

Centro de Diagnóstico Integral "La Paragua", Ciudad bolívar, Estado Bolívar
República bolivariana de Venezuela

Hernia de Spiegel. A propósito de un caso

Spigelian Hernia. With regard to a case

Javier Cruz Rodríguez,^I Leonardo Cinta Domínguez,^{II} Yaniel Pérez Cedeño^{III}

^I Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. *Master* en Urgencias Médicas. Residente de Tercer año de Cirugía General. Hospital "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara. Villa Clara. e.mail: javiercr@hamc.vcl.sld.cu y mariacr@ucp.vc.rimed.cu

^{II} Especialista Primer Grado en Cirugía General y Medicina General Integral. Hospital "Comandante Manuel Fajardo Rivero". Florida. Camagüey.

^{III} Especialista Primer Grado en Cirugía General. Instructor. Hospital "Lucia Íñiguez Landín". Holguín. e.mail: yaniel1711@yahoo.es

RESUMEN

Introducción: la Hernia de Spiegel es un raro defecto de la pared abdominal generalmente mal diagnosticado. En la experiencia de los cirujanos, las hernias de la pared abdominal constituyen una enfermedad cuyo diagnóstico es esencialmente clínico. Sin embargo, la Hernia de Spiegel por su infrecuente presentación (0,1-2%) pasa fácilmente inadvertida.

Objetivo: informar un tipo de hernia poco frecuente.

Presentación del caso: en este artículo presentamos un paciente masculino de 51 años, quien fuera hospitalizado para tratamiento quirúrgico con diagnóstico de hernia inguinal derecha directa y en el acto operatorio se le diagnosticó Hernia de Spiegel.

Conclusiones: por las dificultades diagnósticas que presenta esta enfermedad es importante realizar una correcta anamnesis y examen físico, sin olvidar estudios de imagen. El tratamiento definitivo de la Hernia de Spiegel es el quirúrgico.

Palabras clave: Hernia de Spiegel, Cirugía, Hernia abdominal.

ABSTRACT

Introduction: Spiegelian hernia is a rare defect of the abdominal wall that is generally misdiagnosed. In the experience of surgeons, diagnosis of hernias of the abdominal wall is usually clinical. However, because their presentation is infrequent (0.1-2%) Spiegelian hernias often fail to be noticed.

Objective: we intend to show an infrequent type of hernia.

Case presentation: in this article a masculine patient of 51 years old is showed, who was hospitalized for surgical treatment with diagnosis of direct inguinal hernia on the right side and in the operative act he was diagnosed Spiegelian hernia.

Conclusions: because of the diagnostic difficulties that this disease presents it is important to accomplish a correct anamnesis and physical examination, without forgetting studies of image. The definitive treatment of Spiegel hernia is surgery.

Key words: Spiegelian hernia, Surgery, Abdominal hernia.

INTRODUCCIÓN

Las hernias pueden aparecer en cualquier localización del cuerpo pero son más frecuentes en el área abdominal. Una hernia abdominal externa consiste en la salida anormal de uno o más órganos (o de una parte de ellos) a través de orificios congénitos o adquiridos de las capas músculo-fascio-aponeuróticas de la pared abdomino-pélvica.^{1,2}

La Hernia de Spiegel, también llamada Hernia de la Línea Semilunar, es una hernia infrecuente de la pared abdominal que se origina a través de una zona de debilidad u orificio en la línea semilunar, especialmente en su porción inferior. Se localiza en el borde externo de la línea semilunar en la zona de unión entre la fascia del músculo recto anterior y las vainas de los músculos anchos del abdomen, que se extiende desde el reborde costal hasta el pubis.³⁻⁷

La primera descripción de la Hernia de Spiegel data de 1764 y fue realizada por Klinkosch.⁸⁻¹⁰ Hasta 1985, según Carbonell-Tatay,¹¹ no había más de 300 casos publicados en la literatura mundial; según Guirao Manzano¹² hasta 1988 la literatura recogía 876 casos y Martínez García⁹ afirma que Spagen encontró 885 casos hasta 1989. Según Cerdán¹³ ya se han publicado poco más de un millar de casos en la literatura médica mundial.

Las hernias de Spiegel representan de 0,1 a 2 % de todas las hernias que se operan en la pared abdominal. Se presenta con más frecuencia a partir de los 40 años y predomina en pacientes del sexo femenino aunque en algunos estudios se ha presentado un ligero predominio del sexo masculino. La proporción entre las del lado derecho y el izquierdo es similar pero algunos trabajos informan una superioridad en el lado izquierdo y son más raras las bilaterales. Como factores causales asociados a dicho defecto se han considerado la obesidad, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, embarazos repetidos, ascitis, la cirugía previa y los traumatismos abdominales. Se trata de un defecto mayormente adquirido aunque se han descrito casos congénitos, asociados a testículo no descendido.^{5,8-11,13}

En este artículo presentamos a un paciente quien fuera intervenido quirúrgicamente de forma electiva por presentar aparentemente una hernia inguinal derecha a quien se le encontró una hernia de Spiegel.

Se realizó la revisión de las historias clínicas de los pacientes intervenidos quirúrgicamente durante 2008 por el servicio de Cirugía General del Centro de Diagnóstico Integral "La Paragua" de Ciudad Bolívar del Estado Bolívar en la República Bolivariana de Venezuela. Se realizó una revisión bibliográfica actualizada de la enfermedad. A continuación se presenta el caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 51 años de edad, color de la piel blanca, de procedencia urbana con antecedentes de hipertensión arterial sisto-diastólica moderada diagnosticada hace 2 años para lo que mantiene tratamiento higiénico-dietético y medicamentoso con captopril (25mg): 1 tableta cada 8 horas, e hidroclorotiazida (25mg): 1 tableta diaria, que en esta ocasión ingresa en nuestro centro para ser intervenido quirúrgicamente al serle diagnosticada una hernia inguinal derecha directa.

Datos positivos al interrogatorio: Presencia desde hace varios meses de dolor en la zona inguinal derecha, que aumentan con el ejercicio o la tos y desaparece con el decúbito.

Datos positivos al examen físico: Se evidencia a la palpación en región inguinal un discreto aumento de volumen que se hace más evidente con la maniobra de Valsalva, que protruye aparentemente a través de la pared posterior, reductible y no doloroso.

Exámenes complementarios: Hb: 131 g/L, Hto: 0.41 L/L, Coagulograma: tiempo de sangramiento 1 minuto, tiempo de coagulación 7 minutos, conteo de plaquetas $285 \times 10^9/L$, Glicemia: 4,6 mmol/L, VIH: negativo, VDRL: no reactivo, Grupo sanguíneo y factor Rh: A positivo, EKG: normal, Radiografía simple de tórax antero-posterior: sin alteraciones.

Descripción del acto operatorio: Paciente en decúbito supino, asepsia y antisepsia con agua, jabón y alcohol yodado. Se colocan campos estériles. Se realiza incisión de Marrow derecha por planos. No se identifica una hernia inguinal realizando una disección del tejido celular subcutáneo hasta el defecto de la pared localizado en la línea semilunar por debajo de los vasos epigástricos inferiores que mide aproximadamente 1 cm de diámetro. Se encuentra lipoma preherniario que se reseca. Se reduce la hernia y se realiza reconstrucción anatómica de la pared con sutura polipropilene 0. Se realiza también plicatura de la fascia transversal con sutura poliglicolic acid 2-0. Se realiza hemostasia. Se cierra fascia de Scarpa con catgut crómico 2-0 y fascia de Camper con catgut simple 2-0. Se sutura piel con nylon 3-0.

Postoperatorio inmediato: El paciente evoluciona satisfactoriamente y es egresado a las 24 horas de operado.

DISCUSIÓN

Es de señalar que durante 2008, se intervinieron en nuestro centro 154 pacientes por presentar hernias de la pared abdominal, por lo que este único paciente con

diagnóstico de Hernia de Spiegel representa 0,65%, lo cual se encuentra en concordancia con la literatura revisada.

Las hernias de la pared abdominal, en la experiencia de los cirujanos, constituyen una enfermedad cuyo diagnóstico es esencialmente clínico. La Hernia de Spiegel, sin embargo, pasa fácilmente inadvertida. El diagnóstico diferencial debe establecerse con procesos agudos intraabdominales, los lipomas de pared, hernias inguinales de trayecto ascendente, procesos abdominales que puedan cursar con la palpación de un tumor en pared abdominal, hematoma de los rectos y la miotendinitis.

Su diagnóstico no es siempre sencillo, ya que los síntomas son imprecisos y en oportunidades la hernia puede manifestarse por debajo de la aponeurosis del músculo oblicuo mayor, dando lugar a lo que se conoce como hernia oculta o encubierta.^{4,9}

Atención especial merecen las hernias de Spiegel de localización bajas porque aparecen por debajo de los vasos epigástricos inferiores y se confunden con las hernias inguinales directas,¹² como ocurrió en el paciente que presentamos.

No es infrecuente que el diagnóstico positivo de Hernia de Spiegel se realice en el acto operatorio. Moreno-Egea¹⁰ informó que en su serie personal se intervinieron sin diagnóstico exacto 22,2% de los pacientes con esta afección, siendo programados como hernias inguinales. Según Cerdán,¹³ uno de los pacientes de su serie (12,5%) fue intervenido sin un diagnóstico correcto, ya que se trataba de un defecto parietal bajo que se confundió con una hernia inguinal. Afirma este mismo autor que no es raro que se informen hasta 50 % de casos de diagnóstico incorrecto citando a Stirnemann.

Con frecuencia las ultrasonografías y tomografías computarizadas revelan hernias de Spiegel sintomáticas muy pequeñas para detectarse con un estudio clínico.^{6,7} La ecografía es la exploración más útil; mientras que la tomografía es definitiva en el diagnóstico, pero se debe reservar para los casos dudosos de hernia no palpable o ecografía no concluyente.¹²

El único tratamiento indicado es el quirúrgico y consiste en el cumplimiento de los principios terapéuticos correspondientes a cualquier hernia abdominal externa: disección, apertura y exéresis del saco herniario, tratamiento de su contenido y cierre del anillo herniario y su reforzamiento con las estructuras aponeuróticas vecinas.^{5,14} Según Abraham,¹⁵ la reparación del defecto de la pared se puede realizar mediante la aplicación de técnicas de herniorrafias o hernioplastias convencionales o laparoscópicas. También sugirió antes de la operación marcar su localización con el paciente de pie.

CONCLUSIONES

La Hernia de Spiegel es un defecto raro. Por las dificultades diagnósticas que presenta esta enfermedad es importante realizar una correcta anamnesis y examen físico, sin olvidar los estudios de imagen anteriormente mencionados. El tratamiento definitivo de la Hernia de Spiegel es el quirúrgico.

RECOMENDACIONES

Recomendamos también, aunque no se empleó en este caso, la colocación de prótesis de materiales no absorbibles o absorbibles a largo plazo si los defectos de la pared son grandes o si se constata gran debilidad en la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abraham Arap JF. Aspectos clínicos de las hernias de la pared abdominal. En: Cirugía de las hernias de la pared abdominal. La Habana: Ciencias Médicas; 2010, p. 69-214.
2. Abraham Arap JF, Mederos Curbelo ON, García Gutiérrez A. Características generales de las hernias abdominales externas. En: Pardo Gómez G, García Gutiérrez A, Abraham Arap JF, Adefna Pérez RI, Arce Bustabad S, Barrero Soto R, *et al.* Temas de Cirugía. La Habana: Ciencias Médicas; 2011, p. 503-13.
3. Eubanks WS. Ernie. En: Delfino A. Trattato di Chirurgia. Roma: medicina-scienze; 2003, p. 783-801.
4. Merello Lardies JM, Napoli ED. Pared abdominal. Hernias y eventraciones. En: Ferraina P, Oria A. Cirugía de Michans. 5ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2008, p. 417-49.
5. García Gutiérrez A. Hernias abdominales externas. En: Abraham Arap JF, Mederos Curbelo ON, García Gutiérrez A, Pardo Gómez G. Cirugía: selección de temas. La Habana: Ciencias Médicas; 2003, p. 1451-556.
6. Malangoni MA, Gagliardi RJ. Hernias. En: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston Textbook of Surgery. 17th ed. Philadelphia (Pennsylvania): Elsevier; 2004, p. 1199-218.
7. Wantz GE. Hernias de la pared abdominal. En: Schwartz SI, editor. Principios de cirugía. 7a ed. México: McGraw-Hill; 2000, p. 1689-716.
8. Moles Morenilla L, Docobo Durántez F, Mena Robles J, De Quinta Frutos R. Spigelian hernia in Spain. An analysis of 162 cases. Rev Esp Enferm Dig. 2005; 97: 338-47.
9. Martínez García F, González-Uriarte J, Irazusta M, Gurruchaga JM, Álvarez Caperochipi J, Mendoza M, *et al.* Hernia de Spiegel. Diagnóstico y epidemiología. Cir Esp. 2000; 68 (1): 74-6.
10. 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(1): 18-22.
11. Carbonell-Tatay A, Landete Molina FJ. Hernia de Spiegel. Arch Cir Gen Dig [serie en Internet] 2004. [Citado 12 Enero 2010]. Disponible en: <http://www.cirugest.com/revista/2004/10-18/2004-10-18.htm>

12. Guirao Manzano J, Mansilla Molina D, Pérez Folqués JE, Civera Muñoz J, Vázquez Ruiz J, Falomir Gil G, *et al.* Tratamiento de la Hernia de Spiegel con mallas de polipropileno. Nuevo enfoque terapéutico. *Cir Esp.* 2000; 67 (2): 192-5.
13. Cerdán Pascual R, Cantín Blázquez S, Barranco Domínguez JI, Bernal Jaulín J, Duque Mallén MV. Hernia de Spiegel. Revisión a propósito de 8 casos. *Rev Cubana.* 2005; 44(4).
14. García Gutiérrez A. Hernias abdominales externas poco frecuentes. En: Pardo Gómez G, García Gutiérrez A, Abraham Arap JF, Adefna Pérez RI, Arce Bustabad S, Barrero Soto R, *et al.* Temas de Cirugía. La Habana: Ciencias Médicas; 2011, p. 560-5.
15. Abraham Arap JF. Aspectos clínicos de las hernias de la pared abdominal. En: Tratamiento de las hernias poco frecuentes. La Habana: Ciencias Médicas; 2010, p. 495-530.

Recibido: 23 de Abril de 2014

Aprobado: 6 de Octubre de 2014