

**PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ONFALOMESENTERICO CON
MANIFESTACION DE EVISCERACION. A PROPOSITO DE
TRES CASOS.**

- * Dr. Fernando Díaz Espinal
- ** Dr. Ramón Castillo
- o Dra. Virgen Gómez
- o Dr. Gustavo Lazala
- oo Dra. Dilcia García De Peña
- oo Dra. Elsa María Peña

Resumen:

Se presentan 3 casos de persistencia del conducto onfalomesenterico (PCOM) con la rara manifestación de evisceración ileal a través del defecto umbilical

Persistencia del conducto Ónfalomesenterico

Evisceración Ileal

Abstract

We present three cases of persistency of the omphalomesenteric duct, with the rare manifestation of ileal evisceration through the umbilical defect.

Persistency of the Omphalomesenteric duct

Ileal evisceration

INTRODUCCION

La persistencia del onducto ónfalomesentérico es una anomalía relativamente frecuente y se presenta cuando durante la vida intrauterina se produce falta incompleta de la involución del conducto vitelino. Cuando se producen involuciones parciales del mismo, pueden entonces presentarse el Divertículo de Meckel o el quiste vitelino

La P.C.O.M. puede ser sospechada o diagnosticada en el R. N. cuando se hace una buena evaluación umbilical, cuando encontramos una masa de aspecto mucoso, cuando secreta líquido o cuando expulsa gases. Generalmente el diagnóstico es tardío luego de tratamientos tópicos infructuosos.

Reportamos estos 3 casos por su interés, puesto que

son emergencias quirúrgicas producidas por iatrogenia y diagnóstico erróneo de granuloma umbilical tratados con toques de podofilina.

CASO No. 1

RN. masculino de 18 días de edad producto de embarazo a término que pesó 7 1/4 libras al nacer, traído a la emergencia de nuestro hospital por el médico tratante con la historia de que luego de caer el ombligo apareció masa umbilical de color violacea en el fondo de la cicatriz umbilical con expulsión de escasa cantidad de material amarillento, por lo que fue tratado con toques de podofilina produciéndose de inmediato evisceración de asas intestinales a través del ombligo.

Al exámen encontramos un paciente activo, en buenas

- * Jefe del Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, R. D.
- ** Pediatra Cirujano, Hospital Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, R.D.
- o Pediatras, Hospital Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, R. D.
- oo Médicos Generales, Hospital Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, R. D.

condiciones generales con evisceración y prolapso del ileón, sin clínica de obstrucción intestinal. No se realizó radiografía simple de abdomen ni fistulograma por ser una emergencia quirúrgica.

El paciente fue intervenido de emergencia encontrándose evisceración y prolapso de la pared ileal a través del conducto onfalomesentérico persistente y se practicó extirpación total del P.C.O.M. con anastomosis término-terminal.

Buena evolución post-quirúrgica y dado de alta en óptimas condiciones.

CASO No. 2

Masculino de un mes de edad, producto de embarazo a término que pesó 7 1/2 libras al nacer, que viene con historia de masa en región umbilical notada por su madre desde los 10 días de edad, la cual no permitía la cicatrización adecuada del ombligo llevado al médico aplicándose toques de podofilina, notando la madre salida de asas intestinales por el ombligo lo que obliga llevar la paciente a emergencia, encontrándose un paciente activo, eutrófico, en buenas condiciones generales mostrando asas intestinales evisceradas por cicatriz umbilical, no hallazgos de obstrucción.

No se realiza radiografía simple de abdomen ni fistulograma, pues fue intervenido de emergencia encontrándose evisceración y prolapso de la pared ileal a través de la P.C.O.M. practicándose excéresis total del conducto onfalo-



Figura No. 1.- Se observa masa redondeada de aspecto mucoso de unos 3 cm de diámetro con orificio central.



Figura No. 2.- Fistulograma que demuestra comunicación entre fístula e intestino (P.C.O.M.).



Figura No. 3.- Hallazgos quirúrgicos: se evidencia la persistencia del conducto onfalomesentérico.

mesenterico persistente con anastomosis término-terminal.

Buena evolución post-quirúrgica, dándose de alta en óptimas condiciones.

CASO No 3

Masculino de 4 meses producto de embarazo a término que pesó 7 1/2 libras al nacer, que desde el 7º día de edad la madre notó una tumoración violácea en la cicatriz umbilical luego que se produjo la caída del cordón acompañándose de expulsión de escasa secreción amarillenta a veces sangrado escaso e intermitente, la cual fue aumentando de tamaño a medida que pasaba el tiempo.

Al exámen encontramos un paciente eutrófico, activo que pesó 15 1/2 lib. y como único hallazgo positivo se evidenció una masa redondeada de coloración rojiza con pequeñas áreas de sangrado y escasa cantidad de secreción amarillenta de unos 3 cm. de diámetro con aspecto de mucosa húmeda con orificio central por donde sale escasa cantidad de líquido amarillento (foto No.1).

Una radiografía simple de abdomen fue negativa y en el fistulograma se evidenció comunicación de ileón al ombligo por la P.C.O.M. (foto No.2).

Intervenido quirúrgicamente, encontrándose evisceración y prolapso de la pared ileal a través de la P.C.O.M. (foto No.3), además de persistencia de uraco. Se practicó excéresis total del P.C.O.M. y del Uraco y anastomosis término-terminal. Buena evolución post-quirúrgica y dado de alta en buenas condiciones.

COMENTARIOS:

La persistencia total el conducto onfalomesenterico es una anomalía relativamente frecuente, pero menos frecuente que el Divertículo de Meckel y sus complicaciones.

Se reporta una mayor frecuencia en el sexo masculino, siendo nuestros 3 pacientes masculinos. Generalmente el diagnóstico se hace antes del mes de edad, en el período de recién nacido, en nuestros casos uno fue diagnosticado a los 18 días, otro al mes y otro al 4º mes. La mayoría de las veces el diagnóstico es tardío porque generalmente no se sospechaba P.C.O.M. cuando el RN es valorado por primera vez, por lo que cuando evaluemos un RN con secreción o expulsión de líquido o de gases debemos pensar en la P.C.O.M. y ser referido a cirugía con fines de comprobar el diagnóstico rápidamente, ya que hemos visto que de nuestros tres pacientes, antes de llegar al diagnóstico definitivo, dos fueron tratados con medicación tópica, produciéndose de inmediato evisceración intestinal convirtiéndose en urgencias quirúrgicas y el otro fue diagnosticado

tardíamente. Además pueden producirse vólvulos alrededor de los remanentes del C.O.M., hemorragias por ulceración del mismo, desnutrición porque puede comportarse como una fístula ileal y también puede causar obstrucción intestinal.

Al exámen del ombligo podemos encontrar diferentes formas en la P.C.O.M. Una imagen parecida a una colostomía, prolapso ileal como en nuestros 3 casos, pequeña tumoración mucosa con fístula a veces difícil de localizar y otras veces con aspecto de un granuloma umbilical.

El diagnóstico se confirma mediante fistulograma, el cual muestra comunicación con el ileón o con la fístula o que termina en fondo de saco ciego.

Se describen anomalías asociadas entre el 27 y 28% de los casos, la más frecuente es la P.C.O.M. en el seno de un onfalocele, la atresia yeyunal; uno de nuestros pacientes (caso No.3) se asoció con persistencia de uraco.

Una vez hecho el diagnóstico el paciente debe operarse con fines de corregir el defecto y evitar sus complicaciones.

La técnica utilizada por nosotros en los 3 casos fue excéresis total del conducto onfalomesenterico persistente con anastomosis término-terminal, evolucionando todos bien y no hubo mortalidad.

BIBLIOGRAFIA

- Galler, Leonard. Divertículo Meckel Revisión . Tribuna Médica. Julio 1ro. 1986. 15-17.
- Gamero J, Velasquez F. Divertículo de Meckel . Experiencia del Hosp. de niños Benjamín Bloom. Rev. Soc. de Pediatría de El Salvador. Mayo - Junio 1982. XIII (I) 39-46.
- García B, Aleu P, Velasquez T, Ferrer C. Divertículo de Meckel en la infancia . Acta Pediátrica Española. Vol. 42 No.3, 1984. 101-105.
- Miguel L, García M, Ruiz O, Rodríguez O, Camacho G, López P. Involución incompleta del conducto onfalomesenterico . Rev. Española de Pediatría, Vol. 37-219, 1981. 183-188.
- Pitrikovsky B, David N, Campbell W, Vintzileos A. Fetal Jejunoileal atresia with persistent onfalomesenteric duct . American journal obstet gynecol. 158-1. 1988. 173-175.
- Nelson W, Vaughman Vc, Mc Kay R. Tratado de Pediatría . Tomo I. Ediciones Salvat. México. 12º ed. 1988.
- Swenson O. Meckel's Diverticulum. Swenson's Ped. Surg. Ed. John G. Rappersperger. Appleton-Century Crofts N.Y. 1980-452-455.