

Caso clínico

Abdomen agudo por hernia de Spiegel complicada, un infrecuente caso que requiere alto grado de sospecha clínica



Acute abdomen due to Spiegel's hernia complicated, an infrequent case that requires high degree of clinical suspicion

Carlos Jezieniecki Fernández, José Herreros Rodríguez, Moisés Juárez Martín, Jeancarlos Jhosmer Trujillo Díaz, Juan Beltrán de Heredia Rentería

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid (España)

Resumen

Introducción: La hernia de Spiegel es un tipo infrecuente de hernia de la pared abdominal que, por norma general, suele aparecer sin contenido en su interior. La presencia de una apendicitis aguda en su interior es un caso poco frecuente.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 88 años que acude por dolor abdominal acompañado de tumoración de varios años de evolución. Se realiza tomografía computarizada, en la que se describe hernia de Spiegel con contenido en su interior y sufrimiento. Se realizó intervención quirúrgica en la que se apreció apendicitis aguda isquémico-hemorrágica en el interior de la hernia.

Discusión: La hernia de Spiegel es aquella situada en la línea que lleva su nombre; el orificio herniario suele ser pequeño, de bordes rígidos. Su contenido puede ser muy variado y puede encontrarse en el íleon, ciego, apéndice cecal, epiplón, ovario, etc. La clínica de los pacientes con este tipo de hernia es muy variable e inespecífica. Es infrecuente la presentación del cuadro agudo como el caso que describimos. El diagnóstico de presunción es complicado y debe realizarse mediante una buena anamnesis y una exploración física exhaustiva. Las pruebas de imagen son de gran ayuda para el diagnóstico correcto. El tratamiento de la hernia de Spiegel es siempre quirúrgico.

Conclusión: La aparición de una posible hernia de Spiegel unida a la clínica de abdomen agudo es un hallazgo muy raro que requiere de alto índice de sospecha clínica para su correcto diagnóstico y tratamiento posterior.

Abstract

Introduction: The Spiegel hernia is an infrequent type of hernia of the abdominal wall and usually appears without content inside. The presence of an acute appendicitis inside it is a rare case.

Case report: We present the case of an 88-year-old woman who presented with abdominal pain accompanied by a tumor of several years of evolution. Computed tomography is performed, where Spiegel hernia is described with content inside and suffering from it. Surgical intervention was performed in which acute ischemic-hemorrhagic appendicitis was observed inside the hernia.

Discussion: The Spiegel hernia is that located in the line that bears his name, the hernial orifice is usually small, with rigid edges. Its content can be very varied, being able to find ileum, blind, cecal appendix, omentum, ovary, etc. The clinic of patients with this type of hernia is very variable and non-specific, with the presentation being infrequent as the acute case of the case described. The diagnosis of presumption is complicated and must be made through a good anamnesis and a thorough physical examination. Imaging tests are a great help for the correct diagnosis. The treatment of Spiegel's hernia is always surgical.

Conclusion: The appearance of a possible Spiegel hernia, together with the acute abdomen clinic is a very rare finding and requires a high index of clinical suspicion for its correct diagnosis and subsequent treatment.

Recibido: 04-10-2018

Aceptado: 07-11-2018

Palabras clave:

Hernia Spiegel, apendicitis aguda, abdomen agudo.

Key words:

Spiegel hernia, acute appendicitis, acute abdomen.

*Autor para correspondencia: Carlos Jezieniecki Fernández. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Avda. Ramón y Cajal, 3. 47003 Valladolid
Correo electrónico: carlos.jezieniecki@gmail.com

Jezieniecki Fernández C, Herreros Rodríguez J, Juárez Martín M, Trujillo Díaz JJ, Beltrán de Heredia Rentería J. Abdomen agudo por hernia de Spiegel complicada, un infrecuente caso que requiere alto grado de sospecha clínica. Rev Hispanoam Hernia. 2019;7(3):118-120

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

INTRODUCCIÓN

La hernia de Spiegel es un infrecuente tipo de hernia que aparece en la línea semilunar, lateral a los músculos rectos, en el punto de transición entre estos y las vainas de los músculos oblicuos y transversos del abdomen. Se desarrolla por lo general a través de un orificio en las aponeurosis de los músculos transverso y oblicuo interno, normalmente sin atravesar la aponeurosis del oblicuo externo. Es una entidad rara, que aparece tan solo en torno al 1 % de las hernias de la pared abdominal¹ (aunque existen estudios que creen que su prevalencia es mayor²), por lo general sin contenido en su interior, pero en determinados casos podemos encontrar íleon, ciego o apéndice cecal³⁻⁶; estos últimos precisan un gran nivel de sospecha clínica inicial por lo variado de la sintomatología que pueden presentar, desde ligera molestia, oclusión intestinal o abdomen agudo.

CASO CLÍNICO

Mujer de 88 años, con antecedente de cesárea en su juventud, en tratamiento con acenocumarol por presentar *flutter* auricular, diagnosticada de hipertensión arterial, diabetes tipo II, dislipemia e insuficiencia renal. Acude a Urgencias por presentar dolor de 24 horas de evolución a nivel de fosa iliaca derecha asociado a tumoración dura y dolorosa ocasional de varios años de evolución. No presentó oclusión intestinal ni fiebre.

La paciente se encontraba afebril, hemodinámicamente estable en el momento del ingreso. Se apreció una tumoración de aproximadamente 10 × 10 cm en fosa iliaca derecha irreductible y dolorosa, sin cambios inflamatorios locales.

La analítica sanguínea presentaba leucocitosis (14000 μ l) con un 90 % de neutrófilos, proteína C reactiva de 58.5 mg/l, índice de protrombina del 33 % e INR de 2.01 por su tratamiento anticoagulante, creatinina de 1.61 mg/dl y un filtrado glomerular de 29 ml/min compatibles con su grado de insuficiencia renal.

Se decide la realización de una tomografía computarizada de abdomen sin contraste debido al grado de insuficiencia renal, en la que se observa en la fosa iliaca derecha un saco herniario que contenía asas de intestino delgado, paquete vascular y pequeña cantidad de líquido acompañante, hallazgos en relación con hernia de Spiegel con contenido intestinal y sufrimiento. No se observan signos de obstrucción intestinal ni neumoperitoneo (fig. 1), por lo que se decide intervención quirúrgica urgente tras reversión de anticoagulación de la paciente con 1000 UI de Beriplex® vía venosa para conseguir un INR de 1.2 a los 30 minutos de su administración.

Se realiza intervención quirúrgica con anestesia general. Se coloca a la paciente en decúbito supino y se realiza laparotomía media infraumbilical (pared íntegra), en la que se observa hernia *spiegeliana* derecha con el apéndice gangrenado en su interior como consecuencia de una brida con el epiplón mayor que también está metido en la hernia (fig. 2). Se realiza reducción del contenido herniario y apendicectomía con dos ligaduras en su base; extirpación del epiplón metido en el interior de la hernia; reparación de la hernia desde dentro con reducción del saco y extirpación en su base; cierre del orificio herniario con punto de polipropileno del 00 y cierre de la laparoto-

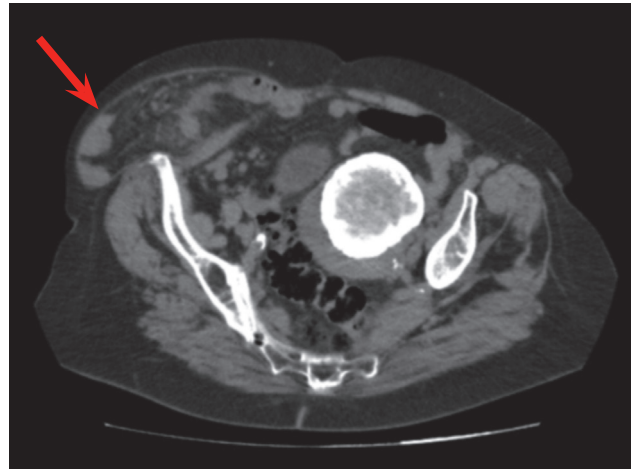


Figura 1. Hernia compatible con hernia de Spiegel (flecha azul) que presenta contenido intestinal con aumento de trabeculación grasa y líquido libre. Se observa mioma uterino calcificado.

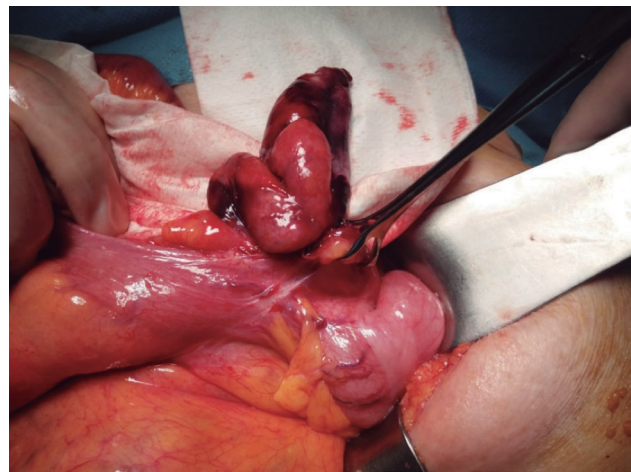


Figura 2. Se observa apéndice isquémico y hemorrágico como consecuencia de brida con el epiplón mayor.

mía con poli 4-hidroxi butirato y parcial cutáneo de la herida quirúrgica.

En el posoperatorio inmediato, la paciente presenta aceptable evolución. Tolera la vía oral, micción espontánea y presenta ligera supuración de la herida quirúrgica, de donde se tomó muestra para cultivar y se observó crecimiento de *Escherichia coli*, *Peptococcus niger*, *Fingoldia magna* y *Clostridium perfringens*, que se trató con antibioterapia empírica. Presentó buena evolución, por lo que se decidió el alta hospitalaria después de siete días de la intervención con control de la herida quirúrgica por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

El resultado de la anatomía patológica fue de apéndice cecal de 5 cm de longitud. Externamente, presenta una apariencia necrohemorrágica uniforme que se extiende al tejido adiposo periapendicular. A los cortes seriados, se observa una ocupación total de su luz con material hemático coagulado y necrótico.

DISCUSIÓN

La hernia de Spiegel es aquella situada en la línea que lleva su nombre. 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. La línea semilunar o de Spiegel fue descrita por el belga Adriaan van der Spiegel en 1605, anatomista y profesor de cirugía en la universidad de Padua, donde casi 250 años después Eduardo Bassini realizó la primera herniorrafia inguinal anatómica por vía anterior. En 1764, J. T. Klinkosch describió por primera vez una hernia abdominal en situación lateral al músculo recto, localizada específicamente en la línea semilunar de Spiegel⁷. La obra *De humani corporis fabrica libri decem* describía la línea semilunar como «una región de la pared abdominal, bastante vaga y mal definida, que corresponde al punto donde todos los músculos anchos del abdomen, oblicuos y transversos, dejan de ser carnosos para tornarse tendinosos, y formar tendones planos»^{8,9}.

El 90 % de estas hernias se encuentran en el llamado «cinturón de la hernia de Spiegel», que es una franja transversal de entre 0 y 6 cm entre ambas espinas ilíacas. El orificio herniario suele ser pequeño, de un tamaño inferior a los 2 cm en el 75 % de los casos, de bordes rígidos, lo que favorece la estrangulación herniaria. Su contenido puede ser muy variado: puede encontrarse íleon, ciego, apéndice cecal, epiplón, ovario, etc. Se sitúa generalmente por debajo del músculo oblicuo mayor, atravesando las diferentes capas de la pared abdominal.

La clínica de los pacientes con este tipo de hernia es muy variable e inespecífica. Aparece generalmente una tumoración infraumbilical en el borde lateral del músculo recto, en muchas ocasiones bilateral o acompañada de hernia inguinal. Si no presenta complicaciones, suele ser reductible y aumenta con los esfuerzos. La presentación, como el cuadro agudo del caso que describimos, es infrecuente, y se presenta como tumoración dolorosa en los casos de incarceration, estrangulación u obstrucción intestinal.

El diagnóstico debe realizarse mediante una buena anamnesis y una exploración física exhaustiva para descartar otro tipo de masas en la pared abdominal. El diagnóstico de presunción es complicado por la difícil exploración de la zona y la baja prevalencia de la patología, por lo que las pruebas de imagen son de gran ayuda para el diagnóstico correcto: en primer lugar, la ecografía, útil sobre todo en situaciones no complicadas con pared abdominal favorable, y, bastante más específica, la tomografía computarizada (TC), que nos ayudará a determinar la localización y el tamaño del orificio herniario, así como su contenido y estado¹⁰⁻¹².

El tratamiento de la hernia de Spiegel es siempre quirúrgico debido al gran riesgo de complicaciones. En cuanto a cirugía electiva, consiste en la reparación del orificio herniario y la realización de una hernioplastia, bien mediante laparoscopia o bien mediante técnicas abiertas por vía anterior. Existen buenos resultados en cualquiera de las técnicas utilizadas (con el empleo de mallas), pero se han encontrado diferencias en términos de morbilidad y estancia hospitalaria a favor del uso de técnicas laparoscópicas¹³⁻¹⁵. Actualmente, en la cirugía de urgencia no complicada se recomienda la reparación con malla por vía anterior una vez abierta

la aponeurosis del oblicuo mayor, reseca el saco herniario y reducido su contenido. La herniorrafia únicamente debe reservarse para casos en los que exista un proceso infeccioso local importante, como es el caso que describimos, con el fin de evitar la interposición de material protésico en tejidos contaminados.

CONCLUSIÓN

La aparición de un defecto o solución de continuidad en la pared abdominal lateral a los rectos abdominales y en situación infraumbilical debe ponernos en la pista de una posible hernia de Spiegel, lo que, unido a la clínica de abdomen agudo, es un hallazgo muy raro y que requiere de alto índice de sospecha clínica para su correcto diagnóstico y tratamiento posterior.

BIBLIOGRAFÍA

- Dabbas N, Adams K, Pearson K, Royle G. Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? *JRSM Short Rep.* 2011;19;2(1):5.
- Webber V, Low C, Skipworth RJE, Kumar S, de Beaux AC, Tulloh B. Contemporary thoughts on the management of Spigelian hernia. *Hernia J Hernias Abdom Wall Surg.* 2017;21(3):355-61.
- Sarriguarte Lasarte A, Martín Ortega H, Arana de la Torre MN, Gutiérrez Grijalba O, García Etxebarria A, Aguirre Etxabe L, et al. Apendicitis aguda por hernia de Spiegel incarcerada. *Rev Hispanoam Hernia.* 2014;2(3):115-8.
- Allewaert S, de Man R, Bladt O, Roelens J. Spigelian hernia with unusual content. *Abdom Imaging.* 2005 Dec;30(6):677-8.
- Bassi A, Tulandi T. Small bowel herniation through a spigelian defect within 48 hours after laparoscopy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013;20(3):392-3.
- Bastidas JG, Khan AR, LeBlanc KA. Spigelian hernia as a cause of small bowel obstruction. *South Med J.* 2010;103(6):567-9.
- Moreno-Egea A. Controversias históricas de las hernias semilunares: Spiegel frente a Casseri, Klinkosch frente a Mollière. *Rev Hispanoam Hernia.* 2014;2(3):119-25.
- Spiegel A. Opera quae extant omnia. Ámsterdam: John Bloew; 1645. p. 103.
- Spiegel A, Casseri G. De humani corporis fabrica libri decem. Venecia: Apud Evangelistam Deuchinum; 1625. Libro IV, Cap. X.
- Cruz A, Lerma R, Sánchez-Ganfornina F, Báez F, Muntané J, Padillo FJ. Incarcerated Spigelian hernia: diagnosis by computed tomography. *Rev Esp Enferm Dig.* 2012;104(11):612-3.
- Bergonzi M, Bonfioli C, Motta F, Urani A, Colnago MF. Complicated Spigelian hernia: computerized tomography features. Report of 2 cases. *Radiol Med (Torino).* 1996;92(6):822-3.
- Matzke G, Espil G, Dos Ramos Alféres JP, Larrañaga N, Oyarzún A, Kozima S. Un recorrido por la pared abdominal: evaluación de las hernias por tomografía computada multidetector. *Rev Argent Radiol.* 2017;81(1):39-49.
- Moreno-Egea A, Carrasco L, Girela E, Martín J-G, Aguayo JL, Canteras M. Open vs laparoscopic repair of spigelian hernia: a prospective randomized trial. *Arch Surg Chic Ill 1960.* 2002;137(11):1266-8.
- Celdrán A, Señaris J, Mañas J, Frieiro O. The open mesh repair of Spigelian hernia. *Am J Surg.* 2007;193(1):111-3.
- Majeski J. Open and laparoscopic repair of Spigelian hernia. *Int Surg.* 2009;94(4):365-9.