

## Hernia de Spiegel vs. neoplasia de colon. A propósito de un caso

### Spigelian hernia vs. colonic neoplasias. Apropos of a case

#### AUTORES

Dr. Víctor G. Ferreira Moreno (1)

**E-mail:** victorf.mtz@infomed.sld.cu

Dr. Jesús Cora Abrahams (2)

Dr. René Suárez Camejo (3)

Dr. Pablo de Posada Jiménez (4)

Dr. Narciso Hernández Rodríguez (5)

1) Especialista de II Grado en Radiología. Profesor Instructor. Hospital Provincial Pediátrico Docente Eliseo Noel Caamaño y colaborador del Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Comandante Faustino Pérez. Matanzas.

2) Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Comandante Faustino Pérez. Matanzas.

3) Especialista de I Grado en Radiología. Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Comandante Faustino Pérez. Matanzas.

4) Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria de Salud. Hospital Provincial Pediátrico Docente Eliseo Noel Caamaño. Matanzas.

5) Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Hospital Provincial Pediátrico Docente Eliseo Noel Caamaño. Matanzas.

---

#### RESUMEN

Las hernias de Spiegel son una entidad rara y ocurren a través de defectos de la fascia homónima. El diagnóstico es difícil; puede ser auxiliado por tomografía axial computarizada y ultrasonido. Se reporta el caso de una paciente de 46 años de edad, referida al servicio de Imágenes del Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Comandante Faustino Pérez, de Matanzas, con historia de dolor abdominal inespecífico desde hace cuatro años; ahora con masa abdominal palpable en cuadrante inferior derecho e imagen sugestiva de neoplasia de ciego en examen de colon por enema realizado en el hospital de referencia. Su diagnóstico puede ser virtualmente imposible a menos que la entidad sea previamente considerada, ahí radica la importancia del reporte.

**Palabras clave:** Spiegel, hernia abdominal, radiología, cirugía, neoplasmas de colon, informes de casos, humanos, femenino, adulto.

---

#### SUMMARY

Spigelian hernias are a rare entity and occur through defects in the homonym fascia. The diagnosis is difficult; it may be helped by on-line axial tomography and ultrasound. We report the case of a 46- years-old patient remitted to the Imaging Service of the Clinical-Surgical University Hospital Comandante Faustino Pérez, of Matanzas, with a history of unspecific abdominal pain for four years, now with a palpable abdominal mass in the right lower quadrant and image suggesting cecum neoplasias in colon examination by enema made in the before mentioned hospital; their diagnosis may be virtually impossible unless the entity is previously considered; that is where the importance of the report resides.

**Key words:** Spigelian, hernia abdominal, radiology, surgery, colonic neoplasms, case reports, humans, female, adult.

## INTRODUCCIÓN

La hernia de Spiegel puede ser definida como la protrusión de grasa preperitoneal o un saco peritoneal, conteniendo o no, un órgano intraperitoneal, a través de un defecto congénito o adquirido en la línea de Spiegel. Es también conocida como hernia ventrolateral espontánea o hernia de la línea semilunar (1,2). En 1764, Klinkosch reconoció la naturaleza espontánea de estas hernias ante la idea anterior de que respondían a traumas y las llamó "hernias de la línea de Spiegel" (2) en honor a Adrian van der Spiegel (1578-1625), anatomista flamenco formado en Padua, quien fuera el primero en describir la línea semilunar (3).

Infrecuentes (1,4), constituyen únicamente el 1,06 % (entre el 0,12 al 2 % según la serie) (2,5,6) de todas las hernias de la pared abdominal. Se ha visto incrementada su incidencia, porque son más fácilmente reconocidas por las modernas técnicas de imagen. Han sido descritas en niños, incluso en recién nacidos, y hasta los 94 años, aunque son usualmente encontradas entre 50 y 60 años, afectando ambos sexos y lados, de manera similar (4).

Solo alrededor del millar han sido reportadas en la literatura médica (2,6).

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 46 años, obesa. Hace 10 años operada para reparar prolapso uterino. Cuatro años antes tuvo tratamiento médico por plastrón en fosa iliaca derecha (FID), interpretado como de origen ginecológico. Desde entonces, con dolores abdominales recurrentes de intensidad variable. Hace quince días viene presentando dolor abdominal intenso localizado en FID.

Examen Físico: Cicatriz infraumbilical, secuela de cirugía anterior. Masa palpable en FID, dolorosa a la palpación, no movable, 10- 12 cm, irregular.

Colon por enema: Adecuado pase de la sustancia baritada hasta ciego donde se observa imagen sugestiva de neoplasia.

Tomografía Axial Computarizada: Desde una altura aproximada a D-XII y hacia la pared antero lateral derecha del abdomen, lateral al ciego, se observa saco herniario (figs. 1, 2 y 3), que se extiende hasta la altura del acetábulo, y contiene una sección importante de intestino delgado que ha salido de la cavidad abdominal por un defecto infraumbilical, de aproximadamente 4 cm, lateral al recto derecho (fig. 2). Dimensiones máximas del saco 17 x 17 x 6 cm. No se logra contrastar el colon en su totalidad durante el estudio, pero la porción proximal del izquierdo, el ángulo esplénico, el transverso, el ángulo hepático, el derecho y el ciego (fig. 3), que sí lo hacen, no muestran alteraciones. El íleon llega al ciego por su cara interna, pero desde abajo y algo desde la derecha, a partir del defecto en la pared. Existe otro defecto, infraumbilical, en la unión de ambos rectos con presencia de gas mal definido en pared anterolateral izquierda y grasa subcutánea. Pequeño trayecto que impresiona secuela incisional con escaso aire por delante de la línea alba. El hígado en fase portal no muestra lesión. El útero y la vejiga deben ser evaluados por ultrasonido diagnóstico. ID: Hernia de Spiegel derecha más hernia incisional izquierda.

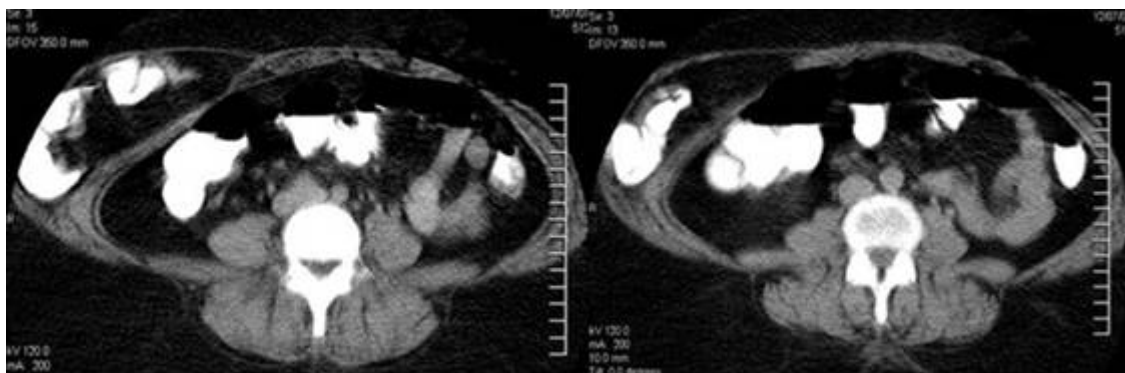


Figura 1. Tomografía axial computarizada abdominal, con administración de contraste oral e intravenoso. Los cortes muestran un segmento de intestino delgado que yace en un saco herniario en la pared antero lateral derecha del abdomen.

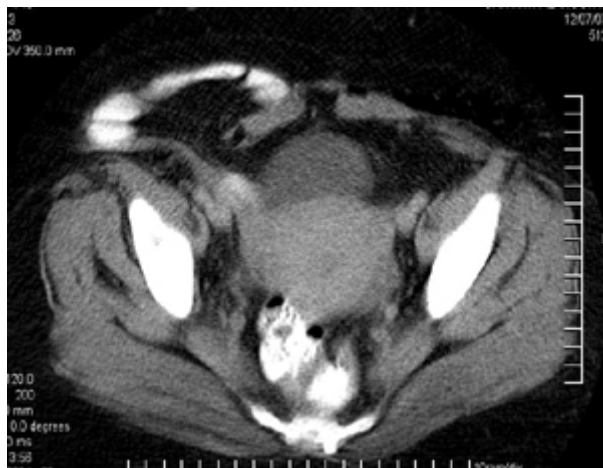


Figura 2. Tomografía axial computarizada abdominal, con administración de contraste oral e intravenoso. El corte manifiesta un segmento de asa delgada herniado a través de un defecto lateral al recto derecho.

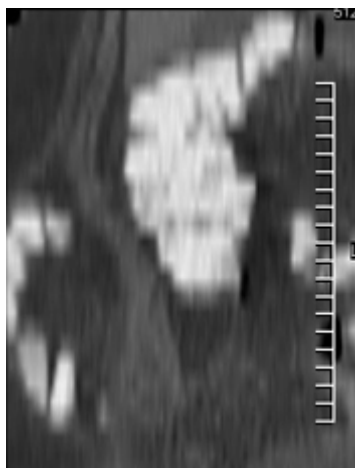


Figura 3. Tomografía axial computarizada abdominal, con administración de contraste oral e intravenoso. Reconstrucción multiplanar. Representación coronal que exhibe el saco herniario lateral al ciego.

## DISCUSIÓN

Las hernias de Spiegel son un defecto raro (7). Por ejemplo, Cervantes (5) reporta solo 6 casos entre enero de 1968 y julio de 2004; aunque Cerdán (6) reporta 8 entre enero de 1999 y diciembre de 2004; mientras que Moreno-Egea (7) 22, entre enero de 1997 y diciembre de 2001. La diferencia con relación a Cervantes pudiera estar relacionada, además de con las características de sus respectivos centros, con las posibilidades que ofrecen las nuevas técnicas de imágenes.

A pesar de su infrecuencia, conllevan un alto riesgo de incarceration y estrangulamiento intestinal (4). Pueden ser congénitas o adquiridas. Protruyen a través de la línea semilunar que se extiende desde el octavo cartílago costal hasta el pubis, y está situada en la vertiente lateral del recto anterior. El diagnóstico puede ser virtualmente imposible, a menos que la entidad sea previamente considerada; solo el 50 % son diagnosticadas preoperatoriamente (2,5).

La mayoría de los pacientes describirán dolor y la presencia de una masa en el lecho de Spiegel. Es recomendable la exploración con el paciente de pie y acostado.

La obesidad, además de ser citada como factor causal (6), hace que las hernias de la pared abdominal sean difíciles de detectar clínicamente, condición presente en la paciente de estudio, y causa probable de diagnóstico e interpretación certera demorados. Como otros factores predisponentes, se han considerado la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cirugía previa y los traumatismos abdominales (6).

Las preparaciones no óptimas, previas a los estudios con enema baritada, pueden hacer sugerir la posibilidad de una neoplasia de colon, situación manifiesta en este caso.

A pesar del intento diagnóstico por otras modalidades de imágenes, el ultrasonido (5,8) y la tomografía axial (2,5,6) son las más exitosas, fundamentalmente la última, pues define claramente las diferentes capas de la pared abdominal, el defecto, así como cualquier protrusión de grasa u órgano, a la vez que permite la diferenciación de otras patologías de la pared abdominal.

Moreno-Egea (7), al comparar la reparación laparoscópica con la clásica, mostró ventajas significativas a favor de la primera, pero solo en términos de morbilidad y estadía hospitalaria. Por ello, concluye que es la técnica que ofrece mejores resultados en el tratamiento electivo de la hernia de Spiegel.

El diagnóstico quirúrgico confirmó el imagenológico. Reducción convencional. Evolución favorable.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spiegel's hernia. Who named it? whonamedit.com [citado 1 Ene 2008]. Disponible en: <http://www.whonamedit.com/synd.cfm/2615.html>
2. Sanchez Montes I, Deysine M. Spigelian and other uncommon hernia repairs. Surg Clin N Am. 2003;83:1235-53.
3. Adrian van den Spiegel. Who named it? whonamedit.com [citado 1 Enero 2008] Disponible en: <http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/2280.html>
4. Brant WE. Cavidad peritoneal, vasos y ganglios linfáticos. En: Webb WR, Brant WE, Helms CA, editores. Fundamentos TAC Body. 2a ed. Madrid: Marban Libros, S.L; 1999. p. 192.
5. Cervantes J, Rojas G, Menéndez A, Cicero A, Vidal P. Hernia de Spiegel. An Med Asoc Med Hosp ABC [seriada en la Internet]. 2007 [citado 15 Dic 2007];52(2):65-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-abc/e-bc2007/e-bc07-2/em-bc072d.htm>
6. Cerdan Pascual R, Cantin Blazquez S, Barranco Dominguez JI . Hernia de Spiegel: revisión a propósito de 8 casos. Rev Cubana Cir [seriada en la Internet ]. 2005 Oct-Dic [citado 1 Ene 2008]; 44(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932005000400007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000400007&lng=es&nrm=iso)
7. Moreno-Egea A, Carrasco L, Girela E, Martín JG, Aguayo JL, Canteras M. Open vs Laparoscopic Repair of Spigelian Hernia. A Prospective Randomized Trial. Arch Surg [seriada en la Internet ]. 2002 Nov [citado 1 Ene 2008]; 137: 1266-8. Disponible en: <http://archsurg.ama-assn.org/cgi/content/full/137/11/1266?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Spiegel&searchid=1&FIRSTINDEX=10&resourcetype=HWCIT>
8. Jamadar DA, Jacobson JA, Morag Y, Girish G, Ebrahim F, Gest T. Sonography of inguinal region hernias. Am J Roentgenol. 2006; 187: 185-90.

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ferreira Moreno VG, Cora Abrahams J, Suárez Camejo R, Posada Jiménez Pablo de, Hernández Rodríguez N. Hernia de Spiegel vs. neoplasia de colon. A propósito de un caso. Rev méd electrón [Seriada en línea] 2011; 33(2). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol2%202011/tema16.htm> [consulta: fecha de acceso]