Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2019 mayo;87(5):341-345.

Histerocele gravídico umbilical. Reporte de un caso

Umbilical gravid hysterocele. A case report.

Rodolfo Hernández-Rodríguez,[1] Fernando Karel Fonseca-Sosa,[2] Andrés Lorenzo-Mestril,[1] José Emilio Rosabal-Estacio,[3] Aracelis Hernández-Rodríguez[2]

Resumen

ANTECEDENTES: Aunque la hernia umbilical es relativamente frecuente en la población africana, la mayoría de los casos cursan asintomáticos. La situación en la que un útero grávido entra en un saco herniario representa una complicación excepcional de la hernia umbilical.

CASO CLÍNICO: Paciente de 30 años, con antecedentes médicos de hernia umbilical y obstétricos de 5 embarazos, 4 partos y 1 aborto espontáneo. Acudió a consulta por dolor en la parte baja del vientre, de tres días de evolución. En el interrogatorio refirió amenorrea de 5 meses; 2 semanas antes percibió movimientos fetales y ausencia de los mismos 3 días previos a la consulta médica. Al examen físico se observó el abdomen con aumento de volumen irreductible, de 30 cm de diámetro, de forma pendular, que se protruía a través de un gran anillo herniario umbilical y llegaba hasta la mitad de los muslos; se palpó el feto, pero no se escucharon latidos cardiacos. Por los antecedentes médicos, hallazgos clínicos y ecográficos se estableció el diagnosticó de muerte fetal intrauterina, como complicación de útero grávido en una hernia umbilical. Se decidió la interrupción del embarazo mediante cesárea de urgencia. La hernia umbilical se reparó con reforzamiento del defecto mediante colgajos fascio-aponeuróticos, según la técnica de Mayo. La evolución de la paciente fue satisfactoria.

CONCLUSIONES: El tratamiento de pacientes embarazadas con hernia umbilical incluye una conducta conservadora, control prenatal estricto, colocación de un corsé para rectificar el útero grávido, programación de la cesárea y reparación del defecto herniario.

PALABRAS CLAVES: Hernia umbilical; útero grávido; muerte fetal.

Abstract

BACKGROUND: Although umbilical hernia is relatively common in African patients, the majority of cases are asymptomatic. The situation in which a gravid uterus enters a hernia sac is one of the rarest complications of umbilical hernia.

CLINICAL CASE: 30-year-old pregnant woman with a history of umbilical hernia and obstetric of 5 pregnancies, 4 deliveries and 1 spontaneous abortion. She reported pain in the abdomen that appeared 3 days ago, absence of menstruation 5 months ago, with fetal movements referred 2 weeks ago and absence of them 3 days ago. At the physical examination, an irreducible volume increase of approximately 30 cm in diameter with a pendulum shape that protruded through a large umbilical hernia ring and reached the middle of the thighs, fetal parts were palpated and absence of fetal heartbeats. Due to the antecedents, the clinic and the obstetric ultrasound, an intrauterine fetal death was diagnosed as a complication of a gravid uterus in an umbilical hernia. The interruption of pregnancy was performed by emergency caesarean section. The umbilical hernia was repaired with reinforcement of the defect using fascio-aponeurotic flaps, according to the Mayo technique. The evolution was satisfactory until hospital discharge.

CONCLUSIONS: The treatment of pregnant patients with umbilical hernia includes a conservative behavior, strict prenatal control, placement of a brace to rectify the pregnant uterus, programming of the cesarean and repair of the hernia defect.

KEYWORDS: Umbilical hernia; Pregnant uterus; Fetal death.

[1] Especialista de segundo grado en Cirugía General, profesor asistente.
[2] Especialista de primer grado en Medicina General Integral, Especialista de primer grado en Cirugía General, profesor asistente.
[3] Especialista de segundo grado en Cirugía General, profesor auxiliar.
Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley, Manzanillo, Granma, Cuba.

Recibido: febrero 2019

Aceptado: marzo 2019

Correspondencia
Fernando Karel Fonseca Sosa
ffonsecasosa@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Hernández-Rodríguez R, Fonseca-Sosa FK, Lorenzo-Mestril A, Rosabal-Estacio JE, Hernández-Rodríguez A. Histerocele gravídico umbilical. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2019 mayo;87(5):341-345.
https://doi.org/10.24245/gom.v87i5.2920

ANTECEDENTES

Entre las tribus de la región de la meseta del norte de Nigeria las hernias umbilicales son comunes y la mayoría considera la protrusión del ombligo un símbolo de belleza. Algunas, incluso, adoptan con orgullo el nombre "Mai cibi" el poseedor de un ombligo. Aunque las hernias umbilicales son frecuentes, las complicaciones son excepcionales, quizá por la magnitud de las propias hernias y la amplitud de sus cuellos.[1]

Se denomina hernia umbilical a un grupo de protuberancias donde el saco, ocupado por vísceras o tejidos, se libera a través del anillo umbilical. Esta alteración puede sobresalir por un anillo no obstruido durante la vida intrauterina (embrionaria o fetal) o por el ombligo que, ya cerrado al nacimiento, se abre patológicamente en la infancia o en la etapa adulta.[2]

Se estima que entre 10 y 20% de los recién nacidos tienen una hernia umbilical, con evidente predominio en la raza negra, que puede alcanzar, incluso, 26% de los casos. La obesidad, el sexo femenino y la multiparidad son factores implicados en la etiopatogenia de la hernia umbilical.[2]

Si bien la hernia umbilical es relativamente frecuente en la población africana, la mayoría de los casos no manifiesta síntomas. La situación en la que un útero grávido entra en un saco herniario es una de las complicaciones más raras de la hernia umbilical.[3]

Enseguida se expone el caso de una paciente embarazada con diagnóstico de muerte fetal intrauterina como complicación de útero grávido en una hernia umbilical. La intención del reporte obedece a que solo existen 11 casos publicados en todo el mundo (**Cuadro 1**), cuatro de estos correspondientes a complicaciones ginecoobstétricas.

CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años, de raza negra, procedente de Burkina Faso, con antecedentes médicos de hernia umbilical y obstétricos de 5 embarazos, 4 partos y 1 aborto espontáneo. Acudió al servicio de Urgencias del Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley de Cuba, por dolor en la parte baja del vientre, de tres días de evolución, que se intensificaba conforme aumentaba el volumen, con imposibilidad de realizar actividades domésticas al sujetarse el vientre con ambas manos e impedir su balanceo. El dolor apareció de forma súbita, de leve intensidad al inicio, sin irradiación, que no cedía con el reposo físico. Refirió ausencia de la menstruación hace 5 meses, con síntomas subjetivos de embarazo al inicio (náuseas y vómito), movimientos fetales referidos hace 2 semanas y ausencia de estos hacía 3 días.

En la exploración física se objetivó: mucosas húmedas e hipocoloreadas, abdomen con aumento de volumen irreductible, de 30 cm de diámetro, con forma pendular, que se protruía a través de un gran anillo herniario umbilical y llegaba hasta la mitad de los muslos, de consistencia firme, móvil hacia arriba y abajo en bipedestación, y hacia los lados en decúbito supino, no adherido a la piel, sí a los planos profundos, no doloroso a la palpación; superficie lisa, bordes regulares, con palpación de las estructuras fetales, pero ausencia de latidos cardiacos (**Figura 1**). Tacto vaginal: introito normal, paredes no tumorales y cuello uterino ascendido que imposibilitó describir sus características; se observó leucorrea blanquecina.

Los estudios de laboratorio reportaron: hemoglobina 8.9 g/L, leucocitos 12.1 x 10^9/L, glucemia 4 mmol/L, tiempos de coagulación 6 minutos y plaquetas 204 x 10^9/L. La ecografía obstétrica evidenció un feto con diámetro biparietal de 56 mm (22.4 semanas de embarazo), longitud del

https://doi.org/10.24245/gom.v87i5.2920

Cuadro 1. Casos clínicos publicados de forma esporádica en los últimos años

Autor	Pacientes	Complicaciones	Seguimiento y tratamiento
Thomson SW.[1]	2	Caso 1. Muerte fetal intrauterina, trompa de Falopio derecha necrosada, muerte materna.	
		Caso 2. Sin complicaciones.	Cesárea a las 38 semanas. Recién nacido sano. Herniorrafia umbilical luego de la cesárea.
Hassim KM.[9]	1	Sin complicaciones.	Cesárea a las 40 semanas. Recién nacido sano. Herniorrafia umbilical luego de la cesárea.
Adetoro F.[3]	2	Caso 1. Ulceración y necrosis cutánea. Parto pretérmino a las 34 semanas.	El paciente falleció dos días después de haber nacido. Herniorrafia umbilical.
		Caso 2. Sin complicaciones.	Parto a las 38 semanas. Recién nacido sano. Herniorrafia umbilical.
Pradip KS, et al.[6]	1	Sin complicaciones.	Cesárea a las 38 semanas. Recién nacido sano. Hernioplastia umbilical luego de la cesárea.
Airede LR, et al.[8]	1	Rotura uterina, muerte fetal.	Histerectomía total abdominal. Herniorrafia umbilical luego de la cesárea.
Sarmiento-Sánchez J, et al.[4]	1	Sin complicaciones.	Cesárea a las 40 semanas. Recién nacido sano. Herniorrafia umbilical luego de la cesárea.
Punguyire D, et al.[7]	1	Sin complicaciones.	Cesárea a las 38 semanas. Recién nacido sano. Herniorrafia umbilical luego de la cesárea.
Adamu A, et al.[5]	1	Rotura espontánea de la hernia umbilical, evisceración, intestino delgado necrosado.	Resección intestinal. Introducción de órganos a la cavidad abdominal. Herniorrafia. Parto pretérmino a las 34 semanas. Recién nacido sano.
Fidan U, et al.[10]	1	Sin complicaciones	Cesárea a las 38 semanas. Recién nacido sano.

fémur de 39.9 mm (edad gestacional de 22.3 semanas) y circunferencia abdominal de 121 mm (22.3 semanas de embarazo); no se percibieron latidos cardiacos.

Con base en los antecedentes médicos, el cuadro clínico y la ecografía se estableció el diagnóstico de muerte fetal intrauterina por complicación de útero grávido en una hernia umbilical. Se decidió la interrupción del embarazo mediante cesárea de urgencia. Se efectuó una incisión longitudinal supra-tumoral. De la cesárea se extrajo un feto muerto, con circular del cordón umbilical alrededor del cuello (**Figura 2**). Se introdujo el útero a la cavidad abdominal, se resecó el saco herniario y la piel redundante. Inmediatamente se reparó la hernia umbilical, con reforzamiento del defecto mediante colgajos fascio-aponeuróticos, según la técnica de Mayo.

La paciente evolucionó satisfactoriamente (**Figura 3**) y fue dada de alta del hospital 10 días después de la intervención quirúrgica. No hubo seguimiento en consulta externa porque no regresó al hospital.



Figura 1. Paciente embarazada con hernia umbilical antes de la cirugía.



Figura 2. Extracción del feto muerto, con circular del cordón umbilical alrededor del cuello.



Figura 3. Posoperatorio mediato que muestra la reparación de la hernia umbilical.

DISCUSIÓN

Existen pocos casos publicados semejantes al expuesto en este informe. Algunos estudios indican la misma asociación, es decir, gravidez y hernia; no obstante, se trata de hernias incisionales.[4]

El cuello de una hernia umbilical suele ser relativamente estrecho comparado con el tamaño del saco, que puede ser grande y prominente hacia adelante y abajo, para sobresalir del pubis. El útero grávido dentro de la hernia umbilical es una complicación excepcional, pues suele ser demasiado grande para entrar en el saco al momento que alcanza ese nivel. Si bien el riesgo de complicaciones de las hernias umbilicales es posible durante el embarazo, el agrandamiento del útero puede, teóricamente, proteger contra el encapsulamiento mediante el bloqueo físico del contenido intraabdominal, desde la entrada del defecto. Sin embargo, cuando el cuello de la hernia es más grande, el útero grávido se transporta fácilmente hacia el saco, sobre todo cuando la pared abdominal anterior es laxa, debido a la flacidez de los músculos abdominales asociados con embarazos repetidos.[5]

El diagnóstico preliminar se establece con el examen clínico y se confirma mediante ecografía. El antecedente de hernia en embarazos previos, la coexistencia de alguna protuberancia inusual en el abdomen con piel laxa, útero y partes fetales fácilmente palpables, además del estudio ecográfico son componentes importantes para establecer el diagnóstico. En casos de encapsulamiento, el útero es irreductible y las pacientes no manifiestan síntomas adicionales, pero cuando existe estrangulación, pueden padecer dolor abdominal intenso y vómito.[6]

Punguyire y su grupo[7] informaron diversas complicaciones que amenazan el estado de la madre y el feto, por ejemplo: úlcera cutánea, encapsulamiento, aborto espontáneo, parto

https://doi.org/10.24245/gom.v87i5.2920

pretérmino, hemorragia intrauterina, retraso del crecimiento intrauterino, muerte fetal, rotura del segmento uterino inferior o de la pared abdominal y muerte materna.

El tratamiento de estas pacientes supone un reto médico, pues hasta la fecha no se ha descrito algún algoritmo a seguir. El estrangulamiento cerca o al término del embarazo supone una indicación de hospitalización temprana y cesárea electiva, quizá combinada con reparación de la hernia. Cuando el útero se estrangula en etapas tempranas del embarazo debe repararse inmediatamente, con la intención de llevarlo a término de forma exitosa.[6]

Adamu y sus colaboradores[5] sugieren no reparar la hernia umbilical durante el embarazo, a menos que se complique por rotura, estrangulación o encapsulamiento, quizá porque la cirugía puede provocar irritabilidad uterina e inducir la labor prematura de parto. La remodelación con colágeno durante el embarazo relaja los tejidos, lo que predispone a hernia recurrente. Se ha reportado que el material protésico para la reparación abierta de la hernia umbilical reduce la tasa de recurrencia.

La herniorrafia es una técnica efectiva como parte de la cesárea, incluso se ha informado que no aumenta el riesgo de infección de la herida quirúrgica.[8,9]

Fidan y sus coautores[10] indican la implementación de tratamiento conservador, con embarazo a término, cesárea y colocación de un corsé para rectificar el útero grávido y evitar complicaciones futuras.

CONCLUSIÓN

El tratamiento de pacientes embarazadas con hernia umbilical precisa una conducta consecuente y reparación quirúrgica. Cuando no existe complicación aparente, es posible llevar el embarazo a término, con control prenatal estricto, colocación de un corsé para rectificar el útero grávido, programación de la cesárea y reparación del defecto herniario.

REFERENCIAS

1. Thomson SW. Two unusual complications of umbilical hernia in pregnancy. Br Med J 1962;2(5319):1586. https://www.bmj.com/content/2/5319/1586
2. García-Gutiérrez A, et al. Texto de Cirugía General. 1ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2010; 544-547. https://booksmedicos.org/cirugia-temas-de-cirugia-ii/
3. Adetoro F. Gravid uterus in an umbilical hernia-a report of two cases. Cent Afr J Med 1986;32(10):248-251. https://journals.co.za/content/CAJM/32/10/AJA00089176_921
4. Sarmiento-Sánchez J, et al. Hernia umbilical y embarazo. Presentación de un caso. Medisur 2008;6(3):295-8. http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/398/7529
5. Ahmed A, et al. Spontaneous rupture of umbilical hernia in pregnancy: a case report. Oman Med J 2011;26(4):285. http://doi.org/10.5001/omj.2011.70
6. Pradip KS, et al. Herniation of gravid uterus: report of 2 cases and review of literature. Med Gen Med 2006;8(4):14. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868348/
7. Punguyire D, et al. Full-term pregnancy in umbilical hernia. Pan Afr Med J 2011;8:6. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3201614/
8. Airede LR, et al. Rupture of a gravid uterus within an umbilical hernia. Cont Med Edu 2007;25(6):290. http://www.cmej.org.za/index.php/cmej/article/view/166/94
9. Hassim KM. Gravid uterus in an umbilical hernia. Cent Afr J Med 1967;13(11):260-261. https://journals.co.za/content/CAJM/13/11/AJA00089176_3950
10. Fidan U, et al. Umbilikal Herni Kesesi İçerisinde Gelişen Term Gebe Uterus. Turk Klinik J Gyn Obs 2012;22(4):247-249. http://www.jcog.com.tr/article/en-herniated-term-gravid-uterus-through-an-umbilical-hernia-case-report-63676.html