

Onfalitis crónica recurrente en adulto joven de 31 años con signos inflamatorios persistentes en México: reporte de caso y revisión de la literatura

Chronic recurrent omphalitis in a 31 year old young adult with persistent inflammation and signs in México: case report and literature

Erick Ivan Gil-Reyes ¹
Master en Psicología, Universidad Tecnológica de México, Xalapa, México

✉ Contacto de correspondencia: Erick Ivan Gil-Reyes i-reyes@live.com.mx

RESUMEN

La onfalitis crónica recurrente suele ser un caso poco frecuente y raramente estudiado en donde existe muy poca etiología que actualmente oriente o vislumbre una vía de acción para su entendimiento y tratamiento, cuando esta se presenta suele ocurrir en recién nacidos debido a la cicatrización de este tejido remanente que es cortado al momento de nacer (el cordón umbilical) y que se puede infectar por diversos motivos trayendo consigo diversos signos que de no de tratarse podrían agravar, sin embargo en la adultez es una situación que no tendría que estar ocurriendo, pero que se podría presentar por la alteración o manipulación de este tejido, causa que se pretende abordar en este artículo presentando el caso de un Varón de 31 años con episodios recurrentes de onfalitis purulenta tras colecistectomía laparoscópica quien fue tratado con múltiples esquemas antibióticos sin resolución definitiva. Los estudios microbiológicos identificaron *Staphylococcus auricularis* sensible. Se propone etiología anatómica persistente postquirúrgica

Palabras clave: Onfalitis; Infección umbilical; Cirugía laparoscópica; *Staphylococcus auricularis*; Caso clínico.

ABSTRACT

Recurrent chronic omphalitis is an uncommon and rarely studied condition, for which there is currently very limited etiological knowledge to guide or suggest an approach to its understanding and management. When it does occur, it typically presents in neonates due to the healing of the residual tissue that is severed at birth (the umbilical cord), which may become infected for various reasons, leading to signs that, if untreated, can progress to more severe complications.

Cómo citar:

Gil-Reyes, E. I. . Onfalitis crónica recurrente en adulto joven de 31 años con signos inflamatorios persistentes en México: reporte de caso y revisión de la literatura. Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos, 9(4). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v9i4.911>

Recibido: 22/May/2025

Aceptado: 16/Dic/2025

Publicado: 31/Dic/2025



In adulthood, however, this condition would not ordinarily be expected to occur, although it may arise as a consequence of alterations or manipulation of the umbilical tissue. This article presents the case of a 31-year-old male with recurrent episodes of purulent omphalitis following laparoscopic cholecystectomy, who was treated with multiple antibiotic regimens without definitive resolution. Microbiological studies identified *Staphylococcus auricularis*, a susceptible strain. A persistent postsurgical anatomical etiology is proposed.

Keywords: Omphalitis; Umbilical infection; Laparoscopic surgery; *Staphylococcus auricularis*; Case report.

INTRODUCCIÓN

Aquí se presenta un caso atípico de onfalitis recurrente en un adulto, posterior a una cirugía laparoscópica por colecistectomía: y, ya que las infecciones recurrentes presuponen un desafío diagnóstico y terapéutico se muestra la evaluación clínica y el tratamiento.

Paciente masculino mexicano de 31 años, sin antecedentes patológicos relevantes y sin adicciones, que presenta sintomatología progresiva e intensiva de malestar abdominal-umbilical y busca ayuda médica, tras no recibir las soluciones esperadas cambia constantemente de médico tratante para hallar una cura a su problema, de igual forma se auto somete a estudios laboratoriales y de imagen para descartar enfermedades y apoyar a sus médicos tratantes con evidencias clínicas.

El propósito de este reporte es compartir los resultados como coadyuvante para la futura medicina como un referente clínico, resultado de la búsqueda de soluciones del autor a su propio problema médico. El caso es relevante porque existen pocos en su especie y es una situación clínica infrecuente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 31 años, sin antecedentes patológicos relevantes, con tres episodios de onfalitis purulenta tras una colecistectomía laparoscópica. El primero se presentó dos años después de la cirugía, el segundo también dos años más tarde, y el tercero un mes después. Los episodios incluyeron fiebre, dolor abdominal, enrojecimiento periumbilical, hiperpigmentación y secreción purulenta blanquecina-amarillenta con olor fétido.



Figura 1. Fotografía clínica del ombligo con eritema y abultamiento inflamatorio durante episodio activo de secreción purulenta.

Fuente: Imagen de autoría propia.



Figura 2. Fotografía clínica del ombligo en fase aguda con secreción purulenta y aspecto ulcerado.

Fuente: Imagen de autoría propia.

Pruebas complementarias

Se realizaron química sanguínea, orina, estudios citológicos, microbiológicos, histologías e imagen. Solo el ácido úrico estuvo ligeramente elevado (7.4 mg/dL). El exudado mostró inflamación aguda con predominio de PMN (73%). Se aisló *Staphylococcus auricularis* sensible a múltiples antibióticos. Ultrasonido evidenció engrosamiento tisular. Histología descartó neoplasia y encontró detritus celulares con abundante infiltrado inflamatorio constituido principalmente por leucocitos polimorfonucleares, eosinófilos, escasos linfocitos y macrófagos.

Tabla 1. Resultados de la Química clínica de 12 Elementos

Prueba	Resultado	Límites de referencia
Glucosa	94	55 - 99 mg/dL
Urea	24.5	16.6 - 48.5 mg/dL
Nitrógeno de urea en sangre (BUN)	11.2	6 - 20 mg/dL
Creatinina	1.09	0.70 - 1.2 mg/dL
Ácido úrico	7.4	3.4 - 7.0 mg/dL
Colesterol	197	< 200 mg/dL
Triglicéridos	140	< 150 mg/dL
Albúmina	4.9	3.9 - 5.1 g/dL
Bilirrubina total	0.66	< 1.2 mg/dL
AST (TGO)	14	< 40 U/L
F. Alcalina total	91	40 - 130 U/L
LDH	140	135 - 225 U/L
Calcio	10.0	8.6 - 10 mg/dL

Tabla 2. Método: Espectrofotometría de reflectancia y microscopía de contraste de fases

Examen físico	Resultado	Límites de referencia
Color:	Amarillo	Amarillo
Aspecto:	Claro	Claro
Densidad:	1.021	1.005 - 1.030
Examen químico		
pH:	6	4.8 - 7.4
Esterasa leucocitaria:	Negativo	Negativo ó < 10 leu/uL
Nitritos:	Negativo	Negativo
Proteínas:	Negativo	Negativo ó < 10 mg/dL
Glucosa:	Negativo	Negativo mg/dL
Cetonas:	Negativo	Negativo ó < 5 mg/dL
Bilirrubina:	Negativo	Negativo ó < 0.2 mg/dL
Urobilinógeno:	Negativo	Negativo ó < 1 mg/dL
Hemoglobina:	Negativo	Negativo ó < 5 eri/uL
Examen microscópico		
Leucocitos	Ausentes	Ausentes ó 1 - 5 /campo
Eritrocitos:	Ausentes	Ausentes ó 1 - 2 /campo
Eritrocitos dismórficos:	Ausentes	Ausentes
Cilindros:	Ausentes	Ausentes
Cristales:	Ausentes	Ausentes
Células Pavimentosas:	Ausentes	Ausentes - Escasas
Células de transición:	Ausentes	Ausentes - Escasas
Células Tubulares Renales:	Ausentes	Ausentes - Escasas
Redes Mucoides:	Ausentes	Ausentes - Escasas
Bacterias:	Ausentes	Ausentes
Levaduras:	Ausentes	Ausentes

Tabla 3. Eosinófilos en muestra de zona indicada (Lesión de ombligo):

	Resultado
Celularidad	11 por campo
Polimorfonucleares	73%
Mononucleares	27%
Eosinófilos	0%

Tabla 4. Cultivo de Lesión (muestra obtenida de secreción de ombligo)

Tinción de Gram	Aislados cocos grampositivos
Resultado	Se aisló una cepa de: Staphylococcus auricularis

Método: Medios específicos + Identificación automática

Tabla 5 Antibiógrama - Staphylococcus auricularis

Antimicrobiano	CIM	Interpretación
Amox/A Clav	$\leq 4/2$	S
Amp/Sulbactam	$\leq 8/4$	S
Ampicilina	≤ 2	N/R
Azitromicina	≤ 2	S
Cefazolina	≤ 8	S
Ciprofloxacina	≤ 1	S
Clindamicina	≤ 0.25	S
Cloramfenicol	≤ 8	S

S = Sensible

N/R = No Informado

TFG = Cepa timidin dependiente

Tabla 6. Histología de Material Expulsado de Obligo

Resultados	Descripción Macroscópica: Se recibe frasco con formol, con tejido designado como material expulsado de ombligo, consiste en tres fragmentos irregulares de tejido, color café oscuro, con áreas grisáceas, consistencia ahulada; el fragmento mayor mide 0.8x0.3 cm y el menor de 0.2x0.1 cm. Se incluyen en su totalidad en una cápsula. Descripción Microscópica: En los cortes histológicos analizados con técnica de hematoxilina y eosina, se identifican detritus celulares con abundante infiltrado inflamatorio constituido predominantemente por leucocitos polimorfonucleares, eosinófilos, escasos linfocitos y macrófagos. No se observaron células neoplásicas. Impresión Diagnóstica: Compatible con contenido de absceso inflamación aguda intensa, negativa para células neoplásicas
-------------------	---



Figura 3. Imagen ecográfica de la región umbilical que muestra hallazgos compatibles con granulomas piogénicos y onfalitis.

Fuente: Imagen entregada paciente por médico tratante.



Figura 4. Informe histopatológico del material expulsado del ombligo, compatible con absceso agudo con

Evolución del paciente

Tabla 7. El paciente recibió los siguientes esquemas de tratamiento

Episodio	Tiempo desde la cirugía	Síntomas principales	Tratamiento indicado	Resultado
1°	2 años	Dolor abdominal, fiebre, secreción purulenta blanquecina con tejido de consistencia ahulada	Clindamicina 300 mg VO c/8 h ×5 días + Pasta de óxido de zinc 25%	Remisión parcial
2°	2 años después del 1°	Secreción amarillenta, enrojecimiento y mismos signos y síntomas	Azitromicina 500 mg VO ×3 días + Nitrofurul (Medicamento bactericida de uso tópico derivado de los nitrofuranos)	Remisión temporal
3°	1 mes después del 2°	Lesión activa, mal olor y mismos signos y síntomas	Dicloxacilina 500 mg VO ×7 días + Neomicina con retinol tópico	Remisión incompleta
4°	Posterior a estudios	Reurrencia inflamatoria y mismos signos y síntomas	Claritromicina 500 mg c/12 h + Metronidazol Antibiótico sustituto debido a la reincidencia de la infección; y reconocido por su efectividad en infecciones abdominales, de tejidos blandos y abscesos) 500 mg c/8 h ×14 días + Microdacyn (Solución antiséptica) + Rifamicina spray	-----

Fuente: elaboración propia

Discusión

La onfalitis es una afección que se caracteriza por infección o inflamación del ombligo y que además en adultos suele ser poco diagnosticada [1]. Muchas veces este problema es relacionado a una falta de correcta higiene con evolución de tipo tórpida y hasta crónica [2]. Entre los diagnósticos más usuales para onfalitis en adultos suelen corresponder a: hernias umbilicales, quistes epidermoides, cálculos biliares atrapados o dispersos por el ombligo, así como tumores metastásicos entre otros [3]. Un reporte de caso evidencio que al presentarse tres días de secreción purulenta y otros signos como dolor de abdomen con edema y eritema en la zona umbilical y posterior cirugía de la cavidad abdominal se encontraron umbolitos polipoides con resultados histológicos referentes a un granuloma piógeno, mencionando también que la onfalitis puede deberse a etiologías congénitas o adquiridas [4]. Se ha hecho mención que una infección peritoneal puede deberse a la contracción de infecciones por bacterias extraabdominales como el *S. auricularis* que pueden diseminar afecciones patológicas locales y distales [5]. El *S. auricularis* se descubrió como colonizador del meato auditivo externo en el año 1983, de ahí su nombre, y se ha registrado en casos muy atípicos e inusuales como en la endocarditis subaguda de la válvula aortica a causa de la vegetación de esta bacteria ocasionando problemas como estenosis severa [6]. Por otro lado, existe un caso reportado en un paciente dializado, con posterior diagnóstico de peritonitis por el *Staphylococcus auricularis* en donde sugieren a este microorganismo de la piel como causante potencial de este tipo complicaciones, quien además no fue revelado por la tinción de Gram sino por el recuento de glóbulos blancos [7].

Otros estudios describen que ocasionalmente la onfalitis puede ser señal de alguna alteración inmunológica reflejada por insuficiente adhesión leucocitaria [8]. Autores subrayan la importancia de realizar trabajos de investigación comparativa de intervenciones clínicas para medir la efectividad de los tratamientos a lo largo del tiempo [9]. Y por último el uso de técnicas como la ecografía se consideran apropiadas como método de diagnóstico inicial de quistes al no irradiar al paciente o la TAC que brindaría mayor exactitud [10].

La onfalitis en adultos es infrecuente y su recurrencia aún más, especialmente tras cirugía abdominal. La flora umbilical puede incluir bacterias oportunistas como *Staphylococcus* spp. Este caso plantea la necesidad de descartar remanentes anatómicos o trayectos fistulosos persistentes que pueden implicar recurrencias en colonizaciones bacterianas. El abordaje multidisciplinario, con énfasis en estudios de imagen y cirugía exploratoria, puede ser clave para resolución definitiva.

De igual forma tras cirugías como la del tipo laparoscopia se debería tener un cuidado especial en el trato de la herida desde el cierre hasta la cicatrización, poniendo especial énfasis en aspectos como alergias al hilo quirúrgico y optimizando una suturación “funcional” y estética para obtener un resultado anatómico funcional sin repercusiones a largo plazo. Respecto a los antibióticos suministrados: cuidar del tiempo, la dosis y el fármaco administrado para favorecer un resultado óptimo y evitar reincidencias.

Conclusión

Tras el último tratamiento el paciente encontró mejoría, semana posterior a la ingesta del antibiótico suministrado, se recomienda como proceso de análisis de estos casos darle continuidad con estudios de seguimiento mediante biometría hemática completa, VSG (Velocidad de sedimentación Globular) y proteína C reactiva (PCR) para determinar si no existe recurrencia de infecciones, inflamación o alteraciones inmunológicas y continuar con rigurosa higiene del área infectada.

Conflicto de intereses

Se declara que ninguno de los autores presenta algún conflicto de interés por el artículo.

Declaración de financiamiento

La publicación no presentó ningún medio de financiamiento..

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tawk, A., Abdallah, A., Meouchy, P., Salameh, J., Khoury, S., Kyriakos, M., Abboud, G., Dagher, M., Semaan, P., Metri, A., y Ashou, R. Omphalitis with Umbilical Abscess in an Adult with a Urachal Remnant. *Case Rep Gastroenterol.* 2021 Dec 14;15(3):966-971. DOI: 10.1159/000518870
2. Ochando, F., Vega, D., Pacheco, P., Ramos, M., Blanco, J. A., Hernández, P., Loinaz, C., & Quintans, A. (2006). Uracosinus: una causa poco frecuente de onfalitis recurrente en adultos. *Anales de Medicina Interna*, 23(7): 329-330. DOI:10.4321/S0212-71992006000700007
3. McClenathan, J. (2002). Umbilical epidermoid cyst: an unusual cause of umbilical symptoms. *Can J Surg.* 45(4):303-4. PMID: 12174989; PMCID: PMC3684686.
4. Soesilo, D. (2020). Self-foreign omphalitis in adult: a case report. *Intisari Sains Medis* 11(1):129-131. DOI:10.15562/ism.v11i1.574
5. Alfano, G., Frisina, M., Morisi, N., Ascione, E., Fontana, F., Mori, G., Cerami, C., Serra, F., Cabry, F., Bonucchi, D., Gelmini, R., Guaraldi, G., Magistroni, R., y Cappelli, G. (2021). Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Peritonitis due to Hematogenous Dissemination from Central Venous Catheter in a Maintenance Dialysis Patient. *Case Rep Nephrol Dial.* 11(3):281-285. DOI: 10.1159/000517143.
6. Ha, E., y Heitner, J. (2021). *Staphylococcus Auricularis* Endocarditis: A Rare Cause of Subacute Prosthetic Valve Endocarditis with Severe Aortic Stenosis. *Cureus.* 13(1). DOI: 10.7759/cureus.12738.
7. Jong-Wook, C., Bae-Keun, K., Kyu-Sig, H., Joon-Sung, P., Chang-Hwa, L., Chong-Myung, K., y Gheun-Ho, K. (2010). A Case of Peritoneal Dialysis Peritonitis Due to Methicillin-Resistant *Staphylococcus auricularis*. [Internet]. *Korean Journal of Nephrology.* 675-678. [Citado 28 de jun. 2025]. Disponible en: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/ru/wpr-16382>
8. 8 González, C., Fumero, S., Chavarría, A., y Salas, E. (2020). Onfalitis del recién nacido: Infección poco común pero potencialmente letal. *Revista Ciencia y Salud Integrando conocimientos.* 4 (3): 42-47. DOI:10.34192/cienciaysalud.v4i3.151
9. Cristina, A., Carvajal, W., Montenegro, J., Romo, D., y Villareal, T. (2024). Factores de riesgos y estrategias preventivas en la onfalitis neonatal: una revisión sistematica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades.* 5(6): 1359-1368. DOI: 10.56712/latam.v5i6.3088
10. Minué-Estirado, M., Mir-Montero, M., Cordero-Hoyo, A., Awrejcewicz, A., y Bibiano-Guillén, C. In-