



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-437 - ¿HERNIA UMBILICAL? CUANDO NO TODO ES LO QUE PARECE

Ramos Soler, Francisco Jose¹; Annese Pérez, Sergio David¹; Betoret Benavente, Lidia¹; Baeza Murcia, Melody¹; Flores Funes, Diego²; Torralba Martínez, Jose Antonio¹; Lirón Ruiz, Ramón José¹; Aguayo Albasini, Jose Luis¹

¹Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia; ²Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, Caravaca de la Cruz.

Resumen

Introducción: El diagnóstico de hernia umbilical es eminentemente clínico, basado en una exploración física básica y debería poder ser realizado por cualquier facultativo. La utilización de técnicas de imagen, tales como la ecografía o la tomografía computarizada, es poco frecuentes aunque cada vez más utilizado debido a su facilidad de acceso.

Caso clínico: Mujer de 45 años con antecedentes personales de conización en 2018 por displasia cervical moderada sin lesión residual. Como otros antecedentes enfermedad pélvica inflamatoria que precisó de laparotomía media infraumbilical, lavado y donde se realizó apendicetomía en 2012. Fórmula obstétrica C6P2A3C1. Acude a nuestra consulta con tumoración infraumbilical de 3 meses de evolución. Aporta además ecografía con diagnóstico de “Hernia omental paraumbilical, probablemente secundaria a diástasis de rectos abdominales”. Tras exploración en consulta se objetiva tumoración paraumbilical, no reductible, de consistencia pétreo. Dado los hallazgos se deciden realizar exploración en quirófano. Se realiza incisión infraumbilical localizado a nivel de aponeurosis anterior de recto encontrando dos tumoraciones blanquecinas de aspecto cerebroide, que se resecan en bloque. No se encuentra hernia umbilical. Tras análisis histológico se comprueba infiltración por neoplasia de hábito epitelial pobremente diferenciada con marcado pleomorfismo y áreas de necrosis. Con este diagnóstico se decide estudio de extensión y valoración por Ginecología. Tras valoración por ginecología se decide anexectomía siendo el diagnóstico final de carcinoma de ovario pobremente diferenciado con inmunohistoquímica compatible con diferenciación escamosa.

Discusión: La hernia umbilical es un diagnóstico clínico baso en la exploración. El uso cada vez más generalizado de técnicas de imagen aumentado su prevalencia. Sin embargo, pese a que es una patología cuyo tratamiento quirúrgico suele ser relativamente sencillo, es necesaria una adecuada exploración, tanto en consulta como en quirófano. En este contexto, el diagnóstico diferenciar más temido es la patología tumoral, sea primario, o más frecuentemente metástasis, conocidas como “nódulo de la hermana María José”. Las metástasis umbilicales son una complicación rara, pero de mal pronóstico. La etiología tiene origen digestivo en el 55% de casos, siendo predomina el carcinoma gástrico (hasta un 30%) seguido de carcinoma colorrectal y adenocarcinoma de páncreas. Los tumores genitourinarios son la segunda etiología en frecuencia a expensas del ovario (10-12%) y menos frecuentemente, el endometrio. Debido a ello, en la mayoría de casos la histología principal es de adenocarcinoma, quedando el carcinoma escamoso en segundo lugar. El pronóstico general es malo, con una supervivencia media entre los 2 y los 11 meses, dependiendo del tipo de tumor primario. Las metástasis umbilicales son una presentación poco frecuente de neoplasias intraabdominales avanzadas que pueden ser diagnosticadas erróneamente como patología herniaria umbilical,

por lo que es necesario un alto nivel de sospecha para llegar a un diagnóstico correcto.