



11209 7
2ej-

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HERNIA DE SPIEGEL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. JOSE DE JESUS JAIME BAEZ GARCIA

TESIS CON
A S E S O R : PAULA YE ORICIN

Dr. Manuel Arturo Chavelas Lluck

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
MEXICO, D.F.

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

- I.- Introducción.
- II.- Generalidades :
 - 1.- Historia.
 - 2.- Definición.
 - 3.- Incidencia.
 - 4.- Etiología.
 - 5.- Anatomía.
 - 6.- Manifestaciones clínicas.
 - 7.- Procedimientos diagnósticos.
 - 8.- Tratamiento.
- III.- Estudio :
 - 1.- Material y Métodos.
 - 2.- Resultados.
 - 3.- Discusión.
 - 4.- Resumen y Conclusiones.
- IV.- Bibliografía.

I N T R O D U C C I O N

La hernia de Spiegel, o hernia ventral lateral como se le ha nombrado en algunas ocasiones, ha sido considerada desde su descripción original, como una rareza quirúrgica.

Los signos y síntomas de la hernia no son característicos, como lo son con las demás hernias abdominales, que se pueden manifestar por un malestar considerable ó por una obstrucción interna.

Su diagnóstico correcto, es difícil, por varias razones: su rareza, lo que dificulta su sospecha, su sintomatología inespecífica, - sus pocos datos a la exploración física y la falta de pruebas diagnósticas eficaces para tal fin.

El tratamiento de la hernia es quirúrgico, por la alta incidencia de estrangulación.

HISTORIA

Es interesante saber que esta hernia lleva el nombre de un hombre quien nunca la describió. Adrian van der Spiegel (Adrianus Spigelius) fue un anatomista flamenco nacido en Bruselas, quien vivió de 1578 a 1625, estudió en la Universidad Italiana de Padua bajo la tutela de Fabricius de Aquapendente. Después de recibir su doctorado, fue profesor de Anatomía y Cirugía en esa Universidad por muchos años, siendo el primero en describir la línea semilunar del abdomen y el lóbulo caudado del hígado. Trabajos publicados veinte años después de su muerte, con el nombre en latín de Spigelius, por Johan Blaev de Amsterdam. La Chausse en 1746 fue el primero en dividir las hernias ventrales en grupos separados, incluyeno la hernia de la línea semilunar. Aunque él creía que éste tipo de hernia tenía un origen traumático. No fue hasta que Klinkosch en 1764, reconoció la naturaleza espontánea de éstas hernias y las nombró Hernia de la línea de Spiegel como se les conoce hasta la actualidad.

DEFINICION

La línea semilunar (de Spiegel), se define como la línea que forma y señala la transición dorsal de músculo a aponeurosis en el músculo transverso del abdomen; es una línea lateral convexa entre el arco de las costillas y la espina del pubis. La parte de aponeurosis localizada entre la línea semilunar y el borde externo del músculo recto recibe el nombre de aponeurosis o zona de Spiegel. Aunque la designación más correcta es aponeurosis de Spiegel, la "fascia" de Spiegel tiene amplia aceptación, (fig.1).

Se designa como Hernia de Spiegel, a la protusión de un saco peritoneal, órgano o grasa preperitoneal a través de un defecto congénito o adquirido en la aponeurosis de Spiegel, (1).

Las hernias que penetran en la parte de la aponeurosis interna en el borde de la vaina del recto se conocen como hernias intravaginales. Generalmente, el término de "hernia de Spiegel" se refiere a la que se sitúa por arriba de los vasos epigástricos inferiores. Los defectos que penetran la aponeurosis de Spiegel por debajo de éstos vasos se les designan hernias de Spiegel inferiores. Las hernias de Spiegel que se encuentran entre las diferentes capas musculoponeuróticas de la pared abdominal también se clasifican en interparietales, intramusculares o intramurales (fig.2). Se les ha denominado hernias ocultas porque la palpación en estos sitios es difícil. (2).

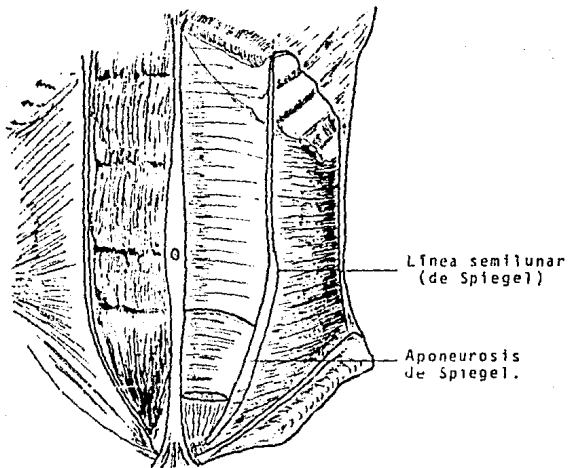


Fig.1

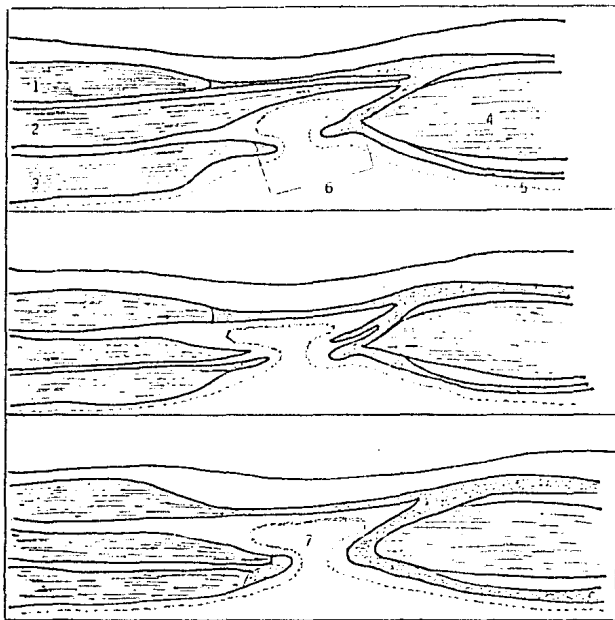


Fig.2 Sección transversal esquemática de la pared abdominal anterior arriba de la línea semicircular.
1.-oblicuo externo,2.-oblicuo interno,3.-transverso del abdomen,4.-recto mayor del abdomen,5.-aponeurosis transversal, 6.-aponeurosis de Spiegel,7.-hernia de Spiegel.

El término "cinturón de hernia de Spiegel"(fig.3), describe un cinturón transversal situado entre 0 y 6 cm arriba del plano interespinal (el plano horizontal que pasa por las espinas iliácas anterosuperiores). En este sitio la aponeurosis de Spiegel es más ancha y el 90% de las hernias se localizan dentro de este cinturón, El plano umbilical es el plano horizontal que pasa por el ombligo, (1).

La hernia de Spiegel desde su descripción original ha recibido diferentes denominaciones entre los que podemos mencionar están: Hernia intersticial de la línea semilunar, hernia parainguinal intersticial, hernia abdominal directa, hernia del tendón conjunto y hernia ventral -- lateral, (3).

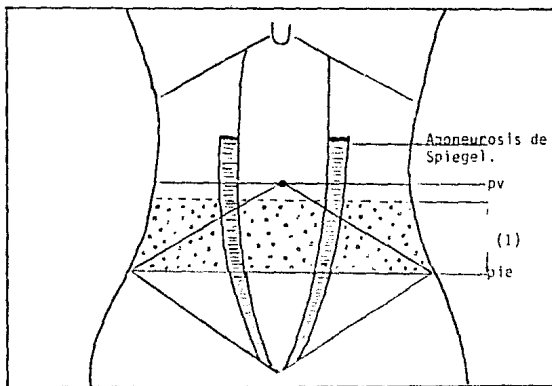


Fig.3 "Cinturón de hernia de Spiegel" (1)
pv = plano umbilical. pie = plano interespinal.

I N C I D E N C I A

Las hernias de Spiegel, como se mencionó anteriormente son muy raras, Spangen (4), haciendo una revisión de la literatura médica mundial encontró sólo 744 pacientes intervenidos de ésta patología hasta 1984, en la actualidad creemos que la cifra no ha llegado a más de 800 casos, ya que ha sido tema de numerosos trabajos, pero pocos son los autores que -- mencionan casos propios y en mayor cantidad (tabla 1). En esa revisión se especificó la edad en 438 casos, el sexo en 529 y la ubicación en 564. La media de las edades fue de 50 años (49.5 para las mujeres y 50.5 para -- los hombres); 308 fueron mujeres y 221 hombres (con relación de mujeres a hombres de 1.4:1). Hubo 290 hernias de lado derecho, 250 de lado izquierdo y 24 bilaterales (D:I=1.16:1). Diez pacientes tenían más de un hernia del mismo lado, y la mayor parte de éstas se localizaban por debajo del ombligo y sólo 28 arriba de ese nivel. (4). Se hicieron correcciones de hernia de Spiegel en pacientes de todas las edades desde los seis días hasta -- 94 años, (4). La encarcelación en el momento de la cirugía ocurrió en 69 de 325 pacientes (21.2%). En 15 enfermos el saco herniario era subcutáneo en la mayoría de éstos la hernia estaba situada entre las capas musculo--aponeuróticas de la pared abdominal anterior. El contenido del saco puede ser epiplón mayor, intestino delgado o colon, la presencia de otros órga--nos es poco frecuente (tabla 2). La hernia de Spiegel puede estar sólo -- formada por grasa preperitoneal. Sólo se han reconocido seis casos de re--currencia posterior a la cirugía. (5)

Tabla 1

Estudios publicados con mayor número de casos de hernia de Spiegel.

REFERENCIA	PERIODO	No.DE CASOS.
Stuckej	1951 - 1971	43
Houlihan	1963 - 1974	31
Spangem	1974 - 1984	30
Weiss	1969 - 1974	10
Read	1956 - 1959	8
Singer	1961 - 1971	8
Olson	1966 - 1968	6
Estudio	1985 - 1987	7

(4)

Tabla 2

Contenidos poco frecuentes encontrados en el saco de las hernias de Spiegel.

REFERENCIA	CONTENIDO DEL SACO	No. PACIENTES
Kirschberger (1867)	Vesicula biliar	1
Ferrand (1883)	Apéndice estrangulado	1
Schoofs (1895)	Testículo	1
Cullen (1911)	Ovario	1
Massabuau (1933)	Divertículo de Meckel	1
Belluzzi (1957)	Estómago	1
Benjamin (1966)	Cintillas del colon	1
Hibbard (1966)	Endometriosis	1
Nadjafi (1967)	Apéndices epiploicos	1
Louw (1981)	Leiomioma uterino	1
Nauta (1986)	Apéndice con Enf.de Crohn	1

(4 y 14)

ETIOLOGIA

Aunque se conocen algunos casos de hernias congénitas, se considera que la mayoría de ellas son adquiridas, esto por la asociación con -- hernias umbilicales, epigástricas, inguinales y femorales que existe (4).

Existen factores predisponentes para el desarrollo de éste --- tipo de hernias, ya sean por debilidad de la pared abdominal, tal es el caso de la senilidad, la obesidad, el embarazo, la ascitis, la cirugía abdominal - previa y muy controversial, la pérdida reciente de peso; Por aumento de la presión intraabdominal como es el esfuerzo físico, la neumpatía obstructiva crónica, la constipación, uropatía obstructiva y la obstrucción intestinal. Quedando por último los factores de tipo anatómico propios de la ---- pared abdominal(6).

No se sabe con certeza por qué el área que rodea la intersec-- ción de la línea semicircular con la semilunar presenta predisposición a la debilidad y a la formación de hernias. En esta región no existe un ---- canal para el paso de nervios o vasos sanguíneos, tampoco existe ningún -- orificio congénito con posibilidad de debilitarse, como el que hay a nivel del ombligo o en las regiones inguinales. Falta el refuerzo de la vaina -- posterior del recto anterior del abdomen en el área por debajo de la línea semicircular, y no es concebible que factores como los mencionados anterior-- mente se combinen debilitando esta parte de la pared abdominal. Esto permiti-- ría que una porción de grasa peritoneal o un saco herniario pasen a tra-- vés de las capas de la pared abdominal de los músculos transversos y oblicuos internos que conforman en ese sitio la pared abdominal. Reac (5) ha resumido las causas por las que la ordenación habitualmente protectora de la muscu-

-latura de la pared abdominal fallan.Considera que la herniación,que puede ser múltiple o bilateral,tiene lugar a través de defectos creados por tabiques fibroadiposos,que infiltran los microtendones de las fibras del músculo oblicuo interno cuando se insertan en la vaina del recto.La revisión de las evidencias aportadas por Zimmerman en 1940 permitió a Read - defender su teoría;Zimmerman demostró que en la disección de 100 mitades corporales,45 presentaron un defecto en el músculo transverso o en el -- oblicuo interno.En 10 mitades existía un defecto en ambos músculos.Otras teorías,que implican a agujeros vasculares (Sir Astley Cooper,1804),como la causa de la debilidad de la pared abdominal,no son bien aceptadas(5).

A N A T O M I A

Las hernias de Spiegel son en realidad protrusiones a través de la línea semilunar, una línea que tradicionalmente ha marcado el borde externo del músculo recto y que se extiende desde el extremo del noveno cartilago costal hasta el tubérculo del pubis. Esta línea también fué descrita como el punto de división del músculo oblicuo interno en las capas anterior y posterior que encierra al músculo recto. La línea también fue considerada como una banda de fascia o como el punto de transición entre el músculo transverso del abdomen y sus vainas musculoaponeuróticas(7).

Las hernias de Spiegel son raras en la parte superior del abdomen. El vientre muscular formado por el transverso del abdomen se extiende hasta el borde lateral del músculo recto y en esta región no hay aponeurosis de Spiegel, por tanto, a este nivel la herniación a través de la aponeurosis transversal será intravaginal. En dirección craneal a la línea semicircular (línea de Douglas), la aponeurosis del músculo transverso del abdomen se divide en dos capas que se incorporan a las láminas anterior y posterior de la vaina del recto. Esta división ocurre en el interior de la aponeurosis de Spiegel y por tanto, estará formada por dos láminas; la dorsal se adelgaza al aproximarse a la línea semicircular. Así, la parte interna de dicha aponeurosis es más débil en los últimos centímetros en dirección craneal a la línea de Douglas, lo cual es una de las razones de que la mayor parte de las hernias de Spiegel se localicen en este sitio. En la dirección caudal a esta línea todas las fibras corren de la aponeurosis transversal hacia la lámina anterior de la vaina del recto y la aponeuro-

-sis de Spiegel vuelve a formarse por una sola capa.El músculo oblicuo externo es aponeurótico en la parte ventral de la aponeurosis de Spiegel -- durante todo su trayecto.La hernia penetra ambos músculos:transverso del abdomen y oblicuo interno.La capa entre los dos músculos oblicuos es laxa y suele actuar como capa de deslizamiento.En este espacio el saco herniario puede extenderse con facilidad,lo cual explica su aspecto característico en forma de hongo.Puesto que el espacio es mayor en los lados,las -- hernias de Spiegel,grandes siempre,son accesibles a la palpación en sentido lateral a la aponeurosis de Spiegel.La hernia no suele abrirse camino entre los músculos transverso del abdomen y oblicuo interno,ni tampoco el saco herniario penetra la aponeurosis del músculo oblicuo externo y ocupa una posición subcutánea.Por lo general,el orificio herniario es triángulo -oval o redondo de bordes bien definidos y rígidos.La mayor parte de las hernias son pequeñas,con diámetros entre 0.5 a 2.0 cm,aunque en algunos -pacientes se han encontrado hasta de 14 cm.(4).

MANIFESTACIONES CLINICAS

El síntoma más común de la hernia de Spiegel es dolor de tipo, intensidad y ubicación variables; en los casos sin incarceration suele considerarse de naturaleza funcional. Muchas veces, al principio, el dolor es intermitente; los pacientes pueden señalar con precisión su ubicación y -- muchos lo comparan a una neuralgia. Más tarde, se torna constante y se hace difuso, sordo y tirante que no puede ser localizado con precisión. Las --- maniobras de Valsalva intensifican el dolor. Los síntomas son variables -- porque pueden afectar diferentes órganos o formar el contenido del saco - herniario. Un factor decisivo es si la hernia es reductible o no. Si el -- paciente antes observó una tumefacción local, ésta puede tener valor diagnóstico, (4); cuando existe dolor y no se ve ni se palpa una masa, el diagnóstico puede ser dificultoso, en cambio, cuando existen síntomas y signos de compromiso de viabilidad intestinal, puede tratarse de una estrangula-- ción herniaria tipo Richter. Sin tratamiento o sin diagnóstico puede evolu-- cionar a la perforación intestinal, a la formación de un absceso de la --- pared abdominal o de una fistula, (5).

Lo más importante para llegar al diagnóstico es tener en mente siempre la posibilidad de una hernia de Spiegel, por eso, Cotter (1946), -- creyó que este tipo de hernia era más frecuente de lo que se pensaba y -- que podría ser una causa ocasional de dolor abdominal (5).

En la exploración física, la resistencia de la pared abdominal o el orificio herniario palpable son signos clínicos importantes, pero la

exploración es difícil debido a la ubicación intraperitoneal tan frecuente de estas hernias. Si la hernia provoca una resistencia que puede palparse el diagnóstico suele ser fácil siempre y cuando se piense en la posibilidad de una hernia. Cuando es posible regresar a la cavidad abdominal la resistencia palpada, el diagnóstico es más claro. Un factor que complica el diagnóstico clínico de la hernia palpable es que esta muchas veces disecciona su camino entre los dos músculos oblicuos en dirección lateral y por tanto, la resistencia palpable estará ubicada más lateral que la aponeurosis de Spiegel, (4).

La sensibilidad dolorosa durante la palpación no es patognómica de la hernia de Spiegel, pero sí ofrece un método útil de exploración somera. Los pacientes que a la palpación no presentan sensibilidad localizada en la aponeurosis de Spiegel no tienen hernia de Spiegel, en tanto -- que aquéllos con signo positivo podrían sufrir una hernia de este tipo, (4).

La hernia de Spiegel puede ser confundida con otras patologías como : seromas, hematomas, abscesos, tumor desmoide, lipoma, sarcoma, hernia encarcelada, miotendinitis, hernia inguinal, colecistitis, diverticulitis, ameboma, cáncer de colon, litiasis vesical, tumor de ovario, etc. (5).

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

La comprobación preoperatoria del diagnóstico es básica para realizar el tratamiento adecuado (6).

En radiografía, los métodos empleados para el diagnóstico de la hernia de Spiegel cabe señalar el examen abdominal simple, el cual nos muestra cambios inespecíficos de patrón obstructivo mínimos. En caso de la sospecha, se sugiere la proyección oblicua posterior ya sea derecha o izquierda. Los estudios con medio de contraste, son más específicos si la hernia posee asas intestinales en su interior, tipo Richter, pudiéndose demostrar el contorno intestinal a nivel extraabdominal (8). Se puede intentar la herniografía con material de contraste, pero su exactitud es muy deficiente (4).

La exploración mediante ultrasonido fue inicialmente utilizada por Spangen (9). Es un valioso auxiliar en el diagnóstico de la hernia de Spiegel, tanto palpables como no palpables, observando un defecto en la línea del eco reflejado por la aponeurosis, debido a ello, el intestino subyacente provoca un eco fuerte si se halla en contacto con el orificio herniario (foto 1). La exploración se hace con el paciente en posición supina con los músculos abdominales relajados. El examen se inicia con barridos parasagitales, empezando del lado externo de la vaina del recto y continuando en sentido lateral, después se agregan exploraciones transversales. Los barridos deben ser bilaterales para obtener vistas comparativas (4). Con estas proyecciones se aprecian de una a cuatro capas ecogénicas bien definidas; la grasa, la cual corre paralela a la piel y representa tejido subcutáneo; la grasa preperitoneal y peritoneo; el músculo y --

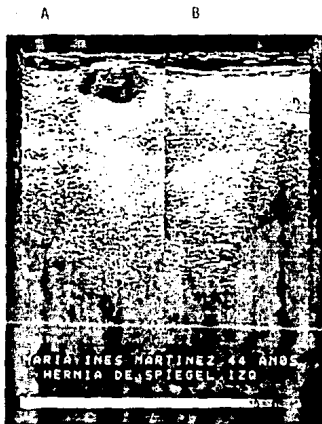


Foto i

Ultrasonografía de la pared abdominal.
A = hernia de Spiegel encarcelada, con
intestino delgado en su interior.
B = Estudio comparativo contralateral.
(normal).

la fascia del mismo (10).

El orificio herniario en la anoneurosis de Spiegel puede ser visualizado mediante tomografía computarizada. Por medio de éste estudio se puede delimitar perfectamente todas las capas de la pared abdominal y el defecto en alguna de ellas, además, de valorar la presencia del saco herniario (11). El estudio se realiza con secciones delgadas y cercanas -- dentro de un área limitada. La exploración con TAC proporciona más información que la ultrasonografía en el estudio de resistencia de la pared abdominal y debido a las diferentes características tisulares, al formarse la imagen tomográfica, se puede realizar el diagnóstico diferencial -- entre hernia de Spiegel y hematoma de la vaina del recto, adherencias, etc. La desventaja que se tiene con éste procedimiento y la ultrasonografía -- estriba en su elevado costo (4).

Muchas hernias de Spiegel permanecen sin diagnosticar hasta -- realizar una laparotomía exploradora, efectuada por causa de dolor de --- tipo confuso o por incarceration, (4).

T R A T A M I E N T O

Comparado con su diagnóstico, el tratamiento de la hernia de Spiegel es simple y de índole quirúrgico. En el caso de una hernia palpable se recomienda una incisión transversal con la cual es fácil detectar la hernia después de dividir la aponeurosis. Entonces se procede a regresar el contenido herniario a la cavidad abdominal, luego se hace la extirpación del saco y el cierre del defecto en las capas anatómicas. El defecto aponeurótico en la aponeurosis de Spiegel se corrige con suturas no absorbibles utilizando suturas absorbibles para las otras capas. Cuando se utiliza la incisión transversa, también debe hacerse una incisión corta en la lámina anterior de la vaina del recto. Estas incisiones descubren mejor la aponeurosis de Spiegel y la parte adyacente de la lámina posterior de la vaina del recto, reduciendo el riesgo de pasar por alto una hernia intravaginal. Así también pueden encontrarse defectos de la lámina posterior de la vaina del recto que deben ser reparados. Cuando la hernia y el orificio herniario no son palpables se recomienda hacer una disección preperitoneal a través de una incisión en la línea media o paramedial. La disección preperitoneal se continúa hasta la aponeurosis de Spiegel, esto permite explorar gran parte de la misma. Para facilitar la localización de la hernia puede efectuarse una disección subcutánea anterior a la aponeurosis de Spiegel que permitirá realizar la palpación bidigital. Debido a las numerosas opiniones de que la grasa preperitoneal le abre camino a la hernia de Spiegel se recomienda eliminar esta grasa de la parte que rodea el orificio herniario (fig 3)(4).

MATERIAL Y METODOS.

Durante un periodo de 18 meses (julio de 1985 a enero de 1987) se realizaron 380 intervenciones quirúrgicas por hernias de la pared abdominal en el Hospital General de Zona #1 "Gabriel Mancera" del IMSS, de las cuales 7 de ellas (1.8%), correspondieron a hernias de Spiegel.

De los 7 casos, cinco correspondían al sexo femenino y dos al sexo masculino. Las edades fluctuaron entre 27 y 75 años, con una edad promedio de 52 años.

Todos ellos presentaban factores predisponentes para hernia de Spiegel, destacando el aumento de presión intraabdominal y la debilidad de la pared. Así como por su origen, la asociación a otros tipos de hernias. (cuadro 1).

El tiempo de evolución de los pacientes fluctuó desde los 8 meses hasta los 20 años, Presentándose en un caso, el cuadro clínico con carácter de urgencia por obstrucción intestinal (hernia de Richter).

Desde el punto de vista clínico, la sintomatología en tres pacientes fue la detección de una masa y en los otros cuatro la presencia de dolor a nivel de la pared abdominal, de tipo, intensidad y ubicación variable.

Los diagnósticos de envío de los pacientes a nuestro servicio fueron: absceso de pared, tumor desmoide, lipoma, hernia inguinal no complicada, hernia inguinal encarcelada, cáncer de colon y tumor abdominal. A todos los pacientes se les efectuó interrogatorio, exploración física, estudios de laboratorio y de gabinete en forma preoperatoria.

Cuadro 1

FACTORES PREDISPONENTES

PACIENTE No.	EDAD	SEXO	PERDIDA DE PESO	ESFUERZO FISICO	OBESIDAD	CONSTIPACION CRONICA	CIRUGIA PREVIA	HERNIA ASOC.
1	53a.	F		*				
2	75a.	F			*	*		*(b)
3	27a.	F				*		
4	50a.	F		*	*		*(a)	
5	52a.	M		*	*	*		
6	49a.	F			*	*	*(a)	*(c)
7	70a.	M	*			*		*(d)

(a) cesárea; (b) hernia umbilical e inguinal; (c) hernia inguinal;

(d) hernia umbilical.

En la exploración física detectamos en 4 pacientes, sensibilidad dolorosa y tumor palpable no reductible, en otros dos, sensibilidad dolorosa y tumor palpable reductible, en el caso restante, hubo datos de abdomen agudo secundario a obstrucción intestinal.

El diagnóstico clínico fué de certeza en 5 pacientes, por medio de métodos auxiliares de diagnóstico (radiología simple y contrastada ó -- ultrasonografía) existió sospecha diagnóstica de hernia de Spiegel, misma que fue confirmada durante la exploración quirúrgica (fotos 2 y 3).

El tratamiento en los 7 pacientes fue quirúrgico, en seis, fue en forma electiva y en uno de carácter de urgencia.

En relación al procedimiento quirúrgico efectuado, en 5 pacientes se realizó una incisión abdominal transversa, en otro una media con disección preperitoneal y en el último, una incisión media para abordaje intraabdominal. En 6 pacientes el saco herniario fue invaginado y en uno se resecó haciendo la reparación del defecto herniario con material de sutura absorbible (poliglactina 910 y ácido poliglicólico) en 6 pacientes y en el restante se utilizó material de sutura no absorbible (seda); el tipo de técnica de sutura fue con puntos simples separados en 4 pacientes y con surgete continuo en 3 (cuadro 2 , fotos 4 y 5).

También durante la reparación de la hernia de Spiegel se efectuó dos plastias inguinales, dos umbilicales y una resección de intestino delgado (hernia de Richter) con anastomosis término-terminal.



Foto 2 Enema baritado .Epiplón incarcerated.
(hernia de Spiegel derecha).



Foto 3 Ultrasonido. hernia de Spiegel
derecha tipo Richter.



Foto 4 Exploración de la aponeurosis de Spiegel.



Foto 5 Exploración del saco de la hernia de Spiegel.

Cuadro 2

TRATAMIENTO QUIRURGICO

PACIENTE	INCISION	MANEJO DEL SACO	REPARACION DEL DEFECTO	MATERIAL DE SUTURA
1	Transv. Izq.	Invaginación	puntos continuos	Poliglactina 2/0
2	Transv. Izq.	Invaginación	puntos separados	Poliglactina 2/0
3	Transv. Izq.	Invaginación	puntos separados	Poliglactina 1/0
4	Transv. Ier.	Invaginación	puntos separados	Poliglactina 1
5	Transv. Der.	Invaginación	puntos continuos	Poliglactina 1/0
6	Media Prep.	Invaginación	puntos continuos	Poliglicólico 2/0
7	Media Laparo.	Resección	puntos separados	Seda 1

RESULTADOS

En los 7 pacientes intervenidos por hernia de Spiegel, todas se localizaron a nivel del cinturón de Spiegel (100%), cuatro de ellas eran derechas y tres izquierdas. Sin evidencia de hernia bilateral ni unilateral múltiple.

El saco herniario en todos los pacientes era de tipo intersticial, con una variación en el diámetro del anillo herniario de 2 a 5 cm y del saco herniario de 2 a 10 cm. El contenido del saco herniario en tres pacientes correspondió a grasa preperitoneal, en dos a epiplón mayor y en otros dos a intestino delgado (uno de ellos con hernia de Richter que -- ameritó resección intestinal). La incarceration estuvo presente en 5 de los pacientes, en los otros dos, el tumor era palpable pero reducible. --- (ver cuadro 3).

El tiempo de estancia hospitalaria posterior a la intervención quirúrgica por hernia de Spiegel varió de uno a ocho días. Ninguno de los pacientes presentó morbilidad ni mortalidad postoperatoria.

El seguimiento postoperatorio de los pacientes fue de 6 meses a 2 años (excepto un caso que se perdió su contacto posterior al Sismo de 1985), el resto de los pacientes hasta el momento actual se encuentran asintomáticos, sin evidencia clínica de recidiva y en control periódico a través de la consulta externa del servicio de Cirugía General.

Cuadro 3

HALLAZGOS OPERATORIOS

PACIENTE No.	CINTURON DE SPIEGEL	ANILLO	SACO	CONTENIDO HERNIARIO	INCARCELADA
1	Izq.	2 cm	5 cm	G. Preperitoneal	Si
2	Izq.	2 cm	4 cm	G. Preperitoneal	Si
3	Izq.	2 cm	3 cm	G. Preperitoneal	Si
4	Der.	5 cm	10 cm	Epiplón Mayor	Si
5	Der.	4 cm	6 cm	Intestino Delg.	No
6	Der.	3 cm	2 cm	Epiplón Mayor	No
7	Der.	3 cm	5 cm	Intestino Delg.	Si (a)

(a) hernia tipo Pichter.

DISCUSION.-

De todos es sabido que las hernias de Spiegel son una rareza quirúrgica, lo cual está en relación a diversos factores ya descritos con anterioridad y por tal motivo, continúan siendo un reto para cualquier cirujano.

Read (5) en su amplia revisión del tema, hace mención al excelente trabajo de Zimmerman (1944), quién informó que el factor etiológico más importante y con mayor aceptación hasta la actualidad, radica en la estructura musculoponeurótica de la aponeurosis de Spiegel y de la parte ventral de la misma. Siendo ésto corroborado en nuestros pacientes al ser intervenidos.

Balthazar (8) en su estudio, reporta una frecuencia del 1 al 2% de éste tipo de hernias, dentro de las consideradas raras. En nuestro trabajo, los siete casos, correspondieron al 1.8% del total de las hernias intervenidas.

Stuckej (12), reportó 43 hernias intervenidas en un periodo de 20 años (1951 a 1971); Spangen (4), en su experiencia personal, intervino 25 hernias en 24 pacientes, durante dos años y medio (1974 a 1976), nosotros operamos a 7 pacientes en el lapso de un año y medio (todos por el mismo equipo quirúrgico), lo cual nos indica que la rareza de la entidad no es tal, siempre y cuando la tengamos en mente.

Spangen, en su mismo trabajo, menciona que la frecuencia es mayor en el sexo femenino que en el masculino (relación de 22:2), nosotros obser-

-vamos una relación de 5 a 2 entre mujeres y hombres, lo cual difiere a lo escrito en la literatura mundial, quienes indican que la incidencia es igual en ambos sexos.

Spangén menciona que el 90% de las hernias se localizan dentro del cinturón de Spiegel, nosotros encontramos el 100% de ellas dentro de esta área. Y Baltazar reportó que el 21.2% de las hernias se encontraban encarceladas durante la intervención quirúrgica, de nuestros 7 casos, cinco de ellos presentaron encarcelación. Read hace mención en su revisión literaria la existencia del 19.4% de hernias bilaterales ó múltiples unilaterales, lo cual no fue posible comprobar en nuestro trabajo; lo que si fue similar en el estudio de Spangén y el nuestro es la mayor incidencia de hernia del lado derecho en relación al izquierdo.

En cuanto a la sintomatología y los datos encontrados durante la exploración física ha existido una verdadera gama de aportaciones en la literatura, con diagnósticos diferenciales de lo más imaginativos, pero en lo que se refiere a la sensación de dolor y a la palpación de una masa ha existido cierta disparidad, Spangén en su estudio encontró dolor en 22 pacientes y una hernia palpable sólo en dos casos, nosotros encontramos el dolor y la tumefacción local en el 58% y 42% respectivamente, de los casos estudiados.

Nelson (10) hace alusión a la utilidad de la ultrasonografía como método de estudio diagnóstico en los pacientes con dolor abdominal y con sospecha de hernia de Spiegel, reportando tres casos ejemplares al respecto, y en base a los antecedentes ya descritos por Spangén en su trabajo publicado en 1975, en donde la certeza diagnóstica por éste medio es del 86%. En nuestro estudio, en dos casos la ultrasonografía sirvió para el ---

diagnóstico, corroborándose por cirugía y en los otros casos la evidencia clínica fue suficiente para lograrlo.

Papierniak (11) reportó un caso en que el diagnóstico se obtuvo - por medio de tomografía axial computada, confirmando lo descrito por Vas W (13) en la utilidad preoperatoria de éste procedimiento diagnóstico en los casos de sospecha de hernia de Spiegel, nosotros no tuvimos experiencia al respecto por no haber necesidad de llegar a ello, sólo que hubiera sido con fines académicos.

Lo más interesante de éste estudio es el tipo de técnica quirúrgica utilizada, la cual no difirió en cuanto a las incisiones ya planteadas en la literatura mundial, pero sí en cuanto al tipo de material de --- sutura empleado, ya que sólo en un caso, se siguió con los preceptos establecidos y en los seis restantes utilizamos material absorbible de diverso calibre , así como en el manejo del saco herniario, en donde lo que hicimos en seis pacientes fue invaginarlo junto con su contenido, a diferencia de la resección establecida en la técnica quirúrgica tradicional.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

Se estudiaron 7 casos de hernia de Spiegel, intervenidos en el Hospital General de Zona # 1 "Gabriel Mancera" del IMSS, en un período de un año y medio (1985 a 1987).

Cinco pacientes eran del sexo femenino y dos del masculino, con una edad promedio de 52 años; un tiempo de evolución promedio de un año y presentando el 58% dolor y el 42% tumefacción local.

La evidencia clínica fue suficiente para llegar al diagnóstico en 4 casos, en los 3 restantes, a base de radiología y ultrasonografía se tuvo sospecha diagnóstica, la cual se corroboró durante el acto quirúrgico sin dificultad.

Seis intervenciones fueron electivas y una de urgencia por datos de oclusión intestinal aguda por hernia encarcelada tipo Richter.

El tratamiento quirúrgico fue modificado en seis pacientes, con la utilización de material de sutura absorbible, puntos en surgete continuo e invaginación del saco herniario y su contenido; en el caso restante, se efectuó el procedimiento clásico de reparación.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria en todos los --- casos, el seguimiento de los pacientes fue durante 2 años, excepto en uno - de ellos que perdimos contacto después del Sismo de 1985.

De esta manera podemos concluir con nuestro trabajo, que la hernia de Spiegel, no es tan rara como se ha reportado en la literatura médica mundial, que en un momento dado, será difícil diagnosticarla si no se sospecha en ella, agregando que con el avance tecnológico en los procedimientos de diagnóstico, éstos pueden influir en diagnosticar hernias de Spiegel asintomáticas y que la técnica de reparación y el material utilizado no influye en su recurrencia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Spangen,L.:Spigelian Hernia. Acta Chir. Scand.,Suppl.462, 1976.
- 2.- Olson,R.O.,and Davis,W.C.:Spigelian hernia:Rare or obscure? Am. J. Surg.,116:842-845,1968.
- 3.- Bertelsen,S.:The surgical treatment of Spigelian hernia. Surg. Gynecol. Obstet.,122:567-572,1966.
- 4.- Spangen,L.:Hernia de Spiegel. Clin. Quir. Nort.Am. 2:341-355,1984.
- 5.- Read,R.C.: Spigelian hernia. Nyhus,L.M.,and Condon,R.E. (eds.): Hernia. Philadelphia,J.B. Lippincott Co.,1978,pp. 375-382.
- 6.- Pollak R. and Nyhus L.M.: Hernias de Spieghe1. Schwartz,S.I. and Ellis,H. (eds.):Operaciones Abdominales (Maingot 1). Panamericana 8va.Ed.,1985,pp.311-314.
- 7.- Condon,R.E.:Surgical Anatomy of the Transversus Abdominis and Transversalis Fascia. Ann. Surg. 173:1-5,1971.
- 8.- Balthazar,E.J. and Subramanyam,B.R.:Radiographic Diagnosis of Spigelian Hernia. Am. J. Gastroenterol.,78:525-528,1983.
- 9.- Spangen,L.:Ultrasound as a diagnostic aid in ventral abdominal hernia. J. Clin. Ultrasound, 3:211,1975.
- 10.- Nelson,R.L.,Renigers,S.A.,Nyhus,L.M. et al:Ultrasonography of the abdominal wall in the diagnosisi of spigelian hernia. Am Surg.,46:373-376,1980.

- 11.- Papierniak, K.J., Wittenstein, B., Bartizal, J.F., et al.
:Diagnosis of Spigelian Hernia by Computed Tomography.
Arch. Surg., 118:109-110, 1983.
- 12.- Stuckej, A.L., Lutjko, G.D. and Tivarovskij, V.I.: Hernias
of the Spigelii line. Tsitologija, 15:10-13, 1973.
- 13.- Vas, W., Nguyen K.T., Cockshott W.P.: Computed tomography
diagnosis of spigelian hernia. Diagn. Imaging, 49:326 -
329, 1980.
- 14.- Nauta, R.J., Heres, E.K., Walsh, D.B.: Croh's appendicitis in
an incarcerated spigelian hernia. Dis Colon Rectum, 29:
659-661, 1986.