

El caso del “ombligo abultado” y la Hermana María José

Dr. Rafael Muci-Mendoza

Individuo de Número (Electo)

La pared abdominal y por ende, la región periumbilical, posee una rica suplencia vascular que depende de ramas de la arteria ilíaca externa a través de las arterias epigástrica inferior y de la circunfleja ilíaca profunda, y de la arteria torácica interna, a través de la arteria epigástrica superior. El drenaje venoso está asegurado por una red de venas que irradian desde el ombligo a la vena axilar, vía vena torácica superior y hacia la femoral, vía vena epigástrica superior. El drenaje linfático de la región periumbilical superficial se dirige hacia los ganglios axilares e inguinales; por su parte, la profunda drena en los ganglios torácicos internos, ilíacos externos y paraórticos abdominales.

Aunque un 60% de los nódulos hallados en el ombligo durante la palpación abdominal son benignos, el tumor metastásico en su ubicación clásicamente conocido con el epónimo de “nódulo de la Hermana María José”, es una rara condición de antiguo considerada como de ominoso pronóstico vital (en promedio sobrevive de 10 meses). Los tumores abdominales, pélvicos o torácicos pueden dar metástasis al ombligo como resultado de sus conexiones con múltiples remanentes embriológicos y la extensa comunicación vascular y linfática ya comentada; no obstante, el más frecuente origen de las metástasis umbilicales es la extensión desde el peritoneo parietal contiguo. En general, las neoplasias malignas primarias de esta estructura constituyen apenas un 10%, pero las metástasis de tumores malignos abdominopélvicos avanzados son mucho más frecuentes y pueden ser su única evidencia, ocupando los adenocarcinomas el primer lugar. En 1997, Giner (1) condujo una investigación en

MEDLINE sobre metástasis umbilicales encontrando un total 407 casos reportados distribuidos de la siguiente forma: gastrointestinales en general 52%, ginecológicos 28%, estómago 23%, ovario 16%, y de origen desconocido, 15%. Infrecuentemente correspondieron a siembras secundarias de tumores de la cavidad torácica (adenocarcinoma pulmonar y mesotelioma 3%), pero además, se ha descrito la presencia de mieloma múltiple, linfoma no-Hodgkin y carcinoma renal que habitualmente rechazan el ombligo como sitio de diseminación. En 40% de pacientes con una neoplasia conocida, la presencia del nódulo fue un signo temprano de recaída.

De acuerdo a la leyenda, la Hermana María José se hizo proficiente en la predicción de los resultados de la celiotomía basada en el hallazgo de un nódulo umbilical cuando preparaba el abdomen de aquellos pacientes que iban a ser intervenidos quirúrgicamente: eran sensibles o no a la palpación (Figura 1A, metástasis de carcinoma gástrico), y a veces la piel que los cubría estaba rubicunda y caliente (Figura 1B, metástasis de carcinoma pancreático) lo cual puede crear confusión con abscesos de la pared y ser incindidos. Generalmente durante la cirugía se hallaba un cáncer avanzado e inoperable. A la sazón, la monja era la asistente del doctor William J. Mayo, quien reportó la condición en una conferencia dictada ante la *Cincinnati Academy of Medicine* en 1928 sin dar crédito a su ayudante, designándolo como “ombligo en botón de pantalón” (2); no obstante, Hamilton Bailey en su afamado libro (3), acreditó a la monja el descubrimiento. Con el correr de los años, ha habido alguna polémica en relación con la constitución del epónimo, y así, se le ha llamado indistintamente “nódulo paraumbilical de la Hermana José” o de la “Hermana María José”. Schwartz (2), Sapira (4) y Flynn (5), lo llaman a

“Perla de Observación Clínica”. Sesión Ordinaria del día jueves 7 de diciembre de 2000.

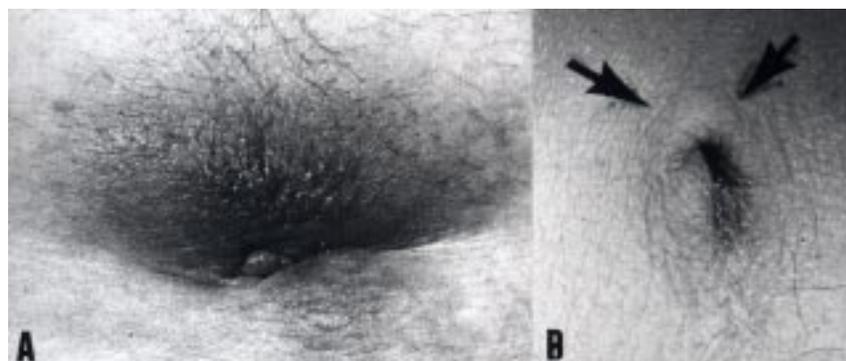


Figura 1. A. Metástasis de carcinoma gástrico. B. Metástasis de carcinoma pancreático.

secas, “de la Hermana José” y aseguran que ha sido incorrectamente designado de la “Hermana María José”; argumentaron que era porque ella laboraba en el *St. Mary’s Hospital*, el primero del grupo de hospitales que constituyeron en sus inicios la prestigiosa Clínica Mayo, y por ello su nombre de Mary fue agregado, y también, porque las monjas católicas tendían entonces a incorporar el nombre de María en adición a su propio nombre. Esta polémica ha sido resuelta por Steensma (6) quien en una revisión de los archivos de la Clínica Mayo, presenta evidencia que se contrapone al punto de vista de los autores antes mencionados, al encontrar una lista del personal del *St. Mary’s Hospital* de Rochester, Minnesota, donde hacían labores de enfermería las Hermanas de San Francisco de la Congregación de Nuestra Señora de Lourdes. El documento encontrado demostró que la hermana “*Mary Joseph*”, fue la jefa de enfermeras y superintendente de esa institución desde 1890 hasta su muerte en 1939 (6-8).

Con los avances en el diagnóstico precoz, la introducción de la biopsia por aguja fina (9), y la exéresis radical de procesos malignos primarios, donde la metástasis umbilical pueda ser la única existente al momento del diagnóstico, el nódulo de la Hermana María José ya no es considerado un signo de tan mal pronóstico o contraindicación para instaurar un régimen de tratamiento activo y paliativo, pues dependiendo del tipo de cáncer, del estado general del enfermo y de las medidas quirúrgicas y médicas combinadas, de un antiguo promedio de 2,3 meses de sobrevida, se han alcanzado cifras superiores al año (17,6 meses) (9).

En muchos casos el diagnóstico físico se ha enriquecido por la observación empírica de personas que aman su oficio y lo elevan a la categoría de arte. Sirva esta “Perla de Observación Clínica” como una ofrenda agradecida al portento observacional de la Hermana María José de la Congregación de Nuestra Señora de Lourdes.

REFERENCIAS

1. Giner V. Sister Mary Joseph’s nodule. *Ann Int Med* 1998;128:410.
2. Schwartz IS. Sister (Mary?) Joseph’s nodule. (letter). *N Engl J Med* 1987;316:1348.
3. Bailey H. *Demonstrations of physical signs in clinical surgery*. 11ª edición. Baltimore: Williams and Wilkins; 1947.p.227.
4. Sapira JD. *The art and science of bedside diagnosis*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1990.p.143.
5. Flynn VI, Spurret BB. Sister Joseph’s nodule. *Med J Aust* 1969;1:1728-1730.
6. Steensma DP. Sister (Mary) Joseph’s nodule. (letter). *Ann Int Med* 2000;133:327.
7. Hill M, O’Leary JP. *Vignettes in medical History: Sister Mary Joseph and her node*. *Am Surg* 1996;62:328-329.
8. Viera AJ, Clenney TL. Sister (Mary?) Joseph’s nodule. (letter). *Am Fam Physician* 1999;59:2994.
9. Schneider V, Smyezek B. Sister Mary Joseph’s nodule. *Diagnosis of umbilical metastases by fine needle aspiration*. *Acta Cytol* 1990;34:555-558.