

Hernia de Spiegel conteniendo colon sigmoides con diverticulitis perforada

L. Moles Morenilla¹, C. Ortiz Saez², R. Martín del Toro³, J. Fernández Morales⁴,
M. Sánchez López⁵

Med Mil (Esp) 1999; 55 (2): 83-85

RESUMEN

Se presenta un caso de hernia de Spiegel encarcelada, que precisó intervención de urgencia, cuyo saco contenía colon sigmoides con diverticulitis perforada, realizándose resección intestinal. Revisamos la literatura y destacamos la importancia de la ecografía y la TC en el diagnóstico preoperatorio de estas raras hernias.

PALABRAS CLAVE: Hernia - Spiegel - sigmoides - diverticulitis.

INTRODUCCIÓN

Hernia de Spiegel es toda protrusión de un saco herniario o grasa preperitoneal, a través de un defecto en la aponeurosis de Spiegel (1). También se denomina hernia ventral lateral espontánea y hernia de la línea semilunar (2, 3).

El anatomista y cirujano flamenco Adrián van der Spiegel (1578-1625) describió la línea semilunar, que representa la transición, de músculo a aponeurosis, en el músculo transverso del abdomen (4). En 1764 J.T. Klinkosh situó específicamente estas hernias de la pared abdominal anterior en la línea semilunar, denominándolas hernias de la línea de Spiegel (5-7).

Es una hernia rara, de difícil diagnóstico clínico, con un porcentaje de encarcelación alto (21,2 %) (1).

Presentamos un caso de hernia de Spiegel encarcelada, operada en nuestro Servicio, cuyo saco herniario contenía colon sigmoides con diverticulitis perforada. Revisando la bibliografía no hemos encontrado referencia de un caso semejante.

Resaltamos la conveniencia de tener presente la posibilidad de hernia de Spiegel en los cuadros de dolor atípico en hemiabdomen inferior, y la gran ayuda de la ecografía y la TC en el diagnóstico preoperatorio.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 81 años, con antecedentes de IAM. hace 11 años y herniorrafia inguinal derecha en dos ocasiones. Desde hace veinte años presenta hernia ventral lateral en fosa ilíaca izquierda,

parcialmente reducible. Ingresa para estudio por aumento del tamaño de la hernia, con dolor intenso, náuseas, vómitos y estreñimiento desde hacía varios días.

A la exploración se apreció un paciente obeso con abdomen blando y depresible, ruidos intestinales normales; palpándose una hernia en fosa ilíaca izquierda, dura, dolorosa e encarcelada. Tacto rectal: ampolla vacía. Análisis sistemáticos de sangre normales, excepto anemia (hematócrito 35%). En la radiografía simple de abdomen no se encontraron hallazgos patológicos. Ante el agravamiento del cuadro clínico se desiste de realizar ecografía o TC abdominal. Se interviene de urgencia con el diagnóstico de hernia de Spiegel encarcelada y probable estrangulación, realizándose una incisión sobre la línea semilunar; tras abrir el músculo oblicuo mayor se encuentra un gran saco herniario en cuyo interior había colon sigmoides de aspecto tumoral estenosante, con afectación de la serosa y gran edema del mesosigma. Se realizó resección segmentaria del sigma, extirpación del saco y colostomía en cañón de escopeta a nivel de colon descendente y reconstrucción parietal en dos planos con material reabsorbible de larga duración. El informe anatomopatológico

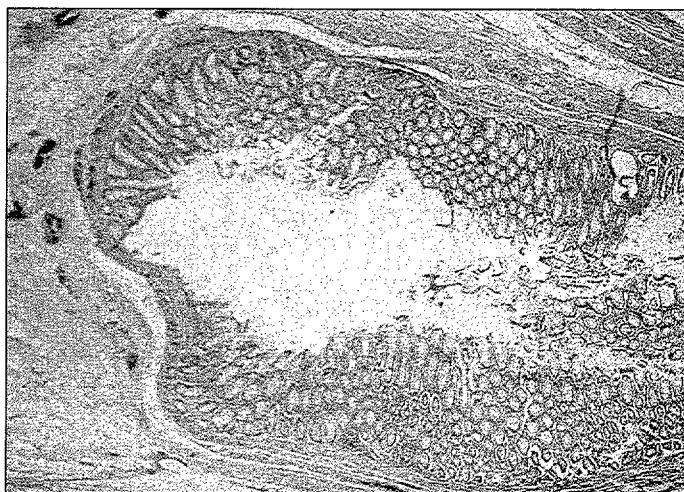


Figura 1. Imagen a pequeño aumento de una formación diverticular de la mucosa colónica. En la zona superior central pueden observarse agregados linfoides en el corion. Hematoxilina-eosina x4.

¹ Cirujano general y de Aparato digestivo.

² Cte. Méd. Cirujano general y de aparato digestivo.

³ Cte. Méd. Cirujano general y de aparato digestivo.

⁴ Cor. Méd. Jefe de Servicio de Cirugía General. Cirujano general y de aparato digestivo.

⁵ Cte. Méd. Anatomopatólogo.

De los servicios de Cirugía General y Anatomía Patológica, Hospital Militar de Sevilla.

Dirección para correspondencia: Dr. Luis Moles Morenilla. Servicio de Cirugía General. Hospital Militar «Vigil de Quiñones» de Sevilla. Avda. de Jerez s/n. 41013 Sevilla.

Recibido: 5 de noviembre de 1998

Aceptado: 9 de mayo de 1999

fue de pieza de resección segmentaria de colon, con diverticulosis-diverticulitis perforada con peritonitis, no encontrándose signos histológicos de neoplasia (figura 1).

A los cuatro meses presentó hernia paraestomal. Es intervenido, realizándose extirpación de segmento de colon, incluyendo la colostomía; anastomosis manual término-terminal y reparación de pared a puntos sueltos en un plano transverso, con material reabsorbible de larga duración.

DISCUSIÓN

La hernia de Spiegel supone menos del 2% de todas las hernias de la pared abdominal (8-10). La edad media de los pacientes es de 51 años (5). Nuestro paciente tenía 81 años. Estas hernias ocurren con igual frecuencia en hombres y mujeres (8). La incidencia es semejante en ambos lados, siendo ocasionalmente bilateral (10). La mayoría de estas hernias son infraumbilicales (5). Las hernias de Spiegel pueden asociarse con otras hernias inguinales o ventrales (6). Presentan una alta incidencia de incarceration (27,3%) (5), como ocurrió en nuestro caso. La línea semilunar tiene una convexidad lateral y se extiende desde el cartílago costal de la novena costilla hasta el tubérculo púbico (7). Se denomina aponeurosis de Spiegel a la parte de la aponeurosis que descansa entre el borde lateral del músculo recto y la línea semilunar (figura 2). Los músculos transverso abdominal y oblicuo interno presentan en ocasiones septos infiltrados de grasa, que separan las fibras musculares. Por debajo del

ombiligo las fibras de ambos músculos son paralelas, creando un riesgo de herniación. La hernia de Spiegel generalmente se sitúa debajo del músculo oblicuo externo. El saco herniario se extiende lateralmente, entre las diferentes capas musculares de la pared abdominal, y por esta razón estas hernias se denominan intersticiales (11).

El contenido del saco suele ser epiplón mayor, intestino delgado o colon; pero puede contener otros órganos como: estómago, vesícula biliar, divertículo de Meckel, apéndice, ovario, apéndice epiploico, leiomioma uterino, endometriosis en el saco, testículo y vejiga urinaria (6). Nuestro paciente presentaba en el saco colon sigmoides encarcelado con diverticulitis perforada (hecho no referido en la bibliografía consultada).

Son factores predisponentes aquellos que producen aumento de la presión intraabdominal: multiparidad, obesidad, esfuerzos musculares repetidos, ascitis, tos crónica (3, 12). Otros factores implicados son parálisis de los músculos de la pared abdominal, rápida pérdida de peso y diálisis peritoneal (8). En nuestro caso la obesidad pudiera ser un factor desencadenante de la herniación.

Los pacientes suelen referir dolor abdominal no específico, que aumenta con los esfuerzos y se alivia con el decúbito. En otras ocasiones están asintomáticos. Cuando consultan por tumoración abdominal, esta generalmente es menor de 5 cm. Ocurre estrangulación con obstrucción intestinal en el 8-14% de los casos (1,4). Nuestro paciente evidenciaba una tumoración herniaria dura, muy dolorosa e irreductible, con náuseas y vómitos; todo ello muy sugestivo de estrangulación, que indicó la intervención quirúrgica urgente.

La radiografía simple es útil cuando hay obstrucción intestinal o cuando se observan imágenes gaseosas de asas intestinales extraabdominales. Los estudios con material de contraste ayudan al diagnóstico cuando hay intestino en el saco herniario, apreciándose que es extraabdominal (1).

La ecografía es un procedimiento diagnóstico muy útil, demostrando el defecto aponeurótico en la vecindad de la línea semilunar, o la presencia de una masa móvil debajo del oblicuo mayor (13-16). La exploración con ultrasonidos permite localizar la situación exacta del orificio herniario, facilitando el abordaje quirúrgico. En el caso presentado no se realizó la ecografía debido a la sospecha de estrangulación y para no demorar el tratamiento quirúrgico.

La TC es la modalidad de imagen de elección, permitiendo la observación del defecto aponeurótico, la localización intraparietal del saco y la identificación del contenido herniario; aportando una información más exacta que la ultrasonografía (12, 17-19).

El diagnóstico diferencial de la hernia de Spiegel debe realizarse con las siguientes lesiones de la pared abdominal: hematomas, seromas, abscesos, tumores desmoides, otras hernias, metástasis, lipomas, sarcomas, fibromas y hemangiomas (13). También deben tenerse presente estas lesiones intraabdominales: apendicitis, colecistitis, trastornos genitourinarios, obstrucción intestinal, quiste de ovario, embarazo ectópico, tumor pélvico, implante tumoral peritoneal, diverticulitis y tumores de colon (7, 14).

El tratamiento es quirúrgico. Cuando la hernia es palpable se realiza una incisión sobre la hernia, abriendo el oblicuo mayor

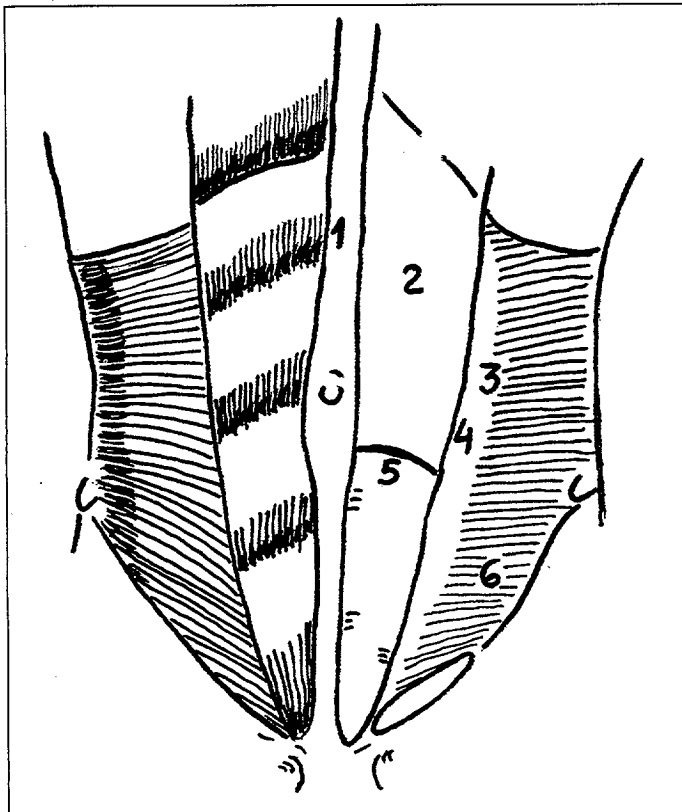


Figura 2. Vista anterior de la pared abdominal. 1. Línea alba; 2. Vaina del recto; 3. Línea de Spiegel; 4. Aponeurosis de Spiegel; 5. Línea semicircular; 6. Músculo transverso.

Hernia de Spiegel conteniendo colon sigmoides con diverticulitis perforada

en la dirección de sus fibras. Se libera de grasa el orificio herniario y se cierra el defecto aponeurótico con material no reabsorbible (2). La laparotomía media es útil en las hernias estranguladas, permitiendo tratar el contenido y el defecto herniario (14); en nuestro paciente esta vía de abordaje hubiera estado perfectamente justificada. Es aconsejable el refuerzo con prótesis en los defectos grandes, cuando la aponeurosis es atrófica y en las recidivas (2). En los últimos años se han comunicado reparaciones por vía laparoscópica, que puede ser útil en los casos de diagnóstico incierto (4,20). La recidiva es poco frecuente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spangen L. Spigelian hernia. *Surg Clin North Am* 1984; 64: 351-366.
2. Isaacson NH. Spigelian hernia. En: Nyhus LM, and Harkins HN (eds). *Hernia*. Philadelphia: J. B. Lippincott Co., 1964, págs. 350-357.
3. Détrie PH. Hernias abdominales laterales (Hernias de Spiegel). En: *Tratado de Técnica Quirúrgica Tomo IX*. Barcelona: Toray-Masson 1972, págs. 181-184.
4. Adell R, Salvador JL, Laguna M, Navarro J, Gilbert J, Escrig J, et al. Hernia de Spiegel. Formas de presentación clínica y alternativas terapéuticas. *Cir Esp* 1996; 60: 22-24.
5. Spangen L. Spigelian hernia. En: Nyhus, LM y Condon RE (eds). *Hernia*, 40 ed. Philadelphia: JB Lippincott Co., 1995, págs. 381-392.
6. Holder LE, Schneider HJ. Spigelian hernias: anatomy and roentgenographic manifestations. *Radiology* 1974; 112: 309-313.
7. Olson R, Davis W. Spigelian hernia: rare or obscure? *Am J Surg* 1968; 116: 842-846.
8. Balthazar EJ, Subramanyam BR, Megibow A. Spigelian hernia: CT and ultrasonography diagnosis. *Gastrointest Radiol* 1984; 9: 81-84.
9. Harrison L, Keesling CA, Martin NL, Lee KR, Wetzel LH. Abdominal wall hernias: Review of herniography and correlation with cross-sectional imaging. *RadioGraphics* 1995; 15: 315-332.
10. Balthazar EJ, Subramanyam BR. Radiographic diagnosis of spigelian hernia. *Am J Gastroenterol* 1983; 78: 525-528.
11. Read RC. Observations on the etiology of Spigelian hernia. *Ann Surg* 1960; 152: 1004.
12. Zaragoza C, Villalba S, Castaño S y Trullenque. Hernia de Spiegel. *Cir Esp* 1996; 59: 165-167.
13. Fried AM, Meeker WR. Incarcerated spigelian hernia : ultrasonic differential diagnosis. *AJR* 1979; 133: 107-110.
14. Novell F, Badia JM, Suñol J. Hernia de Spiegel. *Rev Quir Esp* 1987; 14: 205-208.
15. Fernández L, Roig J, Monzón A, Gómez A, Pellicer JL, Tieso A, et al. Hernia de Spiegel: a propósito de siete casos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1989; 75: 267-270.
16. Pérez J, Alarco A, Bordallo A, Pastor S, Hernández-Siverio N, Herrero A, et al. Hernia de Spiegel. A propósito de diez casos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1989; 76: 321-324.
17. Miller PA, Mezwa DG, Feczko PJ, Jafri ZH, Madrazo BL. Imaging of abdominal Hernias. *RadioGraphics* 1995; 15: 333-347.
18. Apesteguía L, Lecumberri F, Bilbao JI, Aquerreta D, García F, Zornoza G. Tomografía axial computarizada en el diagnóstico de hernia de Spiegel. A propósito de un caso. *Cir Esp* 1985; 39: 1051-1054.
19. Carvajal J, Climent V, Abellán J, García R, Capel A. Hernia de Spiegel. Valor de la tomografía axial computarizada. *Radiología* 1984, 26: 71-73.
20. Salvador J, Laguna M, Adell R, García R, Gilbert J. Reparación de hernia de Spiegel por vía laparoscópica. *Rev Esp Enf Digest* 1995; 87: 759-760.