

Trabajo de la Clínica Quirúrgica A

## HERNIA DEL AREA DE SPIGEL (\*)

### A propósito de 5 observaciones

Dr. Bolívar Delgado Pereira

Es una afección poco frecuente.

En nuestro medio han sido publicadas dos observaciones por Piquinela, una por Vigil y Cabezas y otra por Pou de Santiago.

En las dos primeras publicaciones se hace un completo estudio del problema así como la revisión bibliográfica.

Por tanto nos limitaremos a reactualizar el tema con motivo de cinco observaciones tratadas por el personal de nuestra Clínica, dos de ellas por el que las relata.

Este tipo de proceso herniario se produce a nivel de una zona de la pared ántero - lateral del abdomen que ha sido denominada de diferentes formas: línea semilunar de Spiegel, zona transicional músculo-aponeurótica de los músculos anchos, línea blanca externa, área spigeliana, fascia spigeliana, etc.

Se extiende desde el extremo anterior del noveno cartílago costal hasta la espina del pubis correspondiendo a una zona deprimida que queda entre la saliente del recto anterior por dentro y de los músculos anchos por fuera. Depresión longitudinal que se manifiesta en la morfología externa de la pared por un surco denominado "surco lateral del abdomen" por Grégoire.

Dicha zona no corresponde a la transición músculo - aponeurótica del transverso ni a una línea de superposición de la transformación músculo - aponeurótica de los tres músculos anchos puesto que no existe superposición en ningún momento de tres planos aponeuróticos a nivel del borde externo de la vaina del recto, salvo en la parte más inferior de la región.

Un corte transversal de esta área Spigeliana mostrará (Fig. 1):

1) En el tercio superior sólo el transverso es carnoso mientras que los dos planos superficiales son aponeuróticos.

2) A nivel de la zona umbilical sólo el plano medio del oblicuo menor se acerca carnoso al borde externo de la vaina siendo aponeurótico el primero y tercer plano.

3) En el tercio inferior los tres planos pasan por delante del recto; el superficial es aponeurótico. Los planos medio y profundo

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 26 de setiembre de 1962.

hacen su transición músculo - aponeurótica por dentro del anterior y a alturas diferentes. En el extremo inferior los tres llegan aponeuróticos al borde externo del recto.

Los tratados clásicos consideraban a esta zona de la pared como uno de sus puntos débiles. Autores modernos como Zimmermann opinan en forma contraria.

Dentro de ella la parte más débil correspondería a los bordes externos de las arcadas de Douglas (unión de tercio interno con dos tercios externos de la línea espino - umbilical) lugar donde además frecuentemente ramas de la arteria epigástrica atraviesan de la profundidad a la superficie.

Es a este nivel donde son según los diferentes autores más frecuentes dichas hernias.

Piquinela divide a las hernias ventrales laterales en:

- hernias lumbares
- hernias de la línea semilunar o hernias de Spiegel
- hernias por fuera de esa zona a través del oblicuo menor y transversal.

Este último tipo se produce a cierta distancia por fuera del borde externo de la vaina rectal y a él pertenecen las dos observaciones de Piquinela.

Este autor excluye de las hernias ventrales laterales además de las de la línea blanca (ombigo incluido) aquéllas que aparecen en la parte más baja del área spigeliana pero que topográfica, patogénica y quirúrgicamente corresponden al canal inguinal (hernias inguinales directas).

Finochietto se refiere a las hernias intersticiales que aparecen a través de la parte carnosa del O.m. y T., inmediatamente por encima del canal inguinal como "hernias suprainguinales". Dice que se diferencian de las hernias de Spiegel en que el anillo es puramente muscular.

Del punto de vista etiopatogénico se ha insistido en algunos aspectos de la estructura anatómica de la pared abdominal en esa zona como predisponente para esta variedad de hernia.

- Zona débil producida por el cruce del área de Spiegel con las arcadas de Douglas.
- Orificio de travesía vasculo - nervioso. Ya nos referimos a las ramas de la arteria epigástrica. A nivel de estos orificios pasarían pequeños paquetes célula-adiposos que arrastrarían al peritoneo.
- La existencia del oblicuo menor accesorio de Chouke (infrecuente) que al tirar transversalmente sobre el borde externo de la vaina dislocaría la región y exagera su debilidad.
- Zimmermann insiste en el hecho descrito por Anson de que con cierta frecuencia el O.m. y T. se presentan sobre todo en la por-

ción sub-umbilical como fasciculados en bandas músculo-aponeuróticas separadas por hiatos. Constituye esto una predisposición congénita. Se encuentran estos fascículos en ambos planos simultáneamente en el 10% de los casos y en el 6% superpuestos o coincidentes. Es a nivel de estos hiatos que se producen según estos autores las hernias de Spigel precedidas por la salida del pelotón célula - adiposo pre - peritoneal.

Recordamos que según los conceptos de Chifflet sobre la dinámica de la pared abdominal, la zona umbilical (hendidura umbilical) es

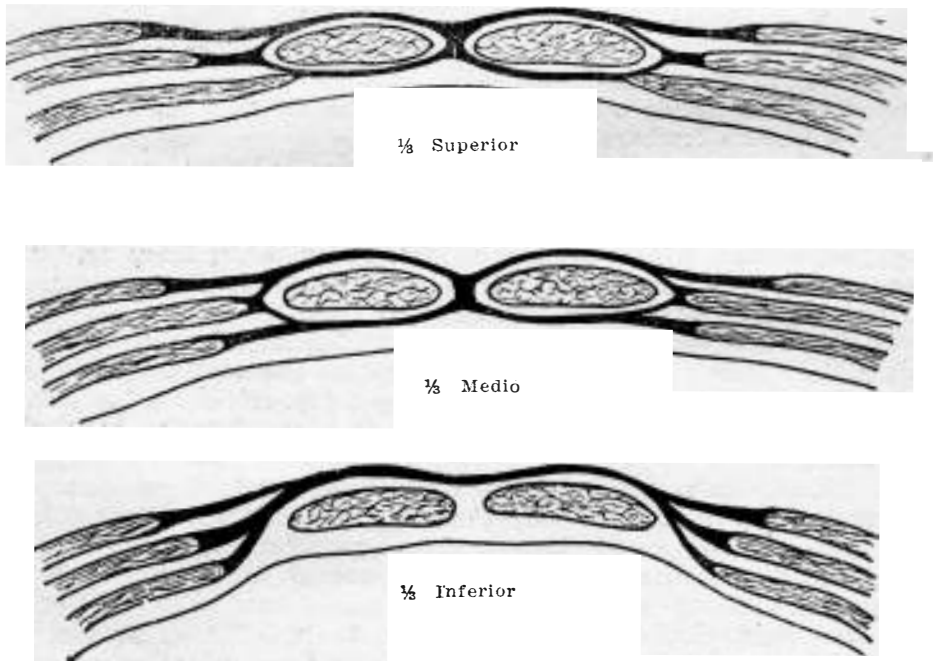


Fig. 1

una zona débil de la pared por corresponder a un lugar de transición entre dos sistemas musculares abdominales de distinta fisiología: el supraumbilical con su centro fibroso epigástrico de función respiratoria y el infraumbilical verdadera cincha de función visceral abdominal vesical y rectal. Las hernias de Spigel aparecen por fuera del recto pero a nivel de esa zona de transición de dos sistemas musculares de dinámica diferente. Su mecanismo de producción no puede desvincularse del punto de vista fisiopatológico del que provoca las hernias de las hendiduras umbilical e inguinal.

Sobre una pared abdominal predispuesta en esa zona incidirán todas las causas de hipertensión intraabdominal, la edad, obesidad, embarazos etc. para producir la hernia.

No se ha llamado la atención ni insistido en las diversas publicaciones sobre el tema, en el rol que pueden tener las incisiones operatorias sobre la pared del abdomen en la producción de estas hernias, seccionando nervios motores, seccionando fibras musculares, provocando

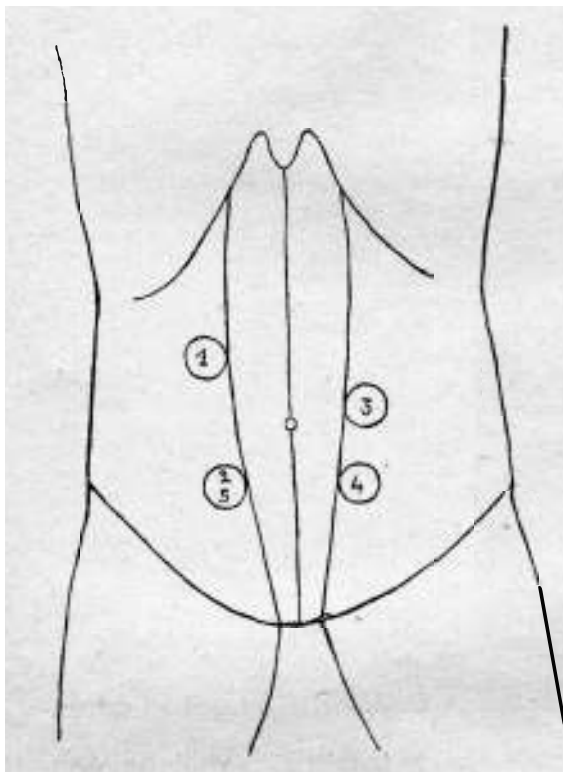


Fig. 2.

procesos cicatriciales fibrosos que a la vez que solidarizan planos hacen desaparecer espacios celulosos e interfieren por todos estos motivos sobre la normal fisiología parietal abdominal. Es así que en dos de nuestras observaciones (1 y 3) el proceso herniario aparecería inmediatamente contiguo a una cicatriz operatoria y en zonas del área spigeliana donde son poco habituales.

Frecuentemente son hernias intersticiales ocupando el espacio celuloso entre el O.M. que las cubre y el plano del O.m. y T. que les forma el anillo que muy a menudo es total o parcialmente fibroso.

Predominan entre los 50 y 60 años no habiendo diferencias importantes en cuanto al sexo.

Generalmente unilaterales y frecuentemente asociadas con otras hernias abdominales.

De pequeño o mediano tamaño.

En la variedad intersticial el diagnóstico es difícil por no poderse palpar con facilidad el anillo, el cual por otra parte es muy frecuentemente pequeño (unos 2 cms. de diámetro) lo que unido a que a me-



Fig. 3. —

nudo sus bordes son fibrosos explica la frecuencia con que se estrangulan.

Cuando son de pequeño tamaño y sobre todo si el panículo es abundante no se logra palparlas manifestándose por una zona de dolor exquisito o por un cuadro oclusivo cuya causa se pone en evidencia en la exploración intraabdominal luego de la laparotomía.

Cuando aparecen en la vecindad de una cicatriz operatoria pueden ser confundidas con una eventración de la misma como ocurriera en dos de nuestras observaciones.

El contenido del saco es el habitual de las hernias abdominales variando con la topografía de la misma.

El tratamiento indicado es el quirúrgico siendo en general fácil la reparación plástica de la pared por planos.

Se han visto raramente recidivas.

De nuestras cinco observaciones cuatro eran mujeres.

Sus edades respectivas: 69, 94, 65, 40, y 38 años.

Sólo en dos se hizo diagnóstico pre - operatorio. En dos se hizo el diagnóstico de eventración y otro de apendicitis aguda.

Tres estaban estranguladas.

Tres se encontraban en la zona referida como más frecuente; una a la altura de la región umbilical y la otra supra - umbilical (ver Fig. N°2).

En todas se efectuó fácilmente la reparación plástica y su evolución ulterior salvo un caso fallecido fue satisfactoria.

Se relatan a continuación las observaciones resumidas.

#### OBSERVACION N° 1

E. J. de P. 69 años. Hospital de Clínicas N° 154.481

Antecedentes personales: dos embarazos a término. Operada hace 40 años de sus vías biliares (?). Histerectomía vaginal.

Ingresa para el tratamiento quirúrgico de su eventración.

Comienza a notar hace tres años la aparición de una pequeña tumoración en el hipocondrio derecho que aumenta con los esfuerzos y la tos, desapareciendo con el decúbito. En estos tres años ha crecido progresivamente extendiéndose a F.I.D. y molestando a la paciente con dolores tipo cólico de mediana intensidad.

El examen abdominal muestra: cicatriz de incisión transrectal derecha superior y pequeña cicatriz subcostal derecha. Existe una tumoración ovalada de unos 18 cms. por 10, que ocupa el hipocondrio, flanco y F.I.D. De superficie lisa. No adherida a los planos superficiales. Se reduce fácilmente con ruidos hidroaélicos. Incoercible. Pulsa con la tos. Indolora y timpánica.

No se logra palpar el anillo.

No hay otras tumoraciones herniarias.

Un estudio practicado de colon por enema (ver fig. 3) muestra que el colon derecho presenta un bucle que parece estar dentro del saco de eventración con una estenosis a la entrada y a la salida con aspecto de lesión extrínseca.

**Operación:** 21/2/62. Diagnóstico preoperatorio: eventración de incisión transrectal derecha. Dr. B. Delgado Pte. Gutiérrez. Anestesia General.

Incisión cutánea sobre cicatriz anterior. No se encuentra saco. La tumoración se extiende hacia afuera y por debajo del oblicuo mayor. Se disocia transversalmente éste. Se encuentra el saco herniario en el plano entre el O.M. y O.m. y alejado del reborde costal. El anillo tiene unos 6 - 7 cms. de diámetro y está en el borde externo de la vaina del recto en la zona de transición músculo - aponeurótica de los músculos anchos.

El contenido del saco es ángulo derecho del colon que se libera. No hay estenosis intrínseca del mismo. Resección del saco. Cierre de la pared por planos.

Post - operatorio normal.

#### OBSERVACION N° 2

M. E., 94 años. Marzo 1961.

Hace 3 años tuvo un cuadro doloroso de F. I. D. acompañado de trastornos del tránsito intestinal, comprobándosele a ese nivel una tumoración.

El cuadro cedió con tratamiento médico. Un estudio de colon por enema no mostró alteraciones.

Desde entonces relata la aparición y desaparición espontánea de esa tumoración.

Ingresa porque ésta se ha hecho muy dura y dolorosa. Se acompaña de un cuadro suboclusivo.

El examen muestra una tumoración de unos 5-6 cms. de diámetro redondeada, situada a nivel del borde extremo de la vaina del recto por debajo del ombligo y suprainguinal. Irreductible. Muy dolorosa. Abdomen algo distendido.

Con los antecedentes y el examen actual se hace el diagnóstico de hernia de Spigel estrangulada.

Operación: Dr. C. Ormaechea, Dr. R. Praderi, Dr. B. Delgado. Anestesia local, Novocaína al 1 %. Incisión oblicua sobre la tumoración. Esta se encuentra por debajo del O. M. que aparece de aspecto normal. Se disocia este plano. Se comprueba que el proceso es una hernia intersticial estrangulada, situada a nivel del borde externo del recto.

El anillo herniario que tiene unos 3 cms. de diámetro está situado en el plano del O. m. y T. y es aponeurótico por su parte interna. Se abre el saco.

El contenido es un esteroepiplocele que se recupera. Resección del saco. Cierre por planos de la pared.

Evolución postoperatoria normal.

### OBSERVACION Nº 3

A. L. de P., 65 años. Abril 1962.

Ingresa por cuadro oclusivo de abdomen datando de tres días.

Hace muchos años fue intervenida por una hernia umbilical.

Hace 2 años fue reintervenida de urgencia por el Dr. C. Ormaechea por una eventración umbilical estrangulada con compromiso visceral efectuándose en esa oportunidad una resección intestinal y una plastia a io Mayo.

Desde hace meses nota la aparición de una tumoración situada por fuera de la cicatriz de plastia umbilical.

Hace tres días que esa tumoración se ha hecho más tensa, irreductible y muy dolorosa. Vómitos repetidos. Detención del tránsito de gases y materias.

Antecedentes de hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca.

Al examen: gran obesa. Mal estado general. Deshidratada. Hipertensión arterial de 20 de Mx.

Abdomen: balonado, timpánico. Presenta una cicatriz transversa a nivel de su zona umbilical; por fuera de su comisura izquierda se aprecia una tumoración ovoidea a eje mayor transversal, de unos 12 x 8 cms. Mal definida, muy dolorosa, irreductible y timpánica. Al tacto rectal la ampolla está vacía y el Douglas libre.

Se hace el diagnóstico de eventración umbilical de la comisura izquierda estrangulada.

Operación: 26-4-62. Dr. B. Delgado, Dr. Kohn. Anestesia general Da Silveira. Incisión transversa sobre la tumoración. Esta se encuentra por debajo del O. M. que aparece normal. Se disocia siguiendo la dirección de sus fibras. Por debajo de él está el saco herniario con el anillo en el plano del O. m. y T. e inmediatamente por fuera de la vaina del recto. La parte interna del anillo es aponeurótica y el resto carnosa. Liberación del saco. Se abre. El contenido es un esteroepiplocele estrangulado pero que se recupera con el tratamiento habitual.

Se comienza la plastia de la pared cuando el anestesista nos informa que se ha producido un paro cardíaco. Se hace una toracotomía y el tratamiento correspondiente. Se recupera. Se continúa el cierre de la pared abdominal cuando la paciente repite el paro del cual no se logra sacarla, falleciendo.

**OBSERVACION Nº 4 .**

V. B., 40 años. Hombre. C. A. S. M. U. (155.138). Noviembre de 1961.

Desde hace tiempo presenta una tumoración en la F. I. I. de caracteres herniarios. No ha tenido accidentes de tipo mecánico.

Antecedentes de bronquitis crónica.

Al examen: tumoración pequeña situada en la F. I. I. un poco por debajo y por dentro de la espina iliaca anterior y superior. De caracteres herniarios. Parcialmente reducible. No se logra palpar el anillo herniario.

El examen del canal inguinal pone en evidencia que existe impulsión a la tos pareciendo palparse una punta de hernia.

Se hace el diagnóstico de hernia de Spigel.

Operación: Dr. R. Praderi. Anestesia general. Incisión de herniotomía inguinal prolongada hacia arriba y afuera hacia la tumoración. Disociación del O. M. siguiendo sus fibras y prolongada igual que la incisión cutánea.

El proceso herniario se encuentra por debajo de este plano. El anillo es pequeño, aponeurótico por su borde interno y situado en el plano del O. m. y T. Se abre el saco y se explora por vía intraperitoneal el canal inguinal comprobándose que no hay hernia inguinal pero que la pared posterior abomba a nivel de la zona débil.

Plastia de la hernia de Spigel por planos. Plastia de la fascia transversalis en la pared posterior del canal inguinal.

Cierre del O. M.

Postoperatorio normal.

**OBSERVACION Nº 5**

I. P. de R., 38 años. Hosp. Pasteur, Sala 16. 7 - 5 - 59.

Hace unas once horas comienza con dolor en el epigastrio que luego se irradia a F. I. D.

Al examen se comprueba que hay dolor y defensa a ese nivel pareciéndose palpar una tumoración.

Se hizo el diagnóstico de apendicitis aguda.

Operación: Dr. U. Larre Borges; Pte. A. D'Auria. Anestesia general. Incisión de Mac Burney. Existe por debajo del oblicuo mayor una tumoración herniaria de unos 7 x 5 cms. situada por encima y por dentro del orificio inguinal profundo y por fuera del recto anterior. El anillo que se halla en el plano del O. m. y T. es de unos 15 mm. de diámetro y es fibroso por su hemicircunferencia interna. La apertura del saco muestra que existe un pinzamiento lateral del intestino delgado. Se reintegra el contenido. Plastia de la pared por planos.

Post-operatorio sin particularidades.

**BIBLIOGRAFIA**

BAILEY, DAVID. — "Spigelian Hernia, Report of five cases and review of the Literature". Brit. Journ. Surg. 44: 502, 1957.

CATTELL, R. B. and ARONOFF, B. L. — "An unusual hernia producing abdominal pain". Surgical Clinics of North America, 24: 730, 1944.

CHIFFLET, A. — Comunicaciones a la Clínica.

FINOCHIETTO, R. — Cirugía Básica. López Libreros. Pág. 345, 1962. Buenos Aires.

GREGOIRE, R. — "Anatomie Médico-Chirurgicale de l'Abdomen". Baillières et Fils. T. I: 65, 1929. París.

HARLESS, M. R. and HIRSCH, J. E. — "Spigelian or Spontaneous Lateral Ventral Hernia". Am. Journ. Surg. 100: 515, 1960.

- ISAACSON, N. H. — "Spigelian Hernia: Report of Four Causes. J. A. M. A. 160: 911. 1956.
- PATURET, G. — "Traité d'Anatomie Humaine". T. I: 910, 1951. Masson.
- PIQUINELA, J. A. — "Hernia ventral lateral". Bol. Soc. Cirug. Urug. 27: 130, 1956.
- POU DE SANTIAGO, A. — En discusión de Vigil Soñora, E.
- READ, R. C. — "Observaciones sobre la etiología de la Hernia de Spiegel". Anales Cirugía, T: 8:1086. 1960.
- VIGIL SOÑORA, E. y CABEZAS, A. — "Hernia de la Línea de Spigel". Arch. Urug. Medic. Cirug. Espec. 30 - 31: 322. 1947.
- WAKELEY, C. and CHILDS, P. — "Spigelian Hernia, Hernia Through the Linea Semilunaris. Report of four cases". Lancet 1: 1291. 1951.
- WATSON, L. F. — "Hernia". Edit. Artécnica. Buenos Aires, 1952.
- ZIMMERMAN, L. M., ANSON, B. J. — "Anatomy and Surgery of Hernia". The Williams and Wilkins Company. Baltimore, 1953.