
NOTAS CLINICAS

UN CASO CURIOSO DE MENSTRUACION POR EL OMBLIGO

Dres. RAFAEL SILVA GAMBOA, LUIS E. CABRERA G.
GARZON (H.)

Prudencia Lugo. 41 años. Soltera. Profesión: oficios domésticos. Hija de Domingo Lugo y Mercedes Suárez.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia, porque ignora de qué murieron los padres.

Antecedentes personales: Ha padecido de sarampión, viruela y reumatismo articular; esta última novedad la redujo a la cama por el término de un mes y atacó numerosas articulaciones.

La menstruación que apareció a los doce años, fue absolutamente normal hasta los veinte; de esta época en adelante sobrevinieron perturbaciones menstruales caracterizadas por dolores en la región lumbar y sensación de peso en la región hipogástrica, durante las reglas. Igualmente esta dismenorrea tenía otros caracteres como su irregularidad en la fecha de la aparición y su duración casi siempre exagerada.

Da también como antecedentes la aparición de cólicos intestinales con alguna frecuencia, seguidos de la emisión de heces amarillentas y líquidas.

Historia de la enfermedad.

La dismenorrea continuó acentuándose de una manera notoria y en cada nueva menstruación los fenómenos dolorosos crecían en intensidad y en duración. Fue hace dos años cuando la enferma quedó sorprendida al ver que durante el período menstrual arrojaba cierta cantidad de sangre por el ombligo a través de un pequeño orificio que presentaba éste. La menstruación que dio origen a este singular fenómeno, estuvo precedida durante tres días por cólicos localizados en el bajo vientre y de una intensidad inaudita. En las menstruaciones siguientes la hemorragia umbilical hizo, del mismo modo, su aparición, pero con la particularidad de que casi toda ella salía por el ombligo y apenas una escasísima cantidad por la vagina.

Del mismo modo las reglas se hicieron más frecuentes, ya que su aparición tenía lugar cada veinte días y en el intervalo de éstas la enferma no experimentaba molestias de ningún género.

El 10 de febrero del presente año vimos a la enferma en el Hospital de San Vicente, de Garzón, a donde nos había sido enviada por un colega de El Agrado, para que estudiáramos el caso por considerarlo de mucha importancia. Procedimos entonces al examen de la enferma, que dio el siguiente resultado: Se trataba de una mujer robusta y bien nutrida, un poco anémica, pero disfrutando en apariencia de una salud perfecta. A la inspección de la pared abdominal encontramos el ombligo algo saliente y con un pequeño orificio elíptico en su parte inferior; tratamos de explorar este orificio con la sonda acanalada, pero apenas se introdujo la sonda unos pocos milímetros se encontró resistencia y la exploración se volvió imposible. Procedimos igualmente a la palpación del abdomen, encontrando únicamente un poco de sensibilidad en la región hipogástrica. No fue posible practicar el tacto vaginal a causa de la perfecta integridad del himen; el tacto rectal sólo mostró un útero desviado hacia la izquierda, completamente móvil.

En posesión de estos datos se puso de manifiesto la necesidad de la práctica de una laparotomía, que a la vez que diera luz sobre tan singular fenómeno, pusiera término a las molestias de que era víctima durante sus reglas, esta pobre mujer.

Estábamos en presencia de una indudable fístula que ponía en comunicación el útero con el ombligo, pero cuando se trataba de explicar la naturaleza y orígenes de esta anormal comunicación, crecían las dificultades diagnósticas y aumentaba nuestra perplejidad. Por el momento creímos en la posibilidad de que esta comunicación estuviera asegurada por los cordones fibrosos (en este caso permeable) que en el adulto representan los restos de la vena y las arterias umbilicales del feto, y que partiendo del ombligo van a terminar en el vértice y las caras laterales de la vejiga. Estos elementos, en número de tres, están constituidos por la uraca, cordón mediano que partiendo del ombligo se dirige hacia abajo siguiendo la línea media, para terminar en el vértice vesical; representa el resto de la vena umbilical del feto. Los dos cordones laterales nacen igualmente en el ombligo y se dirigen hacia abajo, separándose cada vez más de la línea media para terminar en las caras laterales de la vejiga; forman un ángulo agudo de vértice superior y cuya bisectriz está representada exactamente por la uraca; estos cordones fibrosos son el resto de las arterias umbilicales del feto.

Para aceptar la hipótesis de que la comunicación útero-umbilical estuviera asegurada por estas vías, había que convenir en que los cordones fibrosos fueran permeables y que tuvieran comunicación con el útero, en virtud de un proceso inflamatorio que hubiera creado adherencias entre estos elementos.

Se procedió a operarla el 31 de marzo último.

Cirujano, doctor Rafael Silva Gamboa.

Ayudante, doctor Luis E. Cabrera G.

Anestesia general con la mezcla de Sleich.

Incisión mediana infra-umbilical. Abierta la cavidad se tuvo a la vista un útero de tamaño normal con látero-desviación izquierda bien manifiesta. Numerosas adherencias entre el cuello uterino y el recto habían borrado el fondo de saco de Douglas. Ambos ovarios poliquísticos. Buscamos la comunicación útero-umbilical y observamos del lado izquierdo, que el cordón que representa el resto de la arteria umbilical del feto tenía un calibre más grueso que el lado opuesto, lo que nos hizo explorarlo con más detención. Recorrido este cordón en toda su extensión, pudimos seguirlo desde el ombligo hasta el ligamento ancho, de donde saltaba sobre la cara lateral izquierda del útero y se confundía con los tejidos que rodean el cuello. No nos fue posible precisar el punto donde se ponía este conducto en contacto con la cavidad uterina, quizás por medio de una fístula. Seccionado el cordón se pudo fácilmente introducir dentro de la cavidad que presentaba, la sonda acanalada; terminamos entonces la resección de este conducto hasta su llegada al ligamento ancho. Luégo rompimos las adherencias del Douglas hasta dejarlo libre, y por último puncionamos los pequeños quistes ováricos. Cierre de la pared en tres planos. Suprimimos el ombligo por estar muy infectado el orificio cutáneo que presentaba. No hubo incidentes operatorios ni post-operatorios, con la sola excepción de un pequeño hematoma de la pared que fue abierto y curado. La enferma se levantó el undécimo día de operada y quedamos a la expectativa de la menstruación, que tuvo lugar diez días después de levantada; dicha menstruación se verificó en condiciones absolutamente normales y sin ningún fenómeno doloroso. La enferma dejó el hospital en condiciones completamente satisfactorias el 19 de mayo.

Conclusiones.

Se desprende de los resultados post-operatorios, que esta mujer padecía de una latero-desviación uterina que explica la dismenorrea de que venía padeciendo desde la edad de veinte años. Es bien sabido que las desviaciones del útero dificultan la salida de la sangre menstrual, sobre todo cuando la flexión del cuerpo sobre el cuello crea un obstáculo mecánico al libre curso de los productos de excreción uterina. Los ginecólogos franceses explican los cólicos tan frecuentes durante el período menstrual de estas enfermas, por razones puramente mecánicas: A nivel del ángulo de flexión, la cavidad uterina se estrecha y la sangre menstrual acumulada por encima del obstáculo, no puede ser expulsada sino a merced de contracciones uterinas muy vivas y a veces tan dolorosas como las del trabajo del parto. Esta mujer, en la menstruación que precedió a la salida de sangre por el ombligo, fue víctima

de violentos cólicos uterinos y la hematometría temporal que le sobrevino, explica el reflujó de sangre hasta el ombligo por un conducto anormalmente implantado y calibrado. ¿Cómo explicar la implantación en el útero de un elemento anatómico que no tiene relaciones con dicho órgano y cómo un simple cordón fibroso ha venido a transformarse en amplio conducto para dar curso a la sangre menstrual?

No deja de tener mucha importancia el hecho de haber encontrado signos inequívocos de un proceso inflamatorio crónico en el pequeño bacinete, como lo atestiguan los fenómenos de parametritis posterior que se pusieron de presente al abrir la cavidad abdominal; quizás en virtud de esta inflamación y por un proceso de adherencias, vino aquel extraño conducto a ponerse en contacto con la región cervical del útero y más tarde con la mucosa uterina. En cuanto a la permeabilidad que presentaba el cordón fibroso, sólo puede explicarse ésta por una anomalía, ya que la arteria umbilical se oblitera desde los primeros días después del nacimiento.

Hemos creído conveniente dar a la publicidad esta historia clínica, por considerar el caso de una extrema rareza, ya que no hemos encontrado en la literatura médica ningún dato sobre el particular.

Garzón, mayo de 1936.

Rafael Silva Gamboa, Luis E. Cabrera G.

