

Hernia ventral lateral complicada.

Diagnóstico tomográfico

Dres. Alberto Piñeyro¹, Manuel Albo², Jorge Crosa³, Br. Daniel Albo⁴

Resumen

Se presenta un caso de hernia ventral lateral complicada diagnosticada por Tomografía Computada. Se analizan los aspectos anatómicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos de esta afección, con especial énfasis en los exámenes complementarios.

Palabras clave: Hernia ventral

Summary

A case of complicated lateral ventral hernia diagnosed by means of computerized tomography is presented. The authors analyse anatomical, clinical, diagnostical and therapeutical aspects fo this pathology with special emphasis on paraclinical tests.

Introducción

La hernia ventral lateral (HVL) es una entidad poco frecuente, representa menos de 1% del total de las hernias^(1,2).

Se define como la protrusión de un saco peritoneal, víscera o grasa preperitoneal a través de la llamada aponeurosis de Spiegel, la que se extiende entre la línea semilunar y el borde externo del músculo recto⁽³⁾. Fue Klinklosh en 1764 quien por primera vez llamó la atención sobre la importancia de la línea de Spiegel y propuso la denominación de la hernia lateral de Spiegel.

Son excepcionales en la parte alta del abdomen, donde el músculo transversal llega a contacto con el recto y no existe aponeurosis de Spiegel. Predominan por debajo del ombligo, donde transversal y obli-

cuo menor presentan verdaderas digitaciones que facilitan su aparición⁽²⁾. Su diagnóstico es difícil, por su bajo índice de sospecha, su sintomatología inespecífica y un examen físico dificultoso⁽⁴⁾ ya que habitualmente son hernias intersticiales en las cuales el oblicuo mayor intacto, enmascara el saco herniario y el defecto parietal. Su cuadro clínico muchas veces es confundido con afecciones apendiculares, sigmoiditis, hematoma del recto e incluso sarcomas⁽⁴⁾.

Entre los factores etiopatogénicos, además de la acción predisponente del aumento de la presión intraabdominal se señalan elementos anatómicos, entre los cuales debemos destacar⁽⁵⁾:

- 1) Orificios vasculo-nerviosos como fue propuesto en 1804 por A. Cooper y que en el momento actual no es aceptado por la mayoría de los autores que se han dedicado al tema^(5,6).
- 2) Zonas de debilidad o verdaderas hendiduras, ensanchadas por la acción del oblicuo menor accesorio de Chouke^(4,8).
- 3) Las digitaciones del oblicuo menor y transversal sobre todo a nivel del tercio interno de la línea umbilical espinal de Monro, a la altura de la arca de Douglas, como fue propuesto por Zimmerman^(5,6).

La HVL predomina entre 50-60 años, se ve por igual en ambos sexos y 30-50% de ellas se presentan complicadas⁽⁵⁾.

En nuestro medio se han ocupado del tema: E. Vigil⁽⁷⁾, Piquinela⁽⁵⁾, B. Delgado⁽⁶⁾, Amorín⁽⁸⁾, Alvariza⁽⁹⁾, Fronzuti⁽¹⁰⁾ y Croci⁽¹⁾.

La presentación que traemos hoy a la Sociedad de Cirugía, además de aportar un nuevo caso a la escasa experiencia nacional, pretende profundizar en los aspectos diagnósticos de esta afección.

Trabajo del Departamento de Cirugía de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

¹ Profesor Adjunto D.B.C. ² Profesor Agregado Clínica Quirúrgica. ³ Médico Radiológico. ⁴ Practicante de Medicina.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 16 de mayo de 1990.

Correspondencia: Dr. Alberto Piñeyro.

H. Gutiérrez Ruiz 1116

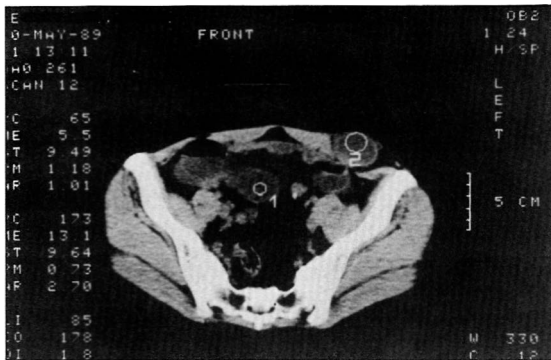


Figura 1.

Caso clínico

Se trata de un paciente de sexo femenino, de 50 años, M.F.

Entre sus antecedentes personales, se destacan episodios dolorosos de fosa ilíaca izquierda, acompañados de tumefacción palpable, etiquetados como sigmoiditis. Estudiada con colon por enema y fibrocolonoscopia. Ingresa por cuadro de 6 horas de evolución caracterizado por dolor y tumefacción palpable a nivel de la fosa ilíaca izquierda. El cuadro fue interpretado como un nuevo empuje de sigmoiditis. La radiografía simple de abdomen mostró asa delgada distendida a nivel del foco. Se instaló tratamiento médico. A las 24 horas, vómitos, moderada distensión abdominal y una nueva radiografía mostró signos de oclusión mecánica de intestino delgado. Reconsiderada la paciente y priorizando la palpación muy superficial de la tumefacción, se planteó el diagnóstico diferencial con una HVL complicada y se solicitó una tomografía computada abdominal. Dr. Crosa: se efectuaron cortes desde el pubis hasta cúpulas diafragmáticas. Se confirma la presencia de asa delgada, con sus paredes engrosadas, topografiada entre los músculos de la pared abdominal, a izquierda, a la altura de la fosa ilíaca. (Figura 1).

El músculo oblicuo mayor pasa por delante del asa delgada. Existe franca dilatación del delgado proximal. El colon no participa del proceso, presentando un calibre habitual. Mínima cantidad de líquido peritoneal.

La paciente se intervino, encontrándose una HVL intersticial, por debajo del oblicuo mayor, con un pinzamiento lateral viable de asa delgada. Se efectuó la liberación y reintegro del asa, cierre del orificio herniario y la reconstrucción simple del oblicuo mayor. Buena evolución.

Comentario

En la revisión efectuada por Croci en 1984⁽¹⁾, de los 24 casos recolectados en la bibliografía nacional, el diagnóstico preoperatorio correcto sólo fue realizado en 50% de ellos. Si tomamos los complicados, el porcentaje baja a 25%.

Nos parece coherente entonces proponer exámenes complementarios frente a la sospecha de una HVL.

Se ha recurrido aisladamente a la radiología contrastada y a la herniografía, con poco éxito. En el año 1975 Spangen⁽¹¹⁾ propone la utilización del ultrasonido y en 1980 Vas⁽¹²⁾ publica el primer caso de diagnóstico mediante tomografía computada (TC). Finalmente, muchas se diagnostican en el momento del acto quirúrgico.

El estudio de TC permite delinear con total nitidez los diferentes planos de la pared abdominal y realiza habitualmente el diagnóstico diferencial entre enfermedades de la pared: HVL, hematoma, absceso, tumor, etc. No pensamos que todo paciente sospechoso de ser portador de una HVL tenga indicación de una TC. Pero este estudio, puede ser de gran utilidad en casos seleccionados, como lo fue en nuestra paciente, ya que puede ser esencial en la oportunidad operatoria y en la elección de la táctica quirúrgica.

El tratamiento de la HVL es siempre quirúrgico, habitualmente sencillo y expuesto a escasas recidivas. La reconstrucción del oblicuo mayor, frecuentemente conservado, sirve de refuerzo suficiente al cierre simple del orificio herniario que se encuentra a nivel del plano del oblicuo menor y transversal.

Bibliografía

1. Croci, Belloso R. Hernia ventral lateral espontánea. Cinco nuevos casos. Revisión casuística nacional. *Cir Uruguay* 1984; 54: 388.
2. Fasolino G. Hernia espontánea de la línea blanca externa o pararectal. *Prensa. Med Argent* 1962; 49: 1169.
3. Spangen L. Symposium on hernias. Philadelphia: WB Saunders, 1984.
4. Papierniak K, Wittenstein B, Bartizal J, Wielgolewski J, Lovel. Diagnosis of Spigelian hernia by Computed Tomography. *Arch Surg* 1983; 119: 109.
5. Piñuelo J. Hernia ventral lateral. *Bol Soc Cir Uruguay* 1956; 27: 130.
6. Delgado B. Hernia del área de Spiegel. A propósito de 5 observaciones. *Bol Soc Cir Uruguay* 1962; 33: 346.
7. Vigil E, Cabezas A. Hernia de la línea de Spiegel. *Bol Soc Cir Uruguay* 1946; 17: 569.
8. Amorin R. Hernia ventral lateral espontánea. Monografía de graduado. Montevideo: Facultad de Medicina, 1987.
9. Alvariza C, Valls A. Hernia ventral lateral estrangulada con contenido diverticular (hernia de Spiegel-Littre). Comunicación de un caso. *Cir Uruguay* 1972; 42: 287.
10. Fronzutti A, Armand Ugón A, Zeballos E. Hernia de Spiegel estrangulada. *Cir Uruguay* 1977; 47: 72.
11. Spangen L. Ultrasound as a diagnostic aid in ventral abdominal hernia. *JCU* 1935; 3: 211.
12. Vas W, Nguyen KT, Cockshott WL. Computed Tomography diagnosis of spigelian hernia. *Diag Imaging* 1980; 49: 326.