



Journal of business and entrepreneurial studies
ISSN: 2576-0971
journalbusinessentrepreneurial@gmail.com
Colloquium editorial
Ecuador

Análisis desde lo social sobre el informe de un caso clínico quirúrgico: Teratoma Quístico Umbilical

Gómez, Glubis; Macancela, Mónica; García, Martha; Ponce, Javier

Análisis desde lo social sobre el informe de un caso clínico quirúrgico: Teratoma Quístico Umbilical

Journal of business and entrepreneurial studies, vol. 4, núm. 1, 2020

Colloquium editorial, Ecuador

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=573667940018>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

Análisis desde lo social sobre el informe de un caso clínico quirúrgico: Teratoma Quístico Umbilical

Analysis about social report of a surgical clinical case:
Umbilical Cystic Teratoma

Glubis Gómez glubisg@yahoo.es

Docente de la Universidad de Guayaquil, Ecuador

 <http://orcid.org/0000-0003-0893-5751>

Mónica Macancela monicamacancelafeijoo@gmail.com

Médico General Distrito 09D06, Ecuador

 <http://orcid.org/0000-0002-8883-9219>

Martha García maralex22@hotmail.com

Hospital Móvil 1, Ecuador

 <http://orcid.org/0000-0002-0510-7152>

Javier Ponce javo89_18@hotmail.com

Hospital Móvil 1, Ecuador

 <http://orcid.org/0000-0003-1831-2232>

Journal of business and entrepreneurial studies, vol. 4, núm. 1, 2020

Colloquium editorial, Ecuador

Recepción: 28 Febrero 2018

Aprobación: 16 Abril 2019

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=573667940018>

Resumen: La presente investigación trata sobre el caso de una paciente con un cuadro de dolor abdominal agudo y una tumoración umbilical, que llega a la Clínica Sur Hospital y en base a los estudios clínicos y laboratorios se postuló el diagnóstico abdomen agudo obstructivo por hernia umbilical encancerada. Se realizó el abordaje con incisión semilunar infra umbilical y se encontró una tumoración quística, dura, fija que por estudios histopatológicos resultó ser un teratoma quístico. Es extraordinariamente raro este hallazgo quirúrgico.

Palabras clave: Hernia umbilical, teratoma quístico umbilical, tumor.

Abstract: Resumen en inglés The present investigation deals with the case of a patient with a picture of acute abdominal pain and an umbilical tumor, which arrives at the Clínica Sur Hospital and based on clinical studies and laboratories, the diagnosis of acute obstructive abdomen was diagnosed due to umbilical hernia. The approach was performed with infra-umbilical semilunar incision and a hard, fixed cystic tumor was found that, due to histopathological studies, turned out to be a cystic teratoma. This surgical finding is extraordinarily rare. Key Word: Umbilical hernia; umbilical cystic teratoma; tumor. 1. Introducción

Keywords: Umbilical hernia, umbilical cystic teratoma, tumor.

INTRODUCCIÓN

La hernia es una protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un orificio natural, o un defecto por debilidad de la pared es decir patológico, sean éstos congénitos o adquiridos, de la pared abdominal. El contenido que puede ser un órgano o un tejido protruido está acompañado siempre del peritoneo parietal que constituye el saco de la hernia. Los elementos que con mayor frecuencia están contenidos en el saco herniario son el intestino delgado, el epiplón e intestino delgado.

En el caso de la hernia umbilical es más frecuente en pacientes obesos, con ascitis o embarazadas, porque distienden el anillo umbilical (Schwartz, 1984).

Las causas de la hernia abdominal adquirida por aumento de la presión intrabdominal incluyen las siguientes: alzar objetos pesados, estreñimiento, obesidad, embarazo, prostatismo, toser con frecuencia en el caso de los fumadores y las cirugías previas. En estas hernias se observa una tumoración blanda que aumenta con la tos o la actividad física y disminuye cuando estamos en decúbito o en reposo. Durante la visita médica es muy importante la historia clínica, el examen físico y los estudios radiológicos (Sabiston, 1974).

Hay diferentes tipos de hernias abdominales e incluyen la epigástrica, umbilical, inguinal y femoral. También pueden ser congénitas o desde el nacimiento y adquiridas.

Las hernias abdominales se caracterizan por protuberancias que aparecen en las zonas debilitadas de la pared abdominal. Si una parte del epiplón o intestino queda atrapada dentro del espacio que sobresale está encarcelada, que pueden conducir a mayores complicaciones, algunas de ellas riesgosas para la vida (Christmann, 1982).

Las hernias abdominales encarceladas generalmente no causan mucho dolor, pero se desarrolla una tumoración permanente en el lugar. El incremento del dolor en una hernia encarcelada indica una posible hernia estrangulada, la cual ocurre cuando parte del epiplón y parte del intestino quedan atrapados se edematosa en el espacio estrecho y cortan su irrigación sanguínea. La muerte del tejido intestinal, también denominado necrosis, puede ocurrir dentro de las seis horas de producida la estrangulación y producir un abdomen agudo obstructivo. Una hernia abdominal estrangulada causa un severo dolor abdominal, fiebre, ritmo cardíaco elevado y disminución de la consistencia abdominal. El vómito generalmente ocurre debido a que el área estrangulada bloquea el paso del material digerido. La estrangulación es una emergencia médica que requiere una cirugía inmediata para prevenir futuras complicaciones (Schwartz, 1984).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una paciente femenina de 17 años, quién acude al servicio de emergencia por presentar dolor abdominal en mesogastrio tipo cólico, tumefacción de 15 días de evolución que ha aumentado progresivamente, se acompaña de vómitos precedido de náuseas en 3 ocasiones, tiene facie dolorosa, sudorosa, astenia, malestar general y febrícula. Está orientado y colabora con el interrogatorio. Antecedentes patológicos sin relevancia, no alergias.

RESULTADOS

Examen Físico

Signos vitales normales. Se explora a la paciente tanto de pie como decúbito dorsal. Se observa abdomen distendido, la coloración de la piel es homogénea, la tumoración en región umbilical, mediante una suave presión sobre el orificio umbilical comprobamos la presencia de una tumoración que esta fija no se reduce digitalmente, dolorosa, el orificio umbilical de aproximadamente 4 cms dolorosa, no reducible a la maniobra de reducción digital compatible con hernia umbilical encarcelada.

Exámenes de laboratorio

El laboratorio de rutina informó: hematocrito 39%, hemoglobina 12%, leucocitos 12000 mm³, con fórmula conservada, plaquetas 250.000 mm³, segmentados 83%, linfocitos 40%. glicemia 87%, creatinina 0,1 mg, tiempos de coagulación, tiempo parcial de tromboplastina dentro de límites normales.

Ecografía Abdominal

Se realiza cortes longitudinales con transductor lineal de alta frecuencia.

Hallazgos: se visualiza defecto herniario de contenido graso en región umbilical evidente a la maniobra de Valsalva y no reducible al reposo, el defecto herniario aproximadamente de 9 mm. Conclusión: hernia umbilical no reducible.

Tratamiento inicial

En primer lugar, se estabilizó a la paciente con rehidratación parenteral, al mismo tiempo colocamos una sonda nasogástrica para prevenir en caso de vómitos, le administraremos analgesia y lo ubicamos en posición de decúbito supino en el lugar más tranquilo posible.

En este primer momento intentar la reducción manual de la hernia y de esta manera disminuir el compromiso vascular, pero no se logró este objetivo por lo que se decidió la necesidad de intervención quirúrgica a realizar una hernioplastia.

Intervención Quirúrgica

Bajo anestesia regional epidural en posición decúbito dorsal previa asepsia y antisepsia, colocado los campos estériles, se realizó una incisión semilunar infra umbilical de 5 cms. Se profundiza los planos se localiza una tumoración que al tacto es semidura, fija, adherida a la cicatriz umbilical y a la fascia aponeurótica por lo que se procede a la resección de la cicatriz umbilical incluyendo piel en una incisión en hoja de laurel transversal de 4 x 3 cms, se resecó la tumoración de la aponeurosis que se retiró y se pudo observar el defecto herniario libre. Se reparó el orificio con la técnica de mayo modificada, se fijó aponeurosis a la piel abdominal para formar una nueva cicatriz umbilical por estética, se procedió a cerrar la herida por planos.

Se coloca una pequeña gasa en forma de torunda ejerciendo una ligera presión y gasas cubriendo la herida con un vendaje abdominal compresivo.

La medicación parenteral fue de solución salina 0.9% cefazolina 1 g cada 8 horas, cefazolina 1g cada 8 horas, omeprazol 40 mg cada 12 horas, en la terapia del dolor se administró ketorolaco 40 mg, metoclopramida 10 mg por micro goteo.

El procedimiento quirúrgico realizado fue: hernioplastia umbilical, confección de nueva cicatriz umbilical, tumorectomía.

El postoperatorio curso satisfactoriamente y fue dada de alta médica a las 24 horas en buenas condiciones generales con medicación oral de antibiótico, analgésico. Se continuó seguimiento posterior con una buena evolución.

Macroscopia

Se procedió a incidir la tumoración quística de 5 cms por 4 cms de superficie lisa, color amarillo grisáceo se observa las capas fibrosas, gruesa y en su interior había contenido sebáceo.

Microscopia

Los cortes histológicos muestran pared del quiste constituida por tejido fibroso que incluye con vasos congestionados y hemorragia intersticial. En la superficie interna formada por epitelio cilíndrico simple y ciliados. Hay un exudado de neutrófilos y gran reacción fibrinosa con micro abscesos focales dentro de la pared.

Diagnóstico

El diagnóstico fue hallazgo quirúrgico de un teratoma encapsulado o quístico durante la hernioplastia que se pudo resolver por la pericia e ilustración de los cirujanos.

El pronóstico del teratoma quístico es benigno; sin embargo, es fundamental su adecuado seguimiento por el riesgo, aunque mínimo de recidiva.

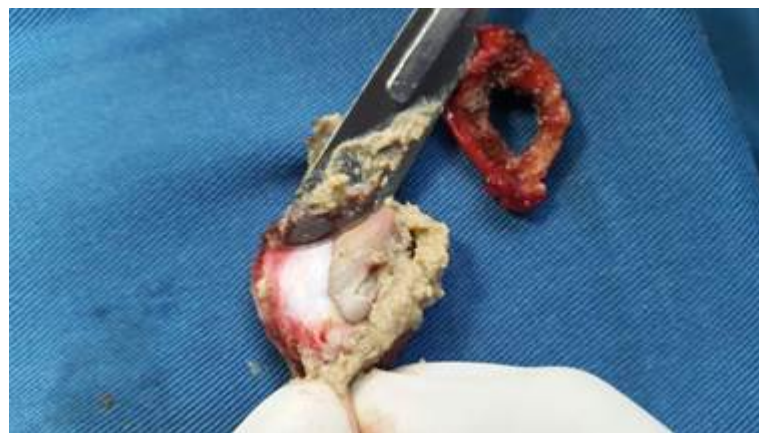


Figura 1

Los autores



Figura 2

Los autores

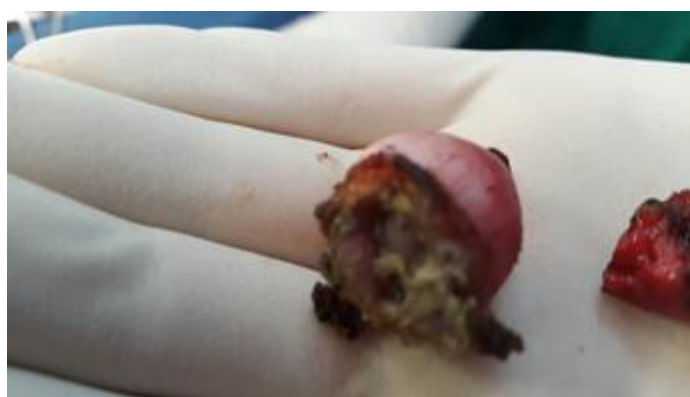


Figura 3

Los autores

DISCUSIÓN

Un tumor es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen. Es un agrandamiento anormal de una parte del cuerpo que aparece, por lo tanto, hinchada o distendida. El tumor, junto con el rubor, el dolor y el calor, forman la tétrada clásica de los síntomas y signos de la inflamación.

En sentido restringido, un tumor es cualquier masa o bulto que se deba a un aumento en el número de células que lo componen. Si este crecimiento celular tiene su origen en diversas células es decir hiperplasia y si se trata de una neoformación celular que tiene su origen en una única célula (monoclonal) la llamamos neoplasia independientemente de que sean de carácter benigno o maligno en función de su capacidad o no de infiltrar los tejidos que le rodean. Cuando un tumor es maligno tiene capacidad de invasión o infiltración y de producir metástasis a lugares distantes del tumor primario, siendo un cáncer metastásico.

Un teratoma (del griego teratos "pesadilla", "monstruo", y oma "tumor", "hinchazón") es un tumor encapsulado con componentes de tejidos u órganos de los derivados normales de las tres capas germinales del embrión (Schwartz, 1984).

Son raras las ocasiones en las que no se pueden identificar las tres capas. Los tejidos del teratoma, aunque son normales en sí mismos, pueden ser muy distintos de los tejidos que los rodean. Se ha reportado de teratomas que contienen pelo, dientes, hueso y muy raramente órganos más complejos como ojos, torso, manos, pies, y otros miembros (Chi, Lee, Park y Chang, 1984). Normalmente, un teratoma no contendrá órganos, sino uno o más tejidos que normalmente se encuentran en el cerebro, la tiroides, el hígado y los pulmones (Gutiérrez, et. al 2008).

A veces el teratoma contiene en su cápsula uno o más quistes llenos de fluido y cuando se produce un quiste de gran tamaño el teratoma. Los teratomas encapsulados son habitualmente benignos, aunque se conocen algunas formas de teratoma maligno. Un teratoma maduro es típicamente benigno y se encuentra más habitualmente en mujeres, mientras que un teratoma inmaduro es típicamente maligno y se encuentra más a menudo en varones (Salvador, s/f).

Se piensa que los teratomas ya están presentes en el nacimiento (congénitos), pero los de pequeño tamaño no son descubiertos hasta mucho más tarde en la vida del individuo.

El teratoma quístico maduro se desarrolla de células pluripotenciales de los remanentes embrionarios y por lo general se presenta como un tumor sólido quístico, el cual incluye varios tipos de tejidos heterólogos como pelos, dientes, cartílago y apéndices dérmicos: folículos pilosos, glándulas sudoríparas y material sebáceo. Este tumor es frecuente en el ovario, pero puede localizarse en cualquier lugar de la migración celular ectodérmica, principalmente en la línea media y afecta cráneo, mediastino, retroperitoneo y región sacro coccígea. Se presenta principalmente en adultos jóvenes.

CONCLUSIONES

La presentación clínica no es específica, se puede manifestar con malestar abdominal por compresión de órganos. Se puede detectar en los estudios de gabinete e imagen o durante el acto operatorio, pero no es frecuente, más bien durante la intervención quirúrgica, no es fácil un diagnóstico precoz.

En conclusión, que ante la impresión diagnóstica de hernia o tumoración de la pared abdominal no hay que descartar la presencia de un hallazgo tumoral. Lo particular de este caso radica en que no se ha reportado un caso igual de un teratoma quístico en la región del mesogastrio y específicamente en la cicatriz umbilical por otros autores en la literatura médica mundial revisada.

Referencias

- Chi JG, Lee YS, Park YS, Chang KY (1984). Fetus-in-fetu: report of a case. *American Journal of Clinical Pathology*, 82 (1), 115-9.
- Christmann, F., Ottolenghi, C., Raffo, J. y Von Grolman, G. (1982). *Técnica Quirúrgica*. Buenos Aires: El Ateneo

- Gutiérrez, N., Gómez, A., Giménez, M., Bracho, G., Burgos, A., Pérez, R., Ramos, S., y Miranda, J. (2008). Teratomas quístico maduro con transformación maligna. A propósito de un caso. *Revista Venez. Oncol*, 20(3), 156-160. Recuperado de www.scielo.org.ve/
- Salvador, Z. (16 de diciembre de 2019). *Los teratomas: definición, tipos, causas y síntomas*. Madrid: DCIP Consulting. Recuperado de www.repriduccionalalisis.org/teratoma/
- Schwartz, S. (1984). *Principles of Surgery, 4th edition*. Estados Unidos: Mc Graw Hill.
- Sergi C, Ehemann V, Beedgen B, Linderkamp O, Otto HF (1999). Huge fetal sacrococcygeal teratoma with a completely formed eye and intratumoral DNA ploidy heterogeneity. *Pediatric and Developmental Pathology: the Official Journal of the Society for Pediatric Pathology and the Paediatric Pathology Society*. 2 (1), 50-7.