

Hernia umbilical en una gestante

Umbilical hernia in a pregnant woman

Sirce Rodríguez Suárez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7826-4132>

Sibelis Pavot Garbey¹ <https://orcid.org/0000-0003-0189-415X>

Farah María Kindelán Mercerón² <https://orcid.org/0000-0002-0315-7164>

¹Policlínico Docente Julián Grimau García. Santiago de Cuba, Cuba.

²Facultad de Medicina No. 1, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: rsirce900@gmail.com

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una grávida de 26 años de edad y tiempo gestacional de 34,4 semanas, quien fue remitida del Hospital General de Rusape al Hospital Central de Harare, ambos en Zimbabwe, por presentar una hernia umbilical, que la aquejaba desde la infancia. La paciente había padecido ese volumen herniario en 3 embarazos anteriores, cuyos partos fueron normales. Luego de efectuar los estudios pertinentes, que demostraron el diagnóstico, y evaluar el caso en equipo multidisciplinario, se decidió practicar cesárea de urgencia. Durante el procedimiento quirúrgico se halló que todo el útero se encontraba dentro del saco herniario cubierto por el epiplón; se extrajo al recién nacido, el cual poseía buena vitalidad, índice de Apgar de 9-10 y peso de 2590 gramos; posteriormente, se resecó el tejido herniario redundante. La paciente evolucionó favorablemente en el período posoperatorio inmediato y recibió el alta hospitalaria a los 5 días.

Palabras clave: embarazo; hernia umbilical; cesárea.

ABSTRACT

The case report of a 26 years pregnant woman and gestacional age of 34.4 weeks is described, who was referred from General Hospital of Rusape to Harare Central Hospital, both in Zimbabwe, due to an umbilical hernia that afflicted her since the childhood. The patient had suffered from that hernial volume in 3 previous pregnancies whose childbirths were normal. After the pertinent studies that demonstrated the diagnosis, and evaluate the case in multidisciplinary team, it was decided to practice an emergency Cesarean section. During the surgical procedure it was found that the whole uterus was inside the hernial sack covered by omentum; the new born was extracted, who possessed good vitality, Apgar index 9-10 and 2590 grams weight; later on, the redundant hernial tissue was dried up. The patient had a favorable clinical course in the immediate postoperative period and she was discharged 5 days after.

Key words: pregnancy; umbilical hernia; Cesarean section.

Recibido: 25/01/2022

Aprobado: 28/02/2022

Introducción

Las hernias se desarrollan en áreas del abdomen a causa de un gran esfuerzo sobre la pared abdominal, del envejecimiento, una lesión, un procedimiento quirúrgico previo o alguna debilidad existente desde el nacimiento. Cabe señalar que ninguna hernia mejora o desaparece con el transcurso del tiempo.⁽¹⁾

Las hernias inguinales y umbilicales durante la gravidez resultan un problema clínico, pues el contenido de estas puede complicar el embarazo y poner en riesgo el pronóstico perinatal y, al mismo tiempo, la vida de la paciente. Dicho contenido varía en gran medida; por lo general, consiste en pequeños y grandes segmentos del intestino delgado, aunque también puede estar constituido —con menos frecuencia— por la vejiga urinaria, los anexos del útero, el apéndice y el divertículo de Meckel.

Al respecto, la hernia umbilical suele ser la más frecuente durante el embarazo y muchas veces se manifiesta o diagnostica por primera vez en esa etapa de la vida, sobre todo en la segunda mitad de la gestación, debido principalmente al crecimiento uterino. También puede producirse después de la gravidez, a causa de un gran esfuerzo abdominal durante el parto.^(1,2,3)

Este tipo de hernia suele ser congénita; es decir, desde el nacimiento existe un defecto en la pared abdominal que implica propensión a la aparición de la hernia, lo cual se hace efectivo durante el embarazo debido al aumento de la presión ejercida.

El embarazo, la obesidad, los tumores, la ascitis, la actividad física, entre otros factores, aumentan la presión intraabdominal, lo que se manifiesta con el incremento del diámetro de los anillos umbilicales, usualmente imperceptibles.⁽⁴⁻⁶⁾

Su presencia en gestantes deviene un problema médico para el ginecólogo y el punto primordial es decidir el momento para realizar la herniorrafia.

Caso clínico

Se describe el caso clínico de una grávida de 26 años de edad y tiempo gestacional de 34,4 semanas, quien fue remitida del Hospital General de Rusape, en Zimbabwe, al Hospital Central de Harare, con el diagnóstico de hernia umbilical, que la aquejaba desde la infancia, e historia obstétrica de 4 gestaciones, 3 partos y ningún aborto.

Como dato de interés cabe mencionar que en las gestaciones anteriores también había presentado el mismo volumen herniario y sus partos fueron normales. Sin embargo, en esta ocasión no había recibido atención prenatal.

Examen físico

- Abdomen: Aumento del volumen, predominantemente en la región periumbilical, que se extendía hacia delante, con intensificación de la coloración y algunas lesiones ulceradas que supuraban. Se constataban movimientos y foco fetales, pero resultaba difícil precisar la presentación del feto.

- Vagina: Cuello de multípara, distensible hasta 4 cm, bordes finos y suaves, membranas sanas, presentación cefálica muy alta.

Exámenes complementarios

- Hemoglobina: 11,2 g/dL
- Grupo sanguíneo y factor Rh: B+
- Leucocitos $12 \times 10^9 /L$
- Plaquetas $216 \times 10^3 /L$
- Ecografía obstétrica: Feto único de aproximadamente 2166 gramos, con buena vitalidad. Se observaba parte del útero y asas intestinales dentro del saco herniario.

A las 3 horas de haber ingresado a la paciente en el salón de parto, no se observaba ningún cambio, por lo que se decidió en equipo, con la participación del cirujano, realizar una cesárea de urgencia (fig. 1).



Fig. 1. Cesárea de urgencia por volumen de hernia umbilical

Como hallazgo quirúrgico relevante se debe mencionar que todo el útero se encontraba dentro del saco herniario cubierto por el epiplón (fig. 2).



Fig. 2. Útero dentro del saco herniario cubierto por el epiplón

Se extrajo a la recién nacida viva, que se encontraba en posición pelviana y poseía un índice de Apgar de 9-10 y peso de 2590 gramos (fig. 3). Luego, se efectuó la exéresis del tejido herniario redundante.



Fig. 3. Extracción de la recién nacida

El periodo posoperatorio transcurrió satisfactoriamente y la paciente fue dada de alta a los 5 días por presentar una evolución favorable.

Comentarios

Las hernias inguinales y umbilicales son poco frecuentes en la mujer adulta, pero se originan más comúnmente durante la gestación. Esta anomalía genera un reto en cuanto a la planificación terapéutica.⁽⁴⁾

Por otra parte, las hernias inguinales indirectas de la infancia son generalmente congénitas ya que resultan una persistencia del conducto peritoneo-vaginal.⁽⁵⁾

La etiopatogenia de las hernias inguinales y crurales del adulto es compleja, pues suelen coexistir diversos factores constitucionales o congénitos sobre los cuales pueden actuar factores desencadenantes, entre los que sobresalen, por su importancia, la hiperpresión abdominal, ya sea de forma brusca y muy intensa (hernias de esfuerzo) o de menor intensidad, pero repetida (tos de los bronquíticos crónicos, esfuerzos de la micción en los adenomas de próstata, estreñimiento crónico). En otras ocasiones el factor predisponente es una presión abdominal lenta y mantenida como ocurre en el embarazo, en personas obesas o con ascitis.

Otras causas de las hernias son los esfuerzos excesivos, el levantamiento de objetos muy pesados, la presión aumentada en el abdomen, el esfuerzo por estreñimiento al defecar, el sobrepeso, el estornudo o la tos crónicos.⁽⁵⁻⁷⁾

Asimismo, se consideran de importancia los siguientes factores predisponentes:⁽⁴⁾

1. Persistencia del conducto peritoneo vaginal o conducto de Nüch
2. Debilidad constitucional del plano posterior de la pared abdominal («zona débil del triángulo de Hesselbach»)
3. Sedentarismo asociado a obesidad
4. Alteraciones estructurales del tejido conjuntivo

El contenido de la hernia es muy variado, incluso se han documentado casos en los que han existido leiomiomas dentro de saco herniario, sobre todo en gestantes.^(5,6,7)

El curso de las hernias en el embarazo, el efecto de estas en el pronóstico perinatal y el momento de realizar la herniorrafia electiva no han sido establecidos hasta el momento. Las hernias no son peligrosas a no ser que estén dañando partes del intestino; no obstante, para evitar cualquier complicación si aparecen en el embarazo, se recomienda que se suba un poco de peso durante ese periodo y que se eviten los grandes esfuerzos o ejercicios abdominales. Si no se puede empujar la hernia hacia adentro, sus contenidos pueden quedar atrapados en la pared abdominal, lo cual conduce a su estrangulamiento

y la consecuente interrupción del flujo sanguíneo hacia el tejido que está atrapado. Una hernia estrangulada es potencialmente mortal si no se trata a tiempo.⁽⁸⁾

Hasta la fecha, se ha establecido que la reparación de las hernias umbilical e inguinal después del parto es segura y aceptable.

Hay poco que se pueda hacer para prevenir una hernia. Sin embargo, proporcionar un buen soporte físico en el sitio de esta al estornudar, toser o reír, puede evitar su agravamiento y las molestias. Para proporcionar este apoyo, simplemente puedes utilizar tu mano y empujar la hernia durante esos momentos. También puede ser útil reducir al mínimo la actividad física extrema que pueda empeorar esta anomalía. Si existe un dolor importante, se suele recomendar el uso de una faja maternal, que se coloca en la parte afectada del abdomen para hacer presión sobre la hernia. De la misma manera se debe evitar el levantamiento de objetos pesados, vigilar el sobrepeso e intentar impedir el estreñimiento.⁽⁸⁾

Para finalizar, si durante la gestación se llegará a presentar una urgencia quirúrgica relacionada con algún tipo de hernia, se deberá resolver inmediatamente sin tomar en cuenta el tiempo de embarazo. Pero si la reparación herniaria es electiva, el posparto es el momento ideal para ello.

Referencias bibliográficas

1. Armas Pérez BA, Martínez Ferrá G, Agramonte Burón O. Eponimia y apuntes históricos en hernias de la pared abdominal. Rev Cubana Cir. 2017 [citado 12/01/2022];56(4):1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932017000400007&lng=es
2. Estrada-García C. Hernia umbilical gigante y vientre péndulo. Presentación de un caso. MULTIMED. 2017 [citado 12/01/2022];21(4). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/559/915>

3. Saidi F, Rajab B, Chinula L, Kafumba N, Chagomerana M, Tang JH. Term gravid uterus in a congenital umbilical hernia: a case report. *J Med Case Reports*. 2021 [citado 12/01/2022];15:187. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8019167/>
4. Danawar NA, Mekaiel A, Raut S, Reddy I, Malik BH. How to Treat Hernias in Pregnant Women? *Cureus*. 2020 [citado 12/01/2022];12(7):8959. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7398739/>
5. Sarmiento Sánchez J, Torres Ajá L, González Díaz D. Hernia umbilical y embarazo. Presentación de un caso. *MediSur*. 2008 [citado 12/01/2022];6(3):91-4. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020304017>
6. Sherer DM, Edgar DM, Georgette JP, Scibetta JJ. Pedunculated uterine fibroid simulating an incarcerated inguinal hernia in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;170(3):724-5.
7. Hernández-Rodríguez R, Fonseca-Sosa FK, Lorenzo-Mestril A, Rosabal-Estacio JE, Hernández-Rodríguez A. Histerocele gravídico umbilical. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Méx*. 2019 [citado 12/01/2022];87(5):341-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2019/gom195j.pdf>
8. Pico Sánchez L, Hinojosa Arco LC, Cuba Castro JL, Cabrera Bermón JM, Monje Salazar C, Corrales Valero E, et al. Técnicas de reparación de hernia umbilical: descripción y comparación. *Cir Andal*. 2018 [citado 12/01/2022];29(2):151-6. Disponible en: <https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2018/Cir Andal vol29 n2 multi media1.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Sirce Rodríguez Suárez: Conceptualización y diseño de la investigación, búsqueda de la información, obtención de los datos, revisión, corrección y edición del documento final; visualización. Participación: 50 %.

Sibelis Pavot Garbey: Obtención de datos, revisión de documentos, búsqueda de referencias relacionadas, autor de las imágenes, procesamiento de los datos y revisión del artículo. Participación: 30 %.

Farah María Kindelán Mercerón: Búsqueda de la información, análisis e interpretación de los resultados, redacción del borrador original. Participación: 20 %.



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).