

## CASO CLÍNICO

### Persistencia del conducto onfalomesentérico: Presentación de un caso

D. LÓPEZ PACIOS, I. FIDALGO ÁLVAREZ, C. PIÑEIRO FERNÁNDEZ

RESUMEN: La persistencia del conducto onfalomesentérico no es una anomalía frecuente. Describimos un caso ocurrido en un recién nacido, que se manifestó por descarga de heces a través del ombligo. La inyección de líquido de contraste permitió la observación radiográfica del trayecto fistuloso. Se realizó resección del conducto onfalomesentérico y apendicectomía. PALABRAS CLAVE: CONDUCTO ONFALOMESENTERICO

PERSISTENCE OF THE OMPHALOMESENTERIC DUCT. A CASE REPORT. (SUMMARY). The persistence of the omphalomesenteric duct is an uncommon anomaly. We present a case of a newborn which appeared with fecal discharge from the umbilicus. The umbilico-ileal fistula was seen with contrast. Omphalomesenteric duct resection and appendectomy were performed. KEY WORDS: OMPHALOMESENTERIC DUCT.

En los embriones humanos de 3 semanas el saco vitelino es un órgano relativamente grande, que comunica con el intestino medio. Pronto se reduce de tamaño, y se forma un pedículo largo y estrecho, que se incluye dentro del cordón umbilical, y se comunica por su extremidad proximal con el intestino medio primitivo. En el embrión de 5 a 9 mm, el conducto onfalomesentérico se oblitera y se separa del intestino, esto suele ocurrir al finalizar la quinta semana de gestación (1). En condiciones adversas no desaparece el conducto, o parte del mismo, y pueden generarse varias anomalías congénitas del conducto vitelino, de las cuales resulta más frecuente el divertículo de Meckel. Describimos un caso de conducto onfalomesentérico permeable que se manifestó como una masa roja con secre-

ción serohemorrágica, que protruía a nivel del ombligo.

#### CASO CLÍNICO

J.V.A. es un recién nacido, varón, de 7 días, admitido por conjuntivitis purulenta bilateral y onfalitis. Había nacido de un embarazo de 39 semanas, bien tolerado, con peso natal 2850 g (P-10), y talla 50 cm (P-50), perímetro craneal 35 cm (P-50). Es el último hijo de una fratría de seis. Desde el nacimiento la madre le nota mal aspecto del ombligo, por lo que realiza curas con solución mercurocromo y polvos de sufamilamida.

En el 5º día de vida conjuntivitis bilateral.

\* Servicio de Pediatría del Hospital Camino de Santiago. Ponferrada.

Examen físico: Ictericia generalizada, peso 2750 g (P< 3), talla 50 cm (P 50). Párpados tumefactos y conjuntivas congestivas con descarga mucopurulenta. Ombligo no desprendido, de mal aspecto, hinchado, con secreción en la base, de olor fétido.

Datos complementarios: Hemoglobina 14.4 g/dL. Leucocitos  $16.2 \times 10^3/L$ , (38/s, 56/1, 6/m ). Bilirrubina total 291.2, directa 5.13 mol/L. GOT 22, GPT 16, GGT 91 UI/mL. Cultivos de orina, sangre y exudado conjuntival estériles.

Se realizaron curas tópicas del ombligo con solución antiséptica de triple colorante, y pomada de aureomicina por su conjuntivitis. Después de la caída del cordón umbilical, 11<sup>o</sup> día de vida, se aprecia un «granuloma» con secreción serosa, y sanguinolenta que no remite a pesar del tratamiento con nitrato de plata. A los 14 días de vida se aprecia salida de materias fecales por el ombligo, por lo que se sospecha persistencia de per-

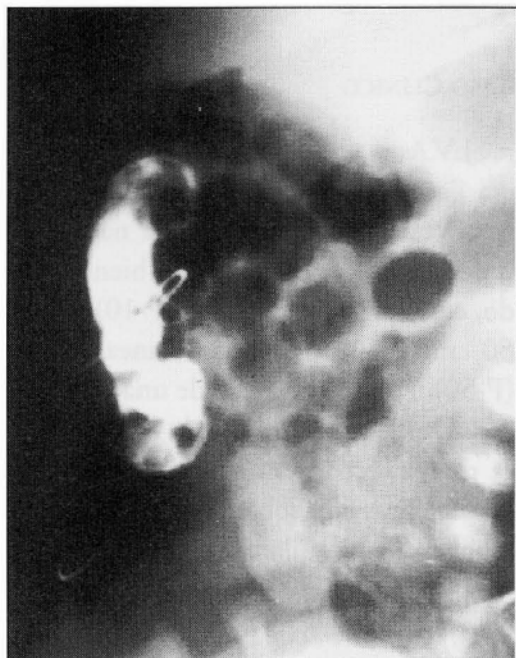


FIG. 1. Después de canalizado el conducto onfalomesentérico se rellenan asas de intestino delgado

meabilidad del conducto onfalomesentérico, y se realiza un estudio con contraste que demuestra la comunicación del ombligo con el intestino delgado (Fig. 1.).

Se realizó resección del conducto onfalomesentérico, y apendicectomía.

#### COMENTARIO

La reabsorción incompleta del conducto onfalomesentérico puede dar lugar a diversas anomalías congénitas ( Fig. 2). Se estima que afectan al 2-4% de la población general (2,3), y algunas se descubren durante laparoscopia realizada, por otros motivos, a adultos (4).

De todas estas anomalías, la que con más frecuencia ocasiona síntomas es el divertículo de Meckel, que como consecuencia de los restos pancreáticos, o de mucosa gástrica presentes en el divertículo, pueden ocasionar dolor, melena y perforación intestinal (2,3).

Cuando se oblitera el conducto onfalomesentérico, sin que ocurra su reabsorción, se produce un ligamento fibroso que atraviesa la cavidad peritoneal. Este ligamento une el borde antimesentérico del íleo con la pared abdominal anterior a nivel del ombligo. También se puede encontrar libre en la cavidad peritoneal, o unido a otra estructura intra-abdominal. En esta situación se puede producir desde dolor abdominal (4) hasta vólvulo y obstrucción intestinal (2).

El conducto onfalomesentérico puede permanecer permeable después del nacimiento, produciéndose una fístula y drenaje persistente del ombligo. Otra variante se produce cuando los dos extremos del conducto se cierran, y se genera un quiste vitelino, o enterocistoma central (1).

Cuando existe una comunicación completa entre el ombligo y el íleon,

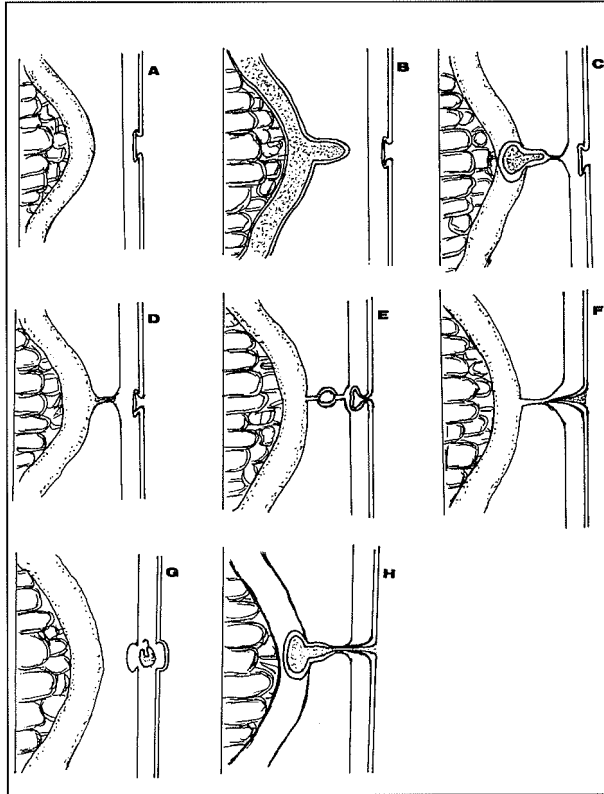


FIG. 2. Posibles vestigios del conducto onfalomesentérico.  
 A, normal.  
 B, divertículo de Meckel. C, divertículo de Meckel y ligamento fibroso.  
 D, ligamento fibroso. E, quiste entérico. F, sinus umbilical.  
 G, masa umbilical. H, conducto onfalomesentérico persistente.

como en este caso, se manifiesta por secreción del ombligo después de la caída del cordón. Primero se observará la expulsión de meconio y más tarde de materias fecales. A nivel del ombligo se aprecia una masa roja, semejante a un granuloma, con una hendidura a través de la cual se expulsan secreciones y heces. Esto puede ocasionar onfalitis y perionfalitis. La expulsión de una sustancia mucosa, la base del ombligo de color rojo vivo, o la persistencia del tejido de granulación, a pesar de la cauterización sugieren la existencia de restos del conducto vitelino.

El diagnóstico se confirma mediante la inyección de líquido radioopaco que permite la observación radiográfica del trayecto fistuloso, y confirma su comunicación con el intestino delgado.

El tratamiento consiste en la corrección quirúrgica.

Aunque ésta es la forma habitual de presentación, en ocasiones la primera manifestación ha sido la expulsión de ascaris a través del ombligo (5), y otras veces pueden presentarse complicaciones severas como la invaginación del intestino delgado a través del trayecto fistuloso, o la atresia intestinal (6).

## BIBLIOGRAFÍA

1. MOORE, K.L.: *Before we are born*. p 141. W B Saunders Company. Philadelphia. 1974
2. VANE, D.W.; WEST, K.W.; GROSFELD, J.L.: *Viteline duct anomalies*. Arch Surg 1987; 122:542-7
3. TUNELL, W.P.: *Diverticulo de Meckel*. p 503. Cirugía Pediátrica. Holder T M. Ashcraft K N. Ed. Interamericana. México. 1984.
4. PERRY, P.C.: *Recognition and treatment of persistent omphalomesenteric ligament. A report of two cases*. J Reprod Med 1990; 35: 636-8
5. SURENDAN, N.; KUMAR, R.; NASSIR, A.: *Unusual presentation of patent vitello intestinal duct with round worms emerging from the umbilicus*. J Pediatr Surg 1988; 23: 1061-2
6. PETRIKOVSKY, B.M.; NOCHIMSON, D.J.; CAMPBELL, W.A.; VINTZILEOS, A.M.: *Fetal jejunoileal atresia with persistent omphalomesenteric duct*. Am J Obstet Gynecol 1988; 158: 173-5.

## Correspondencia:

LÓPEZ PACIOS, D.  
Hospital «Camino de Santiago»  
Servicio de Pediatría  
24400- PONFERRADA (León)