

Fístula onfalomesentérica

Omphalomesenteric Fistula

Yadira Matilla Villegas¹ <https://orcid.org/0000-0002-8559-659X>

Yosvani Águila Rodríguez^{2*} <https://orcid.org/0000-0002-1376-3643>

Liz María Artime Martínez² <https://orcid.org/0000-0001-7513-4394>

¹Hospital Provincial Pediátrico Hermanos Cordové. Manzanillo, Granma, Cuba.

²Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley. Manzanillo, Granma, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yovarod@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las alteraciones a nivel del cordón umbilical en el neonato son frecuentes, y se presentan hasta en el 2 % de la población general. Dentro de estas anomalías se encuentra la fístula umbilical o vitelina, la que aparece cuando el conducto onfalomesentérico mantiene su permeabilidad.

Objetivo: Presentar un paciente con una fístula onfalomesentérica dada la poca incidencia de esta anomalía clínica.

Presentación de caso: Lactante masculino de ocho meses de edad, que acudió a consulta por presentar mucosa intestinal expuesta a nivel del ombligo, de coloración rojo pálido, húmeda y con presencia de secreciones intestinales aireadas. Se demostró la persistencia y permeabilidad del conducto onfalomesentérico, lo que confirmó su diagnóstico de fístula vitelina. Se intervino quirúrgicamente con evolución favorable.

Conclusiones: La fístula umbilical o vitelina es de rara incidencia, por lo que existe el

consenso entre pediatras, cirujanos y médicos en general de su estudio para que su diagnóstico sea realizado de manera oportuna.

Palabras clave: conducto onfalomesentérico; fístula umbilical; fistulografía.

ABSTRACT

Introduction: Abnormalities of the umbilical cord in newborns are common, occurring in up to 2% of the general population. Among these anomalies is the umbilical or vitelline fistula, which occurs when the omphalomesenteric duct remains patent.

Objective: To present a patient with an omphalomesenteric fistula, given the low incidence of this clinical anomaly.

Case presentation: An eight-month-old male infant was brought to the clinic because of exposed intestinal mucosa at the navel, which was pale red, moist, and had aerated intestinal secretions. The persistence and permeability of the omphalomesenteric duct was demonstrated, confirming the diagnosis of vitelline fistula. Surgery was performed with favorable results.

Conclusions: Umbilical or vitelline fistula is rare, so there is consensus among pediatricians, surgeons, and physicians in general that it should be studied so that it can be diagnosed in a timely manner.

Keywords: omphalomesenteric duct; umbilical fistula; fistulography.

Recibido: 26/11/2024

Aceptado: 27/12/2024

Introducción

Las alteraciones a nivel del cordón umbilical en el neonato son en su conjunto frecuentes, al presentarse en hasta el 2 % de la población general, por lo que, tanto neonatólogos como cirujanos deben de conocerlas e identificarlas para actuar oportunamente.

Dentro de los componentes del cordón umbilical, la patología del conducto onfalomesentérico ocupa un lugar de importancia.^(1,2) Durante la vida fetal, dicho conducto une al saco vitelino con el intestino medio, al encontrarse conectado con el intestino primitivo en el saco amniótico, para luego cerrar normalmente durante el desarrollo fetal y desaparecer por completo.⁽²⁾

Durante el desarrollo embriológico normal, el conducto onfalomesentérico involuciona entre las quinta y séptima semanas de vida intrauterina. Un fracaso en su regresión produce varias anomalías, en dependencia del lugar en el cual se localice el fallo en el lado umbilical o intestinal.⁽²⁾

Dentro de estas anomalías se encuentra la fístula umbilical o vitelina, que aparece cuando el conducto onfalomesentérico mantiene su permeabilidad en toda su longitud y se haya en comunicación directa entre el ombligo y el tracto intestinal, lo que permite que se expulsen gases o heces a través de un pequeño orificio o estroma.^(2,3) Por lo que se sospecha inmediatamente después del nacimiento y su diagnóstico imagenológico se realiza a través de la inyección de contraste yodado en el orificio localizado en el ombligo para demostrar la permeabilidad del conducto onfalomesentérico y su comunicación con el intestino. Al ser esta anomalía extraordinariamente rara y resultar pocos los casos que se encuentran documentados,^(4,5) la presentación tuvo como objetivo presentar un paciente con una fístula onfalomesentérica.

Presentación del caso

Se trató de un paciente lactante masculino de ocho meses de edad, producto de un parto distócico a las 42 semanas de gestación, con antecedentes prenatales de sepsis vaginal en el segundo trimestre, perinatal y posnatales de salud. Traído por sus padres a la consulta externa del Hospital Pediátrico Provincial Hermanos Cordové de Manzanillo, en Granma, por presentar un aumento de volumen a nivel del ombligo.

Al examen físico, se observó:

- Ombligo con mucosa intestinal expuesta de aproximadamente 2 cm de longitud, de coloración rojo pálido, húmeda, con presencia de secreciones intestinales aireadas y sin signos de inflamación aguda (fig. 1). El resto del examen físico no mostró hallazgos significativos.



Fig. 1 - Mucosa intestinal expuesta, con orificio central, que se corresponde con la porción externa de la fístula.

Exámenes complementarios realizados

Laboratorio clínico:

- Hemoglobina: 99 g/l
- Hematocrito: 0.31
- Leucocitos: $11.2 \times 10^9/l$
- Conteo de plaquetas: $450 \times 10^9/l$
- Citoria y heces fecales: negativos

Imagenología:

- Ecografía abdominal: se observa imagen compleja, predominantemente ecolúcida, de contornos bien definidos, alargada, con elementos ecogénicos

internos y peristalsis, que se extiende desde la cavidad abdominal hasta comunicar con la piel, en relación con asa intestinal, por lo que se sugiere fistulografía.

- Estudio imagenológico contrastado (fistulografía sugerida), con el paciente en decúbito lateral izquierdo, se administraron 10 cc de contraste yodado a través del orificio localizado en el ombligo, y se observó trayecto fistuloso de aproximadamente 5 cm de longitud que comunicaba el exterior con el intestino delgado (íleon) y, opacificaba un segmento de este, demostrando la persistencia y permeabilidad del conducto onfalomesentérico, y se confirmó el diagnóstico de fístula vitelina (fig. 2)

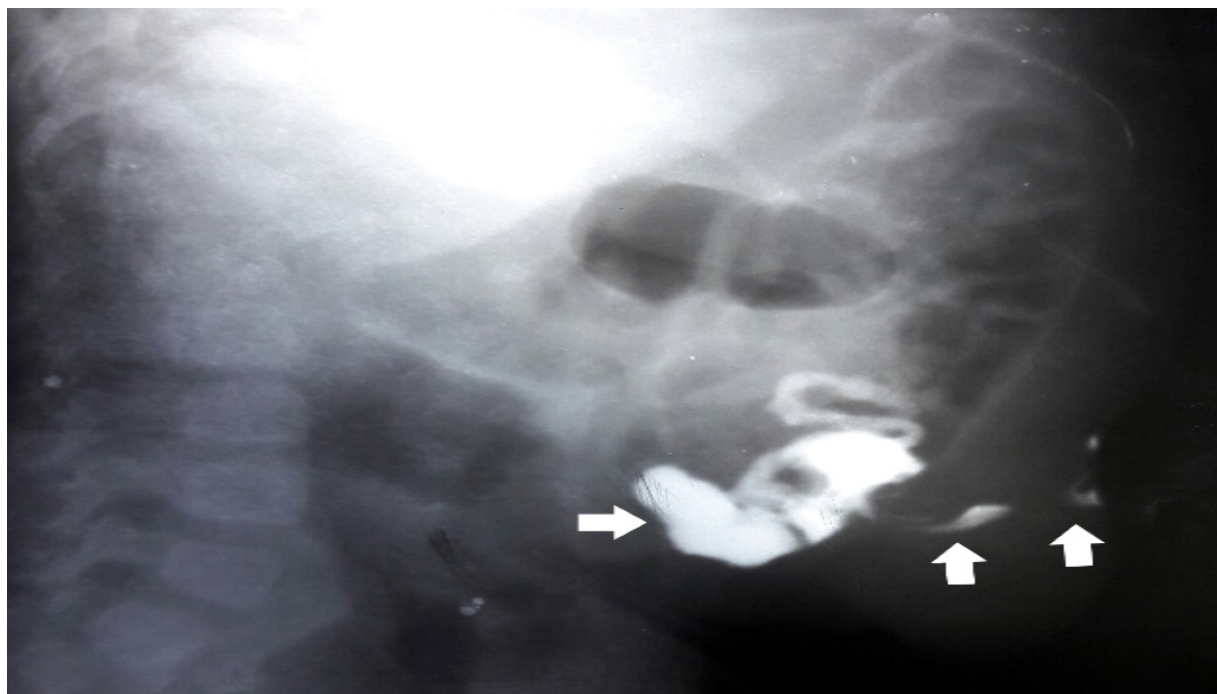


Fig. 2 - Vista lateral izquierda de fistulografía (se señala trayecto fistuloso opacificado).

El paciente fue intervenido quirúrgicamente y se le realizó resección en cuña del trayecto fistuloso y enterorrafia (fig. 3).

Se mantuvo baja régimen hospitalario por un término de siete días sin complicaciones. Se realizó su seguimiento por consulta externa, y no se constataron alteraciones ni recidivas de la fístula, por lo que fue dado de alta definitiva.



Fig. 3 - Asa intestinal delgada con prolongación anómala en comunicación con el omblico, compatible con persistencia del conducto onfalomesentérico.

Discusión

En el desarrollo embriológico normal, el conducto onfalomesentérico involuciona entre la quinta y la séptima semanas de vida intrauterina. Un fracaso en la regresión produce varias anomalías, entre las que se halla la persistencia total del conducto onfalomesentérico con manifestaciones tempranas en la etapa neonatal, como en el caso presentado.^(1,2)

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

o como un cordón fibroso.^(2,4,5)

El diagnóstico diferencial de esta anomalía debe establecerse con:

- El divertículo de Meckel, y se conoce como la persistencia de la porción proximal del conducto vitelino. Generalmente asintomático, al ser una invaginación del íleon situada entre 60 y 90 cm de la válvula ileocecal. Es la lesión más común y ocurre entre el 2-4 % de las personas.
- El quiste vitelino, que sucede cuando los dos extremos del conducto vitelino se transforman en cordones fibrosos y la porción media origina un quiste voluminoso.^(6,7)

En el caso de la fístula umbilical o vitelina, esta aparece cuando el conducto onfalomesentérico mantiene su permeabilidad en toda su longitud y se haya en comunicación directa entre el ombligo y el tracto intestinal, lo que permite que se expulsen gases o heces a través de un pequeño orificio o estroma. Unas veces el trayecto es simple y recto, en otras ocasiones se halla formado por un rosario de restos del divertículo de Meckel, el quiste vitelino y el ductus residual de tipo fistuloso encadenados pero comunicados entre sí.^(8,9,10)

La frecuencia de esta anomalía es rara, por lo que se tiene poca evidencia documental, particularmente en Cuba, en la que *Sánchez* y otros⁽⁵⁾ reportaron el diagnóstico y tratamiento de un caso similar en la provincia de Pinar del Río.

Su tratamiento es quirúrgico y evita las complicaciones, lo que aumenta la supervivencia de estos pacientes.^(6,11) El caso presentado no tuvo complicaciones y su recuperación fue completa y satisfactoria.

Conclusiones

Son múltiples y frecuentes las anomalías que pueden afectar al área umbilical en pacientes pediátricos y resulta crucial reconocerlas dada su importancia anatómica. La fístula umbilical o vitelina tiene una rara incidencia, por lo que es consenso entre

pediatras, cirujanos y médicos en general su estudio, para su diagnóstico oportuno y definir su conducta inmediata, y proporciona calidad de vida al paciente.

Referencias bibliográficas

1. García AE, Subiabre D, Alegre-de-Miguel V. Patología del área umbilical. *Med Clin Pract.* 2019;2(6):105-18. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mcpsp.2019.08.002>
2. Carro G, Urroz J, Juambeltz C. Persistencia do ducto onfalomesentérico permeável. *Anfamed.* 2018;5(2):102-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.25184/anfamed2018v5n2a1>
3. García Y, Fernandez RM. Persistencia del conducto onfalomesentérico. *Rev Cubana Pediatr.* 2006 [acceso 01/03/2021];78(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312006000300011&lng=es
4. Alulema C, Martínez A, Rodríguez J, Medina I, Marizande F. Diagnóstico Temprano de Persistencia de Conducto Onfalomesentérico. *Medicinas UTA.* 2018;1(4):25-9. DOI: <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v1i4.25.2018>
5. Sánchez CA, Díaz J, Ampudia M, Sosa R, Rodríguez W. Persistent Onphalomesenteric duct: A case report. *Rev Ciencias Médicas.* 2005 [acceso 01/03/2021];9(1):91-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942005000100011&lng=es
6. Viñet LM, Correa LS. Retardo en la caída del cordón umbilical por persistencia del conducto onfalomesentérico. Presentación de caso. *Panorama Cuba y Salud.* 2017 [acceso 01/05/2021];12(2):3 Disponible en: <http://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/686>
7. Tineo N, Núñez N, Rodríguez L, Rodríguez A. Atresia ileal distal con fístula entero-umbilical en un recién nacido. *Rev Mex Pediatr.* 2019;86(5):190-3. DOI: <https://dx.doi.org/10.35366/SP195E>
8. Miyao M, Takahashi T, Uchida E. A Case of Anomalous Congenital Band that Was Difficult to Differentiate from Omphalomesenteric Duct Anomaly. *J Nippon Med Sch.* 2017 [acceso 01/03/2021];84(6):304-7. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jnms/84/6/84_304/_pdf/-char/en

9. Solomon E, Lapidoth M, Snast I, Ben-Amitai D, Zidan O, Friedland R, *et al.* Cutaneous presentations of omphalomesenteric duct remnant: A systematic review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 2019;81(5):1120-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.02.033>
10. Heymann WR. Contemplating the navel: Omphalomesenteric duct remnant disorders. *J Am Acad Dermatol.* 2019;81(5):1072-3. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.08.077>
11. Yaka M, El Khader A, El Kaoui H, Tahiri MH, Eherichiou A, Alkandry S. Persistance complète du canal omphalomésentérique chez l'adulte révélée par une omphalite. *Journal de Chirurgie.* 2009;(146):497-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jchir.2009.09.006>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.