

Hernia de Spigel estrangulada

Dres. Agustín Fronzuti, Alfredo Armand Ugón y Elbio Zeballos*

A propósito de una observación de hernia de Spigel estrangulada los autores efectúan una revisión de la casuística. Hacen consideraciones anatómicas, etiológicas y de incidencia. Destacan las dificultades diagnósticas de este tipo de hernia abdominal.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Abdominal Wall / Spigelian Hernia.

Traemos a consideración este caso, dado lo poco frecuente que es este tipo de hernia y la complicación por ella sufrida. Corroborado por las pocas comunicaciones que hay sobre el tema, en la literatura nacional y extranjera.

OBSERVACION CLINICA

R. P. de V., mujer, 75 años.

M. I.: Detención del tránsito intestinal.

E. A.: Comienza hace 8 días con alteración del tránsito intestinal caracterizado por diarreas que ceden en 24 horas con tratamiento médico. Hace 48 horas instala detención del tránsito intestinal para materias y gases. En el día de hoy tiene un vómito bilioso, cursando el cuadro en apirexia. Consulta médico que la envía con diagnóstico de oclusión intestinal.

A. P.: Diabética tratada con insulina NPH 40 u/día.

Examen.—Apirética, regular estado general, bien hidratada, algo pálida. Lengua húmeda y saburral. CV y PP clínicamente normales. Abdomen: distendido, se ve tumefacción por encima de la arcada crural izquierda, tensa, de unos 10 cms de eje mayor, dolorosa e irreductible, no impulsando con la tos.

Rx. de abdomen muestra oclusión de colon.

Con diagnóstico de hernia inguino intersticial estrangulada, se opera.

Operación.—Inciisión sobre la tumoración. Sección del oblicuo mayor en dirección de sus fibras. Aparece el saco herniario a nivel de un anillo de 3 cms, situado en el borde externo de la vaina del recto, que implica oblicuo menor y transverso. Sección del anillo y apertura del saco. Aparece el sigmoide estrangulado con buena viabilidad. Liberación de adherencias, reintegración y cierre por planos curando la hernia.

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 28 de abril de 1976.

* Residentes de Cirugía y Asistente de Gastroenterología. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: D'Azeglio 2010 A. Montevideo. (Dr. A. Fronzuti).

Clínica Quirúrgica "2" (Prof. Lorenzo Mérola) Hospital Maciel. Montevideo.

En suma: hernia de Spigel estrangulada. Evolución: alta al 8º día.

CONSIDERACIONES

La descripción de la anatomía de la pared abdominal anterior, nos permitirá dilucidar, en parte, la singularidad de esta hernia (5, 6). Recordemos que se denomina, según algunos autores, aunque discutido, línea de Spigel a la zona donde el músculo transverso deja de ser carnoso para hacerse tendinoso. Klinklosh, en 1764, indicó la importancia de esa zona describiendo una hernia situada en el borde del recto a la que denominó de Spigel. El orificio de esta hernia se encuentra, generalmente, en el cruce de la línea que une la E.I.A.S. y el ombligo con el borde externo del recto. Se localiza generalmente a nivel del arco de Douglas (8).

El nivel de este arco es muy variable, lo que explica la posibilidad de encontrar hernias por encima del ombligo, dado que el arco de Douglas alto baja la resistencia de la pared sobre el borde de la vaina del recto. Deja así al peritoneo en relación íntima con el espacio intersticial de las fibras aponeuróticas del músculo transverso, o con el espacio intersticial que hay entre el transverso y el oblicuo menor. La frecuente fasciculación de los músculos de la pared abdominal tiene mucha importancia en el mecanismo de la hernia (8).

La teoría vascular de Cooper, por la cual la hernia pasa por los orificios vasculares producidos por la rama de la arteria epigástrica o por los orificios de los ramos nerviosos, parece poco importante en la actualidad (3). Se señalan factores que favorecen la producción de este tipo de hernias: embarazo, obesidad, ascitis, etc., así como la presencia de lipomas preperitoneales que al disecar las fibras musculares parecen tener importancia en su formación (3, 4, 6).

El saco es unilocular encontrándose, la mayoría de las veces, debajo del oblicuo mayor, o sea, que es una hernia intersticial. Se la encuentra tanto a izquierda como a derecha. En el saco se encuentra habitualmente epiplón e intestino delgado (1, 3, 10). El colon aparece rara vez, aunque según Watson, es el contenido más frecuente en la hernia de Spigel estrangulada.

El diagnóstico es difícil, porque se piensa poco en ella. Si no da accidentes dolorosos o trastornos del tránsito pasa inadvertida aún para el propio enfermo (1). Un poco de empastamiento, o dolor local, son a veces, los únicos síntomas apreciables, que agregados al cuadro oclusivo, hacen suponer el diagnóstico (3, 4). Pero, aún así, como en nuestro caso, no se llega al diagnóstico preoperatorio.

Las publicaciones existentes en la literatura permiten recopilar pocos casos. En nuestro medio comunicaron observaciones Piquinela (9), Vigil (10) y Delgado (2). Sin embargo debe ser más frecuente, sucediendo que: no se manifieste clínicamente, que no se le diagnostique, o se le haga mal. El predominio por sexos es reto en el femenino (1, 3). En cuanto a su frecuencia, entre todas las variedades de hernias estranguladas, vemos que en el estudio realizado por Perdomo (7), entre 380 hernias estranguladas operadas en el Hospital de Clínicas, entre 1954-1968, no había señalada ninguna hernia de Spigel.

El tratamiento quirúrgico es sencillo y consiste en realizar una reparación parietal correcta para dejar una pared anatómicamente perfecta.

RESUME

Hernie de Spigel étranglée

Les auteurs, à la suite de l'observation d'une hernie de Spigel étranglée, procèdent à une révision de la littérature correspondante. Ils font des considérations

anatomiques, étiologiques et statistiques et soulignent les difficultés diagnostiques que présente ce type de hernie abdominale.

SUMMARY

Strangled spigelian hernia

The author had a patient with strangled spigelian hernia, and so proceeded to review existing case material. Anatomy, etiology and incidence of this condition are discussed in this paper, with emphasis in the difficulties for establishing diagnosis of this type of abdominal herniation.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BAILEY D. Spigelian hernia. Report of 5 cases and review of literature. *Br J Surg*, 44: 502, 1957.
2. DELGADO B. Hernia de Spigel. *Bol Soc Cir Urug*, 33: 346, 1962.
3. GUIVARCH F, MARTINON et MOUCHET A. La hernia dite de Spigel. *J Chir*, 108: 87, 1974.
4. HARLESS M and HIRSEL JE. Spigelian or spontaneous lateral ventral hernia. *An Surg*, 100: 515, 1960.
5. MEROLA L. La vaina de los músculos rectos del abdomen. Tesis. Fac Med Montev, 1951. Inédita.
6. PADILLA A. Hernia de la línea blanca externa. *Prensa Méd Arg*, 54: 546, 1967.
7. PERDOMO R. Hernias y eventraciones estranguladas. Montevideo. AEM, 1972.
8. PEREZ FONTANA V. Anatomía quirúrgica de las hernias abdominales. Montevideo, Barreiro, 1951.
9. PIQUINELA J. Hernia de Spigel. *Bol Soc Cir Urug*, 27: 136, 1956.
10. VIGIL E y CABEZAS A. Hernia de Spigel. *Bol Soc Cir Urug*, 17: 569, 1946.