

Hernias de Rara Ocurrencia en la Pared Abdominal

Revisión del Tema y Presentación de dos casos

E. VARGAS, M.D., MSCC., J.E. RIVERA, M.D.

Palabras Claves: Hernia de Grynfelt, Hernia de Spiegel, Masa lumbar, Masa abdominal paramiorrectal, Herniorrafia, Material de sutura no absorbible.

Se hace una breve revisión de las hernias de Grynfelt y de Spiegel. Se describen las áreas anatómicas respectivas, ilustradas con disecciones en cadáveres y fotografías tomadas durante intervenciones quirúrgicas.

Se revisan la localización, los síntomas y el diagnóstico diferencial y positivo de las hernias de Grynfelt y de Spiegel.

Se presenta un caso de cada uno de estos tipos de hernia, que fueron intervenidos en un hospital regional, sin el uso de material protésico; los controles posteriores no evidencian recidiva, hasta el presente.

1. HERNIA DE GRYNFELT (Hernia Lumbar)

Introducción

Esta hernia protuye a través de zonas débiles de la pared abdominal en la región lumbar en una área limitada arriba por la duodécima costilla, abajo por la cresta ilíaca; medialmente por el borde lateral de los músculos sacroespinales, y lateralmente, por el borde posterior del músculo oblicuo externo del abdomen (3, 6, 7, 15, 17).

La ocurrencia de hernias es más frecuente en el cuadrilátero (o triángulo) superior de esta zona, llamado "Cuadrilátero de Grynfelt", cuyos límites son: Duodécima costilla y borde posterior del músculo oblicuo externo, adelante; borde posterior del oblicuo menor del abdomen, abajo; borde externo de los músculos sacroespinales, adentro; y borde inferior del serrato posteroinferior, arriba. (Fig. 1).

Anatomía

Inmediatamente por debajo de la última costilla y por fuera de los músculos sacroespinales, cubierta por el músculo ancho dorsal, existe un área (triangular o cuadrangular) que corresponde al retroperitoneo y al contenido de la cavidad peritoneal (10). Los músculos oblicuo externo e interno no alcanzan a cubrir esta zona; así que solamente la aponeurosis o tendón del transversal abdominal, forma el piso del área descrita (Fig. 1).

Defectos estructurales (debilidad o dehiscencia) o eventuales orificios neurovasculares perforantes de esta aponeuro-

sis, constituyen la vía de protusión de los elementos herniarios: grasa, vísceras, etc. (16).

Localización

En 1923, Ravdin demostró que la localización de las hernias lumbares es mucho más frecuente en el área lumbar superior ("de Grynfelt") (16). Se deben distinguir, en las hernias lumbares, los defectos espontáneos verdaderos de aquellos producidos por traumas violentos o consecutivos a intervenciones quirúrgicas. Las formas espontáneas se presentan con menor frecuencia. En 1945, Virgilio, F., reunió 109 casos y comprobó el concepto de Ravdin, de que su mayor incidencia es en el área lumbar superior (14).

Síntomas

Los síntomas son variables. Puede no existir sintomatología alguna, o presentarse cierta sensación que los pacientes des-

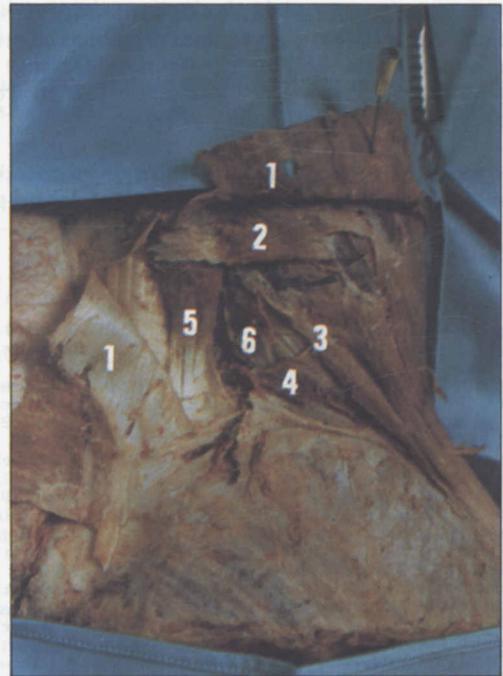


Fig. 1. 1. Músculo ancho dorsal. 2. Músculo serrato posteroinferior. 3. Músculo oblicuo externo del abdomen. 4. Músculo oblicuo interno del abdomen. 5. Músculos sacroespinales. 6. Área de Grynfelt. La flecha señala la XII costilla.

Doctores: Eladio Vargas Motta, Jefe del Dpto. de Cirugía del Hospital Regional de Garzón, Huila; y José Eustasio Rivera Motta, Prof. Asistente del Dpto. de Morfología de la Fac. de Medicina, U. Nal., Bogotá, Colombia.

criben como tironear; o dolor moderado si el contenido herniario es solamente grasa o fascia subserosa; si aquel es visceral intraperitoneal el dolor es más intenso y aun pueden ocurrir manifestaciones de obstrucción, especialmente si hay incarceration (4). La estrangulación de las hernias lumbares es aproximadamente del diez por ciento.

Diagnóstico Diferencial

La base importante para el diagnóstico, es saber que estas hernias, aunque raras, existen. Deben descartarse: 1. Los abscesos de tipo tuberculoso o piógeno. El tuberculoso es indoloro, no se propulsa, no se reduce y su diagnóstico se establece por estudio radiográfico que comprueba la enfermedad de Pott. Los abscesos piógenos son dolorosos, se acompañan de edema, enrojecimiento, celulitis, calor local y pueden ser fluctuantes. 2. Los hematomas, aparecen después de un traumatismo; tienen color violáceo y gran sensibilidad a la presión. 3. Los tumores, entre ellos, el quiste sebáceo, el lipoma, el fibroma, el rhabdomyosarcoma, el sarcoma y sus congéneres malignos. 4. Las hernias musculares, realmente muy raras. 5. Los tumores quísticos o sólidos del riñón y la hidronefrosis que pueden simular hernias, aunque tienen la tendencia a proyectarse hacia adelante y por ello se palpan en la pared anterolateral del abdomen (14).

Diagnóstico Positivo

El diagnóstico positivo lo hace el descubrimiento de una masa en el área lumbar, que puede reducirse a través de la pared. La presencia de esta masa se detecta mejor con el paciente en posición de pie, y su reducción se logra mejor en la posición de decúbito ventral. La masa generalmente propulsa al hacer fuerza o toser. Si se logra su reducción, no debería existir duda del diagnóstico (18).

Presentación de un caso*

A.G.C., hombre longilíneo de 55 años de edad, agricultor, natural y procedente de la Plata (Huila), quien consultó el 16 de agosto de 1981 por "dolor e hinchazón por debajo de las últimas costillas derechas". Este padecimiento lo aquejaba desde octubre de 1980 y sobrevino después de un esfuerzo intenso. No ha cedido a tratamientos antirreumáticos y antiflogísticos tanto locales como sistémicos. No existen antecedentes traumáticos locales.

Al examen físico se halla escaso péniculo adiposo y una masa en la región lumbar (subcostal) derecha, redondeada de unos cinco centímetros de diámetro, de consistencia firme, no adherida a la piel, sin fenómenos inflamatorios locales; más aparente en bipedestación y que propulsa al esfuerzo (Fig. 2). En decúbito ventral, la masa se reduce fácilmente bajo la última costilla, sin que se perciban ruidos hidroaéreos. Los exámenes paraclínicos son normales.

Con diagnóstico presuntivo de hernia de Grynfelt de contenido graso, se interviene quirúrgicamente el 21 de agosto de 1981.

Descripción Operatoria

Con el paciente en decúbito lateral izquierdo, se le practica una incisión oblicua que va desde el ángulo costo-muscular

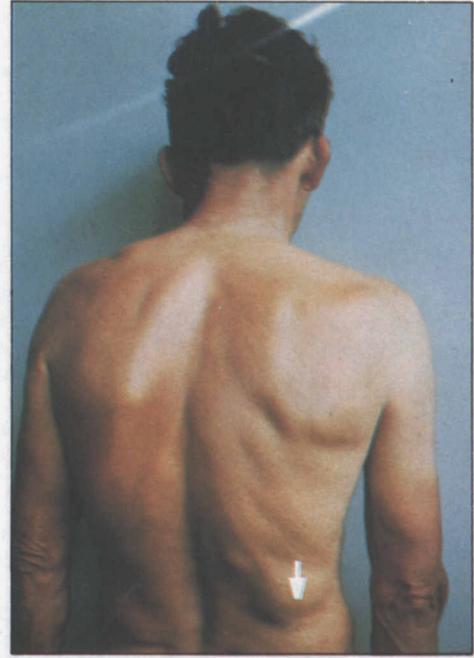


Fig. 2. Masa herniaria subcostal.



Fig. 3. Masa adiposa herniaria.

hasta la espina ilíaca anterosuperior derecha. Se levanta un colgajo subcutáneo anterior que pone al descubierto el músculo oblicuo externo del abdomen y en su borde posterior, tejido graso libre. Se secciona el oblicuo externo y se halla una masa grasosa libre compacta, de unos 6 por 3 cms., con cuello que emerge por debajo de la última costilla (Fig. 3).

Se secciona esta masa en el nivel de su cuello, y el muñón se reduce a través de un foramen que tiene como límite superior el borde inferior de la última costilla, e inferior, los haces superiores del músculo transversal abdominal (Fig. 4).

* Tratado quirúrgicamente por el primer Autor con la colaboración de los doctores Fernando Vargas y Olegario González.



Fig. 4. 1. Músculo oblicuo interno. 2. Duodécima costilla. 3. Orificio herniario.



Fig. 5. Cierre del orificio herniario, terminado.

Para corregir este defecto de la pared se colocan tres puntos longitudinales que toman el músculo transverso y pasan por la cara interna de la costilla, salen por su borde superior, abrazándola, por así decirlo. Estos puntos se anudan después de colocar dos "de colchonero" que fijan el transverso al borde inferior de la costilla quedando anclados por los puntos verticales (Fig. 5). Para este cierre se usó sutura no absorbible, monofilamento de acero. Luego se practicó cierre convencional por planos, sin dejar drenes.

Postoperatorio

Desde el primer día postquirúrgico, el paciente permaneció ambulatorio y con dieta corriente. No recibió antibióticos. Los puntos de piel se retiraron a los cinco días. Se dio de alta al séptimo día.

Tres controles clínicos practicados durante los primeros cinco meses postoperatorios, demostraron una evolución satisfactoria, sin indicios de recidiva herniaria en este corto lapso.

2. HERNIA DE SPIEGEL

Introducción

Este tipo de hernia hace protrusión a través de la llamada fascia de Spiegel. Esta denominación se da al tendón o aponeurosis del músculo transverso del abdomen (8). Se considera raro este tipo de hernia, dado que el 99% de las hernias abdominales se producen a través de los sitios tradicionalmente considerados como "puntos débiles" de la pared (umbilicales, inguinales, femorales y de la línea alba) (5).

Anatomía

La fascia de Spiegel es la parte de la aponeurosis del músculo transverso abdominal extendida entre la línea semilunar y el borde lateral del músculo recto abdominal; y desde el



Fig. 6. 1. Músculo oblicuo menor del abdomen. 2. Músculo transverso abdominal con su fascia. 3. Fascia de Spiegel. 4. Masa herniaria. La flecha señala el orificio herniario. (Hallazgo de disección en cadáver).

reborde condrocostal hasta la sínfisis púbica (3, 6, 7, 15, 17). La hernia de Spiegel se considera más como consecuencia de un defecto (debilidad o dehiscencia) de los haces fibrosos de la aponeurosis del músculo transverso, que de sus fascículos musculares o de orificios neurovasculares a través de ella (Fig. 6).

Es de anotar que el elemento herniario, bien sea grasa preperitoneal o saco herniario peritoneal, con o sin contenido de órgano intraabdominal, pasa a través de la fascia del

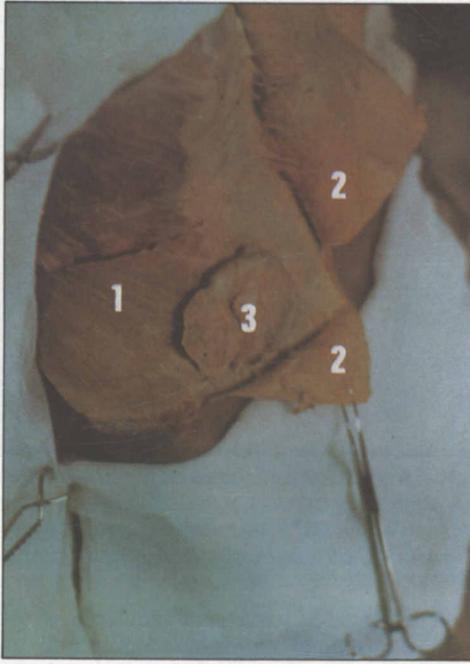


Fig. 7. 1. Músculo oblicuo externo. 2. Piel y fascia subcutánea. 3. Masa herniaria. (Hallazgo de disección en cadáver).

músculo transverso y del oblicuo interno, quedando confinado, generalmente, bajo la aponeurosis del músculo oblicuo externo (12, 13).

Ocasionalmente, la hernia puede pasar a través de la aponeurosis del oblicuo externo y llegar hasta la fascia subcutánea, como en el caso que se presenta en las Figs. 6 y 7 hallada en una disección en el cadáver. (8).

Localización

La hernia puede localizarse en cualquier punto de la fascia de Spiegel, pero su ubicación más frecuente es en aquella porción de la misma donde adquiere su mayor anchura (generalmente infraumbilical), en una zona delimitada medialmente por el borde externo del músculo recto abdominal, lateralmente por la línea semilunar, y en la parte inferior por los vasos epigástricos inferiores. Aún más exactamente, está localizada entre dos líneas paralelas transversales, una superior umbilical y otra inferior que une las espinas ilíacas anterosuperiores (13).

Incidencia

La hernia de Spiegel ocurre a cualquier edad, y se han informado casos en infantes menores de 1 año. No se ha establecido diferencia según el sexo, ni predominio en uno u otro lado del abdomen, pudiendo ser bilateral (9). Su frecuencia se calcula aproximadamente en 0.12% entre las hernias espontáneas ventrales del abdomen (12).

Síntomas

El síntoma más común es el dolor; cuya localización, intensidad y modalidad varían, especialmente si hay incarceration (12). Este dolor puede ser intermitente; el paciente lo localiza con precisión y lo refiere como "neuralgía" a nivel pararectal, generalmente infraumbilical, como queda dicho. Con el tiempo el dolor cambia de intensidad, desde una sensación sorda hasta muy agudo y difuso. Asimismo,

el dolor se intensifica al hacer esfuerzos de pujo y en posición bipedestre. La presencia de tumefacción o masa identificada por el paciente y/o por el examinador, es otro dato de gran valor; aún más si aquella se reduce en posición de decúbito dorsal (12).

Diagnóstico diferencial

Deben tenerse en cuenta otros tipos de hernias o estados patológicos que causen síntomas similares en esta zona: hernia del triángulo de Hesselbach; hernia inguinal indirecta. Esta última debe sospecharse si la sensibilidad es más baja de la zona limitada por la línea biespinosa y si se localiza a pocos centímetros arriba del orificio inguinal interno, por irritación del nervio ilioinguinal.

Los lipomas pueden causar dolor y tumefacción, siendo difícil distinguirlos por palpación, excepto si la masa es reducible.

La miotendinitis, especialmente del músculo oblicuo externo.

El hematoma y el absceso de la pared. En estos casos hay cambios inflamatorios y generalmente antecedentes traumáticos (13).

Diagnóstico positivo

Se hace con base en una cuidadosa historia clínica que incluye un adecuado examen físico teniendo en cuenta el dato del dolor localizado, persistente y asociado o no a una masa lateral al músculo recto abdominal, casi siempre infraumbilical, de varios meses o años de evolución. La palpación del contenido y/o del orificio o anillo herniario es difícil porque en la mayoría de los casos aquel es intersticial o subyacente a la aponeurosis del oblicuo externo del abdomen. De todas maneras, el sitio de la hernia siempre presenta mayor sensibilidad a la palpación que cualquiera otra área de la pared abdominal (19).

En medios bien dotados, son métodos auxiliares en el diagnóstico, la ultrasonografía y la tomografía (19).

Además, un enema baritado revela, con frecuencia, contenido intestinal intramural o intersticial, que puede confundirse con un pseudodivertículo (20).

Presentación de un caso*

A.R. mujer casada, de 48 años de edad, quien consulta por dolor tipo "cólico" en el flanco izquierdo del abdomen desde hace siete años. El dolor varía en intensidad de leve a agudo hasta impedirle la deambulación; cede espontáneamente; se acompaña de vómitos alimenticios o de secreciones gástricas. Los episodios aumentan de intensidad y frecuencia en relación con los esfuerzos y con el retardo en la evacuación intestinal.

A los tres meses del primer episodio se descubrió, ocasionalmente, una masa en el flanco izquierdo que se hacía dura a la palpación con motivo de los episodios dolorosos de la misma. Hace cuatro años, previa ecografía, fue sometida a una laparotomía con la cual, según informó el cirujano, "no había podido extirpar la masa". A los tres meses reaparecieron los síntomas. Al examen físico, se observaba una pa-

* Tratado quirúrgicamente por el primer Autor con la colaboración del doctor Carlos Ernesto Salgado.



Fig. 8. Masa herniaria en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen (flecha).

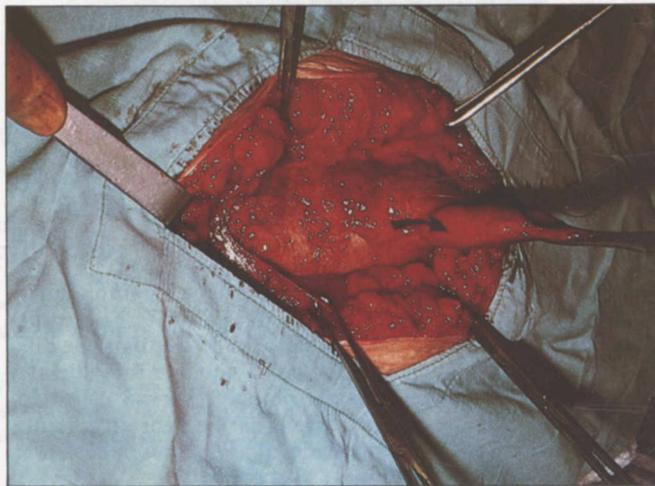


Fig. 9. La flecha señala el saco herniario, después de la reducción de su contenido (colon sigmoide y epiplón).

ciente obesa, en buen estado general, con una cicatriz de herniorrafia umbilical y otra de laparotomía mediana infraumbilical. Acusaba dolor a la palpación profunda en todo el flanco izquierdo, y por encima de la fosa ilíaca izquierda se palpaba una masa de más o menos 10 x 10 cms., redondeada, dolorosa, fija, más perceptible en bipedestación y que crepitaba al toser (Fig. 8). Con el diagnóstico presuntivo de hernia de Spiegel se intervino quirúrgicamente.

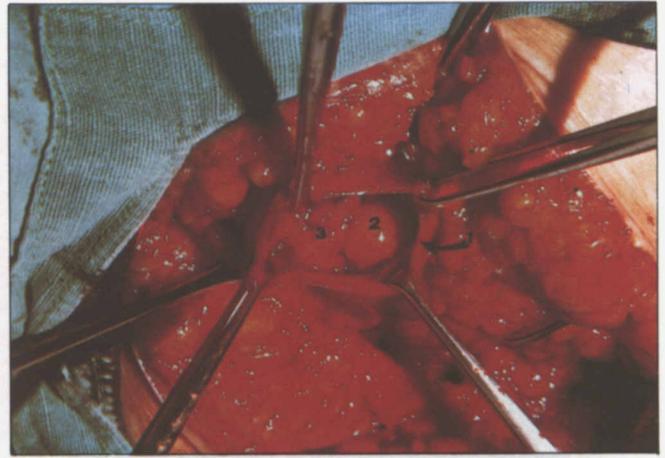


Fig. 10. 1. Saco peritoneal seccionado. 2. Colon sigmoide. 3. Grasa epiploica.

Descripción operatoria

A través de una incisión pararectal izquierda, se secciona la aponeurosis del oblicuo externo, encontrando debajo de ella el saco herniario en el nivel de la línea de Spiegel; se disecciona el saco, se abre y se reduce su contenido (Figs. 9 y 10); se liga el saco peritoneal; se cierra el anillo o defecto de la pared con puntos separados usando material de sutura no absorbible. Se sutura el resto de la pared abdominal por planos en la forma convencional, sin dejar drenes.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y los controles clínicos han sido satisfactorios durante el primer año postquirúrgico.

ABSTRACT

A review of unusual hernias of the abdominal wall specifically grynfelt and spiegel hernias is made.

Two cases are presented that were operated at a regional hospital.

The anatomy is illustrated with photographs from anatomical cadaveric dissections.

Emphasis is made on the location, symptomatology and differential diagnosis.

BIBLIOGRAFIA

1. Anson, M. Surgical Anatomy: 1539, 1971.
2. Lateral ventral (Spigelian) hernias in infants and children. Surgery, March 1978.
3. Healey, E. John. Anatomía Clínica. 1: 128.
4. Goodman, E. H. and Speese, J. Lumbar Hernia. Ann. Surg. 63: 548, 1916.
5. Houlihan, Timothy. A Review of Spigelian Hernias. The American Journal of Surgery. Vol. 131. June 1976.
6. Latarget, R. L. Anatomía Humana. 1. 1468-1472, 1983.
7. Moore Keith. Anatomía con orientación clínica. Williams and Wilkins Baltimore. P: 158. Fig.: 1.91.
8. Nora, Paul F. Cirugía General. Principios y Técnicas. Ia. ed. 1. p: 693. 1975-1978.
9. Olson, O. Richard., Davis, Clayton W. Spigelian Hernia: Rare or obscure? The American Journal of Surgery, Vol. 116 December 1968.
10. Praxis Médica. Tomo 4. P: 4. 880.
11. Passmore, R., S.S. Robson. Tratado de Enseñanza integrada de la Medicina. 1: 417.
12. Singer, John A., Mansberger Arlie R. Spigelian Hernia. Arch. Surg. 107, 515. Oct. 1973.
13. Spangen, Leif. Symposium of Hernias. Surgical Clinics of North America. Vol. 64 No. 2. Abril 1984.
14. Swartz, T. William., Hernias Lumbares. J. Kentucky M.A: 483.
15. Testut, L., Jacob, O. Anatomía Topográfica. V: 2: 29, 1964.
16. Wade, Frey., Lampe. Traumatic retroperineal Hematoma. American Journal of Surgery. Vol. 109, Febrero 1965.
17. Wakeley Cecil. Manual de Cirugía. P: 1090.
18. Baeza-Herrera Carlos-Franco-Vásquez Rodolfo. Hernia del Triángulo de Grynfelt. Presentación de dos casos. Bol. Méd. Hosp. Infant. Mex. Vol.: 42. No. 5. P: 329.
19. Mills Joseph L. and Selinkoff Paul M. Spigelian Hernia: Uncommon or Unrecognized? Southern Medical Journal. Vol.: 78. P: 411-413.
20. Baltazar Emil J., Subramanyan Bala R., Radiographic diagnosis of Spigelian Hernia. The American Journal of Gastroenterology. Vol 78; No. 8. P: 525-238. 1983.