

# Ernia di Spigelio complicata: nostra esperienza



Ann. Ital. Chir., LXXI, 5, 2000

G. Vescio, L. Sommella, G. Gallelli,  
M. Battaglia, F. Manzo

Università degli Studi "Magna Grecia" Catanzaro  
Chirurgia Generale  
Dir.: Prof. Stefano Musella

## Introduzione

L'ernia di Spigelio o ernia ventrale laterale viene considerata una entità clinica rara (2.4% di tutte le ernie della parete addominale) (6).

È detta di Spigelio perché fuoriesce lungo la linea semilunare descritta dall'anatomista fiammingo Adrian Van Der Spigel nel XVIII secolo; tale linea a convessità laterale, tesa tra l'arcata costale e il tubercolo del pube, segna il limite tra porzione muscolare e aponeurotica del muscolo trasverso dell'addome. La porzione di aponeurosi del trasverso tesa tra la linea semilunare ed il margine laterale del muscolo retto è detta "fascia o zona di Spigelio" (1, 6) (Fig. 1).

L'ernia di Spigelio si forma per protrusione di grasso peritoneale o di un sacco peritoneale, a contenuto viscerale o meno, attraverso un difetto raramente congenito e più comunemente acquisito della fascia di Spigelio.

Di difficile diagnosi, per il suo raro riscontro e per la subdola ed aspecifica sintomatologia ad essa correlata, può talvolta manifestarsi con complicità occlusiva, come nel caso da noi illustrato.

## Caso clinico

O.G., sesso femminile, 50 anni, pluripara. *Anamnesi patologica remota*: intervento chirurgico di colecistectomia per calcolosi all'età di 34 anni; cistocele da 5 anni.

## Abstract

### COMPLICATED SPIGELIAN HERNIA: OUR EXPERIENCE

*We present a case of complicated Spigelian hernia presented with symptoms of intestinal occlusion, in a 50 years old woman. Spigelian hernia represents 1-2% of all abdominal hernias and can occur anywhere along the semicircular line of Douglas. The patient underwent emergency surgery followed by polypropylene plastic repair.*

*The postoperative course was uneventful and the patient was discharged on day 8 post intervention in good general conditions. The 2 years follow-up showed no recurrence of the disease.*

*Clinical examination is the foundation of the diagnosis, whereas radiological findings (ultrasonography, TC) allow the exclusion of other pathologies in the differential diagnosis. The preoperative diagnosis is difficult, mainly because of the non-specificity of symptoms as well as the few cases reported in the literature.*

*In conclusion, we remark that the surgery remains the most effective treatment of Spigelian Hernia.*

**Key words:** Spigelian hernia, acute abdomen, hernia ventral, surgery.

*Anamnesi patologica prossima*: da un anno la paziente lamenta dolore gravativo localizzato in regione pararettale sinistra, accentuato dagli sforzi fisici e alleviato dal decubito supino. Nella stessa regione la paziente ha notato la comparsa di una tumefazione, aumentata progressivamente di volume, apprezzabile soprattutto in ortostatismo. La paziente giunge alla nostra osservazione con sintomatologia dolorosa a carattere colico, insorta da una settimana, vomito e chiusura dell'alvo a feci e gas. *Es. obiettivo*: presenza di grossa tumefazione di consistenza tesa elastica, dolente alla palpazione, non riducibile in cavità addominale, posta 4 cm al di sopra della linea bispinoiliaca in pararettale sinistra (Fig. 2).

Con il sospetto diagnostico di ernia di Spigelio complicata la paziente viene sottoposta ad ecografia addominale: presenza di una massa di apparente pertinenza enterica in corrispondenza della linea pararettale sinistra al di sotto dell'ombelicale trasversa. *Rx diretta addome*: distensione del colon trasverso e di numerose anse del tenue con multipli livelli idroaerei (Fig. 3).

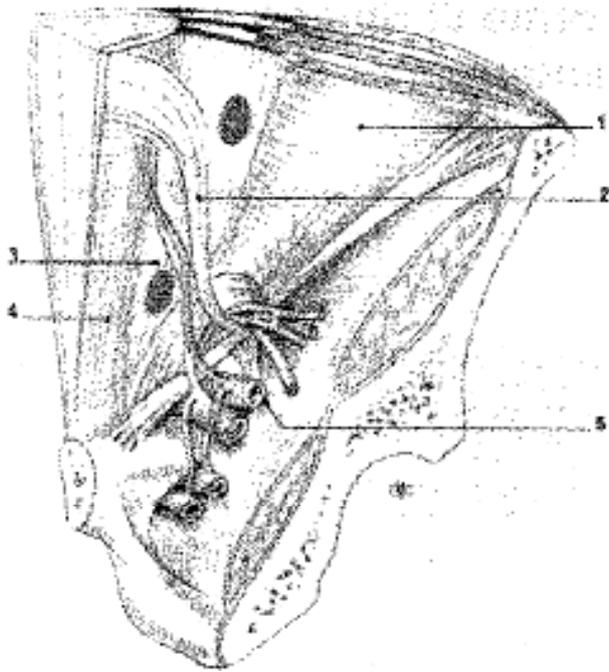


Fig. 1: Descrizione anatomica dell'ernia di Spigelio (visione dall'interno): 1: muscolo trasverso; 2: legamento di Hesselbach; 3: linea di Spigelio; 4: muscolo retto; 5: arteria iliaca esterna ed epigastrica inferiore.



Fig. 2: Paziente in ortostatismo: è evidente voluminosa tuemfazione in regime pararettale sinistra.

Per il progressivo aggravamento della sintomatologia dolorosa addominale con alvo chiuso a feci e gas da circa 24 ore, la paziente viene sottoposta ad intervento chirurgico. Si effettua una laparotomia pararettale sinistra che mette in evidenza la presenza di un voluminoso sacco erniario contenente anse ileali, epiploon e colon trasverso. Apertura del sacco, liberazione e riposizionamento delle anse in cavità addominale, resezione e chiusura del sacco. Riparazione del difetto parietale con protesi in polipropilene posizionata tra tessuto preperitoneale e fascia. Il decorso postoperatorio è stato favorevole; la

paziente è stata dimessa in ottava giornata. A distanza di due anni non vi è evidenza clinica di recidiva.

## Risultati

Il caso da noi illustrato è stato trattato chirurgicamente; per le ampie dimensioni dell'anello erniario è stata realizzata una ernioplastica protesica in polipropilene. Il decorso postoperatorio è stato favorevole con dimissioni in ottava giornata. I controlli a due anni non mostrano alcun segno di recidiva, né segni di rigetto al materiale protesico.

## Discussioni e conclusioni

Le ernie rappresentano una delle patologie di più frequente osservazione nella pratica chirurgica. Sebbene spesso si tende ad identificare la patologia erniaria con le ernie inguinali, esistono nella parete addominale numerosi altri punti di debolezza attraverso i quali possono protrudere i visceri addominali. Fattori favorevoli l'evento erniario sono certamente rappresentati dalla postura eretta e dall'aumento della pressione endoaddominale da



Fig. 3: Rx diretta addome preop: distensione del colon trasverso e di numerose anse del tenue con multipli livelli idroaerei.

infiltrazione adiposa. Ma se nella maggior parte dei casi la pressione viene ad esercitarsi sulle fossette inguinali, per la presenza di fattori concausali di ordine anatomico, si possono formare ernie in sedi meno frequenti o addirittura inusuali quale l'ernia ventrale laterale. La patologia erniaria a localizzazione rara non riveste interesse solo dal punto di vista dottrinale, ma assume un ruolo significativo in chirurgia d'urgenza, per l'esordio clinico acuto con cui a volte può manifestarsi. L'ernia di Spigelio rappresenta 1-2% di tutte le ernie della parete addominale. Predilige il sesso femminile (2), l'età più colpita è la quinta sesta decade. La genesi dell'ernia di Spigelio è stata oggetto di varie teorie, sebbene in letteratura siano stati descritti casi insorti in età pediatrica o giovanile, è opinione comune che tale ernia sia di natura acquisita. Il 90% di queste ernie compaiono a livello della cosiddetta "cintura di Spigelio" tesa per 5-6 cm al di sopra del piano orizzontale che attraversa le due spine iliache anteriori-superiori. A tale livello, infatti, l'aponeurosi di Spigelio avrebbe la sua massima estensione, circa 2 cm, mentre nella regione sopra-ombelicale la tessa tende a scomparire, in quanto la linea semilunare si porta dietro il margine laterale dei m. retti. Le fibre muscolo-aponeurotiche del m. trasverso e dell'obliquo esterno, a differenza di quanto avviene sopra il piano ombelicale, avrebbero qui un decorso praticamente parallelo per cui eventuali lacune di entrambi possono coincidere rendendo più probabile lo sviluppo dell'ernia stessa. La sede più tipica dell'ernia di Spigelio è in corrispondenza dell'intersezione tra la linea semilunare e la linea semicircolare di Douglas, il cui limite più laterale è posto all'interno della fascia di Spigelio, circa 2 cm al di sopra della linea interspinosa.

A monte della linea semicircolare, le fibre dell'aponeurosi del m. trasverso si dividono in due strati per fondersi con le lamine anteriore e posteriore della guaina del retto; la lamina posteriore, nella sua posizione più mediale, diviene più sottile man mano che ci si avvicina alla linea semicircolare creando così un ulteriore punto di debolezza. Caudalmente a tale linea tutte le fibre dell'aponeurosi del trasverso si continuano nella guaina anteriore del retto, sicché la fascia di Spigelio è formata, a tale livello da un unico strato, risultando così molto più resistente. La struttura della fascia di Spigelio in prossimità della linea semilunare rappresenta pertanto il principale fattore predisponente. *Fattori favorevoli* sono: l'obesità, il sesso femminile, le gravidanze multiple, il dimagrimento, traumatismi addominali, i pregressi interventi chirurgici addominali: tutti fattori che determinano un aumento della pressione endoaddominale ed una maggiore debolezza della parete. *Il contenuto erniario* con maggior frequenza è costituito dall'omento e dal tenue, sebbene siano stati descritti casi a contenuto colico, gastrico, colecistico, appendicolare. *L'esordio clinico* in genere è subdolo ed aspecifico. Il sintomo più rilevante è il dolore descritto a volte come gravativo, oppure nevralgico, ma comunque esacerbato da tutte le manovre

che facciano aumentare la pressione endoaddominale. La dolorabilità palpatoria della fascia di Spigelio è ritenuta altamente suggestiva (7). Nei casi più avanzati è possibile evidenziare una franca tumefazione sulla superficie antero-laterale dell'addome. Altre volte si manifestano con la comparsa di complicanze quale l'occlusione intestinale, la sub-occlusione, lo strozzamento. Qualora il sacco erniario non è palpabile o se la tumefazione non è riducibile e permangono dubbi diagnostici è utile far ricorso allo studio ultrasonografico o TAC della parete addominale (3). La diagnosi differenziale va posta con le altre patologie della parete addominale, quale il lipoma, il desmoide, l'ematoma del muscolo retto, il granuloma da corpo estraneo, la diverticolite, le neoplasie ovariche (4). La difficoltà diagnostica è legata alla rarità di tale patologia e alla aspecificità dei sintomi. In letteratura vengono riportati casi di ernie ventrali-laterali rimaste misconosciute fino alla laparotomia esplorativa, eseguita per un quadro occlusivo o per dolori di origine incerta (1). *La terapia chirurgica* da effettuare in tutti i casi prevede la ricostruzione del difetto parietale o mediante sutura diretta della parete o utilizzando materiali protesici riassorbibili o non riassorbibili. Alcuni A.A. suggeriscono una nuova tecnica di riparazione dell'ernia di Spigelio mediante impiego di protesi di polipropilene preformate ad "ombrello" (2, 5).

Riteniamo che un immediato e corretto trattamento chirurgico deve essere sempre effettuato nell'intento di ridurre il rischio di complicanze; sottolineiamo l'importanza della modalità di riparazione del difetto parietale; suggeriamo l'utilizzo di materiali protesici al fine di evitare l'insorgenza di recidive.

## Riassunto

Presentiamo la nostra esperienza relativa un caso clinico di ernia di Spigelio ad esordio acuto, con sintomi da occlusione intestinale. Sottolineiamo l'importanza dell'esame clinico e dei dati strumentali nei casi in cui la diagnosi mostri obiettive difficoltà; riteniamo che l'unico trattamento sia quello chirurgico, da attuare il più precocemente possibile nell'intento di evitare l'insorgenza di complicanze. Nel caso illustrato, l'intervento chirurgico eseguito in urgenza, ha consentito di evidenziare un voluminoso sacco erniario a contenuto viscerale e di riparare il difetto parietale posizionando in sede peritoneale una protesi in polipropilene. Il decorso postoperatorio è stato favorevole, con dimissione in ottava giornata.

## Bibliografia

- 1) Chisari A., Nicolosi M., Compagnone S., Tornambene F., Pulvirenti G., Deodato G.: *Ernia di Spigelio: a proposito di due casi*. Minerva Chir., 50(12):1099-1103, 1995.

- 2) La Joliff L., Letoquart J.P., Fotucaud X. et al.: *Les hernies ventrales-laterales o de la ligne de Spiegel. A propos de 8 nouvelles observations.* J Chir, 122(6-7):409-13, 1985.
- 3) Mifid M.M., Abu-Yousef M.M., Kakish M.E., Urdaneta L.F., AL-Jurf A.S.: *Spigelian hernia: diagnosis by high-resolution real time sonography.* J Ultrasound Med, 16(3):183-7, 1997.
- 4) Pastore S., Vitale L., De Rosa a., Vecchio G.: *Un raro caso di ernia di Spigelio bilaterale.* Minerva Chir, 53:735-7, 1998.
- 5) Sanchez-Montes I., Deysine M.: *Spigelian Hernias: a new repair technique using preshaped polypropylene umbrella plugs.* Arch Surg, 133(6):670-2, 1998.
- 6) Spangelli L.: *Spigelian Hernia.* World J Surg, 13(5):573-580/1989.
- 7) Spangen L.: *Spigelian Hernia.* Surg Clin North Am, 64(2):351-366, 1984.

*Autore corrispondente:*

Dott.ssa Giuseppina VESCIO  
c/ da Caria, 516  
88046 LAMEZIA TERME