



Atalaya

MÉDICA TUROLENSE

2014

Nº 6



Presidente: Ismael Sánchez Hernández

Vicepresidente: Jesús Ángel Martínez Burgui

Atalaya Medica Turolense es el nombre de la cabecera de la revista que edita el Colegio Oficial de Médicos de Teruel. Esta revista servirá también para publicar aquellos temas que en cada momento interesen o preocupen a la profesión médica: Documentos de ética y deontología, observaciones o recomendaciones sobre aspectos asistenciales, legislación, convocatoria de premios, concursos, temas de interés médico actual, actividades colegiales, etc.

Se trata de una publicación de carácter semestral, abierta a todos los Médicos Colegiados en Teruel.

Comité Editorial:

Director: Jesús Ángel Martínez Burgui

Subdirector: Jesús Sánchez Padilla

Vocales del Colegio de Médicos de Teruel:

Sonia Sebastián Checa

Pedro I. Bono Lamarca

Beatriz Sanchís Yago

Agustín Galve Royo

Miguel Nassif Torbey

Comité Científico:

Coordinador: Jesús Ángel Martínez Burgui

José Manuel Sanz Asín (Servicio de Neurología del Hospital Obispo Polanco)

Clemente Millán Giner (Atención Primaria de Alcañiz)

Antonio Martínez Oviedo (Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco)

Carlos Izquierdo Clemente (Atención Primaria de Zaragoza)

Francisco Rodilla Calvelo (Servicio de Farmacología del Hospital Obispo Polanco)

Vicente Estopiñán García (Servicio de Endocrinología del Hospital obispo Polanco)

Rafael Saenz Guallar (Atención Primaria de Alcañiz)

José Enrique Ruiz Laiglesia (Servicio de Nefrología del Hospital Clínico)

Juan Carlos Cobeta García (Servicio de Reumatología del Hospital Miguel Servet)

Juan Antonio Domingo Morera (Servicio de Neumología del Hospital Miguel Servet)

Ivan Ulises Fernández-Bedoya Korón (Servicio de Radiodiagnostico del Hospital Obispo Polanco)

Enrique Alonso Formento (Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet)

DISEÑO y MAQUETACIÓN: M.A. Cano

Edita: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Teruel

Depósito Legal TE-131-2013

ISSN 2254-2671

Indexada en LATINDEX - Folio 24152

SUMARIO

Editorial

Código deontológico: compromisos y obligaciones de la profesión médica. Luis Ciprés Casasnovas

5

Colaboración científica

Médicos de familia ¿hasta aquí hemos llegado? Carlos Izquierdo Clemente

7

Originales

Hábito tabáquico entre los profesionales de los centros de salud del sector Teruel. B. Sanchis Yago / C. Izquierdo Clemente / C. Iannuzzelli Barroso / C. López Mas / S. Valdearcos Enguidanos / E. García López

Análisis de los tiempos quirúrgicos de las intervenciones de cirugía general y digestivo. J. Martín Pérez

Revisión de la eficacia de pautas de dosificación off-label de fármacos biológicos en psoriasis. A. González Álvarez / E. Giner Serret / V. Caballero Pérez / F. Rodilla Calvelo

12

Notas Clínicas

Glomerulonefritis post-estreptocócica en la infancia. A propósito de tres casos. V. Caballero Pérez / L. Gracia Torralba / E. Carlos López Soler / A. González Álvarez

Absceso cerebral por quemadura eléctrica; una rara complicación. M. León Escalante / W. Pita Merejildo / V. Suárez Contreras / C. Iannuzzelli Barroso

Síndrome de Marshall como causa de fiebre recurrente, a propósito de dos casos. J. Astudillo Cobos / I. Sirbu / O. Myronenko / P. Sanz de Miguel

Paciente con traumatismo y dolor en muñeca. A propósito de dos casos. M. Osca Guadalajara / M^a P. Muñesa Herrero / A. Castro Sauras / J. V. Díaz Martínez

Dolor persistente en muñeca tras traumatismo de 4 meses de evolución. J.V. Díaz Martínez / J.J. Ballester Gimenez / A. Castro Sauras / M. Osca Guadalajara

Dolor torácico. Síndrome de Boerhaave. E. C. López Soler / F. Rodero Álvarez / C. López Mas

Hernia de Spiegel: a propósito de un caso. C. Blanco Pino / F. J. Esteban Fuentes / M. Oset García / D. Soffiantini

37

Vocalía de Jubilados

Emponderamiento en torno al mayor ante el conflicto económico del desequilibrio demográfico. J. Sánchez Padilla

73

Celebraciones y eventos

Cursos impartidos

Concurso Navideño 2014

81

HERNIA DE SPIEGEL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Carla Blanco Pino¹ / Dr. Francisco José Esteban Fuentes² / Dra. Mónica Oset García³ / Dra. Dolores Soffiantini¹

¹ Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² FEA del Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

³ FEA del Servicio de Cirugía. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

La hernia de Spiegel es un defecto herniario raro de la pared abdominal. Aparece a nivel de la línea semilunar de Spiegel, siendo el lugar más frecuente de aparición, debajo del ombligo. Son de difícil diagnóstico por su larvada clínica y su pequeño tamaño, por lo que las complicaciones son frecuentes y la mayoría de ellas se operan de forma urgente. El tratamiento quirúrgico de elección es la cirugía abierta, estando, la técnica laparoscópica, en discusión.

PALABRAS CLAVE

Hernia, Spiegel, pared abdominal, línea semilunar

ABSTRACT

Spiegel's hernia is a rare hernia defect of the abdominal wall. It is developing at the semilunar Spiegel's line, being the most common site of occurrence, below the navel. It is difficult to diagnose because of its latent clinical symptoms and its small size, so complications are frequent and most of them are operated urgently. The surgical treatment of choice is open surgery, laparoscopic technique, is being discussed.

KEY WORDS

Spiegel's Hernia, abdominal wall, semilunar line.

INTRODUCCIÓN

La hernia de Spiegel es una entidad rara (aproximadamente 0.1-2% de todas las hernias)¹⁻² se produce por la protrusión de un saco peritoneal o un órgano a través de la línea semilunar de Spiegel, zona de transición entre la fascia del músculo recto anterior y las vainas de los músculos anchos del abdomen. Podemos encontrar de etiología congénita o adquirida, siendo esta última la más frecuente. Se consideran factores predisponentes aquellos que aumenten la presión intraabdominal; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), obesidad, cirugía o esfuerzos musculares repetidos²⁻³.

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres, en la 5ª década de la vida¹⁻⁷.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 87 años

que acude al servicio de urgencias por tumoración dolorosa en fosa iliaca derecha acompañada de estreñimiento desde hace 4 días, febrícula, sin náuseas ni vómitos. Refería la aparición del bulto tras haber realizado esfuerzo abdominal repetido durante 2 horas, desde entonces había aumentado el tamaño y su consistencia.

La paciente no presentaba antecedentes médicos ni quirúrgicos.

A su entrada al servicio de urgencias se objetiva una TA de 162/78 mmHg, FC 91 LPM, Temperatura 37.9°C. Presenta buen estado general, normocoloreada y normohidratada. La auscultación cardiopulmonar es normal. A la exploración abdominal presentaba tumoración de 3 cm a nivel de fosa iliaca derecha, dolorosa a la palpación, de consistencia dura y no reductible (Fig. 1).

Se le realiza una analítica sanguínea con los siguientes valores a destacar: leucocitos 16970,



Fig. 1. Tumoración de 3 cm a nivel de fosa iliaca derecha.

neutrófilos 88.4%, hemoglobina 10.8, Hto 30.7%, PCR >90. Se completa el estudio con un radiografía abdominal presentando distensión en colon derecho y niveles hidroaéreos a este nivel.

Tras ser valorada por el servicio de cirugía se diagnostica de hernia de Spiegel incarcerada y se decide intervención quirúrgica urgente. Durante la intervención se confirma además de la hernia de Spiegel, una tiflitis y un absceso pericecal sugestivo de apendicitis muy evolucionada, sin encontrarse el apéndice. Se realiza lavado, drenaje y herniorrafia, dado que la presencia de pus desaconseja una reparación protésica.

La evolución postoperatoria fue favorable y la paciente fue dada de alta a los 5 días.

DISCUSIÓN

La clínica de esta entidad es múltiple y confusa¹ dependiendo del contenido sacular. Durante el acto quirúrgico el saco puede contener epiplón, un asa intestinal e incluso estar vacío. Los signos y síntomas más frecuentes son la presencia de una masa y el dolor abdominal. El dolor es inespecífico, aumenta con los esfuerzos, la tos y la maniobra de Valsalva, y mejora con el decúbito.

La masa abdominal se puede reducir en decúbito o a la presión localizada en el borde externo. El retraso en el diagnóstico es habitual y por eso la tasa de complicaciones es elevada. La complicación más frecuente es la incarceration, también podemos encontrarla estrangulada, acompañada de una obstrucción o suboclusión intestinal⁴.

Debido a la dificultad en su diagnóstico, el punto de partida debe ser la presencia de factores predisponentes para orientar correctamente la anamnesis. Aunque el diagnóstico suele ser clínico es aconsejable la realización de pruebas complementarias como la ecografía abdominal o el TAC. Muchos autores recomiendan el estudio radiológico simple, lo consideran obligado en el inicio, aunque pocas veces es diagnóstico. Puede ofrecernos signos radiológicos de obstrucción intestinal, pero no diferenciar el contenido del saco herniario. Tras el estudio radiológico se considera adecuado por su inocuidad y su sencillez la realización de una ecografía abdominal, principalmente a nivel de urgencias. Se considera el TC como la exploración complementaria de elección ante la sospecha de hernia de Spiegel, ya que nos ofrece las imágenes más claras del defecto parietal, la localización y el contenido del saco¹⁻⁵⁻⁶. La exactitud diagnóstica preoperatoria facilita un

adecuado abordaje y mejora el pronóstico.

El tratamiento de elección es quirúrgico, para prevenir las frecuentes complicaciones, pudiendo realizarse un abordaje clásico o laparoscópico. La cirugía abierta es la vía de elección para las hernias de Spiegel incarceradas, y sigue los principios de cualquier reparación herniaria⁶⁻⁷. El abordaje endoscópico puede aportar beneficios en cuanto a hospitalización más reducida, la analgesia postoperatoria y la infección de la herida quirúrgica⁶⁻⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moles Morenilla L., Docobo Durántez F., Mena Robles J., Quinta Frutos R. de. Hernia de Spiegel en España: Análisis de 162 casos. Rev. esp. enferm. dig. [revista en la Internet]. 2005 Mayo [citado 2014 Sep 15]; 97(5): 338-347. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113001082005000500006&lng=es.
2. 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. Rev. esp. enferm. dig. [revista en la Internet]. 2010 Oct [citado 2014 Nov 05]; 102(10): 583-586. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113001082010001000003&lng=es.
3. Cerdán Pascual R., Cantín Blázquez S., Barranco Domínguez JI., Bernal Jaulín J., Duque Mallén V. Hernia de Spiegel. Revisión a propósito de de 8 casos. Rev Cubana Cir 2005, 44(4).
4. Zaragoza C, Villalba S, Castaño S, Trullenque R. Hernia de Spiegel. Cir Esp. 1996; 59: 165-7.
5. León S. Jorge, Acevedo E. Alberto, Dellepiane P. Verónica. Hernia de Spiegel. Rev Chil Cir [revista en la Internet]. 2011 Feb [citado 2014 Dic 2]; 63(1): 64-68. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071840262011000100011&lng=es.
6. Cervantes J, Rojas G, Menendez A, Cicero A, Vidal P. Hernia de Spiegel. An Med (Mex) 2007;52 (2): 65-68.
7. Moreno-Egea A, Flores B. La hernia de Spiegel en España: revisión bibliográfica y presentación de una serie personal de 27 pacientes. Cir Esp. Vol. 72. Núm. 01. Julio 2002