

Hernia ventral lateral espontánea

Cinco nuevos casos - Revisión casuística nacional.

Dr. Fabio Croci, Dr. Rogelio Belloso.

La hernia ventral lateral espontánea es una variedad de hernia abdominal de muy baja incidencia (1 a 6‰), con un asiento topográfico extenso y variable, que predomina en las edades mayores de la vida y con frecuentes complicaciones oclusivas (1/3 de los casos). En el presente trabajo se recopilan los 19 casos nacionales conocidos y se agregan 5 nuevos casos. Se hace un estudio de la serie y se realizan consideraciones etiopatogénicas, clínicas, anatomopatológicas y terapéuticas de esta variedad de hernia.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Hernia / Ventral.

SUMMARY: Lateral ventral spontaneous hernia. Five new cases.

The spontaneous lateral ventral hernia is extended and varied, predominantly in old age and frequently, has occlusive complications (43% of the cases).

In this work, the nineteen cases known locally are compiled together with five new cases. The whole series is discussed, considering etiopathogenic, clinical, anatomopathological and therapeutic aspects of this variety of hernia.

Clinica Quirúrgica "A" (Director Prof. Dr. Alberto Aguirre),
Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina, Montevideo.

RÉSUMÉ: L'hernie ventrale latérale spontanée. Cinq nouveaux cas - Révision casuistique nationale.

L'hernie ventrale latérale spontanée est une variété de l'hernie abdominale qui a une très basse incidence (1 à 6‰), avec une topographie extensive et variable qui prédomine parmi les personnes les plus âgées et avec des complications occlusives fréquentes (1/3 des cas). Dans le présent travail on recueille 19 cas nationaux connus et on y ajoute 5 nouveaux cas. On fait l'étude de la série et les considérations étiopathogéniques, cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques de cette variété d'hernie.

INTRODUCCION

La hernia ventral lateral espontánea requiere una reconsideración en la hora actual, tanto etiopatogénica como anatomquirúrgica. Esto determinará una ampliación de su concepto y un mejor conocimiento patológico, lo que redundará sin duda en una mejor aproximación diagnóstica. Son hernias "oscuras" por razones históricas, conceptuales y clínicas, lo que sumado a su escasa incidencia real, hace que no se piense usualmente en esta patología. La presentación clínica, sus complicaciones frecuentes y el diagnóstico tienen particularidades.

La casuística nacional recolectada es escasa^(1, 2, 8, 12, 25, 27, 33), con solamente 19 casos publicados. A esto se agregan 5 casos

Presentado como Tema Libre al 34° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1983.

Profs. Adjuntos de Clínica Quirúrgica.
Dirección: Yaguarón 1581 Ap. 302, Montevideo. (Dr. F. Croci).

recogidos en la monografía de uno de los autores (FC). Seguramente escaparon a nuestra consideración muchas hernias de este tipo, pero sólo se puede juzgar en base a los hechos objetivos conocidos, de ahí la valorización de su intento de compilación y análisis.

MATERIAL Y METODOS

De los 24 casos recolectados, 11 (45,83%) fueron hombres y 13 mujeres (54,17%). De esta forma la relación hombre/mujer es de 1:1,18. Las edades límites estuvieron comprendidas entre 19 y 94 años, con una edad promedio de 57 años. Se observa un franco predominio entre los 41 y 70 años (Cuadro I). En esta revisión se estudian las características clínicas, las complicaciones y la mortalidad.

Cuadro I

EDADES

Menor 20		4,17%
20-30	1	4,17%
31-40	3	12,50%
41-50	4	16,67%
51-60	5	20,83%
61-70	6	25,00%
71-80	3	12,50%
81-90	0	0,00%
Mayor 90	1	4,17%

RESULTADOS:

Tiempo de Evolución Clínic: (Cuadro II) No aclarado en 3 casos, varió entre horas (para un cuadro oclusivo) hasta 20 años. En 8 casos (33%) fue de varios años.

Clínica: La sintomatología (Cuadro III) resultó dada fundamentalmente por el dolor en sus variadas formas (15 casos) y por la historia de una tumefacción (20 casos). En el examen físico se palpó indiscutiblemente una tumoración en 13 casos y se percibió dolor exquisito en 4 enfermos. Al ingreso, 8 de los casos (33%) se encontraban complicados.

Terreno: (Cuadro IV) En él se destacan la obesidad, la multiparidad, la patología biliar y las laparotomías previas. En el 25% coexistieron otras hernias (5 inguinales y 1 umbilical).

Anatomía Patológica: La topografía herniaria (Cuadro V) fue subumbilical en el

Cuadro II

TIEMPO DE EVOLUCION

Desconocido	3	12,50%
Días	3	12,50%
Meses	10	41,67%
Años	8	33,33%

Cuadro III

SINTOMATOLOGIA

Dolor	15
Tumefacción	20
Cuadro oclusivo	8
Dolor exquisito localizado	4
Tumoración al examen	13

Cuadro IV

TERRENO

Obesidad	9
Patología biliar	7
Laparotomías previas	6
Multiparidad	5
Traumatismos	
Esfuerzo físico excesivo	
E.P.O.C.	3

Cuadro V

TOPOGRAFIA HERNIARIA

Subumbilical	20	83,33%
Paraumbilical	1	4,17%
Supraumbilical	3	12,50%
Lado derecho	12	50%
Lado izquierdo	12	50%

83,3% de los casos y en el 12,5% supraumbilical. No existió predominio de lado y no se observaron hernias bilaterales. La disposición del defecto fue intersticial en el 95,8% de los casos y en un caso subcutáneo.

Diagnóstico: El preoperatorio fue correcto globalmente en la mitad de los casos (Cuadro VI). En las formas no complicadas fue correcto en el 62,5% de los casos y en los casos complicados en el 25%.

Operación: Fue de urgencia en un 1/3 de los casos. En las hernias complicadas

(Cuadro VII) se encontró colon en dos oportunidades y delgado en 5 ocasiones. El hallazgo de un divertículo de Meckel⁽¹⁾ es un hecho excepcional.

Mortalidad: (Cuadro VIII). La global fue del 12,5%. En las formas no complicadas no hubo muertes y en las complicadas fue del 37,5%. No se han detectado recidivas, pero este dato carece de valor porque el seguimiento de estos enfermos o es breve o ha sido deficitario.

Cuadro VI

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

	CORRECTO		INCORRECTO	
Casos no complicados	10	62,5%	6	37,5%
Casos complicados	2	25,0%	6	75,0%
TOTAL	12	50,0%	12	50,0%

Cuadro VII

HALLAZGO OPERATORIO HERNIAS COMPLICADAS

Colon	2
Divertículo de Meckel	
Hernia de Richter	1
Intestino delgado	4

Cuadro VIII

MORTALIDAD

	Nº CASOS MUERTES		%
Complicadas	8	3	37,5%
No complicadas	16	0	0,0%
TOTAL	24	3	12,5%

DISCUSION

La HVLE debe ser definida como aquella de aparición espontánea, que asienta a nivel de la pared anterior del abdomen, por fuera de los músculos rectos anteriores, desde el reborde cotal a nivel del 9° cartilago hasta el límite inferior del arco del transversos. Dentro de este grupo definido existen a su vez variedades topográficas en sentido transversal y vertical. En el primero se distinguen:

- 1) Hernias transtendinosas o del "área de Spiegel"⁽⁸⁾.
- 2) Hernias transmusculares o por "banding"⁽³⁷⁾.

En el sentido vertical deben considerarse varios subtipos:

- A) Supraumbilicales.
- B) A nivel umbilical.
- C) Subumbilicales.

En este último grupo siguiendo a LEIS⁽¹⁶⁾ se dividen en 2 tipos:

- a) por encima de la arteria epigástrica;
- b) por debajo de la misma (hernias ventroinguinales⁽⁹⁾ o suprainguinales (11,35)).

En cuanto a su frecuencia es muy baja: Berger⁽⁶⁾ en 10.000 hernias encuentra sólo 26 casos (0,26%). Fasolino⁽¹⁰⁾ la calcula en 0,6% del total de hernias. En la experiencia de uno de los autores (FC) sería del 0,16%. Sin embargo otros piensan que hay errores en el diagnóstico por lo que su incidencia sería algo mayor, siendo "más oscuras que raras"⁽²²⁾. Su etiopatogenia sigue siendo discutida, aunque se les considera adquiridas^(2, 14, 26, 35). Se habla de factores predisponentes de origen anatómico como orificios músculo-nerviosos^(18, 25) y de factores músculo-aponeuróticos^(5, 14, 20, 26, 34, 37) y también de lipomas subperitoneales^(23, 30, 31). Se ha insistido mucho^(14, 35) en que el repliegue de Douglas es un punto débil de la pared abdominal; para los autores modernos^(8, 23, 37) esta es una zona muy fuerte. Como factores favorecedores se invocan: edad, obesidad, multiparidad, emaciación, etc. En cuanto a su topografía, la más frecuente es a nivel o por debajo del repliegue de Douglas^(14, 26, 35), siendo también de relativa frecuencia por debajo de la arteria epigástrica^(16, 19, 24). La Fig. 1 muestra la distribución de los casos nacionales. El tamaño del anillo en general es pequeño (0,5 a 2 cm), bien definido, firme y fibroso^(4, 7, 35). La disposición del saco es usualmente intersticial quedando entre ambos oblicuos^(30, 32). Su contenido es lo más a menudo epiplón y/o delgado, aunque el colon está a veces presente (4 casos en 24 en la serie nacional). Cuando el contenido es colon, es frecuente que la hernia se encuentre complicada. Es un hecho frecuente la asociación con otras hernias. En cuanto a la edad predomina entre los 50 y 60 años^(4, 7, 26). En lo que se refiere al sexo, clásicamente se decía que era más frecuente en mujeres; actualmente se sabe que ocurren con igual frecuencia en ambos sexos⁽³⁶⁾. La mayoría de los casos descriptos fueron diagnosticados durante la operación. Un número importante de casos, aun de gran tamaño, son asintomáticos⁽²⁹⁾. Un síntoma princeps es el dolor, local o referido, constante, intermitente o recidivante^(7, 15, 32). A esto se asocia a menudo la historia retrospectiva de una masa que va y viene^(4, 14, 26, 29, 35). Un cierto número debuta por el cuadro oclusivo, sin ningún antecedente⁽¹³⁾. La oclusión puede

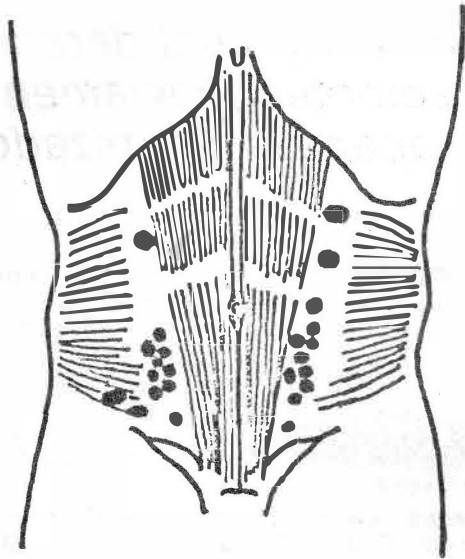


Figura 1. Distribución topográfica esquemática de la casuística nacional.

ser de delgado o de colon⁽²⁶⁾. Un hecho importante es la palpación cuidadosa de todo el borde de la vaina rectal⁽¹⁷⁾.

El diagnóstico es difícil en un alto porcentaje de casos. La paraclínica es discutida en su valor; la radiología simple o contrastada en general es de escasa utilidad, en cambio, la ultrasonografía ha revolucionado el diagnóstico^(21, 32). El tratamiento es exclusivamente quirúrgico. La mortalidad en las formas complicadas sigue siendo muy elevada fundamentalmente por la edad de los pacientes, las taras asociadas, el diagnóstico tardío y la frecuencia de compromiso intestinal. Las recidivas luego del tratamiento quirúrgico en los casos no complicados son excepcionales^(22, 26).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALVARIZA C., VALLS A.: Hernia ventral lateral estrangulada con contenido diverticular (hernia de Spiegel-Littre). Comunicación de un caso. *Cir. Urug.*, 42: 287, 1972.
2. AMORIN R.: Hernia ventral lateral espontánea. Monografía de Graduado, Fac. de Med., Montevideo, 1967. (Inédita).
3. AUGÉ A., SIMON R.: Contribution a l'étude des hernies de la Ligne Semi-lunaire de Spiegel. *Rev. Chir.* 59: 297, 1921.
4. BAILEY D.: Spigelian hernia. Report of five cases and review of the literature. *Br. J. Surg.* 44: 502, 1957.
5. BARTHELEMY M.: Les hernies abdominales latérales. *Bull. Mém. Soc. Chir. Paris*, 45: 1313, 1919.
6. BERGER R.: *Traité de Chirurgie*. Paris, Duplay et Reclus, 1918, v. 2, p. 443.
7. BERTELSEN S.: The surgical treatment of spigelian hernia. *Surg. Gynecol. Obstet.* 122: 567, 1966.
8. DELGADO B.: Hernia del área de Spiegel. A propósito de 5 observaciones. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 33: 346, 1962.
9. ECCLES W.: Hernia. New York, W. Wood, 1908.
10. FASOLINO G.: Hernia espontánea de la línea blanca externa o pararectal. *Prensa. Méd. Argent.* 49: 1169, 1962.
11. FINOCHIETTO R.: *Cirugía básica*. Buenos Aires, López Libreros, 1962, p. 345.
12. FRONZUTTI A., ARMAND UGON A., ZEBALLOS E.: Hernia de Spiegel estrangulada. *Cir. Urug.*, 47: 72, 1977.
13. HOLLOWAY J.: Spontaneous lateral ventral hernia. *Ann. Surg.* 75: 677, 1922.
14. IASON A.: *Hernia*. Philadelphia, The Blakeston, 1941.
15. ISAACSON N.: Spigelian hernia. Report of four cases. *J.A.M.A.*, 160: 911, 1956.
16. LEIS H. (Jr), MERSHEIMER W., WINFIELD J.: Spontaneous lateral ventral hernia. Spigelian or semilunar hernia. *Surgery*, 43: 328, 1958.
17. LEJARS F.: *Traité de Chirurgie d'Urgence*. Paris, Masson, 1921, p. 761.
18. LEONI C.: Hernias de la línea de Spiegel. Su tratamiento quirúrgico. *Rev. Argent. Circ.* 17: 483, 1938.
19. MATHEWS F.: Hernia trough the conjoined tendon or hernia of the línea semilunaris. *Ann. Surg.* 78: 300, 1923.
20. MOLLIERE D.: Note sur un cas de hernie ventrale (de la ligne semilunaire) étranglée et guérie par la kétotomie. *Bull. Mém. Soc. Chir. Paris*, 3: 278, 1877.
21. NELSON R., RENIGERS S., NYHUS L.: Ultrasonography of the abdominal wall in the diagnosis of spigelian hernia. *Am. Surg.* 46: 373, 1980.
22. OLSON R., DAVIS W.: Spigelian hernia: Rare or obscure? *Am. J. Surg.* 82: 103, 1951.
23. PEREZ FONTANA V.: *Anatomía Quirúrgica de las Hernias Abdominales*. Montevideo, Fac. de Med., 1951.
24. PERRIGARD G.: Superior línea semi-lunaris. Hernia adyacente to arcuate línea. *Can. Med. Assoc. J.* 57: 575, 1947.
25. PIQUINELA J.: Hernia ventral lateral. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 27: 130, 1956.
26. PONKA J.: *Hernias of the Abdominal Wall*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1980.
27. POU DE SANTIAGO A.: En comentario Vigil Soñora y Cabezas⁽³³⁾.
28. READ R.: Observations on the etiology of spigelian hernia. *Ann. Surg.* 152: 1004, 1960.
29. RIVER L.: Spigelian hernia. *Ann. Surg.* 116: 405, 1942.
30. ROCHARD E.: *Les Hernies*. Paris, Doin, 1904.
31. SAROT I.: Hernia in the línea semilunaris. *J. Mt. Sinai Hosp. N.Y.* 8: 164, 1941.
32. SPANGEN L.: Spigelian hernia. *Acta Chir. Scand. (Suppl. 462)*: 1, 1976.
33. VIGIL E., CABEZAS A.: Hernia de la línea de Spiegel. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 17: 569, 1946.
34. WAKELEY C., CHILDS P.: Spigelian hernia; hernia through the línea semilunaris. Report of four cases. *Lancet*, 1: 1291, 1951.
35. WATSON L.: *Hernia*. Saint Louis, C.V. Mosby, 1948.
36. ZIMMERMAN L., ANSON B., MORGAN E., McVAY C.: Ventral hernia due to normal banding of the abdominal muscles. *Surg. Gynecol. Obstet.* 78: 535, 1944.