



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. abril 2005; 9(1):

PRESENTACIÓN DE CASO

Persistencia del conducto onfalomesentérico. Presentación de un caso

Persistent Onphalomesenteric duct: A case report

**Carlos A. Sánchez Portela¹, Jesús Díaz Martínez², Manuel Ampudia Lizano³,
Roberto Sosa Hernández⁴, William Rodríguez Ramos⁵.**

¹Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

²Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

³Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁴Residente 4to Año de Cirugía General. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁵Licenciado en Enfermería. UCI. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

RESUMEN

Se presentó el caso de un paciente de 42 años de edad, operado en el Hospital General Universitario «Abel Santamaría Cuadrado» de Pinar del Río, que presentaba una fístula entero cutáneo, por persistencia del conducto onfalomesentérico. El tratamiento consistió en la resección intestinal y anastomosis termino terminal. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Palabras clave: CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO/cirugía, CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO/complicaciones, FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA, ANASTOMOSIS QUIRÚRGICA.

ABSTRACT

A 42 year old male patient underwent an operation at "Abel Santamaria" University Hospital, Pinar del Rio. The patient presented an entero coetaneous fistula and persistence of the omphalomesenteric duct. Operative procedures consisted of intestinal resection and end-to-end anastomosis. Postoperative course was satisfactory.

Key words: OMPHALOMESENTERIC DUCT/surgery, OMPHALOMESENTERIC DUCT/complications, ENTERO ? CUTANEOUS FISTULA, OPERATIVE ANASTOMOSIS.

INTRODUCCIÓN

Los vestigios del conducto onfalomesentérico (vitelino) pueden presentarse como anomalías relacionadas a la pared abdominal. En el feto, el conducto onfalomesentérico une el intestino medio fetal al saco vitelino. El normalmente se cierra y desaparece por completo.

Entretanto, parte o todo el conducto fetal puede persistir y producir síntomas.

Cuando el conducto onfalomesentérico no desaparece, puede persistir como estructura permeable a toda su longitud; puede persistir solo en su periferia, su parte media, o su parte central como divertículo o quiste; o quizás quede representado simplemente por un resto de epitelio intestinal ectópico a nivel umbilical o como cordón fibroso. El divertículo de Meckel es, con mucho, la lesión más común en su clase, y ocurre en 2 a 4 % de las personas.¹⁻⁴ **(Fig. 1).**

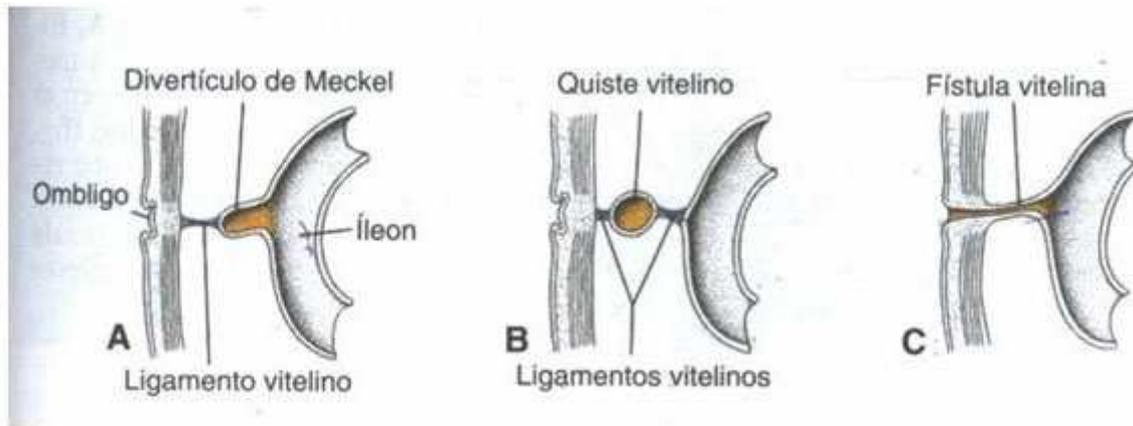


Figura 1. Restos del Conducto Onfalomesentérico.

Los casos de permeabilidad completa del conducto onfalomesentérico (fístula entero umbilical) son extraordinariamente raros, no encontrándose reporte de casos en los últimos años. La persistencia de todo el conducto es señalada por la emisión de contenido entérico por el ombligo. Eso es observado en el período neonatal inmediato y debe ser corregido rápidamente, con laparotomía y escisión del conducto, para evitar una intususcepción o un vólvulo.^{3, 5}

La morfología del trayecto fistuloso puede ser fácilmente delineada por una fistulografía previa inyección de Lipiodol en el orificio fistuloso cuando existe.⁴

El diagnóstico se confirma de inmediato si al llorar o hacer esfuerzos el recién nacido se observa la salida de gas o materia fecal por el ombligo.

Debe evitarse la actitud expectante cuando se observa función normal del tubo digestivo en presencia de conducto onfalomesentérico permeable.

Si la operación se realiza antes que se haya producido prolapso del íleo con dificultad vascular, la mortalidad es mínima.

REPORTE DEL CASO

Paciente J.P.V., masculino de la raza blanca y de 42 años de edad con antecedentes de presentar desde niño secreciones por el ombligo, de aspecto fétidas, oscuras y espesas, sin otros síntomas por lo que recibió varios tratamientos como a una fístula intestinal con antibióticos, anti inflamatorios e inyección de contraste yodado con el objetivo de cerrar la fístula, no siendo exitosos los mismos, manteniéndose con dichas secreciones hasta el momento actual.

Se decide su ingreso en el servicio de cirugía general de nuestro hospital con el diagnóstico presuntivo de Fístula intestinal, para realizar un estudio y llegar a un diagnóstico positivo y realizar un tratamiento definitivo.

Al examen físico se constata la presencia de orificio fistuloso periumbilical por el cual drena un líquido con las características de ser líquido intestinal. El resto de la exploración física fue normal.

El estudio analítico de hemograma, glicemia, pruebas funcionales hepáticas y renales fueron normales.

Acto seguido se practica una ecografía abdominal que no demostró alteraciones orgánicas intrabdominales. Posteriormente se realizó una fistulografía (**Fig. 2**)^{4, 5} en la que se observa la presencia de un trayecto fistuloso hasta asa yeyunal por lo que se concluye como una fístula entero cutánea por persistencia del conducto onfalomesentérico decidiéndose intervenir quirúrgicamente.



Figura 2. Fistulografía que muestra el trayecto fistuloso desde el Ombligo hasta el Intestino delgado.

En diciembre de 2001 con el diagnóstico de fístula entero cutánea por persistencia del conducto onfalomesentérico, se realizó laparotomía media infraumbilical comprobándose la existencia de un trayecto fistuloso desde yeyuno hasta el ombligo (**Fig. 3**)^{5,7, 8} realizándose resección en bloque de todo el trayecto fistuloso desde el ombligo hasta el segmento de asa intestinal interesada, con anastomosis termino-terminal en un plano. Presentó una evolución satisfactoria, siendo dado de alta hospitalaria a los siete días de la intervención.

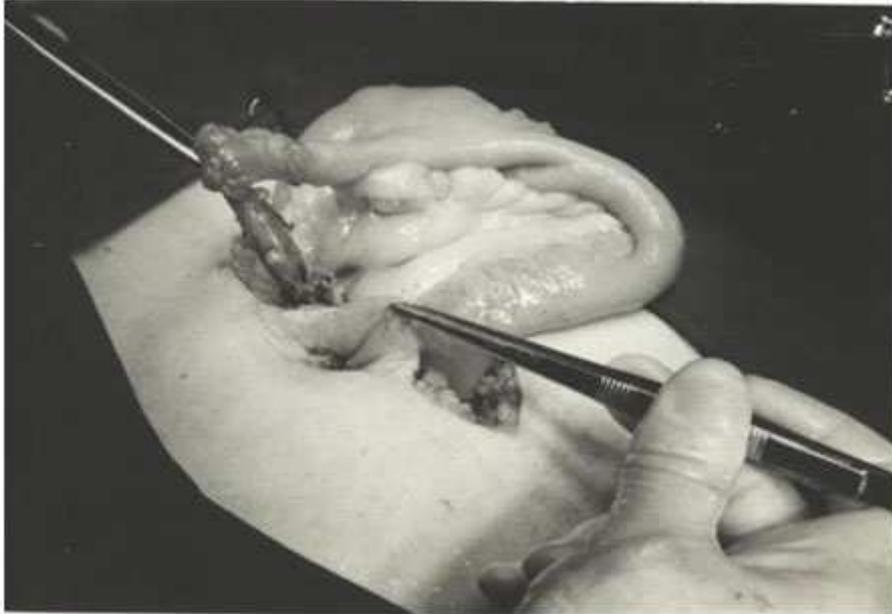


Figura 3. Muestra de la Fístula durante el acto operatorio.

El examen anatomopatológico fue informado como trayecto fistuloso con mucosa intestinal.

Se ha realizado un seguimiento al paciente por consulta externa no constatándose alteraciones ni recidivas de la fístula por lo que podemos considerar curado este paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Langman J. Embriología médica. 8a Ed. México: Editorial Médica. Panamericana; 2000.
2. Patología del ombligo en pediatría. Remanentes del conducto onfalomesentérico. Asociación Canadiense de Cirujanos Pediátricos. Ped And Chile Health, 6; 2001.
3. Mazzitelli N, Vauthay L, Fulsman R. Mucosa intestinal en el cordón umbilical: Persistencia y diferenciación del conducto onfalomesentérico. Hospital Materno Infantil R. sarda. Dpto. de Biología Celular e Histología. Facultad de Medicina. UBA. 2004.
4. Shackelfor RT. Cirugía del Aparato Digestivo. México: Editorial Médica Panamericana 2001.
5. Rusowsky KL, Mena del Valle J. Patología del conducto onfalomesentérico: Experiencia quirúrgica. Rev Med Valparaiso, 1999; 43(3/4):63-72.
6. Sabiston DC. Tratado de Cirugía 15a Ed. Brasil: Editora Guanabara Koogan SA. 2001.

7.Vieira SC, Barros MA. Complicações do remanescente do conducto onfalomesenterico: Obstrução intestinal. J Bras Med; 2000; 66(4):53-4.

8. Díaz Espinal F, Castillo R. Persistencia del conducto onfalomesenterico con manifestación de evisceración. A propósito de 3 casos. Acta Med Domin; 1999; 14(2):56-8.

Recibido: 6 de abril de 2004

Aprobado: 15 de diciembre de 2004

Dr. Carlos A. Sánchez Portela. Rafael Peña # 87. / Martí y Línea. San Cristóbal.
Pinar del Río. Telef.3679.

E-mail- carlosap@has.pri.sld.cu carlosap@has.pri.sld.cu