

Tratamiento quirúrgico de las hernias de Spieghelel o hernias ventrales laterales o anterolaterales

J. H. Alexandre
J. L. Bouillot

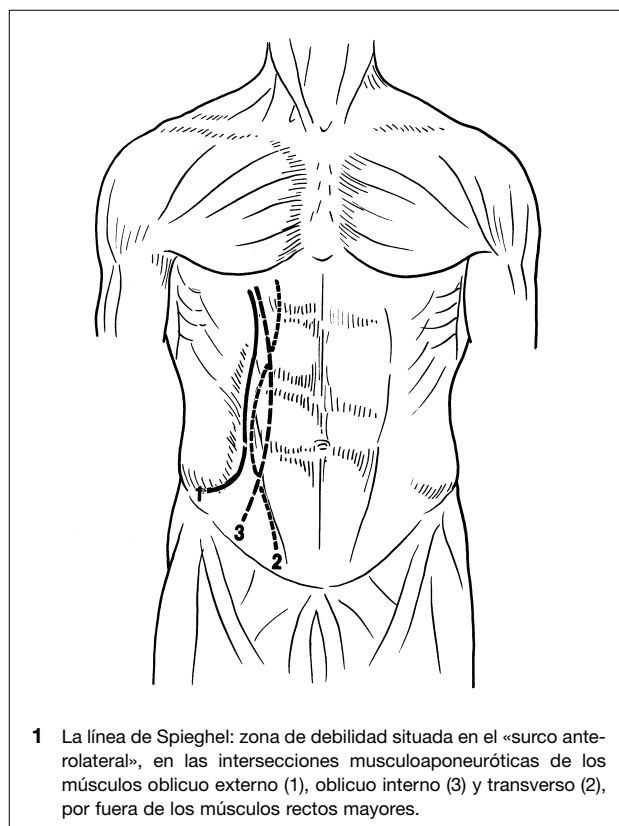
Estas hernias raras, aunque no excepcionales (800 casos publicados), fueron descritas por primera vez en 1764 por Klinkosh, quien les dio el nombre del anatomista flamenco del siglo XVI Adrian Van der Spieghelel que ejerció en Padua y que había descrito la línea semilunar. Cooper registra en 1827 un total de 23 casos y le atribuye al paso musculonervioso por la pared un papel en la aparición de estas hernias [10].

Reseña anatómica

Las hernias de Spieghelel aparecen en la línea o fascia «semilunar», formada en el borde externo del músculo recto, por la unión de aponeurosis y músculos grandes. Esta línea va del borde anterior del 9º cartílago costal al pubis (figs. 1, 2). Las hernias de Spieghelel se observan la mayoría de las veces por debajo del nivel del ombligo a causa de una dehiscencia de la aponeurosis del transversal (fibras aponeuróticas transversales) y del músculo oblicuo interno, que parecen ser más débiles que las zonas próximas (superiores e inferiores) de la línea arqueada. Tras mantenerse durante mucho tiempo con un carácter intersticial y de pequeño tamaño, desplazando la aponeurosis del músculo oblicuo externo, pueden crecer, atravesar la aponeurosis y exteriorizarse entre la línea del borde externo del recto y la línea axilar (figs. 2, 3). La hernia de Spieghelel comporta siempre la presencia de un saco peritoneal cubierto por una masa de grasa preperitoneal. Este saco (intersticial o superficial) puede contener epiploon, colon, o estómago. El riesgo de estrangulación es importante, puesto que el cuello lo forma un orificio reducido, fibroso [4], con un saco que contiene a veces un órgano pesado (vesícula biliar, apéndice, testículo, ovario, útero).

El envejecimiento de las estructuras fibrosas, la obesidad o el aumento de la presión intraabdominal podrían dar lugar a este tipo de hernia, que es más frecuente de lo que se cree, ya que a menudo no se diagnostica porque causa pocos síntomas.

Las hernias de Spieghelel constituyen del 0,1 al 1 % de las hernias. En 744 casos revisados por Spangen [1], la edad media era de 50 años. En 24 casos la hernia era bilateral, en 28 estaba situada por encima del ombligo, en 10 había más de una hernia de un lado. Recientemente, cirujanos de



Gabón publicaron una serie de 31 casos y señalaron una frecuencia bastante elevada de esta falla de la pared en un determinado tipo de población [9].

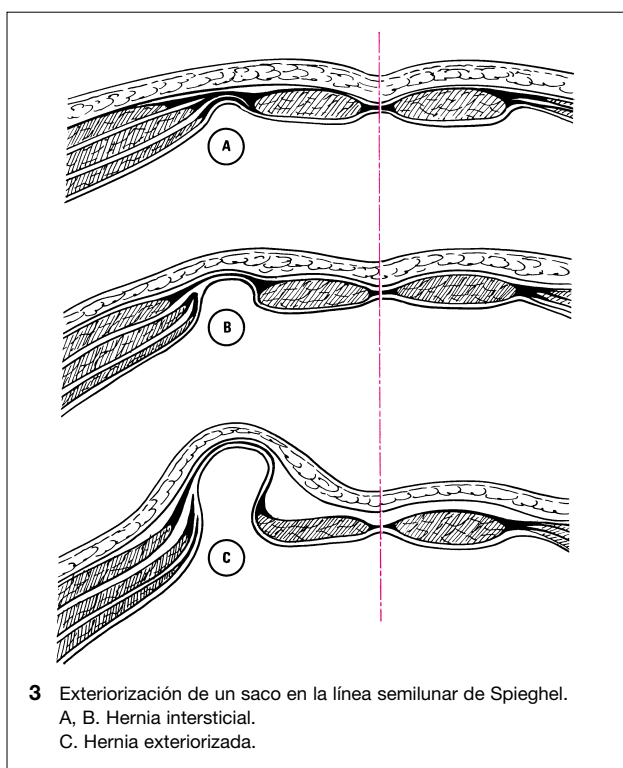
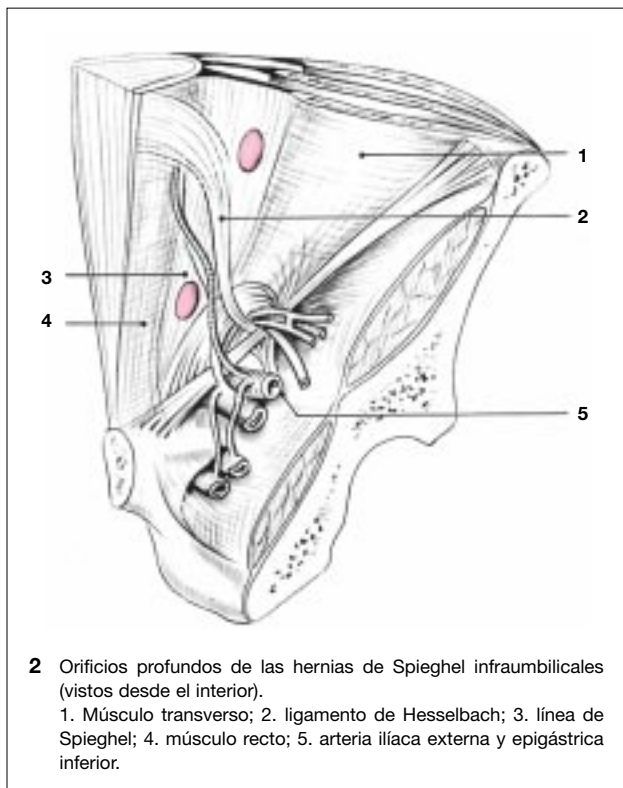
Aspectos clínicos

Existen tres cuadros clínicos que esquematizan las circunstancias en que está indicada la operación de la hernia de Spieghelel [1,2] (figs. 4, 5):

Jean-Henri ALEXANDRE: Chirujien des hôpitaux de Paris, professeur des Universités.

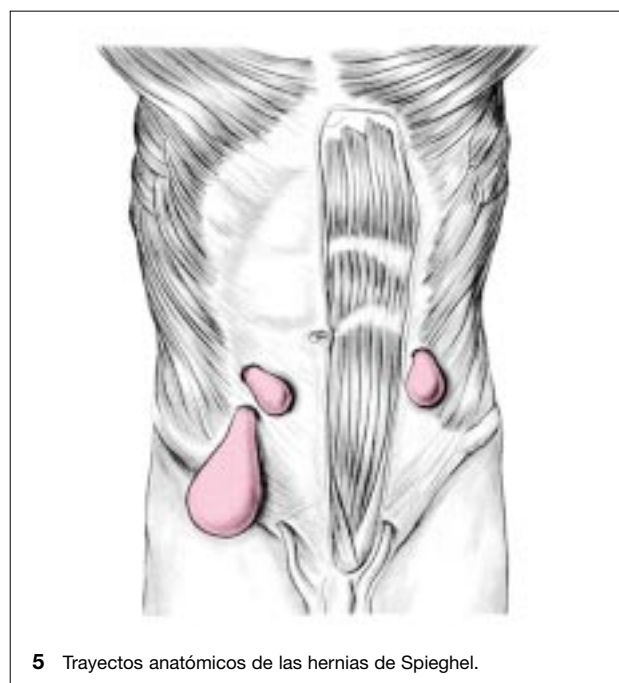
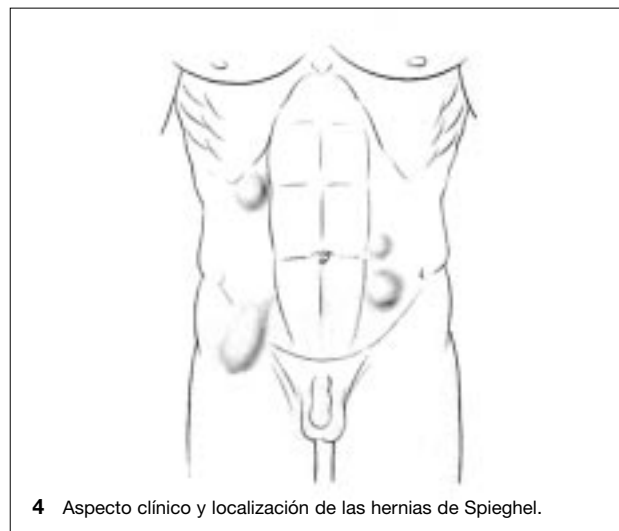
Jean-Luc BOUILLON: Chirujien des hôpitaux de Paris.

Hôpital Broussais, service de chirurgie générale et digestive, 96, rue Didot, 75014 Paris.



— La hernia intersticial pequeña que mide 1 ó 2 cm de diámetro, recubierta por la aponeurosis del oblicuo externo. Se manifiesta por un dolor de localización precisa en relación con la línea de Spiegelhel. Apenas se detecta a la palpación. El diagnóstico es difícil. La ecografía y la tomografía computarizada [8] pueden confirmar su presencia.

— La hernia más grande, de 3 a 20 cm de diámetro, que rechaza o atraviesa el plano aponeurótico superficial y es aparente bajo la piel, y que puede confundirse con un tumor de la pared. Sin embargo, deben sugerir el diagnóstico la reducibilidad, la protrusión con la tos y la localización por fuera de los músculos rectos (fig. 3C) [8].



— Un tumor inflamatorio, con oclusión o peritonitis, pone de manifiesto la existencia de una estrangulación herniaria o de un flemón, que pueden comportar todas las consecuencias graves conocidas de la estrangulación [4,7]. Estos conceptos son los que dictan el tratamiento quirúrgico de esta afección, que la mayoría de las veces es adquirida.

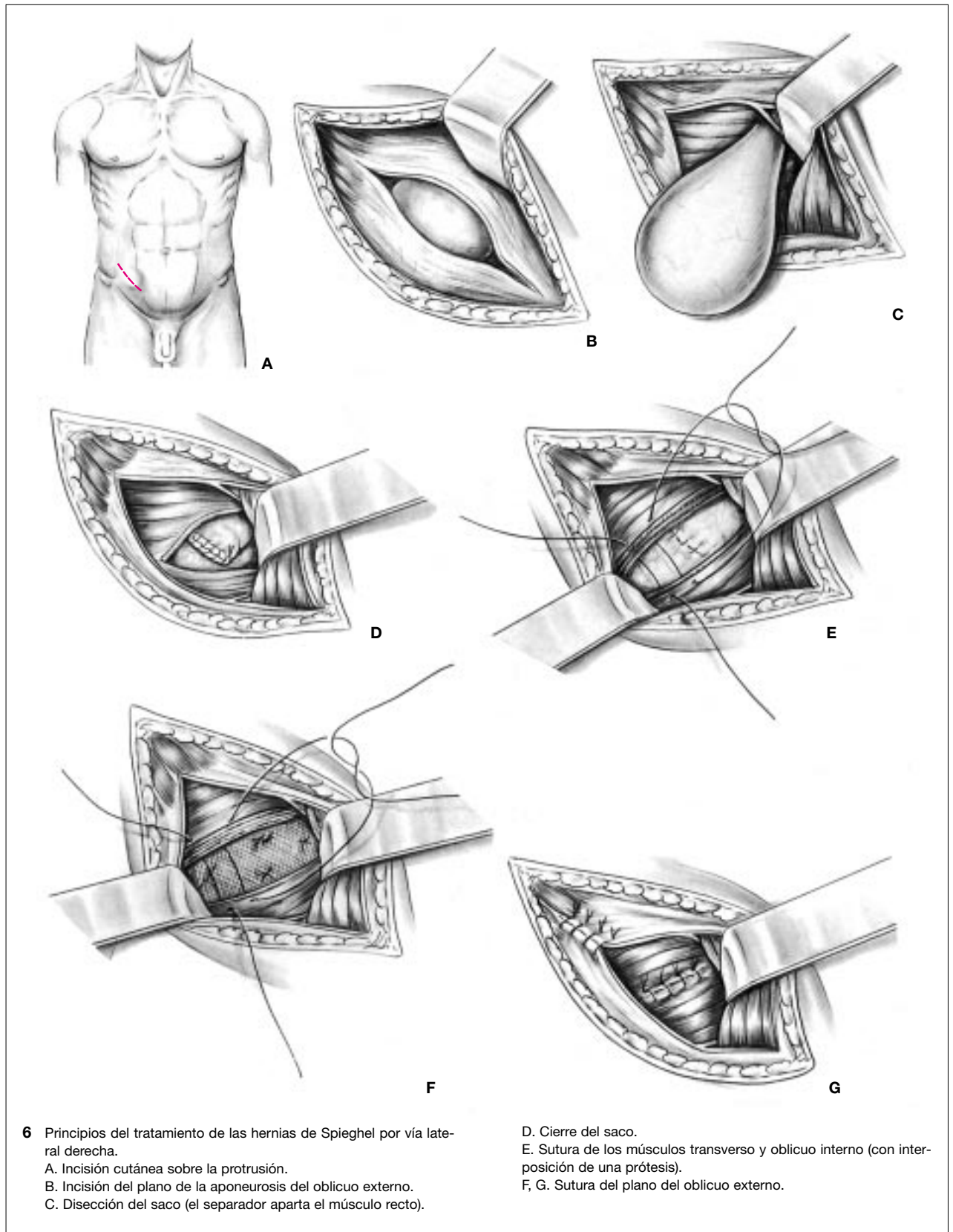
Tratamiento quirúrgico (fig. 6)

El paciente es intervenido bajo anestesia general. Se le coloca en decúbito supino.

Vía de acceso

— La incisión es transversa u oblicua [6, 10, 12], sobre la protrusión herniaria, preferiblemente con una incisión vertical de Jalaguier. Excepcionalmente, en caso de que el saco sea muy grande, puede recomendarse una resección elíptica de la piel. Se identifica la protrusión de la hernia con el paciente en bipedestación y se marca antes de la intervención.

— Se empieza abriendo la aponeurosis del músculo oblicuo externo, bajo la cual aparece el saco que sale por fuera



del borde externo del músculo recto. Su dimensión es variable. Tras la sujeción se le diseca hasta el cuello. A continuación se realiza la abertura y la reintegración del contenido visceral, como en toda hernia. Se liberan entonces los bordes del transverso y del oblicuo interno y se busca un posible saco asociado.

— En el caso de que haya una víscera estrangulada, la abertura del saco es el paso previo a su tratamiento específico. Es necesario valorar la vitalidad del tejido estrangulado. En caso de dificultad (y en caso de estrangulación visceral), puede ser necesaria una incisión media complementaria para tratar las lesiones (resección, etc.).

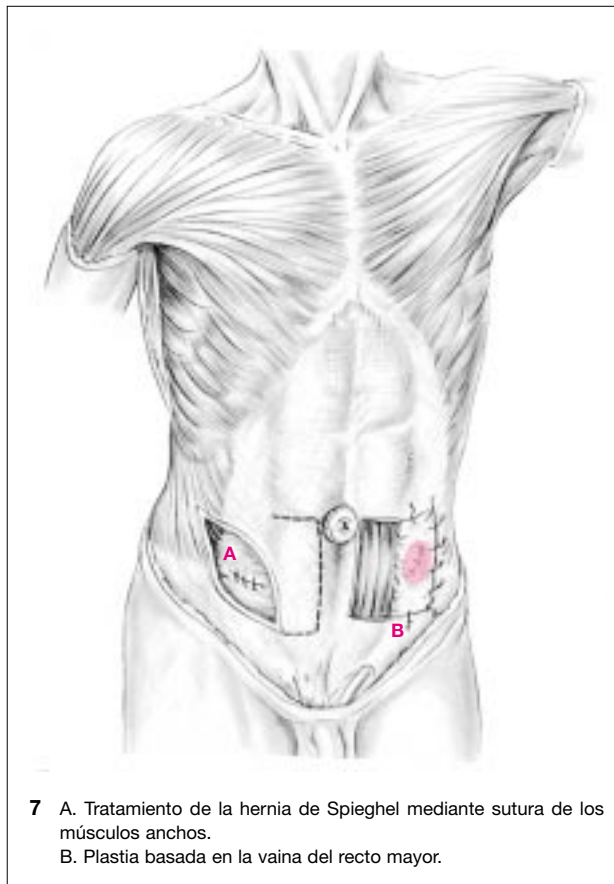
Reparación de la pared

— La mayoría de los autores se contentan con restaurar la anatomía mediante una sutura simple de cada plano [1, 2, 5, 11, 12]. La reparación se realiza con una sutura continua de hilo no reabsorbible nº 1 en el plano del transverso y del oblicuo interno. Un segundo plano aproxima, mediante una sutura continua, los bordes de la aponeurosis del músculo oblicuo externo.

— Algunos autores han propuesto reforzar la pared con una sutura en planos superpuestos, mediante una lengüeta de la vaina del recto (fig. 7) o de la fascia lata, o bien con una placa reabsorbible de vicryl [5, 6, 11].

El empleo de una prótesis preperitoneal de malla de dacrón, colocada a través de la vía de abordaje habitual, como la que hemos utilizado para una hernia de Spiegelhel asociada a una hernia inguinal, parece un procedimiento muy seguro en caso de debilidad de la pared, de una hernia de larga evolución y si no se realiza resección. Este método ha sido preconizado por otros autores [12]. El tamaño de la prótesis se adapta al cuello del saco (más de 12 x 12 cm). Se coloca o bien entre el peritoneo y los músculos anchos, o bien entre dos planos musculares. Debe fijarse con numerosos puntos al plano profundo (puntos de hilo reabsorbible).

— La sutura cutánea sobre un drenaje aspirativo finaliza la intervención.



7 A. Tratamiento de la hernia de Spiegelhel mediante sutura de los músculos anchos.
B. Plastia basada en la vaina del recto mayor.

Variantes

Ante la sospecha de una hernia muy pequeña, no palpable, una incisión vertical lateral sobre la tumefacción permite efectuar una exploración preperitoneal, tal como lo ha sugerido Spangen [11].

Debe utilizarse la vía media en caso de que el diagnóstico sea incierto o existan complicaciones [5]. Ello permite explorar el interior de un orificio profundo, con una buena exploración de las vísceras y un examen del lado contrario. Por esta vía puede realizarse, si es necesaria, una resección del intestino delgado o del colon, seguida o no de un restablecimiento de la continuidad intestinal, con o sin colostomía. También puede tratarse un flemón pioestercoráceo mediante una anastomosis interna y evacuación del pus por vía directa, evitando la difusión del absceso al peritoneo.

El cierre del saco reseado se efectúa entonces tras la sutura de los planos aponeuróticos y musculares por vía interna, en dos planos.

El cierre de la incisión media se realiza con una sutura continua de monofilamento reabsorbible.

Resultados

Tras la reparación de las hernias de Spiegelhel, las recidivas son raras [2, 4, 6]. En una revisión de la literatura con un total de 744 casos, Spangen identificó tan sólo 6 recidivas [11]. En 16 casos, Guivarc'h no ha observado ninguna [1]. Sin embargo, no se ha dispuesto de un control evolutivo prolongado de la mayoría de los pacientes. Parece, no obstante, que las hernias grandes constituyen una indicación para colocar un material sintético en la pared, ya sea de forma preperitoneal, o bien entre el plano del transverso y el del oblicuo (prótesis de dacrón).

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: ALEXANDRE JH et BOUILLOT JL. – Traitement chirurgical des hernies de Spiegelhel ou hernies ventrales latérales ou antérolatérales. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-151, 1994, 4 p.

Bibliografía

- [1] GUIVARCH M. Traitement chirurgical des hernies antérolatérales dites de Spiegelhel. Presse Med 1989; 18: 177-179
- [2] GUIVARCH M, MARTINON F, MOUCHET A. La hernie dite de Spiegelhel. A propos de 6 observations. J Chir 1974; 108: 87-100
- [3] HOLDER LE, SCHNEIDER HJ. Spiegelhelian hernias. Anatomy and roentgenographic manifestations. Radiology 1974; 112: 309-313
- [4] LABORDE Y, BESSET-LEHMANN J, VERA F. Pyocholecyste étranglée dans une hernie de Spiegelhel. J Chir 1989; 126: 700-701
- [5] LAMPHIER TA. Spiegelhelian hernia. Int Surg 1982; 67: 395-397
- [6] Le JOLIFF L, LETOQUART JP, FOUCAUD X, LANGELLA B, MAMBRINI A. Les hernies ventrales latérales ou de la ligne de Spiegelhel. A propos de 8 nouvelles observations. J Chir 1985; 122: 409-413
- [7] LOIZON P, NAHON PH, FOUNTI H, DELECOURT P. Hernie de Spiegelhel et mésentère commun. A propos d'une observation. J Chir 1992; 129: 285-286
- [8] NELSON RL, RENIGERS SA, NYHUS LM, SIGEL B, SPIGOS DG. Ultrasonography of the abdominal wall in the diagnosis of Spiegelhelian hernia. Am Surg 1980; 46: 373-376
- [9] ONDO N'DONG F, LOROFI R, COMES G, BELLAMY J, DIANE C. Les hernies de Spiegelhel. A propos d'une série de 31 cas. J Chir 1992; 129: 210-212
- [10] READ RC. Spiegelhelian hernia. In: Nyhus L, Condom RE eds. Hernia. JB Lippincott. Philadelphia 1978; pp 375-386
- [11] SPANGEN L. Spiegelhelian hernia. Surg Clin North Am 1984; 64: 351-366
- [12] VAYRE P, HUREAU J. Les hernies ventrales latérales de la ligne de Spiegelhel chez l'adulte. Presse Med 1974; 3: 1231-1232