

Peritonitis por ruptura de un quiste del ombligo

por los doctores A. CHIFFLET y C. ROLANDO

El 21 de Julio de 1931 ingresó al Hospital Maciel el enfermo A. P., de 32 años, procedente del Cerro. El cirujano de guardia, Dr. Velarde Pérez Fontana, nos encomendó el enfermo, ya que, junto a él, hacíamos el aprendizaje de la cirugía de urgencia.

He aquí la historia clínica. Ayer de tarde comienza a sentir dolor agudo peri-umbilical que más tarde se localizó en la fosa iliaca derecha. No tuvo vómitos. Tomó un lavaje intestinal y un purgante salino, que hicieron su efecto. Se presenta con la persistencia de los dolores del vientre que acusa especialmente en la fosa iliaca derecha.

Estado general relativamente bueno. Lengua húmeda. Cardiovascular y pulmonar, normal. Temperatura axilar 37° 3/5. Temperatura rectal 38°. Pulso 110. Vientre móvil con la respiración, algo doloroso en las inspiraciones profundas. Palpación dolorosa en particular en la fosa iliaca derecha. No hay contractura intensa. Signo de Blumberg positivo. Tacto rectal: Douglas algo tenso y doloroso. Leucocitosis 15.200.

Operación: Eter. Mac Burney. Apéndice macroscópicamente sano. Se ve pequeña cantidad de pus, blanco, poco fétido. Se sacan algunas asas delgadas, observando sólo el intestino muy congestionado y pus con los mismos caracteres. En la exploración cuidadosa del vientre se encuentra en su pared anterior, respondiendo al ombligo, una tumoración del tamaño de una nuez, dando la sensación de friabilidad y haciendo cuerpo con la pared abdominal. Apéndicectomía. Se coloca una mecha en la tumoración y un tubo suprapúbico en el Douglas y se cierra la incisión de Mac Burney. Se hace onfalectomía tratando de sacar lo más posible del quiste que, adherente al peritoneo e inflamado, dificulta su extirpación. Se deja la brecha operatoria ampliamente abierta con una gasa con aceite gomenolado.

Cuando el enfermo sale de la anestesia se le interroga sobre posibles trastornos anteriores al nivel del ombligo. Dice que desde hace quince días había notado inflamado el ombligo con salida de una sustancia semejante a la masilla y de pelos que no lo preocuparon, porque siendo peluquero les atribuía una procedencia exterior.

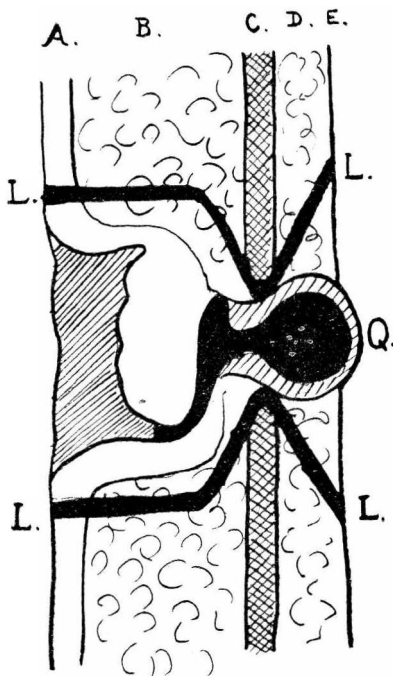
Post-operatorio: Sin novedades, siendo dado de alta a los siete días. Actualmente bien. El estudio histológico posterior, confirmó, como la existencia de pelos lo hacía suponer, que se trataba de una formación quística dermoidea.

CONSIDERACIONES

Los quistes dermoides de la pared abdominal anterior son tan raros que Lenormant, en una comunicación a la Sociedad Anatómica de París (Anales de Anatomía Patológica, T. VIII, 1931), declara no haber podido compilar más que veinticinco observaciones.

La localización es variable. Algunas veces están en la región inguinal, habiendo dos observaciones con esta localización presentadas en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires en el año 1931 por Cisneros una y por Zeno y Santonelli la otra. La confusión con otras afecciones de esta zona es muy posible.

Otras veces los quistes están localizados en la línea blanca, por arriba o por abajo del ombligo (Haffter, Cederbaun, Schwartz). Los



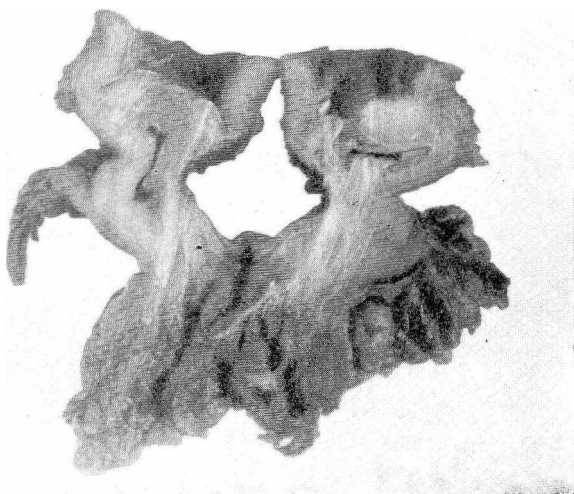
A. Piel, B. Tejido celular, C. Línea blanca, D. Tej. celular subperitoneal, E. Peritoneo, Q. Quiste adheriendo al peritoneo. L.-L. Límites de la pieza operatoria

primeros pueden ser fácilmente confundidos con hernias epigástricas. En el caso de Schwartz eran dos quistes situados a cada lado de la línea media y fué encontrado en el subperitoneo, el primero, al efectuar una intervención quirúrgica sobre las vías biliares y el segundo simétrico, en la exploración necrópsica. Los infraumbilicales pueden ser confundidos con fibromas de la pared. Haffter encontró el suyo en la necropsia de un niño.

Más frecuentes que los localizados en la región inguinal y en la

línea blanca son los umbilicales. Difieren de los anteriores, además de su localización por su volumen siempre menor (una nuez), explicable posiblemente si recordamos nuestra observación por su drenado al exterior. No llegarán, pues, a adquirir el enorme volumen del operado por Zeno y Santorelli en la región inguinal, que contenía 600 c.c. de un líquido grumoso.

En cuanto a la presencia de pelos, que sólo es señalada en cuatro observaciones de quistes dermoides de la pared anterior del abdomen (Blot. Soc. Cir. París, 1874, epigástrico — Haffter, Ueber dermoide intraumbilical, Tesis de Báile 1874 — Kitler, en la región inguinal, y Vendelet, en el ombligo), de las cuales, como vemos, sólo una del



Corte de la pieza del enfermo J. L.

ombligo, sirvió en nuestra observación para hacer fácilmente el diagnóstico en el acto operatorio y condicionar a él la terapéutica. Era, pues, nuestro enfermo, un portador de un quiste dermoide verdadero y no como la mayoría de los publicados que eran, en realidad, epidermoides.

Los quistes dermoides del ombligo exponen como los otros a errores de diagnóstico. Es así como Lecène (Terap. Quir., tomo III), en el único caso por nosotros conocido de reacción peritoneal por quiste dermoide, operó su enferma con el diagnóstico de estrangulamiento herniario.

Los quistes dermoides umbilicales, lo mismo que los de la línea

blanca, tienen una particularidad anatómica importante. Nos referimos a su adherencia al peritoneo parietal anterior. Este hecho, que impide su enucleación obligando a sacar junto a él el peritoneo adherido, explica fácilmente el porqué de la propagación del proceso infeccioso intraquístico a la serosa abdominal. Es natural que la infección del quiste puede hacerse solamente en los quistes dermoides del ombligo que, a través de la cicatriz umbilical, comunican fácilmente con el exterior.

La bibliografía que hemos podido revisar no nos ha mostrado ningún caso semejante al nuestro. Las observaciones publicadas de quistes dermoides del ombligo, cuando han provocado la intervención por la participación infecciosa, ha sido por localización de ésta en el quiste o a lo más por una reacción peritoneal (Lecène), y no por una peritonitis.

Conocida la anatomía de estos quistes con la particularidad de su adherencia al peritoneo que favoreció en nuestra observación la infección serosa, en un nuevo caso de quiste dermoide del ombligo, cuya única complicación era la infección local, extirpamos ampliamente el quiste con la serosa adherente. La historia es la siguiente: J. L., 20 años, español, ingresa al Servicio del Prof. Lamas porque desde hace ocho días nota que por su ombligo, que se ha hinchado y errojecido, sale una materia sebácea y pelos. La intervención consistió en la extirpación en masa con anestesia local, de todo el quiste con su peritoneo adherente. Cierre. Cicatrización de primera y alta a los seis días. Presentamos la fotografía de la pieza extirpada con un corte sagital y un esquema que muestra claramente la particularidad anatómica que subrayamos y las líneas de incisión en el acto operatorio.

Al terminar la presentación de estas observaciones de quistes dermoides del ombligo queremos recordar que los quistes umbilicales que resultan de trastornos en la involución del canal onfalo-mesentérico y que, por lo tanto, tienen en su constitución los caracteres de dicho canal, pueden presentarse bajo dos tipos anatómicos: en un primer tipo, están situados por delante del plano de la línea blanca; en el segundo tipo, cuando están colocados por detrás de este plano, es decir, en el subperitoneo, pueden tener como los dermoides estrechas relaciones con la serosa, además de las particularidades que derivan de las posibles uniones fibrosas o canaliculares con el intestino delgado.