

| | |
|----------------|---|
| Nombre: | Santiago |
| Apellido: | Ibanez Caturla |
| Otros Autores: | JF Martínez Martínez, A Navarro Baño, D Paez Granda, E Lopez Banet, F Velazquez Marín |
| E-mail: | santibacat@gmail.com |
| Hospital: | Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca |
| Ciudad: | Murcia |
| Título: | OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA DE SPIEGEL |
| Presentación: | Mujer de 45 años sin antecedentes quirúrgicos que consulta por dolor en FII de 3 días de evolución, catalogado inicialmente como cólico renoureteral sin mejoría tras antiinflamatorios, que actualmente asocia nauseas, intolerancia oral y defensa abdominal, sin fiebre. Ante persistencia de la clínica se solicita ecografía abdominal, que evidencia dilatación de asas de intestino delgado, leve cantidad de líquido libre interasas y una imagen intestinal en bucle que sugería obstrucción en asa cerrada. Para filiar los hallazgos se completa estudio con TC abdominal que evidencia herniación de un tramo de ileon a través de un defecto en pared anterolateral izquierda del abdomen, con punto de cambio de calibre y dilatación retrógrada de asas, sin signos de sufrimiento intestinal, compatible con hernia de Spiegel. |
| Discusión : | <p>La hernia de Spiegel es un tipo infrecuente de hernia de la pared abdominal anterior en que el defecto herniario se sitúa en la línea semilunar, entre la aponeurosis del musculo transverso y el musculo oblicuo externo.</p> <p>Tras las adherencias, las hernias de pared abdominal constituyen la segunda causa de obstrucción de intestino delgado (no así de intestino grueso, que es infrecuente). Las potenciales complicaciones de éstas (obstrucción intestinal, encarceración y estrangulación con isquemia intestinal) hacen que el diagnóstico deba ser rápido para evitar la progresión del cuadro y favorecer un tratamiento (que suele ser quirúrgico) lo más precoz posible.</p> <p>Ante la sospecha ecográfica de obstrucción intestinal está indicado completar el estudio con TC, ya que ayuda a identificar mejor el punto de obstrucción, su gravedad y la potencial causa de la misma, así como el posible diagnostico diferencial con otras entidades.</p> |
| Conclusión: | La elevada frecuencia de obstrucción intestinal en la urgencia radiológica nos obliga a conocer las múltiples e infrecuentes causas que pueden provocarla para poder proporcionar un manejo adecuado. |
| Bibliografía: | <p>Aguirre, D., Santosa, A., Casola, G. and Sirlin, C. (2005). Abdominal Wall Hernias: Imaging Features, Complications, and Diagnostic Pitfalls at Multi-Detector Row CT. <i>RadioGraphics</i>, 25(6), pp.1501-1520.</p> <p>Silva, A., Pimenta, M. and Guimaraes, L. (2009). Small Bowel Obstruction: What to Look For. <i>RadioGraphics</i>, 29(2), pp.423-439.</p> |
| Pie de foto: | 1 Ecografía abdominal que muestra asa de intestino delgado distendida, formando un bucle, a través de defecto peritoneal. 2 TC abdominal axial que muestra punto de cambio de calibre de ileon con herniación a través de defecto en pared anterolateral izquierda del abdomen. 3 y 4 Reconstrucciones coronal y sagital que muestran asa intestinal en el saco herniario, con colapso de asas distales y dilatación retrógrada, |

| | |
|--|--------------------------------------|
| | sugestivo de obstrucción intestinal. |
|--|--------------------------------------|