

HERNIA DE LA LINEA DE SPIGEL (*)

Dres. E. Vigil Sónora y A. Cabezas

Traemos hoy a la consideración de ustedes un caso de hernia abdominal de la pared ventral a nivel de la línea de Spigel, cuya historia es la siguiente:

El 12 de mayo de 1946 ingresa al H. Pasteur la Sra. Angela M. de B. traída por sus familiares de la campaña. La Sra. dice que ese mismo día de mañana comienza con fuertes dolores en F.I.I. iniciados bruscamente, acompañados de vómitos y desde ese momento dice la enferma no haber expulsado gases ni materias. Enferma obesa de 68 años de edad. Ha tenido 12 hijos; antecedentes cargados de cólicos hepáticos.

Examen. — Estado general sumamente grave, facies de sufrimiento, se queja continuamente. Pulso muy pequeño 120. P. A. Mx. 9, Min 6. lengua seca, extremidades frías, ligera cianosis de los labios. Temp. Ax. 35 ½. Rectal 39 grados.

Abdomen: dolor espontáneo y provocado en todo el abdomen y defensa permanente en cuadrante inferior izquierdo. Voluminosa hernia umbilical irreductible, blanda, indolora. A nivel del canal inguinal izquierdo, a la altura de su porción media y cuatro dedos por encima del arco de Poupart es posible notar en medio de la grasa una tumoración vagamente redondeada, exquisitamente dolorosa espontáneamente y a la palpación. De un tamaño difícil de precisar (se diría 6 cms. de diámetro) puesto que el contacto con la pared anterior es mediato a través de una capa que era probablemente gran oblicuo, tumefacción dura e irreductible.

La zona herniaria del canal inguinal libre, y dentro de lo que se puede asegurar no hay hernia crural.

Nuestro diagnóstico fué el de hernia inguinal intersticial, en una enferma con indudable cuadro peritoneal.

Interrogada la enferma sobre la existencia de esa tumefacción dijo que hacia muchos años que la tenía (más de 20), que le había aparecido inmediatamente después de un parto, que se reintegraba fácilmente al abdomen pero que ese día no había podido entrar y por el contrario se había hecho muy dolorosa.

La familia y la enferma se negaron terminantemente a toda intervención y el "exitus letalis" terminó el cuadro pocas horas después del

(*) Presentado en la sesión del 16 de octubre de 1946.

ingreso. Necropsia parcial: cubierta por la piel, el pániculo adiposo y el gran oblicuo (reducido allí a una delgada tela aponeurótica) se observa un voluminoso paquete grasoso que ha iniciado la separación de los haces del gran oblicuo, situado como indican las figuras, a la altura del borde externo de la vaina del recto izquierdo en la unión del 1/3 int. con los 2/3 externos de la línea espino-umbilical; aprovechando para salir un trazo grasoso que interrumpe el plano muscular del oblicuo menor. La vaina del recto está intacta y la tumefacción sólo tiene con ella relaciones de vecindad.

Extirpamos la pieza en block, hay líquido libre en el vientre en pequeña cantidad; no hay vísceras estranguladas ni otras en el interior del saco. El colon presenta un color rojo vinoso, y exudado fibrinoso cubre parte de su superficie, abierto este intestino presenta ulceraciones muy numerosas que alcanzan la capa profunda, gran cantidad de sangre y pus. Hígado, bazo y riñones con signos de las más graves alteraciones parenquimatosas.

La disección de la pieza muestra que se trata de un saco peritoneal con una buena cantidad de grasa que lo reviste, todo ello haciendo saliencia a través del plano del pequeño oblicuo y transverso y cubierto por el gran oblicuo, se ven claramente los límites respectivos de las hojas constitutivas de la pared abdominal a ese nivel. Se trata en suma, de una hernia de la línea de Spigel que ha quedado detenida en su migración por la aponeurosis del oblicuo mayor, de ahí la justificación del diagnóstico clínico.

A continuación, haremos algunos comentarios sobre esta rara observación, dejando para más adelante la exposición del resultado de las investigaciones anatómicas realizadas.

La hernia de la línea de Spigel, poco conocida y mencionada "al pasar" en los textos corrientes de patología, constituye una rareza clínica. En 1942 habían descritos 116 casos en la literatura mundial.

Se entiende por tal la hernia producida a través de la línea de Spigel, en la unión de los haces musculares del transverso con su aponeurosis de inserción.

Agrupadas antes con todas las hernias producidas a nivel de la pared abdominal anterior, fueron poco a poco clasificándose y dándoseles la autonomía que les corresponde.

Conocidas ya de Hipócrates y Celsio, dentro del grupo de hernias anteriores del abdomen, fueron agrupadas luego como hernias ventrales laterales, laterocele o laparocele por Le Dran en 1742.

La Chausse (1746) estudiando las hernias ventrales latera-

les, llamó la atención sobre un grupo de esas hernias que tienen por ubicación constante el borde externo del músculo recto anterior del abdomen sin mencionar, sin embargo, cual es el lugar más común de salida ni la causa de producción de las mismas.

Fué Klinklosh (1764) quien indicó primeramente la importancia de la línea de Spigel en la aparición de estas hernias y propuso el nombre de hernias laterales de Spigel.

Mollière (1877) localizó finalmente la hernia de Spigel en el tercio interno de la línea umbílico-espinosa, en el cruce de esta línea con el borde externo del músculo recto anterior, afirmando que la línea de Spigel en ese sitio tiene un punto de menor resistencia al cruzar a nivel del arco de Douglas.

Etiología. — La causa, o las causas, de producción de esta afección fueron estudiadas por varios autores e interpretadas de diversas maneras:

A. Cooper (1804) investigando las condiciones anatómicas de producción de la hernia lateral, indica la importancia de las fisuras practicadas por los vasos al atravesar la línea de Spigel, señalando también la importancia de los defectos y lesiones musculares de la pared abdominal.

Mackroki (1879) dice que la causa principal de la formación de estas hernias es el foramen que causa el pasaje de los vasos a nivel de la línea de Spigel, adhiriéndose así a la teoría de A. Cooper.

De la misma idea es Ferrand (1881) quien señala el pasaje de las ramificaciones de la arteria epigástrica como causa principal para la producción de estas hernias; después que él, Lindner se adhiere a este modo de apreciar la formación de las hernias de Spigel, y agrega a esta causa predisponente (fisura vascular) la penetración en ellas de la grasa pre-peritoneal y la formación posterior de lipomas que luego arrastran al peritoneo parietal. Lindner probó, mediante investigaciones anatómicas que ramificaciones de la arteria epigástrica pasan a través de la pared abdominal, de adentro para afuera a nivel, aproximado, de la línea de Spigel.

Thevenot y Gabourd (1907) se ocuparon de esta afección y en las investigaciones anatómicas que hicieron sobre 10 cadáveres llegaron a las siguientes conclusiones:

En el 70 % de los casos la arteria epigástrica se eleva por

detrás del músculo recto y lo atraviesa en la parte media, sin alcanzar la línea de Spigel.

En el 30 % restante la arteria da ramificaciones que atraviesan el músculo recto en el borde, sobre la línea de Spigel y en sitio que esta línea es cruzada por la línea umbilico-espinal.

Aceptan pues la teoría del foramen vascular en la etiología de la hernia de Spigel.

Koljubakin (1925) no conforme con esos resultados hace a su vez en 30 cadáveres y con inyección de los vasos por el método de Teichmann (inyección por la femoral) nuevos estudios sobre las ramificaciones de la arteria epigástrica, encontrando que en 13 casos la epigástrica da ramificaciones que atraviesan la línea de Spigel, pero que no siempre esa travesía se hace en el cruce de la línea umbilico-espinal, sino que puede hacerse por encima o por debajo de ese punto y que ese accidente puede ser

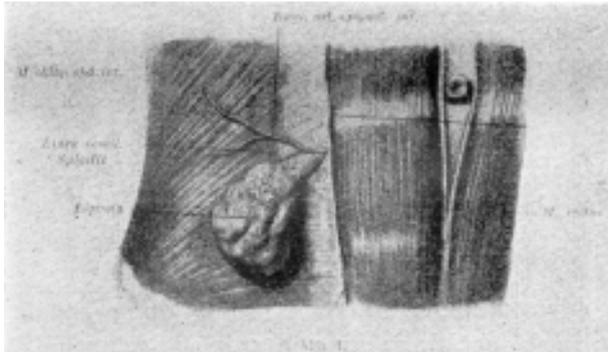


FIG. 1

bilateral o no. De esta manera, dice Koljubakin, nos convencemos que las ramificaciones de la arteria epigástrica atraviesan no pocas veces la línea de Spigel, y acepta la teoría del orificio vascular en la formación de hernias.

Agrega que los orificios por él encontrados tiene diámetros que varían entre dos y 18 milímetros.

Angeletti (1-926) estudia nuevamente las hernias de Spigel y asegura que no siempre se encuentra el orificio vascular en el origen de la hernia.

Costa G. (1931) estudia a fondo el asunto y agrega a la dis-

posición vascular la acción probable de traumatismos previos, considera dos clases de hernia ventral lateral, la espuria y la verdadera o espontánea, esta última está siempre ubicada sobre la línea de Spigel en el lugar en que es cruzada por la línea umbilico-espinosa.

Posteriormente, Greco, Bachy, niegan toda entidad a los vasos y sus orificios aponeuróticos como causa predisponente a la hernia, y aceptan como causa principal las fallas congénitas de la pared abdominal a nivel de la línea de Spigel y sobre todo la disposición especial del arco de Douglas, el cual al tomar una situación alta, próxima a la cicatriz umbilical, deja un espacio de menor resistencia sobre el borde de la vaina del recto anterior, espacio en el cual durante el esfuerzo o la tos puede impul-

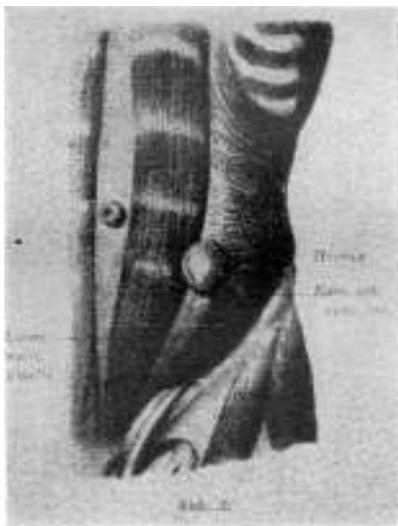


FIG. 2

sar el contenido abdominal y esbozar de esa manera una hernia parietal. Ya Mollière había mencionado el punto de menor resistencia en el cruce de la línea de Spigel y el arco de Douglas, posteriormente Barthelemy insistió sobre ese punto y Anson y Mc. Vay en 1940 repitiendo estos estudios señalan las variaciones en la posición del arco de Douglas y dicen que a veces se coloca tan alto que está a nivel de la cicatriz umbilical y otras veces a penas deja un espacio justo para el paso de la arteria epigástrica,

en la primera eventualidad deja, pues, una extensa zona del músculo recto sin vaina.

L. P. River (1942) agrega a las fallas parietales mencionadas la acción del músculo oblicuo menor accesorio de Chouke como causa de producción de hernias en la zona espigeliana. Dicho fascículo muscular, colocado entre el oblicuo menor y el transverso, de dirección horizontal, ejerce tracción sobre el borde externo de la vaina del recto exagerando los defectos parietales ya existentes.

En 1944, Caballero vuelve nuevamente a la teoría de los orificios vasculares, o mejor vásculo-nerviosos, ya que en el caso

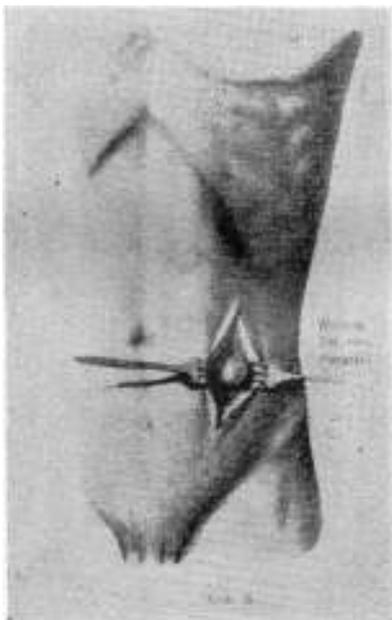


FIG. 3

que publica encontró un grueso filete nervioso que atravesaba el orificio herniario; y Seará, en un estudio anátomo-quirúrgico de la línea de Spigel insiste sobre la importancia del arco de Douglas y de los orificios vasculares como causa de las hernias a ese nivel.

En resumen hay siempre una alteración parietal previa en la hernia de Spigel, sea por orificio parietal vascular o vásculo-nervioso o por disposiciones especiales de la vaina del recto en lo

que respecta al arco de Douglas o aun en la acción del oblicuo menor accesorio de Chouke. La tos, el esfuerzo, los embarazos repetidos, etc., favorecen, en abdómenes así conformados, la aparición de esta modalidad rara de hernia.

El traumatismo, como se comprende fácilmente, puede también determinar la aparición de esas hernias, ya sea precozmente como en el caso presentado en esta Sociedad por el Dr. Piquinela o preparando el terreno, debilitando esa zona de menor resis-



FIG. 4

tencia que es el cruce del arco de Douglas y la línea de Spigel, como lo sospecha G. Costa.

Diagnóstico. — Una afección tan poco frecuente, en la cual lógicamente no se piensa, se presenta como de difícil diagnóstico. Si la hernia no da accidentes dolorosos ni trastornos del tránsito intestinal pasa inadvertida aún para el mismo enfermo. Cuadros dispépticos debidos a ella han sido tomados como de otro origen.

Aun a veces y a pesar de presentar el enfermo síndrome

oclusivo pasa la hernia inadvertida, como relata Terrier en el caso por él operado: se trataba de un enfermo con hernia inguinal y cuadro oclusivo el cual no podía ponerse en cuenta de la hernia inguinal ya que esta no presentaba signos de estrangulación; Terrier hizo laparotomía sub-umbilical y al levantar el labio izquierdo de la incisión encontró “un ansa intestinal delgada que parecía penetrar en la pared anterior y estaba revestida por un saco peritoneal con un cuello de estrangulamiento, la cavidad del saco estaba formada por una especie de hernia del peritoneo a nivel del borde externo del recto anterior”.

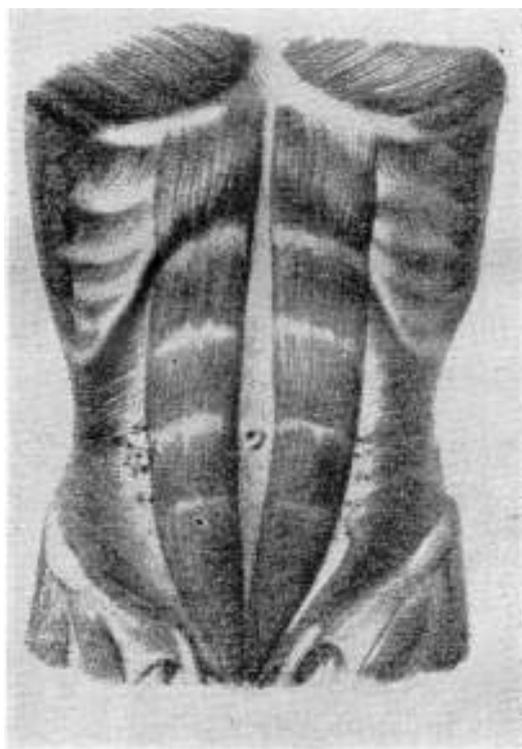


FIG. 5

Por eso ya Lejars aconsejaba en casos de cuadros de oclusión cuya causa no es aparente explorar cuidadosamente todos los orificios herniarios “no solamente los de las hernias comunes, sino también las regiones herniarias anormales y en particular la pared lateral del vientre a lo largo y por fuera del borde externo del recto anterior”. Un poco de empastamiento, un dolor

local representan a veces los únicos signos apreciables que agregados al conjunto de los fenómenos generales de oclusión permiten suponer la probable existencia de esta afección.

Este signo local, dice Lejars, merece siempre la mayor atención.

Tratamiento. — La gran mayoría de los autores que hemos consultado están de acuerdo en que el único tratamiento es la intervención quirúrgica y la reparación parietal. En cuanto al abordaje quirúrgico, si se ha hecho el diagnóstico correcto la incisión sobre la hernia, si no es así la laparotomía mediana es lo que corresponde.

BIBLIOGRAFIA

- ANGELETTI. — *Arch. It. di Chirurg.*, XVII. Fasc. I, 1926.
 ANSON y Mc. VAY. — *Anatomical Record*, 77: 213, 1940.
 ANZILLOTI (G.). — *Arch. It. di Chirurg.*, 50: 107-119, 1938.
 BACHY (G.). — *Rev. Chirurg. de Paris*, 75: 201-212, 1937.
 BARTHELEMY. — *Bull. et Mem. Soc. Chir. Paris*, 45: 1313, 1924.
 BONETTO (E.). — *Riforma Medica*, 54: 875-877, 1938.
 BRANDTNER (C. E.). — *Arch. f. Artho. u. Unfall Chirg.*, 33: 219-221.
 BUDOIN. — Tesis de París, 1912.
 CABALLERO (A.). — *Bol. y Tra. Soc. Arg. de Cir.*, 5: 232-235, 1944.
 COBELLO (F.). — *Riforma Medica*, 50: 525-529, 1934.
 COOPER (G.). — *Oev. Chirg.*, 1807.
 COSTA (G.). — *Arch. It. di Chirurg.*, 34: 705-146, 1933.
 COVARO (A. A.). — *El Hospital Argentino*, Año I, N° 5: 629-630, 1931.
 CULLEN y BRODEL. — *Bul. J. Hopskin Hosp.*, 61: 295, 1937.
 DERYCKE (P.). — *Bruxelles Med.*, 18: 851-853, 1938.
 FERRAND. — Tesis de París, 1881.
 FOURNIER (R.). — *Bull. Soc. Obs. et Ginec.*, 22: 695-697, 1933.
 GRECCO (G.). — *Riforma Medica*, 52: 1309-1314, 1936.
 JABOULAY. — In *Le Dentu-Delbet*.
 JUNET (W.). — *Helvet. Ned. Acta*, 4: 403-406, 1937.
 KOLJUBAKIN. — *Arch. f. Klin. Chirg.*, 136 Bd. 1935.
 LA CHAUSSE. — *Haller Dis. Chirg.*, 1746.
 LEJARS (F.). — *Cirurgia de Urgencia*, T. II.
 LEONI IPARRAGUIRRE (C. A.). — *Rev. Cir. de B. Aires*, 17: 483-500, 1938.
 LINDNER. — *Berlin Klin*, 1892.
 MACKROCKI. — *Beit. z. Path. der Baud.* Strasbourg, 1879.
 MASSABEAU, GUIBAL y CABANAC. — *Arch. Soc. Sc. Med. Montpellier*, 14: 340-350, 1933.
 MOLLIERE. — *Soc. Chirg. de Paris*, 1877.
 ODES (L. A.). — *Vestnik Khir.*, 44: 49-52, 1936.

- PAMPARI (D.). — *Arch. It. di Chirurg.*, 37: 610-634, 1934.
 PAPIN (F.). — *Bordeaux Chirurg.*, 7: 203-204, 1936.
 PAUL (M.) and HILL (W. C. C.). — *Brit. J. Surg.*, 30: 385-387, 1943.
 PETRIVALSKY. — *Centralblatt f. Chirg.*, N° 25, 1915.
 PEYROT (J. J.). — *In Manual Pat. Ext.* Reclus-Kirmisson.
 PIQUINELA (J. A.). — *Arch. Urug. Med. Cir. y Esp.*, X, 625-632, 1937.
 POZZI. — *Bol. Spec. Med.-Chir. della P. Ronzoni. Milano*, 1931.
 REIGNER. — Tesis de París, 1879.
 RIVER (L. P.). — *Ann. of Surg.*, 116: 405-411, 1942.
 SAROT (Y. A.). — *J. Mont Sinai Hosp.*, 8: 164-166, 1941.
 SCOPINARO (A. J.). — *Semana Médica*, I: 284-289, 1935.
 SEARA (P.). — *Dia Médico Arg.*, 10: 972-974, 1938.
 STUHMER. — *Beit z. Klin. Chirg.*, LXVI, 1910.
 TERRIER. — *In Lejars*, T. II.
 THEVENOT y GABOURD. — *Rev. Chirg.*, París, 35: 568, 1907.
 TILLAUX. — *Trait. de Chirurg. Clin.*, T. II.
 VISCONTINI. — *Gaz delle Hosp. e delle Clin.*, N° 3, 1908.

Dr. Alejandro Pou de Santiago

El interesante trabajo que ha presentado el Dr. Vigil Sónora nos trae a la memoria un caso que tuvimos oportunidad de estudiar y operar con el Prof. Pou Orfila hace algunos años.

Relataremos brevemente la historia clínica y mostraremos rápidamente las placas radiográficas pertinentes con el ánimo de contribuir a la no muy abundante casuística nacional sobre este tema.

A. V. 55 años, casado, uruguayo.

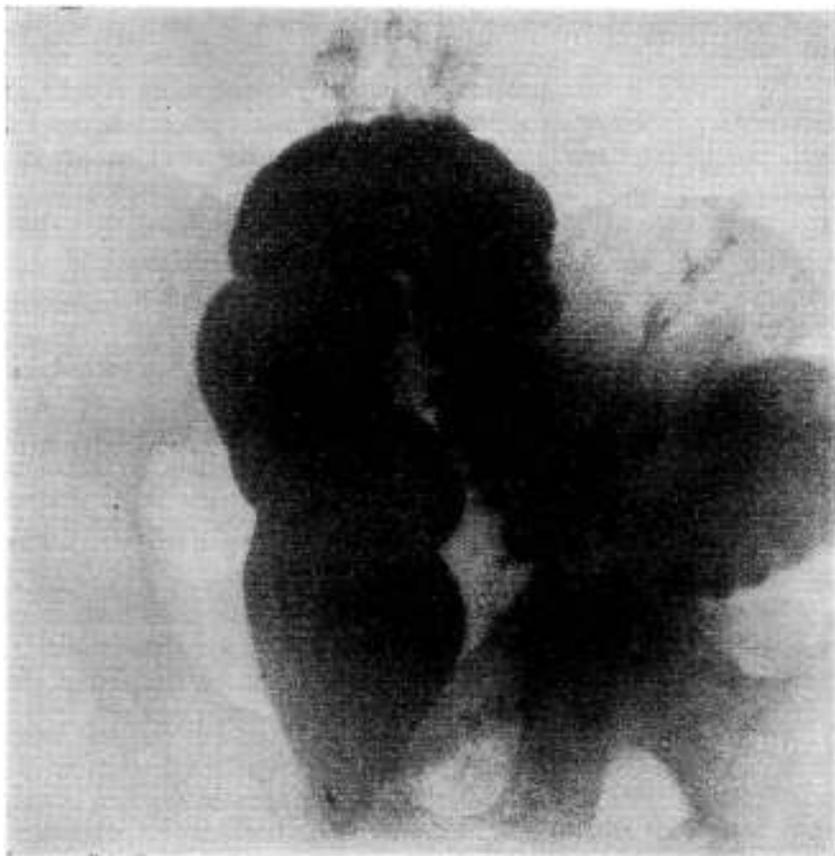
Consulta porque desde hace un mes presenta crisis dolorosas en la fosa ilíaca izquierda. Estos episodios se acompañan de estancación fecal y de gases, apareciendo al mismo tiempo gran meteorismo. A veces ha observado en las deposiciones la aparición de mucosidades y flemas. Nunca ha observado en sus evacuaciones ni sangre roja ni melenas. En los últimos días el dolor ha sido casi constante y no ha tenido evacuaciones intestinales a pesar de los enemas que se ha dado el paciente. Ha presentado un solo vómito alimenticio. No puede precisar con certeza si durante esta crisis ha habido expulsión de gases.

Al examen: Enfermo con buen estado general. Pícnico. Pesa 98 kilos. Lengua saburral, intensa halitosis. Corazón y pulmones sin particularidades. P.A. 14-9.

Vientre globuloso, con gran meteorismo. Grueso panículo adiposo que dificulta el examen. No existen hernias umbilical ni inguinales. En la fosa ilíaca izquierda sobre la línea umbilico-espinal superior existe una zona dolorosa. Se palpa con cierta dificultad una tumoración alargada de arriba-

abajo y de fuera-adentro del tamaño y forma de una morcilla. El tacto rectal muestra una ampolla vacía de paredes lisas, sin ningún proceso inflamatorio o tumoral.

Se le practica un estudio radiográfico (Clínica del Dr. Cunha, ficha



roja N° 240) el cual muestra una estructura del sigmoide a unos 50 cms. por encima del recto, estenosis del tipo anular (Fig. 1).

Análisis de laboratorio: Orina: normal. Urea en suero: 0.38 %. Glóbulos rojos: 4.200.000. Hemoglobina: 85 %. Glóbulos blancos: 8000.

En vista de este cuadro se plantea el diagnóstico de neoplasma del sigmoide con cuadros de sub-oclusión.

Como primer tiempo se practica con anestesia local un anocecal el día 24-VIII-938.

El 31-VIII-38 se opera el 2º tiempo. Raquipercaína 7.5 mg. entre 2ª y 3ª lumbar.

Incisión oblicua amplia tipo Mac Burney en la fosa ilíaca izquierda sobre la zona de la tumoración. Sección de la piel y del tejido celular subcutáneo. Al llegar la aponeurosis del oblicuo mayor, próxima al borde externo de la vaina del recto ésta hace una saliencia.

Se incide la aponeurosis mencionada y se cae sobre el músculo oblicuo menor a través del cual aparece una tumoración constituida por lo que tiene el aspecto de un saco peritoneal. Se explora con mayor atención la zona muscular mencionada comprobándose la existencia de un hiato a unos 2 a 3 cms. del borde del recto anterior. Se trata evidentemente de un anillo herniario. Se abre entonces el mencionado saco peritoneal encontrando en su interior un asa de intestino grueso.

Corresponde al asa sigmoide; se la explora no encontrándose ninguna neoformación. Se reintegra. Se practica entonces un cierre en jareta y fijación alta del cuello del saco herniario. Cierre del hiato herniario muscular y de la aponeurosis del oblicuo mayor. Agrafes en la piel.

El tránsito intestinal se establece inmediatamente. Cinco días después se procede al cierre del ano cecal.

En resumen: Se trata de un caso de hernia de la llamada línea de Spigel que fué tratada con un diagnóstico erróneo, clínico y radiológico de neoplasma del colon sigmoide. Como vemos, un ejemplo más para la amartografía médica.