FISTULA UMBILICAL POR INCLUSION QUISTICA DE MUCOSA GASTRICA

Por el Dr. PROSPERO ARRIAGADA SEGUEL
Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Valdivia.

Sólo con el propósito de incrementar la casuística nacional, si es que sobre este tema algo se ha publicado, quiero dar a conocer una interesante anomalía congénita del ombligo, cuya evolución seguí desde su constatación hasta su total mejoría.

Se trata de R. V. M. (Obs. Clín. N.º 42/7654), de tres y medio años de edad, traída al Policlínico del Hospital por presentar desde la caída del cordón umbilical secreción persistente del ombligo que ha determinado ulceración superficial de la piel circundante. Durante dos años fué tratada en otro servicio asistencial con diversos tópicos locales que en nada modificaron la evolución del proceso. Carecen de interés los antecedentes hereditarios de la niña. Acusa entre sus mórbidos personales sarampión, dispepsias y eliminación de áscaris.

El examen físico evidencia regulares condiciones de desarrollo, psiquis despejado, posición activa. Piel sana. Cráneo y cara normales. El tórax bien; examen cardiovascular sin particularidades; pulmones normales. La inspección del abdome revela las siguientes alteraciones de la región umbilical: ulceración superficial rosada, limpia, del ombligo y en pequeña extensión de la piel adyacente; orificio del borde superior del ombligo que se continúa hacia la profundidad en trayecto fistuloso; a través de dicho orificio fluye en forma espontánea escasa cantidad de líquido transparente amarillento, sin olor (después olor a chicha fermentada). El hígado, bazo y riñones (—). Resto del examen es normal.

Hospitalizada para completar su estudio, fué sometida a las siguientes investigaciones:

1.º Durante dos días se le suministró 3 centigramos de azul de metileno por vía bucal. La orina con el colorante, sin que la secreción onfálica modificara su aspecto. Con este sencillo procedimiento se eliminó las posibilidades de comunicación del trayecto con el tracto urinario.

2.º Como fracasara la visualización del trayecto fistuloso mediante soluciones de contraste, se practicó exploración bajo pantalla radioscópica con estilete, permitiendo establecer que el trayecto correspondía sólo a la cicatriz umbilical en la pared.

3.º Se tomaron algunas muestras de secreción para su estudio. Reacción fuertemente ácida al tornasol. Prueba de la mucina positiva. La escasez de la muestra no permitió la búsqueda de fermentos digestivos, como se pretendió hacerlo.

4.º Los exámenes de rigor (Kahn, orina, Mantoux al 1 x 10,000, Radioscopia de tórax) fueron todos negativos en sus resultados.

Se decidió intervenir quirúrgicamente con el diagnóstico de Quiste congénito de la cicatriz umbilical. Resto ónfalo-mesentérico?

El cirujano emite el siguiente protocolo operatorio: se trata de un papiloma exuberante del ombligo, que tiene en su interior un trayecto fistuloso de un centímetro de profundidad. Traccionando y debridando se logra desprenderlo y arrancarlo desde el fondo, al parecer con toda la cápsula productora de líquido sero-mucoso. Al seccionar, se ve el plano profundo en que estaba implantado y que parecía corresponder al preperitoneo. Drenaje y taponamiento de gasa (Dr. R. Jara).

La pieza es enviada a Anatomía Patológica para su estudio Histológico.

Informe histopatológico (N.º 971). — Al examen histológico se observa mucosa con tubos glandulares tapizados por células epiteliales cilíndricas que descansan sobre un estroma colágeno. Tales tubos glandulares penetran interiormente y se bifurcan en la parte profunda; por esto se ven numerosos acinis glandulares seccionados transversalmente. También se ven algunos folículos cerrados. Hacia la periferie hay una capa fibrosa, más o menos espesa, con algunas fibras musculares. La estructura de esta mucosa, por el epitelio que la tapiza y por las glándulas que presenta, corresponde a mucosa del tubo digestivo. Hay ausencia de vellosi-

dades, por lo tanto, no corresponde a intestino delgado ni a duodeno. El estudio de las glándulas hace concluir que se trata de mucosa gástrica. La observación microscópica con aumento mayor, demuestra que dichas células glandulares son todas ellas células claras, indiferenciadas; hay ausencia de células oscuras o principales (células bordantes) como las que tapizan las glándulas fúndicas del estómago (gran fondo).

Conclusión histológica. — Mucosa gástrica semejante a la que corresponde a la región pilórica (Dr. C. Aliaga, Anátomo Patólogo).

Conclusión diagnóstica. — Persistencia de resto de conducto ófalo-mesentérico cuyo revestimiento interno corresponde a mucosa gástrica de la región pilórica, tanto por su estructura histológica como por su secreción.

La evolución posterior fué enteramente satisfactoria: al séptimo día la herida umbilical está casi sana; tres días después la cicatrización es total.

Valdivia, 5 de noviembre de 1943.