

11 - HERNIA DE SPIEGUEL: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

(1) Sánchez Prieto, Y.; (2) Aznar Cantín, S.; (1) Moreno Juste, A.; (2) Jiménez Casado, M.; (3) Ramírez Domínguez, N.; (4) Rejas Morras, L.

(1) Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria en CS Delicias Sur. Zaragoza. (2) Médico de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. (3) Médico de Familia en Morata de Jalón. Zaragoza. (4) Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria en CS Delicias Norte. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 93 años, antecedentes médicos de DLP, HTA, HBP, colecistectomía y herniorrafia inguinal izquierda. En tratamiento con tamsulosina, omeprazol y olmesartán. Acude a urgencias por dolor y distensión abdominal de 4-5 días de evolución, cólico, estreñimiento y ausencia de emisión de gases. Empeoramiento clínico en las últimas 24 horas, iniciando sensación nauseosa, sin vómitos. No fiebre ni sensación distérmica. No síndrome constitucional.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 195/85, FC: 76 lpm, afebril. Abdomen distendido, globuloso, blando y depresible, timpánico a la percusión, doloroso a la palpación generalizada, no defensa abdominal ni signos de irritación peritoneal. Peristaltismo de lucha. Tacto rectal: ampolla rectal libre, no masas. En analítica destaca: glucosa: 145 mg/dL, leucocitos: 10.2 mil/mm³, neutrófilos: 88.7%, fibrinógeno: 522 mg/dL. Rx abdomen: cuadro oclusivo de colon. TC toracoabdominal con contraste: cuadro oclusivo de intestino grueso por herniación de segmento del colon descendente y grasa mesocólica introducidos en una hernia abdominal izquierda de Spiegel. Dilatación cólica a la entrada de la hernia y rarefacción en la grasa mesocólica y en la proximidad del cuello y en contenido herniado. Cuello de la hernia de 3 cm. Masa herniada de 9x3 cm. Normalización del calibre intestinal en la salida. Mínimo líquido libre peritoneal. Se solicita colaboración con cirugía general, realizando intervención quirúrgica urgente. Evolución postoperatoria favorable, permaneciendo asintomático.

Diagnóstico: Hernia de Spieguel.

Diagnóstico diferencial: oclusión intestinal, isquemia intestinal subaguda, hernia estrangulada intraabdominal.

Conclusiones: La hernia de Spieguel es un defecto de la pared abdominal poco común (0.1% de todas las hernias). Corresponden a la protrusión de un saco peritoneal a través de un orificio anatómico adquirido o congénito de la línea Spiegel. Suele ocurrir después de los 40 años, siendo entre la década de los 40 y 70 la edad más frecuente. Su diagnóstico es clínico, sin embargo es difícil, por lo que ante dudas el gold standar es el TC abdominal. Existen factores predisponentes, como la hipertensión intraabdominal secundaria a la obesidad mórbida, embarazos múltiples y la tos crónica. Nuestro paciente presentaba únicamente sobrepeso como factor de riesgo. Es asintomático en el 90% de los casos. La complicación más común es la estrangulación herniaria que causa obstrucción intestinal aguda, y en muchas ocasiones será su primer síntoma, como en nuestro paciente. El tratamiento es quirúrgico. La morbilidad postoperatoria es muy baja.