

Hernia de Spiegel: a propósito de un caso

Dres Andrés Julián Vanrell,¹ Juan Peralta,² Andrés Saez,³ Enrico Casco⁴

¹ Jefe de división Diagnóstico por Imágenes. Docente Adscripto de la Cátedra de Diagnóstico por Imágenes, Universidad de Buenos Aires (UBA). Director Asociado, Subsede Hospital Tornú. Carrera de Especialistas en Diagnóstico por Imágenes, Sede Hospital de Clínicas, UBA. Encargado docente, Universidad del Salvador (USAL).

² Médico de planta. Sector Tomografía Computada Multislice.

³ Médico de planta. Encargado de Intervencionismo Guiado por Imágenes, Sector Tomografía Computada Multislice y Ecografía.

⁴ Médico de planta. Sector Tomografía Computada Multislice.

Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

La hernia de Spiegel es un tipo de hernia infrecuente, que aparece en la línea semilunar, lateral a los músculos rectos. Se desarrolla por lo general a través de un orificio en las aponeurosis de los músculos transverso y oblicuo interno, normalmente sin atravesar la aponeurosis del oblicuo externo. Esta patología es de muy difícil diagnóstico clínico, debido a su infrecuente presentación. Una de las formas de diagnosticar esta patología es por medio de la tomografía computada. Presentamos el caso de una paciente que ingresó con un cuadro de dolor abdominal, al examen físico presentó a la palpación profunda tumoración en fosa ilíaca izquierda, por lo que se decidió la realización de estudios diagnósticos complementarios, realizando tomografía computada de abdomen con contraste oral y EV; el diagnóstico se corroboró, y se definió tratamiento quirúrgico para su resolución.

Palabras claves. Aponeurosis, TC (tomografía computarizada), tumoración, patología.

Hernia de Spiegel: about a case

Summary

Spiegel hernia is an uncommon type of hernia, it infrequently appears in the semilunar line, lateral to the rectus muscles. It usually develops through a hole in the transverse and internal oblique muscle fascia, usually without going through the external oblique fascia. This pathology is very difficult to diagnose clinically due to its infrequent presentation. One of the ways to diagnose this pathology is through computer tomography. We present the case of a patient admitted with a picture of abdominal pain, to the physical examination presented a deep tumour on the left iliac fossa on palpation, so it was decided to carry out complementary diagnostic studies by performing a computer tomography scan of the abdomen with double contrast where the diagnosis was corroborated, and it was defined surgical treatment for pathology resolution.

Key words. Aponeurosis, CT (computed tomography), tumour, double contrast, pathology.

Material y métodos

Se realizó tomografía computada multidetector (TCMD) de abdomen con contraste endovenoso, con tomógrafo Toshiba Activion 16, de 16 filas de detectores. 1,5 L de agua con medio iodado disuelto (Gastroview NR). 2 horas antes vía oral; y 100 ml de Ioversol 350; (Optiray) vía EV, a 2,5 cm/seg; a través de bomba inyectora de un cabezal, marca Optistat.

Introducción

El anatomista Adrián van Der Spiegel describió por primera vez los límites del espacio lateral al

Correspondencia. Dr Andrés J Vanrell
Correo electrónico: jvanre@hotmail.com

músculo recto abdominal; también describió la línea semilunar y su relación con el borde lateral del músculo recto abdominal, más conocida como fascia de Spiegel. En 1764 Klinkosch reconoció la entidad clínica asociada a esta área y la llamó hernia de la línea de Spiegel.

La hernia de Spiegel se conoce como 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 Spiegel.^{2,3}

Esta es una entidad infrecuente, que aparece en torno al 1% de las hernias de la pared abdominal,¹ por lo general sin contenido en su interior, pero en determinados casos podemos encontrar intestino delgado y/o grueso que pueden presentarse como oclusión intestinal o abdomen agudo. Pueden ocurrir en cualquier sitio entre el borde lateral del músculo recto abdominal y el borde medial del músculo transverso del abdomen, pero el 90% ocurren aproximadamente a 6 cm distal a la cicatriz umbilical, en la línea semicircular, ya que a este nivel la aponeurosis de Spiegel es más amplia y está formada por una sola capa.¹⁻³

Para hacer un diagnóstico certero se requiere una buena anamnesis del paciente, la realización de un examen físico exhaustivo y pruebas complementarias como la ecografía de abdomen y TC, definiéndose el manejo quirúrgico como tratamiento definitivo para una patología con alta mortalidad.^{4,6,7}

Caso clínico

Paciente femenina de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y diabetes tipo II, que ingresa al hospital presentando un cuadro de dos semanas de evolución de dolor abdominal de tipo cólico, intensidad 5/10, que no mejora en ninguna posición, no refiere ingesta de analgésicos, y se presenta asociado con náuseas, vómitos y astenia.

Al examen físico se constata tumoración y dolor a la palpación profunda en fosa ilíaca izquierda, con defensa muscular positiva. Los exámenes complementarios evidenciaron leucocitosis.

Hallazgos imagenológicos

Se visualiza dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos en probable relación con obstrucción intestinal alta debido a hernia de Spiegel izquierda con contenido de intestino delgado, donde se observa asa aferente dilatada y asa eferente de calibre conservado con presencia de líquido dentro de la misma y aumento de la densidad de la grasa circundante, con líquido interasas.

Hernia umbilical sin signos de complicación (Figuras 1 a 5).

Figura 1. Tomografía computada multidetector (TCMD) de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso. Se visualiza dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos en su interior.

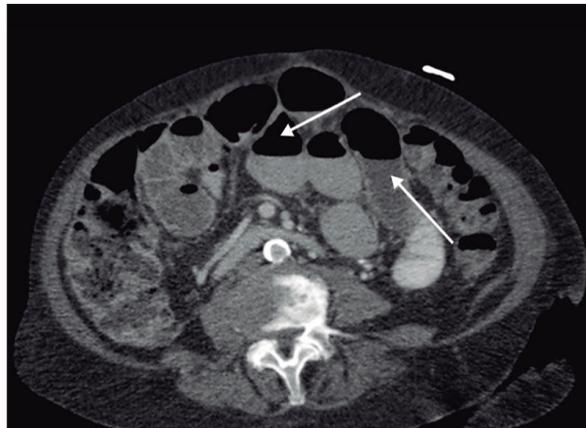


Figura 2. Tomografía computada multidetector (TCMD) de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso. Se visualiza dilatación de asas de intestino delgado.



Figura 3. Tomografía computada multidetector (TCMD) de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso. Se visualiza hernia de Spiegel izquierda con contenido de intestino delgado donde se observa asa aferente dilatada y asa eferente de calibre conservado con presencia de líquido circundante. Se observa también una hernia umbilical asociada.

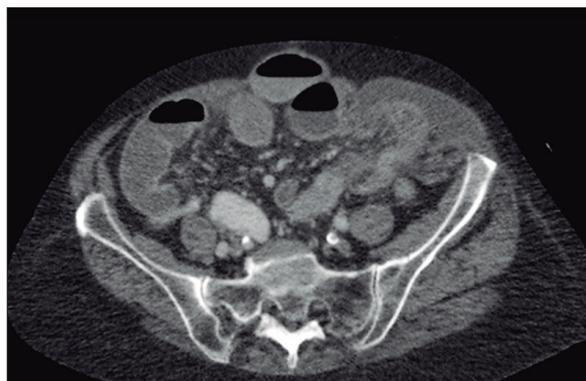


Figura 4. Tomografía computada multidetector (TCMD) de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso. Se visualiza hernia de Spiegel izquierda (área verde) con contenido de intestino delgado donde se observa asa aferente dilatada y asa eferente de calibre conservado con presencia de líquido circundante.

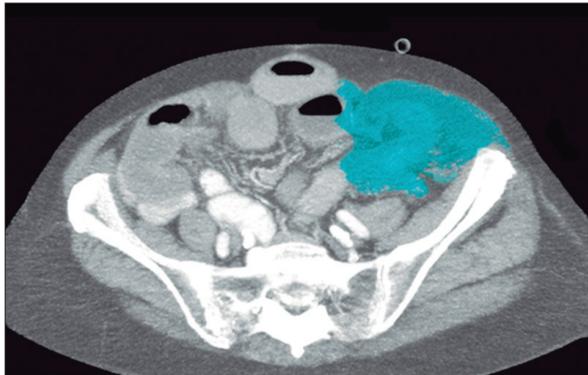
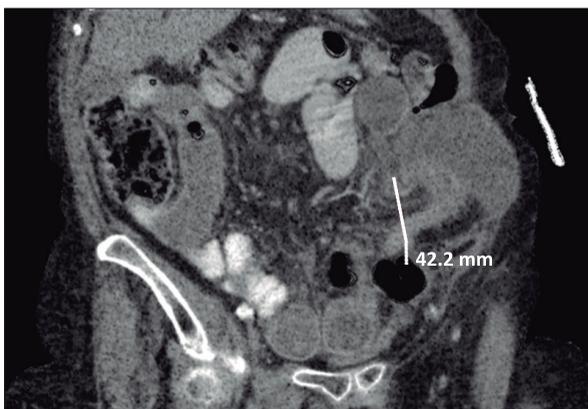


Figura 5. Tomografía computada multidetector (TCMD) de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso. Se visualiza hernia de Spiegel izquierda con contenido de intestino delgado con presencia de líquido circundante. Se identifica el defecto en la línea semilunar izquierda de 42 mm aproximadamente.



Discusión

La hernia de Spiegel es aquella situada en la línea que lleva su nombre y corresponde a la línea de división de las aponeurosis de los músculos anchos del abdomen para formar la vaina de los músculos rectos. La línea semilunar o de Spiegel fue descrita en 1605 por el belga Adrián van der Spiegel, anatomista y profesor de cirugía en la universidad de Padua, donde casi 250 años después Eduardo Bassini realizó la primera herniorrafia inguinal anatómica por vía anterior. En 1764, J. T. Klinkosch describió por primera vez una hernia abdominal en situación lateral al músculo recto, localizada específicamente en la línea semilunar de Spiegel.⁵⁻⁷

El 90% de estas hernias se encuentran en el llamado “cinturón de la hernia de Spiegel”, que es una

franja transversal de entre 0 y 6 cm entre ambas espinas ilíacas. El orificio herniario suele ser pequeño, de un tamaño inferior a los 2 cm en el 75% de los casos, de bordes rígidos, lo que favorece la estrangulación herniaria.¹⁻⁶

Se sitúa generalmente por debajo del músculo oblicuo mayor, atravesando las diferentes capas de la pared abdominal.⁶

La clínica de los pacientes con este tipo de hernia es muy variable e inespecífica. Aparece generalmente una tumoración infraumbilical en el borde lateral del músculo recto, en muchas ocasiones bilateral o acompañada de hernia inguinal. Si no presenta complicaciones, suele ser reductible y aumenta con los esfuerzos. La presentación, como el cuadro agudo del caso que describimos, es infrecuente y se presenta como tumoración dolorosa en los casos de encarcelación, estrangulación u obstrucción intestinal.^{4, 5, 7}

El diagnóstico debe realizarse mediante una buena anamnesis y una exploración física exhaustiva para descartar otro tipo de masas en la pared abdominal. El diagnóstico de presunción es complicado por la difícil exploración de la zona y la baja prevalencia de la patología, por lo que las pruebas de imagen son útiles para el diagnóstico correcto: en primer lugar, la ecografía, sobre todo en situaciones no complicadas, y la tomografía computarizada, que determina la localización y el tamaño del orificio herniario, así como su contenido y estado, mostrando un defecto peritoneal y muscular en el borde lateral de la vaina del recto.^{5, 7}

El tratamiento de la hernia de Spiegel es siempre quirúrgico, debido al gran riesgo de complicaciones. En cuanto a la cirugía electiva, consiste en la reparación del orificio herniario y la realización de una hernioplastia, mediante laparoscopia o técnicas abiertas por vía anterior.⁷

Conclusión

La hernia de Spiegel es infrecuente y constituye el 1% de todas las hernias de la pared abdominal, su forma de presentación habitual es con dolor y/o masa palpable. Un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno son esenciales, ya que presenta un gran riesgo de complicaciones. La TC con contraste oral y endovenoso al igual que, de forma complementaria, la ecografía permiten el diagnóstico y el planeamiento quirúrgico.

Bibliografía

1. Dabbas N, Adams K, Pearson K, Royle G. Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? *JRSM Short Rep* 2011; 19; 2 (1): 5.
2. Webber V, Low C, Skipworth RJE, Kumar S, de Beaux AC, Tulloh B. Contemporary thoughts on the management of Spigelian hernia. *Hernia J Hernias Abdom Wall Surg* 2017; 21 (3): 355-361.

3. Sarriugarte Lasarte A, Martín Ortega H, Arana de la Torre MN, Gutiérrez Grijalba O, García Etxebarria A, Aguirre Etxabe L, *et al.* Apendicitis aguda por hernia de Spiegel encarcelada. *Rev Hispanoam Hernia* 2014; 2 (3): 115-118.
4. Allewaert S, de Man R, Bladt O, Roelens J. Spigelian hernia with unusual content. *Abdom Imaging* 2005; 30 (6): 677-678.
5. Bassi A, Tulandi T. Small bowel herniation through a spigelian defect within 48 hours after laparoscopy. *J Minim Invasive Gynecol* 2013; 20 (3): 392-393.
6. Bastidas JG, Khan AR, LeBlanc KA. Spigelian hernia as a cause of small bowel obstruction. *South Med J* 2010; 103 (6): 567-569.
7. Moreno-Egea A. Controversias históricas de las hernias semilunares: Spiegel frente a Casseri, Klinkosch frente a Mollière. *Rev Hispanoam Hernia* 2014; 2 (3): 119-125.