

## Hernia de Spiegel. A propósito de un caso

Spiegelian hernia. A propos of a case

Dr. Luis Rolando García Mendez<sup>1\*</sup>  
Dr. Luismer Rodríguez García<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Municipal Docente Iluminado Rodríguez. Matanzas, Cuba.

\* Autor para la correspondencia: [luison.75@nauta.cu](mailto:luison.75@nauta.cu)

### RESUMEN

La hernia de Spiegel es un defecto raro de la pared abdominal. Su diagnóstico se hace muy difícil por lo infrecuente y por la dificultad para diferenciarla de la hernia inguinal supramesoepigástrica. Precisamente, por lo poco común, los médicos muchas veces no valoran seriamente la presencia de esta variedad de hernia. Constituye una patología en la que el diagnóstico al igual que el resto de las hernias de la pared abdominal, es esencialmente clínico. El objetivo de este trabajo es informar un caso con un tipo de hernia poco común. Paciente de 50 años de edad, de color de piel blanca, obesa, multípara de procedencia urbana, con antecedentes personales patológico de relativa buena salud. Acudió a consulta por presentar dolor en la región inferior derecha, en la unión del flanco derecho con el mesogastrio, desde hacía varios meses. Fue diagnosticada con una hernia de Spiegel. Se le realizaron los estudios correspondientes fue intervenida quirúrgicamente realizándose hernioplastia.

**Palabras clave:** hernia de Spiegel; cirugía; hernia abdominal.

## ABSTRACT

Spiegelian hernia is a rare defect of the abdominal wall. Its diagnosis is very difficult because of its infrequency and the difficult of differentiating it from the supravesical inguinal hernia. Precisely due to its infrequency the doctors usually do not seriously evaluate the presence of this kind of hernia. It is a pathology in which, like in the rest of the abdominal wall hernias, the diagnosis is essentially clinical. The aim of this work is to report a case of a patient with an uncommon kind of hernia: a female, obese, multiparous, white patient, aged 50 years, from urban precedence, with personal pathological antecedents of relatively good health, assisted the consultation presenting pain in the right inferior region, in the place where the right flank meets the mesogastrium for several months. She was diagnosed a Spiegel's hernia. The correspondent studies were carried out and she underwent a hernioplasty.

**Key words:** Spiegelian hernia; surgery; abdominal hernia.

Recibido: 23/05/2017.

Aceptado: 22/03/2019.

## INTRODUCCIÓN

Se denomina hernia abdominal externa a la protrusión anormal de uno o más de los órganos que contiene esta cavidad, o de una parte de ellos. Se originan a través de orificios congénitos o adquiridos de las capas músculo fascio-aponeuróticas de la pared abdominopélvica, y puede llegar a perder la capacidad de reintegrarlos a su lugar habitual.<sup>(1)</sup>

La hernia de Spiegel, también llamada hernia de la línea Semilunar, es una hernia infrecuente de la pared abdominal. Se produce a través de una zona de debilidad u orificio en la línea semilunar, especialmente en su porción inferior. Se localiza en el borde externo de la línea semilunar en la zona de unión entre la fascia del músculo recto anterior y las vainas de los músculos anchos del abdomen, que se extiende desde el reborde costal hasta el pubis.<sup>(2)</sup>

Las hernias de Spiegel se localizan a nivel de la línea semilunar descrita por el anatomista Adriaan Van Spieghel a principios del siglo XVII, motivo por el que Klinkosch las denominó de este modo. Este autor describió el primer caso en 1764.

En la literatura médica actual lo habitual es escribir «Spiegel». La línea semilunar de Spiegel corresponde a la línea de división de las aponeurosis de los músculos anchos del abdomen para formar la vaina de los músculos rectos. Se extiende desde el extremo del noveno cartílago costal a la espina del pubis, siguiendo una curva con

concavidad medial. A nivel de los dos tercios inferiores, está un poco separada del borde lateral del músculo recto. Spangen denominó aponeurosis de Spiegel a la estrecha banda aponeurótica situada entre la línea de Spiegel y el borde lateral del recto. Por debajo de la línea arqueada (arco de Douglas), la pared posterior de la vaina de los rectos solo está formada por la fascia transversal y el músculo transversario está menos desarrollado. Además, Anson ha demostrado en disecciones de cadáver que, en el 22 % de los casos, los músculos oblicuos tienen una estructura fascicular, con intersticios entre las bandas musculares por los que puede pasar la hernia. Debido a estas disposiciones anatómicas, las hernias de Spiegel se sitúan en la mayoría de los casos por debajo del ombligo y, sobre todo, entre la línea semilunar en la parte medial, la línea arqueada en la superior y los vasos epigástricos en la inferior.<sup>(3)</sup>

Esta hernia se desarrolla generalmente entre la 6ª y 7ª década de la vida, y en un 50 % de los casos hay historia de una laparotomía o laparoscopia previa; por igual en ambos sexos, aunque algunos consideran que es más frecuente en el femenino. Como factores favorecedores se encuentran la debilidad de los músculos abdominales, los partos, los esfuerzos, la tos crónica y cualquier causa que aumente la presión intraabdominal.<sup>(4)</sup>

Se trata de un defecto mayormente adquirido, aunque se han descrito casos congénitos, asociados a testículo no descendido.<sup>(5)</sup> Habitualmente son hernias poco voluminosas, cuyo saco aparece cubierto por la grasa preperitoneal. Su contenido es en su mayoría epiplón, intestino delgado y colon.

Al crecer el saco puede extenderse por debajo de la aponeurosis del oblicuo mayor, y dan lugar a una hernia intersticial, o perforar esta aponeurosis para hacerse subcutánea. El anillo herniario raramente tiene más de 2 cm de diámetro. Puede ser bilateral y aparecer junto con otras hernias de la pared abdominal.<sup>(4)</sup>

Por lo infrecuente, los médicos no piensan seriamente en esta variedad de hernia. Los síntomas durante el interrogatorio son imprecisos. El dolor se acompaña de síntomas vagos, pero bordeando siempre el área de Spiegel. Si el paciente presenta antecedentes de intervenciones anteriores, por cicatrices y fibrosis de la zona, puede confundirse con el inicio de una hernia incisional, lo que hace más difícil el diagnóstico.

Mediante la palpación es difícil definir el anillo y el saco, mucho más si el paciente es obeso. Cuando el saco está presente se ubica lateralmente a la aponeurosis de Spiegel, lo que tiende a confundir al médico.

Un aspecto que facilita el diagnóstico, es cuando la hernia es palpable, reductible y que al presionar el orificio herniario sea doloroso. No se puede omitir el examen físico del paciente parado, porque al acostarse desaparece el tumor y en ocasiones el dolor. Con estos elementos se puede presumir el diagnóstico clínico siempre que se evalúe integralmente al paciente y buscar otras entidades quirúrgicas. Para apoyarse en el diagnóstico se puede utilizar la radiología, el ultrasonido y la tomografía axial computarizada.<sup>(6)</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente blanca, de 43 años de edad de color de piel blanca, obesa, multípara de procedencia rural, con antecedentes personales patológico de salud (APP).

Acudió a consulta por presentar dolor en la región inferior derecha en la unión del flanco derecho con el mesogastrio, desde hace varios meses.

Datos positivos al interrogatorio: presencia de dolor, desde hace varios meses, en flanco derecho. El cual aumentaba con el ejercicio, la tos y que mejoraba con el decúbito.

Datos positivos al examen físico: se evidenció, a la palpación de la región afectada, un discreto aumento de volumen que se hizo evidente con las maniobras de Valsalva reductible, así como la presencia de un pequeño anillo herniario.

Exámenes complementarios: Hb: 112 g/L, coagulograma: tiempo de sangramiento 1 min, tiempo de coagulación 8 min, conteo de plaquetas  $291 \times 10^9/L$ ; glicemia: 4,8 mmol/L; creatinina: 102 mmol/L; grupo sanguíneo y factor Rh: A positivo.

EKG: sin alteraciones.

Radiografía simple de tórax postero-anterior: sin alteraciones.

Descripción del acto operatorio:

La paciente en decúbito supino, asepsia y antisepsia con agua, jabón y alcohol yodado. Se colocaron campos estériles. Se realizó incisión encima de la masa T vertical derecha por planos, encontrándose saco intersticial el cual abrió aponeurosis liberando el saco. El defecto de la pared fue localizado en la línea semilunar 4 cm por debajo de la línea del ombligo que medió aproximadamente 2cm. El saco herniario fue reducido y se realizó reconstrucción anatómica de la pared mediante malla de polipropileno colocada preperitoneal a puntos separados. Se realiza hemostasia. Se cierra por planos. Se sutura piel con nylon 2-0. Se utilizó cefazolina 1g 1Bb EV profilácticamente  $\frac{1}{2}$  hora antes de la intervención quirúrgica. (Fig.)



**Fig.** Imagen que muestra el saco hernia durante el transoperatorio.

Postoperatorio inmediato: el paciente evoluciona satisfactoriamente y es egresado al recuperarse de la anestesia.

## DISCUSIÓN

Las hernias de la pared abdominal, en la experiencia de los cirujanos, constituyen una enfermedad cuyo diagnóstico es esencialmente clínico. Sin embargo, la hernia de Spiegel pasa fácilmente inadvertida. Su diagnóstico no es siempre tan sencillo, ya que los síntomas son imprecisos y en oportunidades la hernia puede manifestarse por debajo de la aponeurosis del músculo oblicuo mayor, lo que propicia a que se conozca como hernia oculta o encubierta.<sup>(7)</sup>

Atención especial merecen las hernias de Spiegel de localizaciones bajas, puesto que aparecen por debajo de los vasos epigástricos inferiores y se confunden con las hernias inguinales directas, cosa que no ocurrió en la paciente que le presentamos ya que su diagnóstico desde un primer momento fue el de hernia de Spiegel.<sup>(8)</sup>

Algunos autores describen la presencia de factores predisponentes en el 100 % de los pacientes, entre los que se han señalado aquellos que producen aumento de la presión intra-abdominal: obesidad, bronco-neumopatía crónica, multiparidad, estreñimiento, ascitis, cirugías previas, entre otros. La paciente estudiada presentó factores de riesgo tales como: obesidad, multiparidad y estreñimiento.<sup>(9)</sup>

En el cuadro clínico de la paciente estudiada, el dolor fue el síntoma más frecuente, lo que coincide con hallazgos que informan su presencia en un 66,6 % de los casos estudiados, y por Moles Morenilla,<sup>(9)</sup> presente en el 89 % de los casos, de 148 pacientes de su serie.

El dolor se reconoce como inespecífico, de intensidad variable, intermitente, mal definido en ocasiones, que aumenta con los esfuerzos, la tos y la maniobra de Valsalva. Todas estas condiciones desencadenantes se pudieron comprobar en este caso.

No resulta infrecuente que el diagnóstico positivo de hernia de Spiegel se realice en el acto operatorio. Moreno-Egea,<sup>(10,11)</sup> informa que en su serie personal se intervienen, sin diagnóstico exacto, 22,2 % de los pacientes con esta afección, los que son programados como hernias inguinales. En el caso presentado hubo una contradicción en cuanto a lo referido en varias de la literatura consultada, ya que fue diagnosticada en consulta de Cirugía.

El único tratamiento indicado es el quirúrgico y consiste en el cumplimiento de los principios terapéuticos correspondientes a cualquier hernia abdominal externa: disección, apertura y exéresis del saco herniario, tratamiento de su contenido y cierre del anillo herniario y su reforzamiento con las estructuras aponeuróticas vecinas.<sup>(1,4)</sup> Según Abraham,<sup>(6)</sup> la reparación del defecto de la pared se puede realizar mediante la aplicación de técnicas de herniorrafias o hernioplastias convencionales o laparoscópicas.

En este caso se sugirió antes de la operación marcar su localización con el paciente de pie. Se le realizó la hernioplastia y se la da seguimiento por consulta externa durante un año, sin recidiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Gutierrez A. Capítulo 53. Hernias abdominales externas poco frecuentes. En: Pardo Gomez G, Garcia Gutierrez A, et al. Temas de Cirugía. Tomo 2 [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2011 [citado 23/02/2017]. Disponible en: [http://gsdl.bvs.sld.cu/PDFs/Coleccion\\_cirugia/temas\\_cirugia\\_tomoi/temas\\_cirugia2\\_completo.pdf](http://gsdl.bvs.sld.cu/PDFs/Coleccion_cirugia/temas_cirugia_tomoi/temas_cirugia2_completo.pdf)
2. Wantz Ge. Hernias de la pared abdominal. En: Schwartz SI, editor. Principios de Cirugía. 7ma ed. Mexico: Mc Graw-Hill.
3. Péliissier E, Ngo P. Traitement chirurgical des hernies de Spiegel. EMC [Internet]. 2010 [citado 23/02/2017]:0424(10):1-6. Disponible en: <https://www.em-consulte.com/en/article/237734>
4. Abraham Arap JF, Mederos Curbelo ON, Garcia Gutierrez A. Capítulo 54. Hernia incisional En: Pardo Gomez G, Garcia Gutierrez A, et al. Cirugía Tomo II [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2008 [citado 23/02/2017]. Disponible en: [http://gsdl.bvs.sld.cu/PDFs/Coleccion\\_cirugia/temas\\_cirugia\\_tomoi/temas\\_cirugia2\\_completo.pdf](http://gsdl.bvs.sld.cu/PDFs/Coleccion_cirugia/temas_cirugia_tomoi/temas_cirugia2_completo.pdf)

5. Cerdán Pascual R, Cantín Blázquez S, Barranco Domínguez JI, et al. Hernia de Spiegel. Revisión a propósito de 8 casos. Rev Cubana Cir [Internet] . 2005 [citado 23/02/2017];44(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932005000400007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000400007)
6. Abraham Arap JF. Aspectos clínicos de las hernias de la pared abdominal. Tema 6. Características generales de las hernias abdominales externas. En: Abraham Arap JF. Cirugía de las hernias de la pared abdominal [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2010 [citado 23/02/2017]. Disponible en: [http://gsdl.bvs.sld.cu/PDFs/Coleccion\\_cirugia/cirugia\\_hern\\_paredabd/cirugia\\_hernias\\_completo.pdf](http://gsdl.bvs.sld.cu/PDFs/Coleccion_cirugia/cirugia_hern_paredabd/cirugia_hernias_completo.pdf)
7. Merello Lardies JM, Napoli ED. Pared abdominal. Hernias y eventraciones. En: Ferraina P, Oria A. Cirugía de Michans. 5ta ed. Buenos Aires: El Ateo; 2008.
8. Guirao Manzano J, Mansilla Molina D, Pérez Folqués JE, et al. Tratamiento de la Hernia de Spiegel con mallas de propileno. Nuevo enfoque terapéutico. Cir Esp [Internet]. 2000 [citado 23/02/2017];67(2):192-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-tratamiento-hernia-spiegel-con-mallas-9293>
9. Moles Morenilla L, Docobo F, Mena J, et al. Hernia de Spiegel en España, Análisis de 162 casos. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2005 [citado 23/02/2017];97:338-47. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082005000500006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082005000500006)
10. Moreno-Egea A, Girela E, Torralba JA, et al. Tratamiento laparoscópico ambulatorio de la hernia de Spiegel: presentación de 10 casos. Cir Esp [Internet]. 2002 [citado 23/02/2017];71(5):221-3. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009739X02719684>
11. Moreno-Egea A, Flores B, Aguayo JL, Canteras M. La Hernia de Spiegel en España: revisión bibliográfica y presentación de una serie personal de 27 pacientes. Cir Esp [Internet]. 2002 [citado 23/02/2017];72(1):18-22. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-la-hernia-spiegel-espana-revision-S0009739X02719994>

#### **Conflicto de intereses:**

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

## **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

García Mendez LR, Rodríguez García L. Hernia de Spiegel. A propósito de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2019 May-Jun [citado: fecha de acceso]; 41(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2377/4322>