. El antecedente de cirugía laparoscópica también estaría asociado a un riesgo mayor por la posibilidad de que se produzcan pequeñas laceraciones en la aponeurosis del transverso.⁹

La ecografía y la tomografía computada son estudios complementarios de utilidad cuando la clínica no es clara. Sin embargo, no hay estudios de

sensibilidad y especificidad adecuados dado el escaso número de casos reportados.

El tratamiento de la hernia de Spiegel es siempre quirúrgico debido al elevado riesgo de atascamiento.⁶ En las cirugías programadas puede abordarse por vía abierta o laparoscópica.

En el primer caso, la incisión puede ser vertical, transversa u oblicua según la conveniencia anatómica. Los pasos quirúrgicos son similares a los aplicados en hernias de otras regiones de la economía. No se ha demostrado que la reparación de la hernia mediante el uso de una malla protésica tenga beneficios a largo plazo con respecto a la reparación sin malla.⁴ Queda a criterio del cirujano la utilización de una u otra técnica. En el caso expuesto se decidió reforzar la pared posterior por presentar una gran debilidad de la misma.

La técnica laparoscópica transabdominal tiene la ventaja de poder tratar otras patologías intraabdominales simultáneamente y puede ofrecerse como método diagnóstico cuando la duda persiste.^{1, 10} Algunos trabajos proponen el cierre simple del orificio herniario, cuando este es pequeño, mediante puntos separados con material de absorción lenta.⁵ Sin embargo, la mayoría de los casos publicados utiliza malla de refuerzo.

Según un estudio prospectivo, la técnica laparoscópica totalmente extraperitoneal (TEP) presenta menor morbilidad y menor estadía hospitalaria.⁷ En este trabajo, la morbilidad de la técnica abierta solo consistió en hematomas de herida que no requirieron tratamiento específico. También hay casos reportados sobre la aplicación de TEP en hernias inguinales y de Spiegel ipsilaterales con buenos resultados.²

Si bien ambas técnicas tienen las ventajas de la miniinvasividad, no son universalmente aplicables, dado que requieren tecnología y demandan una mayor curva de aprendizaje. Además, en los casos de atascamiento la cirugía abierta es de elección.



Foto 1: Campo quirúrgico



Foto 2: Masa herniaria abdominal.



Foto 3: Tratamiento quirúrgico



Foto 4: Control post-operatorio

Conclusión

La hernia de Spieghele es una patología poco frecuente y carece de una semiología característica, por lo que demanda un elevado índice de sospecha para llegar al diagnóstico.

El tratamiento de elección es el quirúrgico dado que presenta altas chances de atascamiento.

Existen en la actualidad técnicas abiertas (con o sin uso de malla protésica) y laparoscópicas. Ningún método ha demostrado ser incuestionablemente superior al resto, probablemente por la falta de casuística que se requiere en los ensayos clínicos. De todas maneras, la tasa de recidiva es baja independientemente de la técnica utilizada.

BIBLIOGRAFIA

1. Amendolara M. Videolaparoscopic treatment of spigelian hernias. *Surg Lap Endosc* 1998; 8: 136-139.
2. Chan JW, Chiu PW. Simultaneous laparoscopic totally extraperitoneal repair for concurrent ipsilateral spigelian and indirect inguinal hernia. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2008; 18: 414-416.
3. Gersin KS. Repair of unusual (lumbar, obturator, and spigelian) abdominal hernias. *Probl Gen Surg* 2002; 19: 84-90.
4. Hsieh HF, Chuang CH, Lin CH, Yu JC, Hsieh CB. Spigelian Hernia: Mesh or not? *Rev Esp Enferm Dig* 2007; 99: 502-504.
5. Jacob WT A case of small spigelian hernias successfully treated by a simple laparoscopy-assisted technique. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2004; 14: 300-303.

6. *Larson DW, Farley DR. Spigelian hernias: repair and outcome for 81 patients. World J Surg 2002; 26: 1277-1281.*
7. *Moreno-Egea A, Carrasco L, Girela E, Martin JG, Aguayo JL, Canteras M. Open versus laparoscopic repair of spigelian hernia: a prospective randomized trial. Arch Surg 2002; 137: 1266-1268.*
8. *Spangen L. Spigelian hernia. World J Surg 1989; 13: 573-580.*
9. *Vos DI, Scheltinga MR. Incidence and outcome of surgical repair of spigelian hernia. British Journal of Surgery 2004; 91: 640-644.*
10. *Yau KK, Siu WT, Chan KL, Li KW. A man with recurrent lower abdominal pain: Spigelian hernia Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2008; 18: 106-108.*