

Caso clínico

Hernia de Spiegel frente a hernia intersticial posapendicectomía abierta. A propósito de un caso clínico

Spiegel hernia vs. intersticial hernia post open appendicectomy. Case report



Manuel Grez¹, Constanza Ocampo²

¹Servicio de Cirugía General. Hospital San Juan de Dios de Curicó. Curicó (Chile). ²Escuela de Medicina. Universidad de Talca. Talca (Chile)

Recibido: 15-01-2019
Aceptado: 25-06-2019

Palabras clave:

Hernia de Spiegel, hernia incisional, McBurney, eventración.

Keywords:

Spigelian hernia, incisional hernia, McBurney, incisional hernia.

Resumen

Introducción: Las hernias incisionales secundarias a heridas quirúrgicas de tipo McBurney son infrecuentes. Desarrollar una hernia intersticial en este tipo de herida es un hallazgo pocas veces descrito en la literatura. La hernia de Spiegel supone un 1-2% de todas las heridas de la pared abdominal.

Caso clínico: Paciente con el antecedente de apendicetomía con el abordaje mediante una incisión de tipo McBurney que desarrolló una hernia de Spiegel dos años después de la cirugía.

Discusión: Este caso confirma la hipótesis planteada por la literatura médica según la cual la retracción producida por incisiones previas produce un estiramiento y cizallamiento de la pared abdominal.

Abstract

Introduction: Secondary incisional hernias surgical wounds McBurney type are infrequent. Developing an interstitial hernia in this type of injury is finding a few times describes in the literature. Spigelian Hernia accounts for 1%-2% of the all abdominal wall hernias.

Case report: We present a clinical case of a patient with history of appendicectomy, using an approach McBurney incision type which ended in a Spigelian hernia two years after surgery.

Discussion: We also discuss this case confirm the hypothesis posing by the medical literature that retraction by previous incisions due the stretching and shearing of the abdominal wall.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

*Autor para correspondencia: Manuel Grez. Servicio de Cirugía General. Hospital San Juan de Dios de Curicó. Chacabuco, 121. Curicó (Chile)
Correo electrónico: magrezster@gmail.com

Gre M, Ocampo C. Hernia de Spiegel frente a hernia intersticial posapendicectomía abierta. A propósito de un caso clínico. Rev Hispanoam Hernia. 2020;8(1):33-36

El artículo original fue presentado previamente como comunicación tipo póster digital en el XXXII Congreso Nacional de Cirugía. Madrid, 12-15 de noviembre 2018.

INTRODUCCIÓN

La hernia de Spiegel o semilunar fue inicialmente descrita por Klinkosch (1764)^{1,2}. Lleva el nombre del anatómico flamenco del siglo XVI, catedrático de cirugía y anatomía de la Universidad de Padua, Adriaan van der Spiegel, quien fue el primero en describir la línea semilunar (no en dibujarla, que fue su maestro y predecesor Casseri). Este tipo de hernias se localiza en el borde externo de la línea semilunar descrita por Spiegel en 1645, 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. Representa una forma escasa de presentación de hernias de la pared abdominal. Ha sido descrita y comentada varias veces en la literatura médica^{3,4}. A su vez, la hernia incisional subaponeurótica posapendicectomía también ha sido descrita en la literatura quirúrgica y es una rara forma de manifestación⁵. Ambas, de distinto origen —una espontánea y otra posincisional, por ser subaponeuróticas—, son de difícil diagnóstico inicial, suelen provocar dolor y tienen un alto riesgo de incarceration y sufrimiento isquémico del asa, por lo que su resolución quirúrgica es prioritaria.

CASO CLÍNICO

Hombre de 44 años, diabético tipo II, hipertenso, con sobrepeso, a quien se realizó una apendicectomía abierta de urgencia en el Hospital Clínico Universitario de Santiago siete años antes por una apendicitis aguda de fase II, sin incidentes y con evolución favorable.

Dos años después nota un aumento de volumen subcutáneo, indoloro, en hemiabdomen inferior derecho, que fue aumentando progresivamente de tamaño. A inicios de este año comenzó con dolor intermitente de predominio epigástrico, acompañado de náuseas y estreñimiento, por lo que consultó en forma repetida en su policlínico periférico y en nuestro Servicio de Urgencias, donde se realizó una tomografía axial computada (TAC) de abdomen con contraste que mostró: gran hernia con saco herniario de 15 cm y anillo de 6.5 cm de diámetro en pared abdominal derecha inferior, subaponeurótica, incarcerationada con parte de epiplón, asas de intestino delgado y grueso en su interior (figs. 1-3), descrita como «hernia incisional incarcerationada no complicada», por lo que se derivó al policlínico de cirugía para programarse su resolución electiva.

En su primer control, durante el examen físico abdominal se observó un aumento de volumen difuso, mal delimitado, de 7 × 5 cm, sin un claro anillo herniario palpable en hemiabdomen superior, con cicatriz de McBurney antigua de 4 cm de largo (fig. 4). Además de exámenes preoperatorios de rutina, se solicitó un segundo TAC de abdomen al carecer de imágenes previas que informo de una hernia de Spiegel. En ese momento surgió la duda diagnóstica de si se trataba de una hernia incisional posapendicectomía o de una hernia de Spiegel.

En la cirugía se realizó una incisión transversa de 7 cm de piel y celular subcutáneo de 3 cm sobre el borde superior de antigua incisión oblicua de McBurney hasta el plano aponeurótico del músculo oblicuo mayor, que se conservaba adelgazado pero indemne (sin orificio herniario), separando tejido celular de plano aponeurótico hacia región cefálica y hacia caudal hasta encontrar

cordón fibroso de cicatriz de antigua apendicectomía (fig. 5). Por debajo de la aponeurosis indemne se palpaban asas intestinales. Se practicó una incisión transversa de 7 cm de largo y apareció un gran saco herniario con asas intestinales en su interior que no pudieron reducirse espontáneamente, por lo que se abrió el saco y se redujo manualmente a cavidad peritoneal; a continuación, se liberaron algunas adherencias de epiplón al saco herniario hasta reducirse todo el contenido en un orificio herniario de 6 cm de largo × 4 cm de ancho (fig. 6). Posteriormente se reseco el saco herniario subaponeurótico de 11 cm sobre el orificio herniario y 4 cm por debajo de él, coincidiendo con lo informado anteriormente en la tomografía. Se realizó herniorrafia transversal de hernia de Spiegel con material irreabsorbible Surgipro® (monofilamento de polipropileno) y posterior fijación de malla de poro ancho Macrosporous Mesh (monofilamento de polipropileno) suprarrectal, anclada con puntos irreabsorbibles con posterior cierre de aponeurosis del oblicuo mayor. El paciente permaneció hospitalizado, con faja elástica. Fue dado de alta a las 48 horas con evolución favorable.

Se controló al mes tras la cirugía en forma ambulatoria sin hallar complicaciones ni signos de recidiva herniaria. Se encontró un paciente más delgado y sin aumento de volumen de hemiabdomen inferior derecho que antes simulaba mayor obesidad de la que realmente tenía.

DISCUSIÓN

Hasta antes de la realización de la cirugía herniaria, basándose en la historia clínica, las pruebas de imagen y el examen físico, no fue posible determinar a cuál de las dos unidades nosológicas planteadas en el título de este trabajo correspondía. Es decir, decidir si se trataba tan solo de una hernia incisional posapendicectomía abierta o de una hernia de Spiegel para decidir con precisión la conducta quirúrgica a tomar. Existen argumentos para asegurar que se trataba de cualquiera de las dos opciones. Para asegurar que se trataba de una hernia incisional, podía aducirse que se había producido después de una incisión quirúrgica y que este aumento de volumen herniario se ubicaba sobre la antigua cicatriz. Por su parte, la ubicación anatómica, la aparición tardía (dos años después de la apendicectomía abierta) y la particularidad de ser subaponeurótica parecían argumentos tendentes hacia la hernia de Spiegel. Esta duda fue dilucidada durante la cirugía, ya que se visualizó y se palpó el cordón fibroso cicatricial en la aponeurosis el músculo transverso, correspondiente a la antigua cicatriz de la apendicectomía. Después de que se abriera esta aponeurosis, se constató un anillo herniario en el espacio semilunar a 4 cm sobre esta cicatriz, lo que mostraba que esta hernia se originaba donde se presentan las hernias de Spiegel, sin una relación directa a la cicatriz antigua. Además, se confirma la ubicación en el espacio subaponeurótico. Solo la revisión de la literatura últimamente reportada, especialmente el caso clínico presentado por Flores y cols.⁶, vino a arrojar luces sobre este problema, indicando la relación que existe entre estas dos unidades nosológicas ya descritas, que representan un continuo de la evolución clínica, ya que una incisión quirúrgica previa en la pared del abdomen bajo viene a debilitar el tejido cercano a la incisión, lo que predispone el desarrollo posterior de una hernia de Spiegel, situación que ocurrió con nuestro caso clínico.



Figura 1. Imagen axial a nivel de tercio inferior de abdomen. Muestra una hernia de Spiegel a la derecha con presencia de colon y asas en interior de saco herniario subaponeurótico.



Figura 3. Reconstrucción coronal de tomografía. Muestra de hernia de Spiegel.

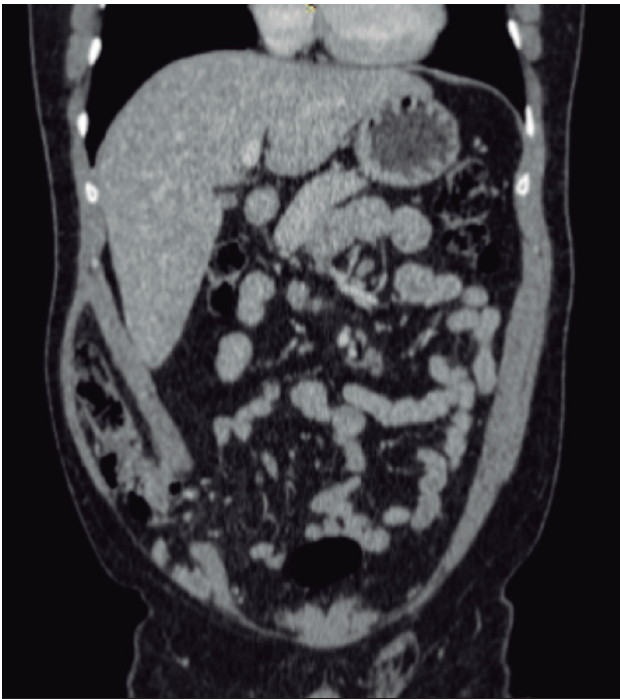


Figura 2. Segunda tomografía axial computada. Reconstrucción frontal de tomografía.



Figura 4. Hemiabdomen inferior derecho. Muestra aumento de volumen difuso herniario, con cicatriz antigua en fosa ilíaca derecha.

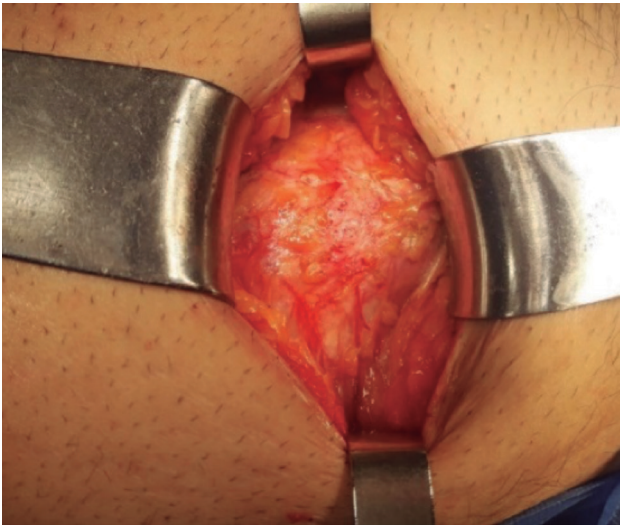


Figura 5. Foto de aponeurosis del músculo oblicuo mayor. Se encuentra debilitada. Cubría la hernia de Spiegel.

Consideramos que el manejo quirúrgico fue el adecuado. Al inicio se realizó una incisión de piel y celular en dirección transversa sobre el mayor aumento de volumen de la protrusión herniaria, previamente confirmado por los estudios previos de imagen que describían la hernia de Spiegel en ese mismo lugar, con la posterior reducción de las asas y del epiplón a la cavidad, la resección del amplio saco, la ubicación del ancho anillo herniario, el reavivamiento de sus bordes con posterior herniorrafia con material irreabsorbible y posterior colocación de una malla subaponeurótica fijada al plano de la herniorrafia.

CONCLUSIÓN

La hernia de Spiegel representa una entidad infrecuente de presentación de hernias de la pared abdominal. Su característica subaponeurótica dificulta el diagnóstico diferencial de una hernia incisional en pacientes que presentan el antecedente de cirugía previa, ya sea abierta o laparoscópica. En la literatura se describe la teoría del estiramiento de la pared abdominal condicionado por un cierre abdominal previo, que puede explicar la asociación entre las dos hernias descritas en este reporte de caso. Al realizar un cierre primario con una sutura con tensión, en su cicatrización se produce una retracción local en la zona de la incisión, lo que condiciona un estiramiento crónico de la pared abdominal cercana, que, en el caso de tener una debilidad intrínseca (la línea semilunar de Spiegel, la región inguinal o umbilical), podría llegar a su cizallamiento y a la formación de una hernia⁶. El conocimiento de dicho fenómeno nos permite sospechar la existencia de una hernia de Spiegel en un paciente con antecedente quirúrgico, lo que sin duda nos conduce hacia un manejo más apropiado del defecto.



Figura 6. Foto de anillo herniario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Devlin B, Kingsnorth A (eds.). Management of abdominal hernias. 2nd ed. London: Chapman & Hall Medical; 1998.
2. Spangen L. Spigelian hernia. En: Nyhus LM, Condon RE (eds.). Hernia. 14th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1995. pp. 381-92.
3. Moreno-Egea A. Controversias históricas de las hernias semilunares. Spiegel frente a Casseri, Klenkoch frente a Mollière. Rev Hispanoam Hernia. 2014;2(3):119-25.
4. León J, Leon A, Dellepiane V. Hernia de Spiegel. Reporte de 23 casos. Rev Chil Cir. 2011;63(1):64-8.
5. Flores-Rangel GA. Hernia Intersticial posincisional secundaria con incisión tipo McBurney. Presentación de caso y revisión de la literatura. Rev Hosp Jua Mex. 2015;82(2):126-9.
6. Flores Funes D, de la Torre JA, Aguilar J. Hernia de Spiegel tras incisión de Phannestiel: hipótesis etiopatogénica y revisión de la literatura. Rev Hispanoam Hernia. 2018;6(4):191-4.