

# Persistencia del conducto onfalomesentérico

## *Patent omphalomesenteric duct*

*Dra. Laura P. Mariño\**, *Dr. Juan I. Fraga\**, *Enf. Soraya Rubio\**, *Dr. Juan Segarra\*\**, *Dr. Mauro Gaetano\*\** y *Dr. José A. Ossés\*\**

### RESUMEN

La persistencia del conducto onfalomesentérico es una de las formas de presentación más raras de los restos embrionarios derivados de este conducto. Se presenta el caso de un recién nacido en el que se constata salida de contenido intestinal a través del ombligo. Se confirma el diagnóstico de persistencia del conducto onfalomesentérico mediante fistulografía umbilical, procediéndose a su corrección quirúrgica (resección de conducto onfalomesentérico). Se describe la metodología diagnóstica, su tratamiento y se revisa la bibliografía sobre esta patología.

**Palabras clave:** *conducto onfalomesentérico, recién nacido.*

### SUMMARY

Complete patency of the omphalomesenteric duct is one of the most uncommon presentations of omphalomesenteric related anomalies. We herein present a newborn with a faecal umbilical discharge due to the above-mentioned anomaly. We describe the diagnostic and therapeutic options and the results of a literature review.

**Key words:** *omphalomesenteric duct, newborn.*

### INTRODUCCIÓN

El conducto onfalomesentérico o vitelino comunica la cavidad celómica con el intestino medio y progresivamente se torna más angosto y largo hasta desaparecer entre la quinta y novena semanas de vida intrauterina. La falta de involución, ya sea parcial o total del conducto onfalomesentérico (se estima que se presenta en un 2% de la población), da lugar a un abanico de malformaciones cuya presentación puede ser dispar en cuanto a forma y gravedad del cuadro clínico que producen.

La persistencia del conducto onfalomesentérico es una de las formas más raras de presentación

de estos restos embrionarios y su identificación a veces puede ser dificultosa si no existe la sospecha clínica de esta patología. Las alteraciones a nivel del ombligo del recién nacido deben ser tenidas en cuenta por el neonatólogo, pediatra y cirujano infantil para diagnosticar en forma temprana estas alteraciones y evitar complicaciones que pueden llegar a ser muy graves.

### CASO CLÍNICO

Neonato de sexo femenino de 15 días de vida, derivado desde una localidad vecina al Servicio de Neonatología del Hospital "Alejandro Gutiérrez" de Venado Tuerto, Santa Fe (Argentina), por presentar descarga de secreción amarillenta espesa por el ombligo.

Antecedentes: madre de 22 años, gestas 2, partos 2, cursó embarazo normal y controlado. Parto eutócico. Peso de nacimiento 3.300 g, edad gestacional 39 semanas. Egreso conjunto de madre e hija. Al 4° día de vida la niña es llevada a la consulta en su localidad de origen por presentar secreciones amarillentas por el ombligo. Se sospecha onfalitis y se indica tratamiento antibiótico por vía oral (cefalexina) y curaciones locales. Se controla a las 72 h con mejoría aparente. A los 10 días de vida consulta nuevamente por persistencia de la secreción umbilical, por lo que es derivada a nuestro servicio.

Examen físico: niña eutrófica y en buen estado general. En ombligo se observa pequeño orificio rojizo a través del cual se exteriorizan gases y líquido, espeso y amarillento, compatible con materia fecal y que aumenta ante la compresión o el llanto (*Figura 1*). Resto del examen clínico dentro de límites normales. Laboratorio de ingreso: hematócrito 27%, leucocitos 6.700, fórmula a predominio linfocitario; plaquetas, glucemia, ionograma, proteínas, albúmina y urea normales. Pc-R (+) 12.

Se solicita interconsulta con cirugía infantil y ante la sospecha de persistencia de conducto onfalomesentérico se realiza ecografía abdominal y fistulografía con medio de contraste yodado, que confirman el diagnóstico (*Figura 2*).

A las 48 h del ingreso se realiza cirugía (resec-

\* Servicio de Neonatología.

\*\* Servicio de Cirugía Pediátrica y Cirugía General. Hospital "Alejandro Gutiérrez" de Venado Tuerto, Santa Fe, Argentina.

*Conflicto de intereses:* Nada que declarar.

*Correspondencia:*

Dr. José A. Ossés  
josses@waycom.com.ar

Recibido: 3-10-08

Aceptado: 12-12-08

ción de conducto onfalomesentérico por incisión semicircular periumbilical) (Figura 3). Comienza a realimentarse en el 4° día posoperatorio y es dada de alta en el 8° día posoperatorio.

## DISCUSIÓN

El conducto onfalomesentérico conecta el saco vitelino al intestino durante el desarrollo del embrión y lo provee de nutrición hasta que la placenta se termina de establecer. Posteriormente, este conducto involuciona y se separa del intestino entre la 5° y 9° semanas de gestación. La falla completa o parcial en la involución del conducto onfalomesentérico puede dar origen a varias estructuras residuales, de las cuales el divertículo de Meckel es la más común. Se ha comunicado, incluso, que hasta un 10% de los pacientes con un divertículo de Meckel presentan un cordón fibroso que lo une al ombligo. Sin embargo, la persistencia del conducto onfalomesentérico ocurre con muy poca frecuencia.<sup>1-4</sup>

Es importante que el neonatólogo y el pediatra conozcan las alteraciones que se observan a nivel del ombligo ya que, en la práctica diaria, pueden encontrarse con restos embrionarios del conducto onfalomesentérico. En la Tabla 1 se clasifican esas anomalías, según la descripción de Trimingham. Estos cuadros se observan, aproximadamente, en un 2% de los recién nacidos. El 6% de estas malformaciones corresponden a conductos onfalomesentéricos persistentes y hasta un 20% de ellos se presentan con complicaciones. El 73% de los casos muestran síntomas dentro de los primeros 28 días de vida y son más frecuentes en pacientes del sexo masculino.<sup>1,2,4</sup>

La persistencia parcial del conducto onfalome-

sentérico puede adoptar dos aspectos: el de un ombligo exudativo o el de una tumefacción umbilical.

La persistencia total del conducto onfalome-

FIGURA 2. Fistulografía que confirma el diagnóstico de conducto onfalomesentérico. El medio de contraste llega hasta el intestino delgado

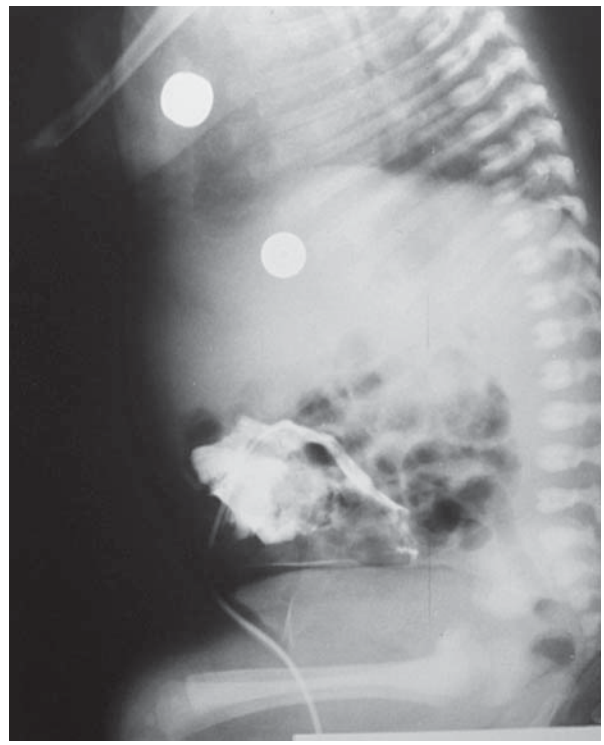


FIGURA 3. Foto intraoperatoria del conducto onfalomesentérico. Obsérvese la continuidad y comunicación desde el ombligo hasta el intestino delgado (flecha)

FIGURA 1. Salida de líquido intestinal y gases que aumenta con el llanto o la compresión, a través de pequeño orificio fistuloso sobre cordón umbilical (flecha)



sentérico (fístula entero-umbilical) es extraordinariamente rara y son pocos los casos que aparecen documentados en la bibliografía. La persistencia de todo el conducto se manifiesta por la emisión de contenido de materia fecal a través del ombligo, lo cual se observa, por lo general, inmediatamente después del nacimiento.<sup>2,5</sup>

A veces, estos orificios fistulosos son muy pequeños y pueden pasar varios días hasta que se hace evidente la salida de materia fecal o de una secreción amarillenta biliosa. Después de la caída del cordón, el aspecto de este conducto permeable es el de un grueso pólipo umbilical, que puede dar lugar a confusión e interpretarse como un granuloma umbilical. No obstante, en algún momento, y sobre todo con el llanto o los esfuerzos, se podrá observar la salida de gases y líquido intestinal.<sup>2,6</sup>

El granuloma umbilical o la onfalitis responden a los cuidados tópicos con nitrato de plata y antisépticos. Una evolución tórpida, que en la mayoría de los casos cursa con trastornos tróficos de la piel periumbilical y que no responde a dichas medidas, debe hacer sospechar la posibilidad de existencia de restos embriológicos que requieran una terapia más invasiva, como la exploración quirúrgica del ombligo y su eventual resección.<sup>4,6</sup>

La aparición de una formación polipoidea a nivel umbilical de color fresa y generalmente de un tamaño discretamente superior al típico granuloma umbilical, debe hacernos sospechar la existencia de restos de mucosa intestinal no involucionada. Ante dicha lesión es obligada la búsqueda de un estoma en su superficie, más o menos evidente según los casos.<sup>4</sup>

El diagnóstico de persistencia del conducto onfalomesentérico se confirma por medio de la ecografía abdominal, que puede mostrar la presencia de una estructura tubular con aire que

conecta con el intestino, o por medio de la fistulografía (inserción de un catéter dentro del orificio fistuloso e inyección de medio de contraste iodado).<sup>1,2,5,6</sup>

Las complicaciones que se pueden presentar por un conducto onfalomesentérico permeable incluyen: infección del ombligo, dermatitis periumbilical, sangrado de la mucosa intestinal, estrangulación ileal, potencial de malignización, prolapso e infarto del intestino y obstrucción intestinal. Las complicaciones más graves pueden llevar hasta a un 18% de mortalidad, especialmente en el período neonatal.<sup>2,3,5,7,8</sup>

El tratamiento de este tipo de malformación es quirúrgico debido a que este conducto no involuciona después del nacimiento y a las consecuencias potencialmente graves que puede originar.<sup>4,5</sup> La resección completa del conducto onfalomesentérico se realizó con resultados funcionales y estéticos excelentes. ■

## BIBLIOGRAFÍA

1. Snyder CL. Current management of umbilical abnormalities and related anomalies. *Semin Pediatr Surg* 2007; 16(1):41.
2. Zafer Y, Yigit S, Türken A, et al. Patent omphalomesenteric duct. *Turk J Med Sci* 2000; 30 83-85.
3. Saad DF, Gow KW. Images in clinical medicine. Small-bowel prolapse through a persistent omphalomesenteric duct. *N Engl J Med* 2005; 353(1).
4. García Urgellés X, Alonso Jiménez L, Castro Sánchez M. Patología frecuente e infrecuente relacionada con la persistencia de restos del conducto onfalomesentérico. *BSCP Can Ped* 2005; 29(1):77-82.
5. García Fernández Y, Fernández Ragi RM. Persistencia del conducto onfalomesentérico. *Rev Cub Pediatr* 2006; 78(3).
6. Giacalone G, Vanrykel JP, Belva F, et al. Surgical treatment of patent omphalomesenteric duct presenting as faecal umbilical discharge. *Acta Chir Belg* 2004; 104:211-213.
7. Herman M, Gryspeerdt S, Kerckhove D, et al. Small bowel obstruction due to a persistent omphalomesenteric duct. *JBR-BTR* 2005; 88:175-177.
7. Gaisie G, Curnes JT, Scatliff JH, et al. Neonatal intestinal obstruction from omphalomesenteric duct remnants. *Am J Roentgenol* 1985:144.

TABLA 1. Clasificación de las anomalías del conducto vitelino

a. Conducto onfalomesentérico totalmente permeable (fístula enteroumbilical)
b. Conducto onfalomesentérico parcialmente permeable
• Porción periférica (seno umbilical)
• Porción intermedia (quiste vitelino)
• Porción entérica (divertículo de Meckel)
c. Remanente mucoso a nivel umbilical (pólipo umbilical)
d. Banda congénita (conducto onfalomesentérico obliterado)