Hospital Clínico
Concepción.
Sección Pediatría.
Jefe: Dr. Raúl Ortega.

ENTEROQUISTOMA DEL OMBLIGO CON INCLUSION DE MUCOSA GASTRICA

Por la Dra. LEA CARLINI.

En el ombligo pueden encontrarse diversas afecciones congénitas, algunas de las cuales se originan en anomalías de involución del conducto ónfalo-mesentérico, que une el embrión con su primera fuente de nutrición: el saco vitelino. Estos dos elementos desaparecen una vez desarrollado el intestino y, establecida la nutrición a través de la placenta, lo que sucede más o menos en la sexta semana de la vida embrionaria.

Vestigios de este conducto que persisten y crecen paralelos al desarrollo del feto, pueden producir diferentes lesiones congénitas del ombligo.

Una excelente clasificación de estas lesiones se encuentra en el tratado de Brennemann.

Estas afecciones congénitas del ombligo son raras; la literatura nacional en este sentido es escasa.

Johow (1), en 1930, publica un caso de divertículo de Meckel fistulizado al ombligo.

Cofré (2), en 1945, en una revisión sobre fistulas congénitas del ombligo, menciona un caso semejante al anterior en una niña de 3 años.

Arriagada (3), en 1943, relata 1 caso de quiste del ombligo con inclusión de mucosa gástrica.

Entre los trabajos extranjeros más recientes figura el de Trimmingham y Mac-Donald (4), quienes resumen la experiencia de la Clínica Mayo en 24 casos de afecciones congénitas del ombligo con las siguientes variedades:

Persistencia completa del conducto ónfalo-mesentérico	1 caso
Persistencia porción periférica conducto ónfalo-mesentérico	4 casos
Quiste vitelino	2 casos
Restos de mucosa en el ombligo	2 casos
Banda congénita	1 caso
Persistencia completa del uraco	2 casos
Persistencia porción periférica del uraco	4 casos
Quiste del uraco en las vecindades del ombligo	8 casos

Estos autores hacen notar el hecho interesante de la frecuencia con que se presentan en estas lesiones congénitas, inclusiones de mucosa gástrica o pancreática.

Parece conveniente entonces ampliar la casuística con el caso siguiente:

OBS. 98114. — Jorge A. — 11 meses. — Enviado por el Dr. Stagno (Traiguén), porque desde la caída del cordón presenta flujo más o menos continuo de líquido seroso a través del ombligo.

Se trata de un lactante en deficientes condiciones nutritivas (peso: 7.200 grs. y talla: 72 cms.). El cráneo aparece desmesuradamente grande (45 cms.) en relación al cuerpo, y especialmente al abdomen (34 cms.). Fontanela anterior muy amplia. En el abdomen no se encuentra propiamente ombligo, sino que éste aparece reemplazado por una ulceración exuberante de color rosado. En el centro se aprecia una masa de aspecto blando y mucosa; alrededor del punto correspondiente al ombligo, hay infiltración no inflamatoria, con surcos o repliegues radiados más o menos regularmente.

En el resto, nada de especial.

Al día siguiente de llegar, presenta una hemorragia de bastante intensidad en aquel sitio, la cual se repite durante la evolución en varias ocasiones, y a veces dura 2, 3 y hasta 4 días.

El tránsito intestinal fué negativo. La administración por la boca, de azul de metileno, fué seguida de eliminación por la orina, pero no por el "ombligo". La inyección de bario localmente, reveló que se trataba de una cavidad ciega, de poca profundidad.

Microfotografía: Enteroquistoma del ombligo con mucosa gástrica.

El examen del líquido eliminado indicó la siguiente composición:

Reacción: ácida.

Acido clorhídrico: hay.

Acido clorhídrico libre: 1,095.

Acido clorhídrico total: 1,46.

Por consiguiente, una composición muy semejante a la del jugo gástrico. El tiempo de sangría es de 1'45" y el de coagulación de 1'30".

Evoluciona muy desfavorablemente, sin ninguna tendencia a reparar la distrofia. Por las hemorragias, las interurrencias —respiratorias especialmente—, la marcada inapetencia, el peso baja hasta 6,200 grs. a los 23 días de hospitalización. De allí en adelante inicia una reparación bastante satisfactoria; pero intercorre una varicela, y algunas hemorragias que interrumpen nuevamente la reparación.

A los 54 días, pesando 7,100 grs., interviene el Dr. Melo, quien extirpa un saco del tamaño de un puño de lactante, que no tiene relación con los órganos abdominales.

Informe anátomo-patológico. — El material enviado se compone de un ombligo con un trayecto fistuloso de 2,5 cms. de profundidad, que desemboca en un fondo de saco ciego de 2 cms., provisto de una mucosa con pliegues como en el estómago. Microscópicamente se ve como pared de la formación quística una típica mucosa del estómago con submucosa y muscular.

Diagnóstico: Enterquistoma del ombligo con mucosa gástrica.

(Fdo.): Dr. Herzog.

En el post-operatorio aparece una bronconeumonía, que se complica de un intenso meteorismo con atonía de la pared abdominal, de intensidad tal, que se produce la abertura de la herida operatoria con eventración. Se reinterviene, encontrándose obstrucción intestinal, provocada por acodamiento de un asa.

Muerte a los 10 días de la primera intervención.

En la autopsia se comprueba la bronconeumonía y una "ligera peritonitis fibrinosa difusa".

Resumen.

Lactante de 11 meses, distrófico de difícil reparación, portador de un enterquistoma umbilical, en el cual hay una inclusión de mucosa gástrica. La comprobación de ésta se obtuvo por biopsia y por el examen del líquido eliminado, que correspondía muy cercanamente a la composición del jugo gástrico. Muerte del niño, por bronconeumonía post-operatoria y, como consecuencia de ésta, peritonitis por eventración.

Queremos insistir todavía que en este niño nos llamó mucho la atención, su escasa vitalidad, evidentemente inferior

a la que correspondía a su estado distrófico. Por ejemplo, se veía más enfermizo y más pálido que la anemia que presentaba, y que se corrigió completamente con las transfusiones que se le dieron periódicamente; a pesar de ello y de la reparación del estado nutritivo, era notable su palidez y poca vivacidad. La impresión fué de una inferioridad constitucional congénita más que la de un trastorno nutritivo crónico.

Referencias.

- 1.—A. JOHOW. — Arch. Hosp. Roberto del Río 1: 47, 1930.
- 2.—A. COFRE. — Arch. Hosp. Roberto del Río XIII: 130, 1945.
- 3.—F. ARRIAGADA. — Rev. Chil. de Ped. XV: 43, 1944.
- 4.—H. L. TRIMINGHAM and J. R. MAC DONALD. — Surgery, Gyn. and Obst. 80: 152, 1945.

FE DE ERRATAS

En el número anterior, en el artículo titulado "Casos clínicos de tuberculomas encefálicos de evolución favorable" (pág. 450), se omitió la lectura correspondiente a las radiografías, las que damos a continuación:

Caso 1 — Radiografía 1: Se aprecia gran separación de la sutura coronaria, aumento de las impresiones digitales y manifiestas alteraciones de la silla turca.

Caso 1 — Radiografía 2: Radiografía en todo normal, excepto una calcificación en la fosa posterior; tomada 6 años después de la anterior.

Caso 2 — Radiografía 3: Se puede observar marcados signos de hipertensión intracraneana.

Caso 2 — Radiografía 4: Podemos apreciar una radiografía completamente normal, tomada 4 años después de la anterior.

Caso 3 — Radiografía 5: Radiografía tomada a los 2 años 9 meses de evolución. Se puede observar una pequeña calcificación en la fosa posterior. En la radiografía frontal está situada a la derecha de la línea media. Las radiografías anteriores habían sido normales.

Caso 4 — Radiografía 6: Puede observarse separación de las suturas, aumento de las impresiones digitales y alteraciones de la silla turca.

Caso 5 — Radiografía 6: Se puede ver un grupo de calcificaciones situadas por encima y atrás de la silla turca. En la radiografía frontal está situada a la derecha de la línea media. En la iniciación de su enfermedad las radiografías fueron normales.