



Síndrome de Flood: una grave complicación de la hernia umbilical

Flood syndrome: A severe complication of umbilical hernia

El síndrome de Flood o rotura espontánea de la hernia umbilical es una complicación infrecuente pero potencialmente mortal que se produce en pacientes con enfermedad hepática avanzada y ascitis refractaria de larga evolución, donde la prevalencia de hernias umbilicales puede ser superior al 20%¹⁻³. El tratamiento de elección es conservador dado el elevado riesgo perioperatorio y la alta tasa de complicaciones quirúrgicas³.

Presentamos el caso de un varón de 61 años con cirrosis hepática enólica estadio C de Child, hipertensión portal, varices esofágicas y ascitis refractaria con necesidad de paracentesis evacuadoras semanales. El paciente no era candidato a la realización de una derivación portosistémica quirúrgica ni percutánea (TIPS) debido al elevado riesgo quirúrgico y anestésico, y se desestimó trasplante hepático por ausencia de abstinencia. Acude a urgencias por salida espontánea de abundante cantidad de líquido a través de la hernia umbilical ya conocida. A la exploración, presentaba datos de encefalopatía, abdomen con semiología ascítica, sin signos de irritación peritoneal, y una hernia umbilical con ulceración de la piel de unos 3 cm de diámetro y salida a través de la misma de abundante líquido ascítico (fig. 1).

Se decidió ingreso del paciente y se instauró tratamiento médico conservador con cristaloides, albúmina y antibioterapia empírica de amplio espectro. Así mismo, se pautaron curas diarias de la herida umbilical y se colocó un drenaje percutáneo abdominal Pigtail 8 Fr para evacuación del líquido ascítico, consiguiendo con ello el cierre completo de la fístula cutánea umbilical en 3 semanas. El paciente fue dado de alta sin drenaje y permanece asintomático desde el punto de vista de la hernia umbilical tras 6 meses de seguimiento.

El síndrome de Flood fue descrito por primera vez en 1901 por Johnson, aunque el nombre se debe a Frank B. Flood, quien publicó en 1961 la primera serie de casos^{4,5}. Es una



Figura 1 – Fotografía de hernia umbilical donde se observa ulceración cutánea central en proceso de cicatrización.

complicación infrecuente que se produce en pacientes con enfermedad hepática avanzada y ascitis, con una elevada tasa de mortalidad de hasta el 30-50%^{2,6}. Su incidencia es mayor en pacientes con cirrosis alcohólica, aunque se han comunicado casos de pacientes con ascitis de otras etiologías, embarazadas y niños con hernia umbilical congénita². Las principales causas que producen su rotura son: aumento de la presión intraabdominal asociada a la ascitis, debilidad de la musculatura de la pared abdominal por un estado nutricional deficiente y un defecto fascial a nivel supraumbilical por posible recanalización de la vena umbilical⁴. Las paracentesis evacuadoras con eliminación de grandes volúmenes de líquido pueden aumentar el riesgo de desarrollar hernias debido a grandes cambios en la presión intraabdominal durante el procedimiento⁶.

En la mayoría de los casos (80%), el desarrollo de ulceraciones cutáneas o necrosis precede a la rotura de la hernia umbilical y se debe considerar un signo de alarma^{3,5}. Las complicaciones de la rotura de la hernia umbilical incluyen: evisceración del intestino delgado con posible encarceración del mismo, hipotensión secundaria a paracentesis espontánea de gran volumen y el desarrollo de celulitis, peritonitis y sepsis^{2,3}.

Existe un gran debate en la literatura con respecto al manejo de este tipo de hernias, y la única evidencia disponible procede de series de casos⁴. En pacientes cirróticos seleccionados, con un correcto control de la ascitis y que presentan hernias no complicadas se tiende a realizar una cirugía programada (ayudada o no por sistemas de derivación portosistémica)⁶. Sin embargo, el manejo de la rotura herniaria sigue siendo controvertido, habiéndose publicado tasas de morbilidad de hasta el 71%, con mortalidades elevadas de entre el 20-60% según las series⁴. Por todo ello, el tratamiento conservador es de elección hasta conseguir la compensación de la enfermedad hepática^{5,7}.

El tratamiento inicial consiste en una correcta monitorización y estabilización del paciente, así como prevención de posibles complicaciones infecciosas mediante antibioterapia de amplio espectro^{2,7}. La herida debe cubrirse con una venda oclusiva estéril. Una correcta reposición hidroelectrolítica y la infusión de albúmina pueden ser necesarios para compensar los cambios producidos por las pérdidas ascíticas. Posteriormente, en aquellos pacientes con ascitis refractaria se indicará drenaje del líquido para disminuir el débito de la herida y cierre por segunda intención del defecto, valorando posteriormente la indicación de reparación diferida de la hernia umbilical^{2,7}.

En resumen, el tratamiento de elección en el síndrome de Flood es conservador mediante derivación peritoneal temporal, reposición de volumen y albúmina, y curas locales,

consiguiendo en la mayoría de los casos un cierre por segunda intención del orificio cutáneo. El tratamiento quirúrgico está indicado en caso de fracaso del tratamiento médico, si bien conlleva unas elevadas tasas de morbimortalidad y recurrencia.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Long WD, Hayden GE. Images in emergency medicine. Man with rushing fluid from his umbilicus. Flood syndrome. *Ann Emerg Med.* 2013;62:431-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.02.026>
2. Choo EK, McElroy S. Spontaneous bowel evisceration in a patient with alcoholic cirrhosis and an umbilical hernia. *J Emerg Med.* 2008;34:41-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2007.03.035>
3. DeLuca IJ, Grossman ME. Flood syndrome. *JAAD Case Rep.* 2014;1:5-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdcr.2014.09.003>
4. Chatzizacharias NA, Bradley JA, Harper S, Butler A, Jah A, Huguet E, et al. Successful surgical management of ruptured

- umbilical hernias in cirrhotic patients. *World J Gastroenterol.* 2015;21:3109-13. <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v21.i10.3109>
5. Ginsburg BY, Sharma AN. Spontaneous rupture of an umbilical hernia with evisceration. *J Emerg Med.* 2006;30:155-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2005.05.017>
6. Triantos CK, Kehagias I, Nikolopoulou V, Burroughs AK. Surgical repair of umbilical hernias in cirrhosis with ascites. *Am J Med Sci.* 2011;341:222-6. <http://dx.doi.org/10.1097/MAJ.0b013e3181f31932>
7. Nguyen ET, Tuudtud-Hans LA. Flood syndrome: Spontaneous umbilical hernia rupture leaking ascitic fluid - A case report. *Perm J.* 2017;21:16-152. <http://dx.doi.org/10.7812/TPP/16-152>

Lara Blanco Terés*, Álvaro Valdés de Anca, Alba Correa Bonito, Álvaro Gancedo Quintana y Elena Martín Pérez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: blancoterreslara@gmail.com

(L. Blanco Terés).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.11.015>
0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Melanoma anal, una patología radicalmente distinta al melanoma cutáneo, con un pronóstico infausto



Anal melanoma, a radically different pathology from cutaneous melanoma with a tragic prognosis

El melanoma asienta mayoritariamente en piel y ojo, seguido de la región anorrectal. En el recto, los melanocitos se localizan en la zona de transición y en la región escamosa¹. El melanoma primario anorrectal es altamente maligno, con gran capacidad metastásica; sus síntomas son silentes y a veces no visibles, puesto que pueden ser amelanocíticos². Representa el 0,3-3% de los melanomas¹ y el 1-3% de los tumores anorrectales^{1,2}.

Presentamos el caso de una paciente de 69 años con antecedentes de neoplasia vaginal intraepitelial tipo VIN III intervenida mediante resección local en 2015 y libre de enfermedad dos años después. En el último control aparecen tags cutáneos perianales con un área de coloración negruzca en su interior sospechosa de melanoma anal (fig. 1a). En la anuscopia se aprecian dos lesiones mucosas pigmentadas en el canal anal,

predominantemente en el cuadrante anterior izquierdo (fig. 1b). La biopsia informa de melanoma maligno. Se realiza estudio de extensión con resonancia magnética (RM) rectal, tomografía computarizada (TC) toracoabdominopélvica y colonoscopia completa, objetivándose neoformación pseudonodular perianal izquierda, de 30 × 16 × 13 mm, sin evidencia de diseminación a distancia ni de afectación esfinteriana.

Se realiza escisión local (fig. 1c,d) en bloque de la zona afectada.

El informe anatomopatológico concluye melanoma maligno de canal anal infiltrante de tejido perirrectal con márgenes libres pT3NxMx, siendo los márgenes quirúrgicos de resección adecuados superiores a 1 cm.

Tras la intervención la paciente comienza un protocolo clínico de seguimiento de alto riesgo con visita en consultas