

Hospital General Docente «Ivan Portuondo», San Antonio de los Baños

## Persistencia del conducto onfalomesentérico

Dra. Yanet García Fernández<sup>1</sup> y Dra. Rosa María Fernández Ragi<sup>2</sup>

### RESUMEN

Se presenta el caso de un recién nacido, cuyo nacimiento ocurrió en el Hospital «Iván Portuondo», en San Antonio de los Baños y en quien, inmediatamente después del nacimiento, se constata salida de contenido fecal a través de la zona umbilical. Se realiza el estudio contrastado con lipiodol y se comprueba el diagnóstico clínico y radiológico en la intervención quirúrgica. Se revisa la bibliografía, se muestran las fotografías al respecto y se expone el caso.

*Palabras clave:* Persistencia del conducto onfalomesentérico.

Durante la vida fetal el conducto onfalomesentérico une al saco vitelino con el intestino medio y se cierra normalmente para desaparecer por completo. Se encuentra conectado con el intestino primitivo en el saco amniótico. En el desarrollo embriológico normal, el conducto onfalomesentérico involuciona entre las 5a y 7a semanas de vida intrauterina. Un fracaso en la regresión produce varias anomalías, en dependencia del lugar donde se localice este fallo: en el lado umbilical o en el intestinal.

Los vestigios del conducto onfalomesentérico (vitelino) pueden presentarse como anomalías relacionadas con la pared abdominal. Sin embargo, puede ocurrir que todo o parte del conducto fetal se mantenga y entonces se produzca sintomatología clínica. También puede persistir como una estructura permeable en toda su longitud o mantenerse como un divertículo o quiste cuando persiste en su periferia, parte central o media; o quizás quede representado simplemente por un resto de epitelio intestinal ectópico a nivel umbilical o como cordón fibroso.

El divertículo de Meckel es la lesión más común en su grupo y ocurre en el 2 % a 4 % de las personas. La permeabilidad completa del conducto onfalomesentérico (fístula entero-umbilical) es extraordinariamente rara y son muy pocos los casos que aparecen documentados en la literatura. La persistencia de todo el conducto es señalada por la emisión de contenido de heces fecales por el ombligo, lo cual se observa inmediatamente

después del nacimiento y es corregido quirúrgicamente y evitar así la intususcepción o vólculo.<sup>1-4</sup>

Se diagnóstica con la inyección de lipiodol en el orificio fistuloso si existiese este. El diagnóstico se hace mediante la observación, cuando el recién nacido realiza esfuerzos como el provocado por el llanto, pues se produce la salida de material fecal o gases por el ombligo.<sup>5,6</sup> La mortalidad es mínima si se interviene inmediatamente para evitar el prolapso del íleo y la actitud expectante es incorrecta cuando se observa función normal del tubo digestivo en presencia de conducto onfalomesentérico permeable.<sup>7-9</sup>

Dada la poca incidencia de esta entidad clínica y valorando la contribución del caso a la literatura médica es que hemos decidido la presentación de nuestro caso.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Se trata de un recién nacido, nacido en el Hospital «Iván Portuondo», en San Antonio de los Baños, Provincia La Habana. El recién nacido es del sexo masculino, de parto eutócico y su madre tiene 25 años de edad, gestación de 39,1 semanas, sin antecedentes patológicos personales ni del embarazo.

El paciente nace producto de parto eutócico, pesa 3 000 g, tiene conteo de Apgar de 9 al minuto y 9 a los 5 minutos de vida. Con aparente estado de salud al nacimiento, inmediatamente después se observa emisión de contenido fecal a través del ombligo, por lo que se realiza examen contrastado con lipiodol y se comprueba la persistencia del conducto. Se decide, en coordinación con cirugía su intervención quirúrgica, en la que se comprueba el diagnóstico clínico y radiológico. La evolución clínica del niño fue satisfactoria y se dio el alta médica a los 15 días de nacido.



Figura 1. Obsérvese las características de la zona umbilical de este caso



Figura 2. En esta foto observamos la emisión de heces fecales.



Figura 3. Obsérvese en el RX con lipiodol como se comprueba la permeabilidad del conducto.

## DISCUSIÓN

En el desarrollo embriológico normal, el conducto onfalomesentérico involucre entre las 5<sup>ta</sup> y 7<sup>ta</sup> semanas de vida intrauterina. Un fracaso en la regresión produce varias anomalías, entre las cuales se halla la persistencia total del conducto onfalomesentérico con manifestaciones tempranas en la etapa neonatal como nuestro caso o fístulas que, antes de la caída del cordón, pueden diagnosticarse por el aspecto dilatado mismo este, que deja ver una tumefacción oscura del canal onfalomesentérico. Después de la caída del cordón, el aspecto es el de un grueso pólipo umbilical, del que pueden salir gases y líquido intestinal.

La persistencia parcial puede también adoptar dos aspectos: el de un ombligo exudativo o el de una tumefacción umbilical. La obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico recibe el nombre de divertículo de Meckel y es la forma de mayor incidencia clínica.

La frecuencia en nuestro trabajo es similar a lo planteado en la literatura,<sup>1-4</sup> que es rara y escasa al respecto. El tratamiento inmediato quirúrgico evita las complicaciones y contribuye a la supervivencia de estos pacientes. En nuestro caso no se presentaron complicaciones quirúrgicas y el paciente evolucionó satisfactoriamente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Pórtela CA, Dí az Martí n J. Persistencia del conducto onfalomesentérico. Presentación de un caso. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río. 2005; 1(9): 24. Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/rev-fcm91/rev-fcm9111.html>
2. Fanaroff AA, Martí n RJ. Enfermedades del feto y del recién nacido. Perinatología-neonatología. En: Behrman. Trastornos gastrointestinales. Vol.1. Ciudad de La Habana: Ed. Científico Técnica; 1985. pp. 584-590.
3. Sánchez Pórtela C. Patología del ombligo en pediatría. Remanentes del conducto onfalomesentérico. Asociación Canadiense de Cirujanos Pediátricos. Ped And Chile Health. 2001; 6:170-174.
4. Mazzitelli N, Vauthay L, Fulsman R. Mucosa intestinal en el cordón umbilical: Persistencia y diferenciación del conducto onfalomesentérico. Rev Hospital Materno Infantil R. Sarda. 2004; 9(1):1-4.
5. Shaw A. Desórdenes del ombligo. En Welch K, Randolph JG, Ravitch MM, Eds. Pediatric Surgery. Chicago: Year Book; 1986. pp. 731-739.
6. Rusowsky KL, Mena del Valle J. Patología del conducto onfalomesentérico: Experiencia quirúrgica. Rev Med Valparaíso; 1999; 43(3/4):63-72.
7. Dí az Espinal F, Castillo R. Persistencia del conducto onfalomesentérico con manifestación de evisceración. A propósito de 3 casos. Acta MED Domin. 1999; 14(2):56-8.
8. Vieira SC, Barros MA. Complicações do remanescente do conducto onfalomesentérico: Obstrução intestinal. J Bras Med; 2000; 66(4):53-4.
9. Sadler TW. Patología del ombligo en pediatría. Remanentes del conducto onfalomesentérico. En: Langman J. Embriología médica. 8a Ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2000. pp. 227-254.

Recibido: 27 de febrero de 2006. Aprobado: 24 de abril de 2006

*Dra. Yanet García Fernández.* Calle 78 N.º 3310, e/ 33 y 35, San Antonio de los Baños.

Correo electrónico: [yanet.fernandez@infomed.sld.cu](mailto:yanet.fernandez@infomed.sld.cu)

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Neonatología.

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Neonatología. Profesor Auxiliar.