

PRESENTACION DE CASO**Hernia umbilical y embarazo. Presentación de un caso.****Umbilical hernia and pregnancy. A case presentation.**

Dr. Julio Sarmiento Sánchez¹, Dra. Lidia Torres Ajá², Dra. Doris González Díaz³.

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. ² Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Ms. C. Atención Integral a la Mujer. ³ Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Instructor. Hospital universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

RESUMEN

Se describe el caso de una paciente de raza negra, de 30 años de edad, natura de Angola, con antecedentes de múltiples abortos espontáneos, que durante su último embarazo había presentado dolores abdominales frecuentes, además de otras molestias poco comunes. Se detectó un gran defecto herniario umbilical, que afectaba el útero grávido y otras vísceras abdominales. Para llevar el embarazo a término fue necesario ingresar a la paciente durante las últimas 10 semanas de embarazo, hasta la realización de la cesárea y la cirugía de reparación de la hernia. Tanto la madre como el niño evolucionaron satisfactoriamente, siendo dados de alta con citación para consultas de seguimiento posterior a la cual no acudieron nunca. La escasa frecuencia con que se presenta esta asociación, lo cual fue corroborado mediante la revisión de la literatura nacional e internacional, es lo que condujo a la realización del presente informe.

Palabras clave: hernia umbilical (cirug); embarazo; cesárea

ABSTRACT

A case of a 30 year-old black, female patient, born in Angola, Africa with past history of multiple miscarriages is presented. She stated that the last pregnancy she had had abdominal pain, as well as some other less common discomfort. A great umbilical hernia defect was detected which affected the pregnant uterus and other abdominal

viscera. It was necessary to admit the patient into the hospital during the last 10 weeks of pregnancy until the cesarean surgery and the hernia reparation was performed. The mother and infant developed satisfactorily and were discharged from the hospital. They were followed up in consultations to which they never assisted. The low frequency of occurrence of this association which was corroborated by means of national as well as international bibliographical revision. This led us to prepare this report.

Key words: hernia, umbilical (surg); pregnancy; cesarean section

INTRODUCCIÓN

La mayor parte de las hernias umbilicales del adulto son adquiridas y pueden ser llamadas hernias paraumbilicales, son las que ocurren típicamente en las mujeres multíparas. ^(1, 2) Estas hernias pueden ser desde muy pequeñas hasta extremadamente grandes.

Otros pacientes con incremento mantenido de la presión intrabdominal como los tosedores crónicos y los portadores de ascitis tienen un elevado riesgo de desarrollar hernias paraumbilicales. ^(2, 3)

El 80 % de las hernias umbilicales ocurren en los pacientes que tienen una sola decusación de las fibras aponeuróticas de las vainas de los rectos en la línea media, (lo cual ocurre en un 30 % de la población), cuando se comparan con un simple 20 % de incidencia de hernias paraumbilicales en las personas que tienen

Recibido: 26 de mayo de 2008

Aprobado: 21 de julio de 2008

Correspondencia:

Dr. Julio Sarmiento Sánchez.

Servicio de Cirugía. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".

Avenida 5 de Septiembre y Calle 51-A. Cienfuegos. CP: 55 100.

Dirección electrónica: julio.sarmiento@gal.sld.cu

una normal triple decusación de las aponeurosis.

La mayor parte de las reparaciones electivas de las hernias umbilicales puede ser realizada de forma ambulatoria, utilizando anestesia local, regional y a veces hasta general. ⁽²⁻⁶⁾

En las grandes hernias la entrada directa hacia el saco con apertura del mismo, favorece la reducción del contenido hacia la cavidad y permite apreciar mejor el defecto aponeurótico.

Los bordes músculo-aponeuróticos que rodean el defecto herniario deben limpiarse de tejido adiposo y peritoneo en 1 cm. en todas las direcciones para facilitar el cierre, debe evitarse debilitar estas estructuras al disecarla.

Ya sea por aproximación de las estructuras aponeuróticas o por utilización de malla protésica, el objetivo del cierre es lograrlo sin excesiva tensión. ⁽⁷⁾

El defecto herniario en estas hernias tiende a ser más transversal que longitudinal, así, los defectos de 3 cm o menores pueden ser cerrados transversalmente sin mucha tensión. Los grandes defectos deben ser solucionados utilizando algún tipo de malla protésica para evitar el cierre a tensión.

Las incisiones de relajación en los laterales de las vainas de los rectos, no son recomendables, ya que relajan muy poco la tensión a nivel del ombligo debido a la inserción tendinosa de los músculos rectos anteriores a ese nivel, dejando sin embargo un sensible debilitamiento de la

resistencia de la pared a nivel de la incisión de relajación. ⁽⁷⁾

Aunque la imbricación o superposición de los bordes fasciales ha sido recomendada para este tipo de hernias, es una técnica que no debe ser usada en los defectos mayores de 3 cm, ya que incrementa la tensión en las líneas de sutura y puede ser determinante en la recurrencia de la hernia. ^(6, 7)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 30 años, femenina, de la raza negra, de procedencia rural y angolana, con antecedentes de salud, que acude a solicitar atención médica para lograr su embarazo, ya que, a pesar de haber tenido cuatro embarazos anteriores, no había llegado al término de ninguno de ellos, siendo abortados de forma natural en diferentes tiempos de la gestación.

Confiada en los curanderos locales, quienes habían hecho su parte sin obtener éxito alguno, refirió que desde su segundo embarazo se había dado cuenta de que algo andaba mal, pero no era capaz de determinar por qué. En la consulta refirió que le pesaba mucho el vientre; se aquejaba de dolores en bajo vientre, sensación de tirantez en el abdomen inferior, pero lo más molesto de todo era que en la posición bípeda tenía que sujetarse el vientre con ambas manos para evitar el balanceo, lo cual impedía toda acción ulterior al tener ambas manos ocupadas. (Figura 1, 2 y 3)



Figura 1. Vista frontal de la paciente con útero grávido ocupando saco herniario umbilical.



Figura 2. Vista lateral de la paciente.



Figura 3. Vista lateral de la paciente.

Al examen físico del abdomen se detectó una gran tumoración péndula, redondeada en hemiabdomen inferior, que colgaba hasta la mitad de los muslos, de consistencia firme, no adherida a la piel que la recubría, sí a planos profundos, no dolorosa a la palpación emergiendo a través de un gran anillo herniario umbilical, llamando la atención la gran circulación colateral en la piel. Se determinó que se trataba de un útero grávido de un embarazo aparentemente normal, con una edad gestacional aproximada de 30 semanas.

El saco herniario era de gran tamaño y el borde inferior del anillo llegaba en sentido vertical hasta la sínfisis del pubis. En la posición bípeda, el útero grávido al no tener pared abdominal que lo contuviera, caía hacia delante y hacia abajo, angulando y elongando el cuello.

En decúbito supino, el útero no podía entrar de nuevo a la cavidad abdominal por impedirse el tamaño del embarazo y el relativamente pequeño cuello de la hernia, cayendo por su propio peso hacia los lados. Por lo tanto, ambas posiciones eran de gran incomodidad para la paciente, la única que toleraba mejor era el decúbito lateral en cualquiera de sus dos variantes.

La paciente fue ingresada en la Sala de Obstetricia del Hospital Central de Huambo, situado en la provincia del mismo nombre, República Popular de Angola, con indicaciones de reposo en cama, a fin de eliminar la presión ejercida por el peso del útero cada vez mayor en el anillo herniario.

Su evolución en Sala de Obstetricia fue normal, la cesárea electiva se planificó para las 40 semanas de edad gestacional calculada.

El acto quirúrgico se realizó dos meses después del ingreso; consistió en una cesárea electiva clásica y la reparación de la hernia umbilical, llamando la atención que el contenido del saco herniario estaba formado por el útero y gran parte del intestino delgado, así como porciones del colon transverso y del colon sigmoideas, tanto el cuello de la hernia como el saco se fueron distendiendo a medida que el útero crecía, no hubo complicaciones durante la operación y la reparación del defecto herniario fue posible sin necesidad de utilizar prótesis. Al disminuir de tamaño el útero luego de la cesárea, no hubo conflicto de espacio, la piel redundante pudo ser correctamente tratada y quedó una cicatriz sin deformidad ostensible. (Figura 4)

La evolución postoperatoria de la madre y el hijo (Figura 5) fue normal; estos egresaron a los cinco días de la intervención.

No fue posible seguimiento postoperatorio a mediano plazo, pues la paciente nunca más regresó al hospital.

DISCUSION DEL CASO

Al revisar la literatura, se constataron pocos casos publicados semejantes al expuesto en este informe. Existen reportes donde se aprecia la misma asociación, es decir gravidez y hernias; pero en unos casos se trata



Figura 4. Paciente luego de practicada la cesárea y herniorrafia.



Figura 5. Vista del niño momentos después de practicada la cesárea.

de hernias incisionales,⁽⁸⁻¹¹⁾ mientras que en solo uno de los reportes se describen 2 casos de úteros grávidos en sacos herniarios.⁽¹²⁾ No sólo la rareza del caso es llamativa, sino también el hecho de que haya sido posible llevar a término el embarazo y que el feto haya nacido sin ningún tipo de problemas, al menos durante el tiempo que permaneció en el hospital.

No se obtuvo ninguna referencia a la confluencia de hernia umbilical y embarazo, lo que dota al caso presentado de una gran novedad en el contexto médico, además de contribuir a reafirmar su interés científico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Di Muria A, Formisano V, Di Carlo F, Aveta A, Giglio D. Small bowel obstruction by mesh migration after umbilical hernia repair. *Ann Ital Chir.* 2007;78(1):59-60.
2. Chen CP. Thoraco-omphalopagus conjoined twins associated with omphalocele and an umbilical cord Syst in Taiwan J. *Obstedt Ginecol.* 2007;46(2):183-4.
3. Sun J, Liu YH, Chen H, Nguyen MP, Mishina Y, Upperman JS et al. Deficient Alk3-mediated BMP signaling causes prenatal omphalocele-like defect. *Biochem Biophys Res Común.* 2007;360(1):238-43.
4. Clarke FJ, Cassey JG. Paraumbilical block for umbilical herniorraphy. *ANZ. J. Surg.* 2007;77(8):659-61.
5. Al- Zajem MM. Management of omphalocele using the sac as supportive material. *Saudi Med. J.* 2007;28(5):755-58.
6. Weisburd F, Herrera R, Morganti A, Benmaor C, Navarro D. Hernioplastia preperitoneal con malla: técnica posible en cesáreas. *Rev. Soc. Cir. Plata.* 2003;63(1/2):32-38.
7. Acevedo A, Lombardi Juan. Cirugía de las hernias con anestesia local. *Rev. Chilena de Cirugía.* 2003;55(5):520-526.
8. Chanana C, Malhotra N. Images in clinical medicine. Gravid uterus in an incisional Engl J Med. 2007;356(15): e13.
9. Sahu L, Bupathy A. Evisceration of pregnant uterus through the incisional hernia J Obstet Ginecol Res. 2006;32(3):338-40.
10. Rao RS, Shankaregowda HS. A case of herniated gravid uterus through a laparotomy. *Indian J Med Sci.* 2006;60(4):154-7.
11. Malhotra M, Sharma JB, Wadhwa L, Arora R. Successful pregnancy outcome after cesarean section in a case of gravid uterus growing in an incisional hernia of the anterior abdominal. *Indian J Med Sci.* 2003; 57(11):501-3.
12. Saha PK, Rohilla M, Prasad GR, Dhaliwal LK, Gupta I. Herniation of gravid uterus: report of 2 cases and review of literature. *Med Gen Med.* 2006;8(4):14.