

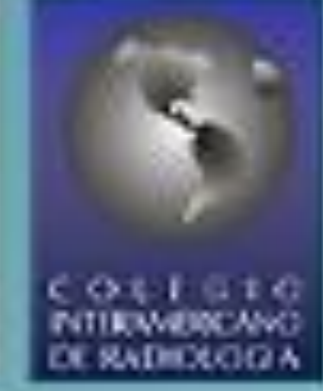


La hernia de Spiegel: hallazgos en imagen, relevancia clínica y complicaciones.

Beatriz Moraleda Cabrera, Francisco Garrido Sanz,
Antonio Jesús Láinez-Ramos Bossini

**Hospital Universitario Virgen de las Nieves,
Granada**

Congreso SERAM 2022



Objetivo docente

Destacar la relevancia de la hernia de Spiegel, una entidad difícil de diagnosticar clínicamente, pero fácilmente detectable en las técnicas de imagen. Es importante saber identificarla y reportarla en el informe en todos los casos, ya que por su potencial riesgo de complicación se recomienda la reparación quirúrgica en todos los casos

Revisión docente

La hernia de Spiegel es un tipo de hernia ventral de la pared abdominal



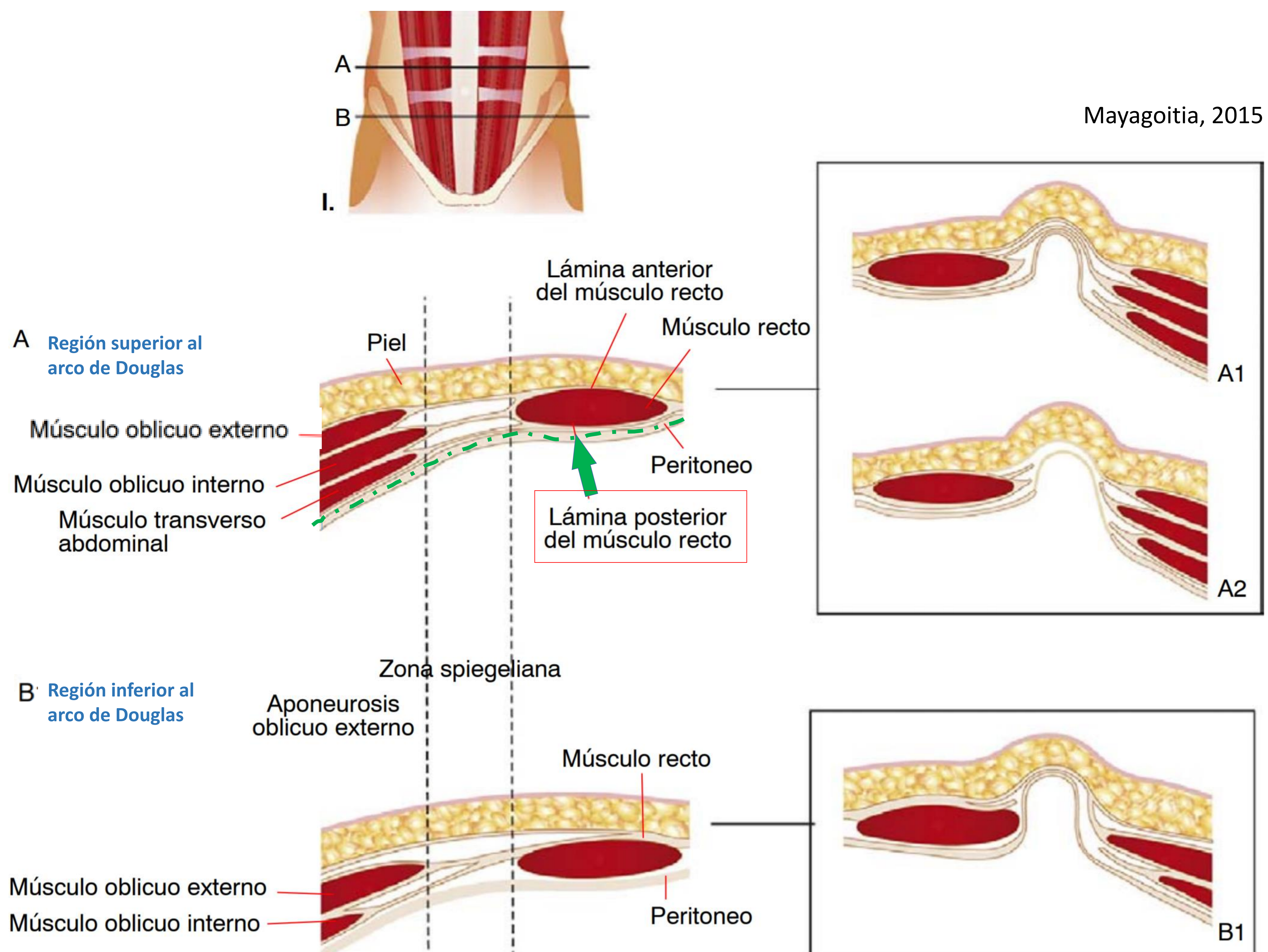
Figuras 1 y 2. Fotografía real y reconstrucción 3D marcando la localización de la línea semilunar o de Spiegel (líneas discontinuas) en la que se origina el orificio herniario por el que se introduce el contenido herniado, en este caso grasa y asas de intestino delgado (círculo discontinuo)

Se define como una protrusión espontánea de grasa preperitoneal o saco peritoneal, a través de un defecto en la fascia de Spiegel, y es conocida también como hernia ventrolateral de la línea semilunar, hernia intersticial, hernia interparietal o hernia encubierta.

Recuerdo anatómico

La hernia de Spiegel ocurre a lo largo de la línea semilunar, zona de transición comprendida entre el borde lateral del músculo recto anterior y las inserciones aponeuróticas de los músculos anchos (oblicuos y trasverso del abdomen). Se produce a través de una fascia en la región superior al arco de Douglas, mientras que en la **porción inferior del arco de Douglas**, la **ausencia de fascia posterior del recto del abdomen** (figura 3) contribuye a una mayor debilidad de esta zona, por lo que la mayor parte de las hernias spiegelianas tiene esta ubicación

El contenido herniado puede atravesar la fascia del trasverso del abdomen únicamente (figura 3-A1), o bien atravesar la fascia del trasverso y del oblicuo interno (figura 3-A2 y 3-B1). Sin embargo, se ha comprobado que la **fascia del oblicuo externo no se encuentra afectada la mayor parte de las veces proporcionando soporte externo al contenido herniado**.



Figuras 3 Dibujo de la zona spiegeliana donde puede ocurrir este tipo de hernia. A. Región superior al arco de Douglas. B. Región inferior al arco de Douglas. A1: ruptura del transversus abdominal. A2: ruptura del transversus abdominal y el oblicuo interno. B1: ruptura del transversus abdominal y oblicuo interno

Epidemiología y manifestaciones clínicas.

La hernia de Spiegel se presenta con más frecuencia a partir de la quinta década de la vida y con un discreto predominio femenino. No existen diferencias significativas en cuanto a su localización derecha o izquierda en la literatura.

Además de la patología herniaria previa o concomitante, otros factores predisponentes que se recogen son la existencia de una EPOC, la cirugía abdominal previa, la obesidad y los traumatismos abdominales.

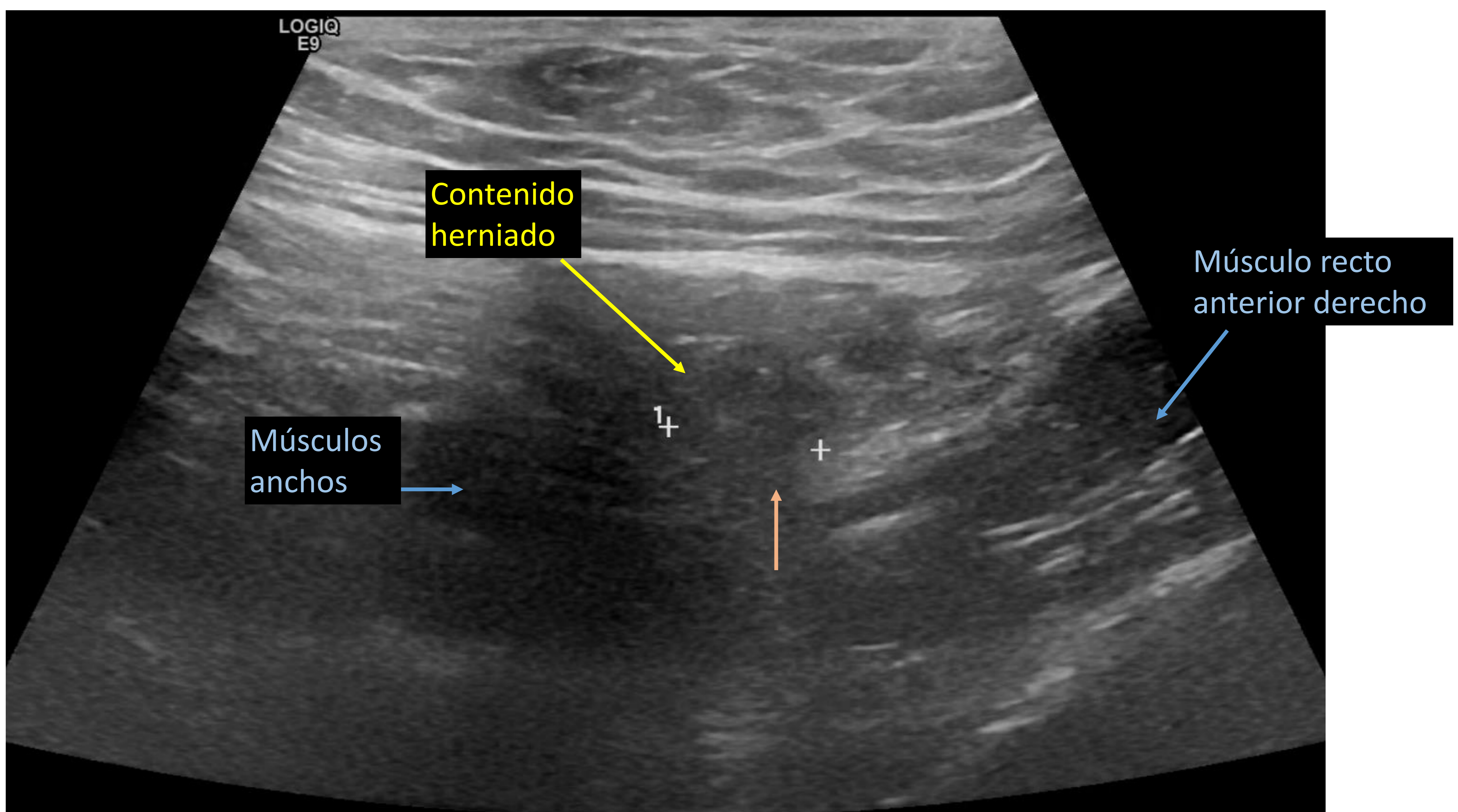
Su sintomatología es muy variada y en la mayoría de las ocasiones inespecífica, por lo que el retraso en el diagnóstico es habitual. El dolor es el síntoma más frecuente, habitualmente referido a la zona de la hernia, sin embargo la presencia de dolor oscila en la bibliografía entre el 31 y el 86%. Otro síntoma que puede aparecer es una masa palpable, sin embargo **dado que la hernia se encuentra en la profundidad de un músculo, por lo general no causa un bulto notable en la pared abdominal.** En ocasiones se presenta con náuseas, vómitos y alteraciones del ritmo intestinal, aunque todos estos síntomas van a depender del contenido del saco herniario. Algunos casos son asintomáticos detectándose durante una exploración rutinaria o de forma intraoperatoria durante una intervención quirúrgica

Hallazgos en imagen

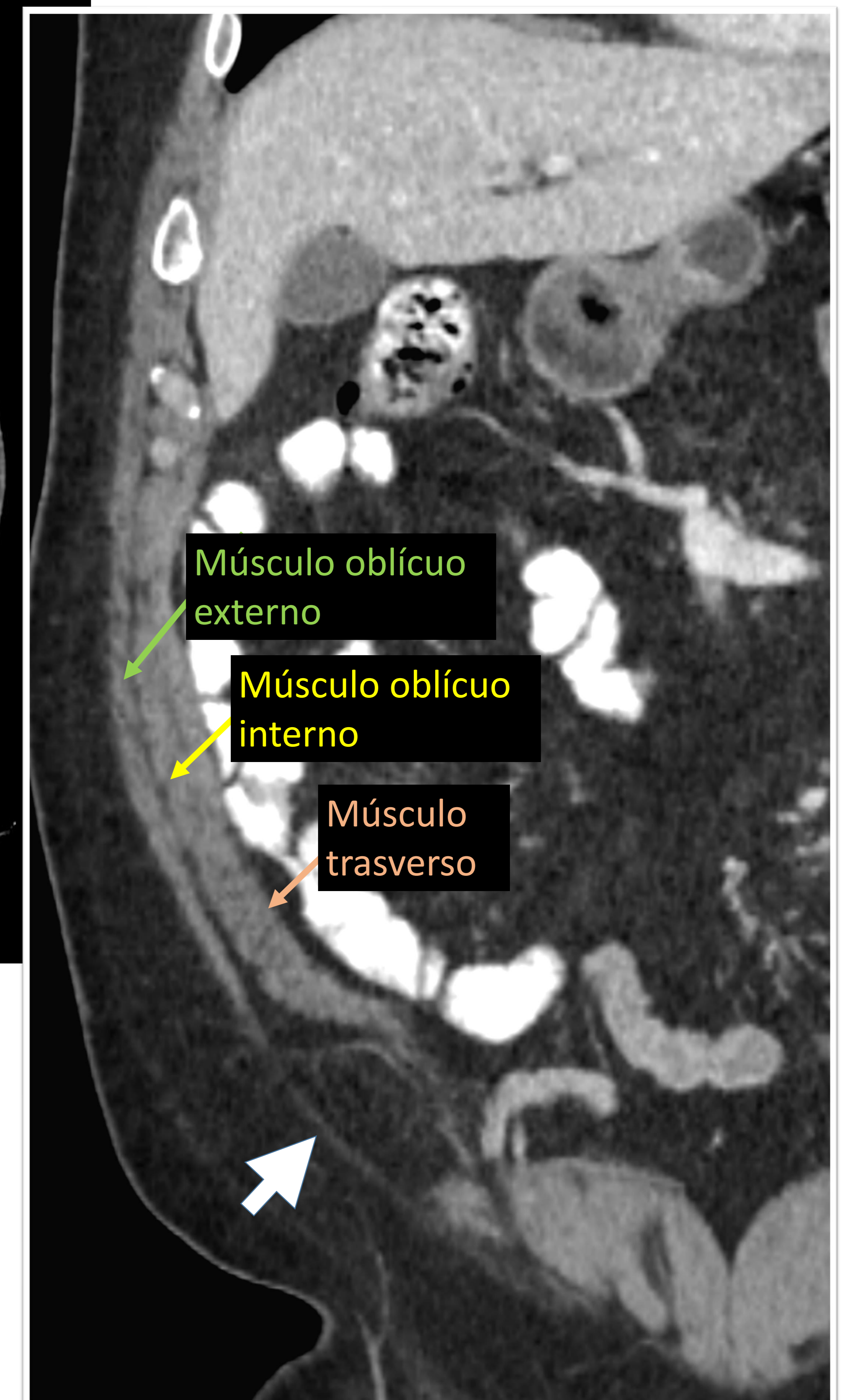
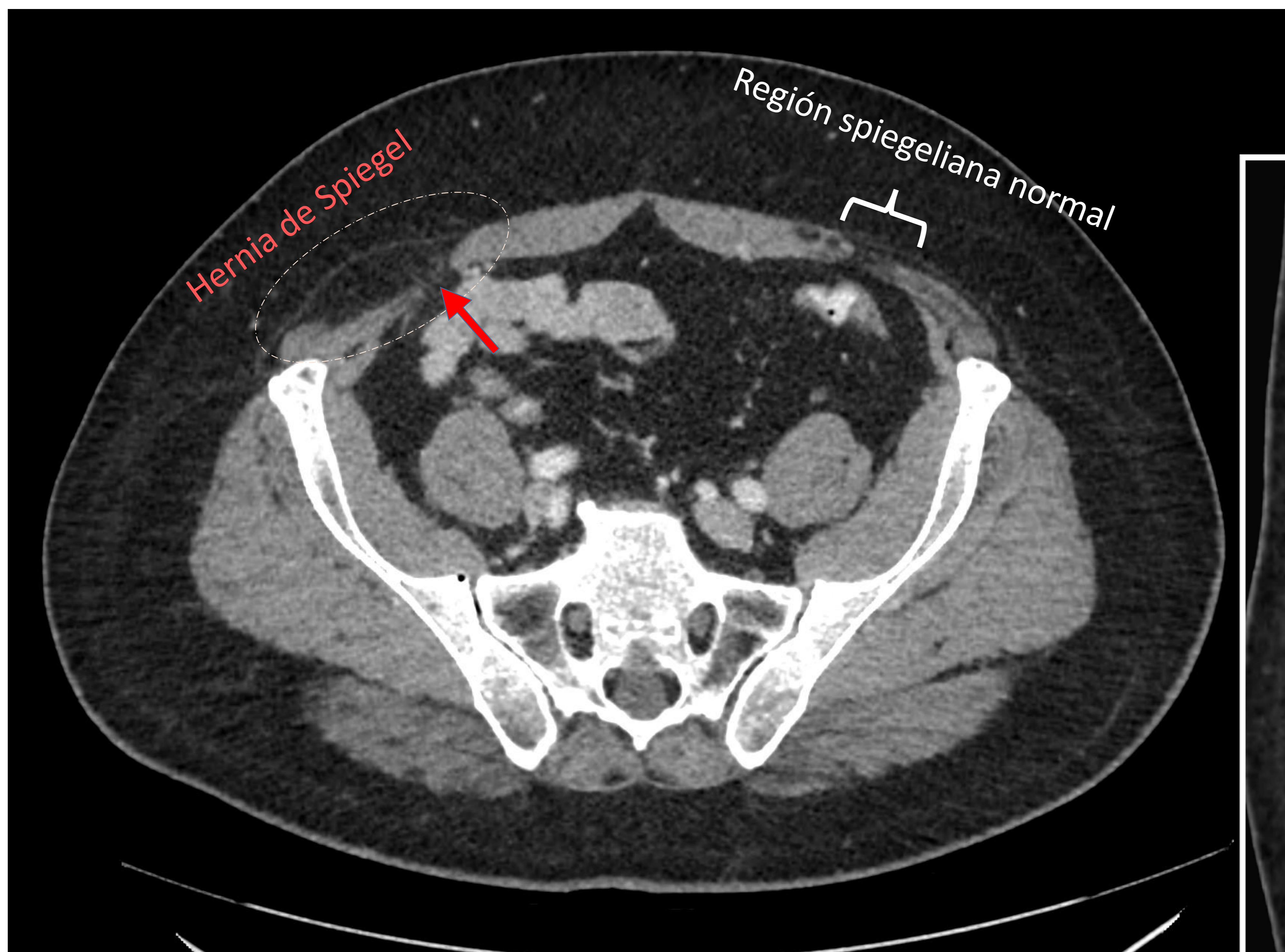
Debido a la dificultad para el diagnóstico clínico de la hernia de Spiegel es necesario que el radiólogo esté familiarizado con sus hallazgos en imagen.

La ecografía puede ser empleada para verificar el diagnóstico, si bien la TC y la RM tienen mayor sensibilidad y especificidad.

La TC con contraste es la técnica de elección en los casos de sospecha de complicación y para guiar el abordaje quirúrgico.



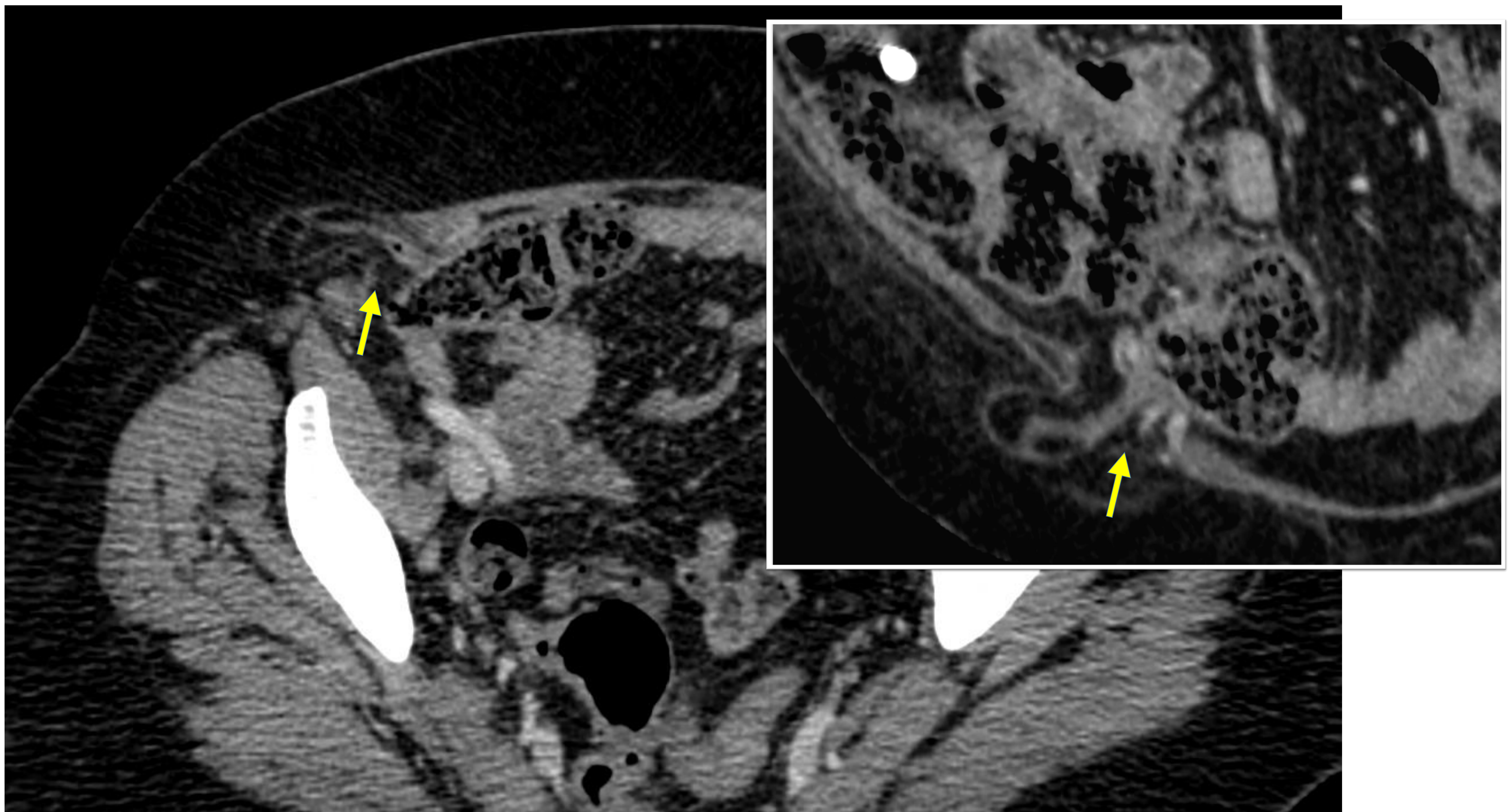
Figuras 4 Ecografía de pared abdominal tras Valsalva. Defecto en pared abdominal anterior derecha, lateral al músculo recto, con un saco herniario que contiene grasa preperitoneal, presenta un cuello (medido entre las dos cruces blancas) de al menos 12 mm. El contenido del saco aumenta con la maniobra de Valsalva.



Figuras 5 y 6. Tc axial y coronal de hemiabdomen derecho con civ en fase portal: Hernia de Spiegel derecha (flecha roja) de contenido graso, sin complicación, en paciente con dolor cólico en FID. Nótese como el contenido herniario (líneas discontinuas) queda localizado entre la fascia del músculo oblicuo externo (flecha blanca gruesa) y la del oblicuo interno.



Figura 7. Tc axial sin civ: Hernia de Spiegel derecha (flecha amarilla) que contiene un corto segmento de colon transverso, sin signos de complicación asociada.



Figuras 8 y 9. Tc axial con civ en fase portal y reconstrucción MPR: Hernia de Spiegel derecha (flecha amarilla) que contiene la porción distal del apéndice vermiforme

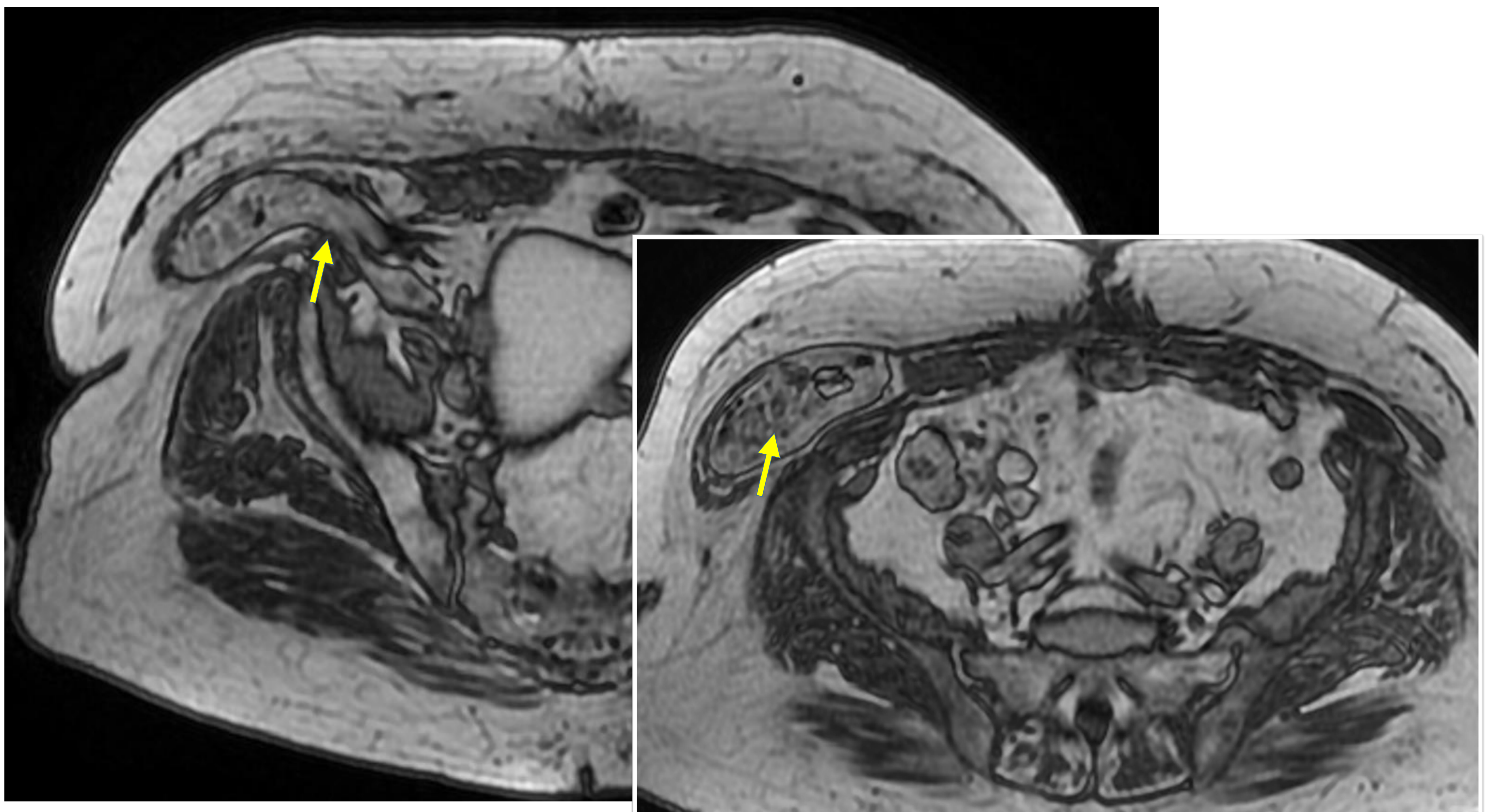
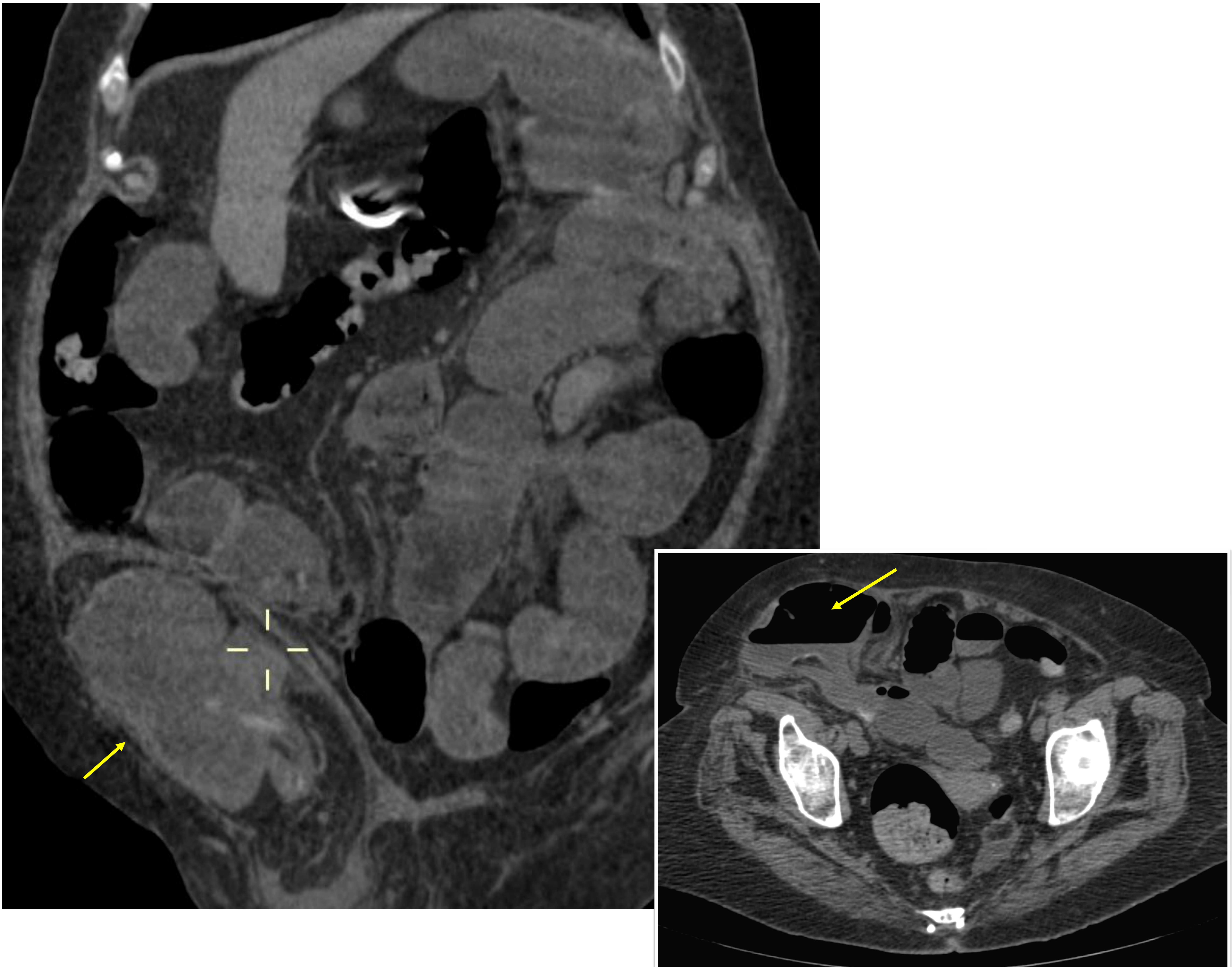


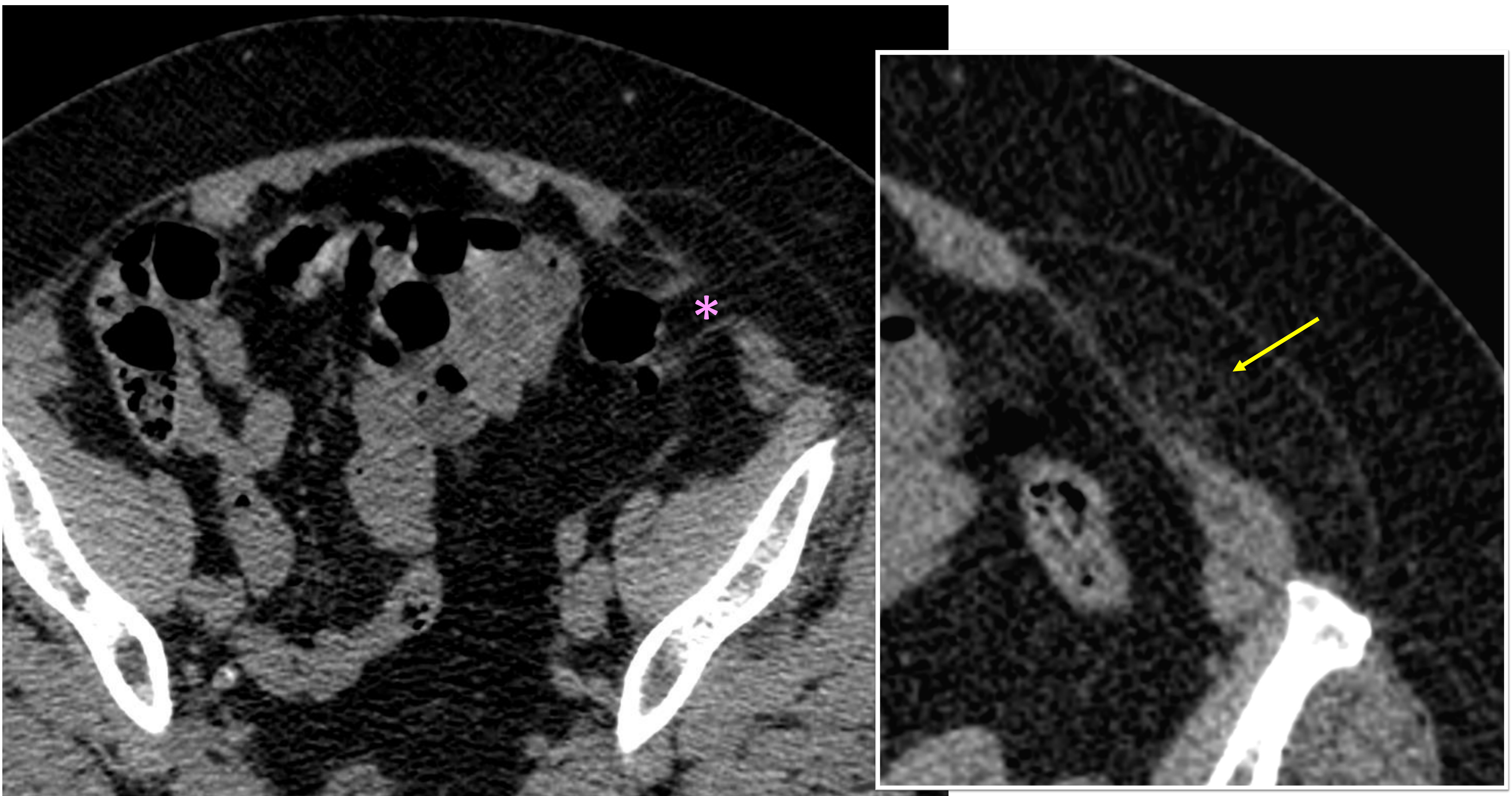
Figura 10. RM pT1 FUERA DE FASE: Hernia de Spiegel derecha sin signos de complicación visualizada en diferentes cortes (flecha amarilla) en mujer a la que se realiza RM para estadificación de carcinoma de vulva

Tratamiento

La cirugía está indicada en la hernia de Spiegel debido a que las bandas fibrosas de la fascia de Spiegel forman un cuello rígido, convirtiéndola en un factor de riesgo potencial de sufrir obstrucción intestinal o incluso incarceration del contenido herniado.



Figuras 11 y 12. Tc coronal y axial sin civ Obstrucción de intestino delgado secundaria a hernia de Spiegel. Se visualiza herniación de ciego a través de defecto en la pared abdominal en el lado derecho, alojado en el espesor de la pared abdominal entre el músculo oblicuo externo y los músculos oblicuo interno y transversos ipsilaterales. Produce dilatación retrógrada de asas de intestino delgado que alcanzan un calibre de hasta 4 cm.



Figuras 13 y 14. Tc axial sin civ. Hernia de Spiegel izquierda de contenido graso, con 2.3 cm de orificio herniario (asterisco rosa). Se aprecia una imagen redondeada en su interior con rarefacción de la grasa en su interior de 12 mm sugerente de zona de necrosis grasa (flecha amarilla)



Figura 15. Tc axial con civ en fase portal Cuadro suboclusivo de intestino delgado por hernia de Spiegel izquierda

El tratamiento quirúrgico puede realizarse mediante abordaje clásico o laparoscópico.

La **cirugía abierta** sigue los principios de cualquier reparación herniaria. Puede hacerse un cierre primario o bien una reparación con malla cuando la aponeurosis está atrófica, el defecto es amplio o en las recidivas. Suele ser la técnica de elección en las hernias de Spiegel complicadas puesto que permite descartar de forma fiable la presencia de sufrimiento de asas, que de otra manera podría pasar inadvertida.

Se han descrito en la literatura múltiples **técnicas de reparación por vía laparoscópica**. Existen dos variedades de tratamiento:

- La *vía transperitoneal* o intraabdominal. Permite la exploración del lado contralateral así como de la cavidad abdominal y es la vía recomendada por algunos autores cuando existe otro proceso asociado que requiere tratamiento quirúrgico, pues permite realizarse en el mismo acto.
- La *vía extraperitoneal*, que ofrece la ventaja de no precisar de anestesia general, permite su realización de forma ambulatoria y evita la posible morbilidad de lesiones viscerales de la vía intraabdominal,

En general el abordaje laparoscópico aporta como ventajas la reducción de las infecciones, incorporación precoz a las actividades diarias, menor dolor postoperatorio y sobre todo evita la apertura de la aponeurosis del oblicuo mayor y con ello el riesgo de recidiva

Independientemente del abordaje empleado, existe debate respecto a la necesidad del empleo de material protésico. Hay autores que obtienen los mismos buenos resultados con malla que sin malla y abogan por esto último. En cualquier caso el número de pacientes de estos estudios es insuficiente para llegar a diferencias estadísticamente significativas.

Los resultados publicados con cualquiera de las técnicas existentes son buenos, con una tasa de recidivas muy baja o nula. En cuanto a la morbilidad postoperatoria la literatura describe las complicaciones como mínimas y todas ellas leves, siendo las más frecuentes las infecciones leves, hematomas o el ileo paralítico.



Figuras 16 y 17. Tc coronal y axial sin civ . Cambios postquirúrgicos tras reparación con malla de hernia de Spiegel izquierda (flecha amarilla). Hernia de Spiegel derecha con contenido graso. Se observa discreta reticulación del tejido graso sin otros signos que sugieran complicación (asterisco rosa)

Conclusiones

A pesar de tratarse de un hallazgo poco frecuente, la hernia de Spiegel es clínicamente relevante. Las técnicas de imagen son clave para el diagnóstico y la detección de posibles complicaciones.

El radiólogo debe estar familiarizado con los hallazgos en imagen de este tipo de hernia, para lo que hay que tener presente la importancia de revisar de forma sistemática la pared abdominal en todos los estudios abdominales que se realicen, sea cual sea la orientación clínica.

Se recomienda reportar en el informe la existencia de una hernia de Spiegel siempre que se visualice, ya que se recomienda el tratamiento quirúrgico en todos los casos debido a su potencial riesgo de complicación.

Bibliografía

- Mayagoitia González JC. Hernias de la pared abdominal: Tratamiento actual. 3ª. ed. México DF: Alfil; 2015
- Ruiz de la Hermosa, A., Amunategui Prats, I., Machado Liendo, P., Nevarez Noboa, F., & Muñoz Calero, A. Hernias de Spiegel: Nuestra experiencia y revisión de la literatura (2010). Revista Española de Enfermedades Digestivas, 102(10), 583-586.
- Aguirre DA, Casola G, Sirlin C. Abdominal wall hernias: MDCT findings. AJR Am J Roentgenol. 2004;183 (3): 681-90.
- Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Spigelian hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. (2006) The American surgeon. 72 (1): 42-8.
- Smereczyński A, Kołaczyk K, Lubiński J, Bojko S, Gałdyńska M, Bernatowicz E. Sonographic imaging of Spigelian hernias. (2012) Journal of ultrasonography. 12 (50): 269-75.
- Mittal T, Kumar V, Khullar R, et al. Diagnosis and management of Spigelian hernia: A review of literature and our experience. J Minim Access Surg. 2008;4(4):95-98.