

Ombbligo húmedo: planteamiento y diagnósticos diferenciales a partir de dos casos clínicos pediátricos

Humid Navel: Approach and Differential Diagnosis from Two Pediatric Clinical Cases

Aldana Soledad Vacas,¹ María Valeria Angles,² María Victoria Rodríguez Kowalczyk,³ María Luz Bollea Garlatti,⁴ María Manuela Martínez Piva⁴ y Alicia María Kowalczyk⁵

¹ Médico residente, cuarto año.

² Médico de planta, dermatología pediátrica.

³ Médico asociado, especialista en cirugía dermatológica.

⁴ Médico, jefe de residentes.

⁵ Médico, jefe del servicio.

Servicio de Dermatología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Fecha de aceptación: enero, 2017

RESUMEN

En la población pediátrica los defectos de la pared anterior del abdomen constituyen el cuarto lugar en frecuencia entre las malformaciones congénitas, y es la patología umbilical más importante. El pólipo umbilical es una patología infrecuente originada por la persistencia de la permeabilidad distal del conducto onfalomesentérico. Por sus características clínicas, el principal diagnóstico diferencial es el granuloma umbilical. Presentamos los casos clínicos de dos niños, uno con un pólipo y el otro con un granuloma umbilical.

PALABRAS CLAVE: pólipo umbilical, conducto onfalomesentérico, granuloma umbilical, uraco permeable.

ABSTRACT

Anterior abdominal wall defects are the fourth most common congenital malformation in the pediatric population, being the umbilical anomalies the most relevant. The umbilical polyp is a rare congenital lesion, resulting from the persistence of the distal end of the omphalomesenteric duct and their main differential diagnosis is the umbilical granuloma. We report a child with an umbilical polyp and another one with an umbilical granuloma.

KEYWORDS: umbilical polyp, omphalomesenteric duct, umbilical granuloma, urachal anomalies.

Introducción

El cordón umbilical es un órgano transitorio vital para el intercambio metabólico entre el feto y la madre, al conectar la circulación sanguínea de ambos. Su superficie está recubierta por membrana amniótica y en su interior presenta la gelatina de Wharton, que alberga los elementos vasculares, alantoides y al conducto onfalomesentérico (COM). Dicho conducto comunica la cavidad celómica con el intestino medio hasta la quinta-novena semanas de gestación, y provee la nutrición del embrión hasta que la placenta se termina de establecer. Posteriormente, este conducto involuciona.

Los defectos de la pared anterior del abdomen constituyen el cuarto lugar en frecuencia entre las malformaciones congénitas, y es la patología umbilical más importante. El pólipo umbilical es una patología infrecuente originada por la persistencia de la permeabilidad distal

del COM. Por sus características clínicas, el principal diagnóstico diferencial es el granuloma umbilical.

Casos clínicos

Caso 1

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de dos años de edad, nacido a término por cesárea sin complicaciones, con un peso adecuado para la edad gestacional, requirió evaluación por una lesión umbilical. La madre refiere que luego de la caída del cordón umbilical, el niño presentó secreción persistente e irritación perilesional.

Durante el examen físico se apreció una pápula eritematosa, brillante, de 4 mm de diámetro, húmeda, asintomática, que se asentaba sobre el ombligo. Dicha lesión secretaba una sustancia mucoide. En la piel perilesional

CORRESPONDENCIA

Aldana Soledad Vacas ■ aldanasoledadvacas@gmail.com ■ Teléfono: (54-011) 49590200
Perón 4190, C.P. 1414, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

presentaba eritema, maceración y una vesícula de 3 mm de diámetro, con contenido seroso (figura 1).

Por sospecha de pólipo umbilical, se solicitó una ecografía abdominal y de partes blandas que evidenció una pequeña colección de contenido líquido anecogénico de 8 mm × 2 mm × 2 mm. No se observó comunicación con la cavidad abdominal ni hernia umbilical. Tampoco se encontró permeable el conducto del uraco.

Se decidió realizar la escisión quirúrgica con anestesia local. Se aplicó crema con lidocaína al 2.5% y prilocaína al 2.5% sobre la lesión y la piel contigua una hora antes del procedimiento. Luego se realizó infiltración con anestesia local preparada con 35 ml de solución fisiológica (0.9% de NaCl), 60 ml de lidocaína al 2%, 10 ml de bicarbonato de sodio al 8.4% y 0.5 ml de adrenalina al 1%, y posteriormente rasurado de toda la lesión papular. De acuerdo con el control, a las dos semanas el paciente presentó buena cicatrización con resolución del cuadro.

La anatomía patológica informó la escisión completa de una lesión polipoide parcialmente tapizada por epidermis y centro ulcerado en el que se reconoció mucosa de tipo colónica madura. Con dicho resultado se confirmó el diagnóstico presuntivo (figura 2).

Caso 2

Se trata de un paciente de sexo masculino, de un mes de vida, nacido a término por cesárea electiva, peso adecuado para la edad gestacional, que por hipoxia perinatal recibió oxígeno durante 24 horas en la unidad de terapia intensiva neonatal con buena evolución posterior. Fue traído por su madre a la consulta por una lesión umbilical.

En el examen dermatológico presentó una tumoración eritematosa, pediculada, de 0.5 cm de diámetro, húmeda, localizada en la región umbilical, de 20 días de evolución. No se encontró secreción mucosa ni maceración perilesional (figura 3).

Se solicitó una ecografía abdominal y de piel, así como de partes blandas que mostró una imagen nodulillar ecogénica de 7 mm y aspecto sólido, con escaso flujo en su interior, que podría corresponder a un granuloma. Además se evidenció una hernia umbilical que aumentaba de tamaño con maniobras de Valsalva.

Se realizó la escisión completa de la lesión con la misma técnica anestésica y quirúrgica que el paciente del caso 1. En el estudio histopatológico se encontró una lesión tumoral constituida por vasos neoformados, congestionados y dilatados, compatibles con el diagnóstico de granuloma (figura 4). El paciente se encuentra en seguimiento hace 10 meses y no ha presentado complicaciones ni recidivas.



Figura 1. Pápula eritematosa, brillante, de 4 mm de diámetro, húmeda, con secreción mucosa, asintomática, asentada sobre el ombligo. En la piel perilesional presenta eritema, maceración y una vesícula de 3 mm de diámetro, con contenido seroso.

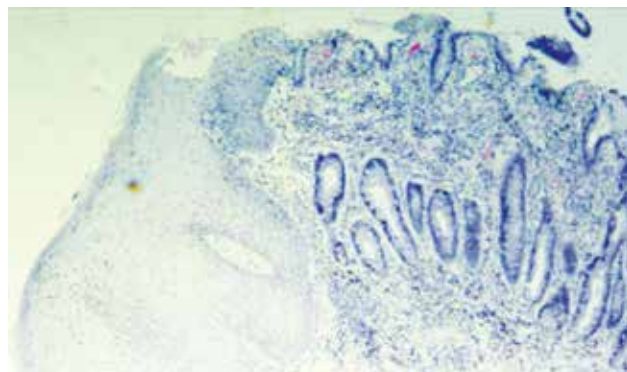


Figura 2. La histopatología de la lesión papulosa del ombligo con tinción de hematoxilina-eosina evidenció una lesión polipoide parcialmente tapizada por epidermis y centro ulcerado en el que se reconoce mucosa de tipo colónica madura.



Figura 3. Tumoración eritematosa, pediculada, de 0.5 cm de diámetro, húmeda, localizada en la región umbilical, de 20 días de evolución.

Comentarios

El cordón umbilical es un órgano transitorio vital para el desarrollo intrauterino del feto. Al no cumplir una función en la vida extrauterina, desde el nacimiento tiende a desecarse y desprenderse, quedando en este lugar el ombligo. El cordón mide de 50 a 60 cm, con un espesor de 2 cm y una disposición espiroidea.

Existen diversas causas del llamado “ombligo húmedo”, como el pólipo umbilical, el granuloma umbilical,

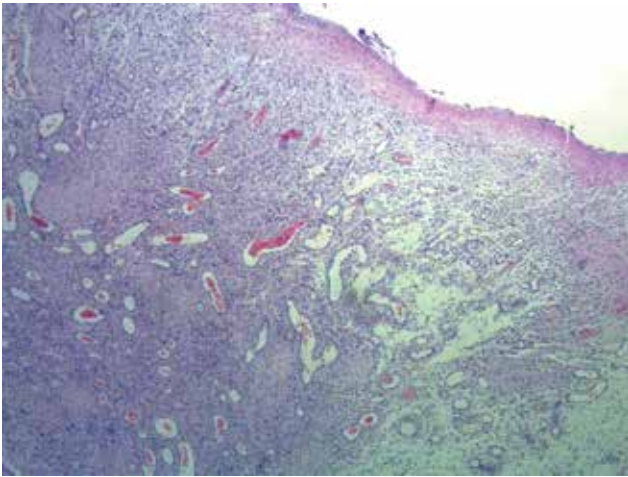


Figura 4. Anatomía patológica con hematoxilina-eosina. Se observa una lesión tumoral constituida por vasos neoformados, congestionados y dilatados, compatibles con el diagnóstico de granuloma.

alteraciones por la persistencia del conducto onfalomesentérico (fístula enteroumbilical, fístula onfalomesentérica, quiste del conducto onfalomesentérico, entre otros) y por la permanencia de uraco permeable (tabla 1).

La falla completa o parcial en la involución del conducto onfalomesentérico se estima en 2% de la población. Ésta puede dar origen a patologías de mayor o menor gravedad, de las cuales el divertículo de Meckel es la más común.¹⁻³ El 73% de los casos muestran síntomas en los primeros 28 días de vida, y son más frecuentes en el sexo masculino.³

Los pólipos umbilicales forman parte de este grupo de patologías. Son poco frecuentes y generalmente se diagnostican en neonatos, aunque se han encontrado lesiones

en niños mayores e incluso en adultos.² Dicha patología representa una alteración onfalomesentérica distal, constituida por un pequeño remanente de mucosa intestinal o gástrica en el ombligo. Clínicamente se observa, luego de la caída del cordón umbilical, un nódulo pequeño de color rojo brillante, húmedo, duroelástico, localizado en el hoyuelo umbilical. Se caracteriza porque deja mucosidad en el dedo de quien examina al palparlo, y presenta maceración de la piel perilesional.^{2,3}

El estudio histopatológico de la lesión muestra una abrupta transición del epitelio escamoso a un epitelio glandular de tipo gástrico, intestinal o colónico, y menos frecuentemente tejido pancreático.⁴

No existe un protocolo de estudio para evaluar la permeabilidad del COM, pero algunos autores sugieren realizar primero una ecografía, y en caso de ser necesario considerar la fistulografía.^{3,4,5}

El tratamiento indicado para esta patología es la extirpación quirúrgica.² Si bien hay controversia en la indicación de la exploración quirúrgica, algunos autores la creen necesaria debido a que las anomalías subyacentes pueden dar lugar a complicaciones graves, como obstrucción intestinal, sangrado oculto, o masas abdominales. Contrariamente, otros autores la desaconsejan en pacientes asintomáticos, ya que en general los pólipos suelen manifestarse sin otras anomalías asociadas.⁶

Por las características clínicas del pólipo umbilical, su principal diagnóstico diferencial es el granuloma. Éste es más frecuente y aparece en el ombligo después de la caída del cordón. Es un exceso de tejido de granulación que, al igual que el pólipo umbilical, tampoco está asociado a un trayecto fistuloso. Suele ser más pequeño, de color rosa

Tabla 1. Diferencias en la permeabilidad y la clínica entre el granuloma umbilical, las distintas patologías originadas por la persistencia del conducto onfalomesentérico (COM) y las causadas por la persistencia del uraco.

	PERMEABILIDAD	CLÍNICA
Granuloma umbilical	No	Pápula pequeña, de color rosa aterciopelado, húmedo, con secreción serosa o sanguinolenta
Fístula enteroumbilical	com total	Secreción fecaloide, biliar, gases por el ombligo
Fístula onfalomesentérica	com parcial	Secreción serosa o sanguinolenta persistente luego de la caída del cordón
Pólipo umbilical	com distal	Nódulo pequeño de color rojo brillante, húmedo, duroelástico, con secreción mucosa, en ombligo
Quiste del com	com medial	Masas móviles y palpables ocultas debajo del ombligo
Divertículo de Meckel	com proximal	Poca clínica en la infancia, 2% de la población
Uraco persistente	Uraco total	Secreción de orina por el ombligo
Seno uracal	Uraco distal	Secreción de orina por el ombligo
Quiste uracal	Uraco medial	Nódulo umbilical susceptible a infecciones
Divertículo vesicouracal	Uraco proximal	Suele ser asintomático, puede sobreinfectarse

aterciopelado y húmedo, con secreción serosa o sanguinolenta pero no mucosa. Se caracteriza por su buena respuesta al tratamiento tópico con nitrato de plata.^{3,7} Otras opciones terapéuticas incluyen la electrocoagulación u otros métodos ablativos.

Otra patología causada por la persistencia del conducto onfalomesentérico es la fístula enteroumbilical que es extraordinariamente infrecuente. Se caracteriza por la permeabilidad completa del conducto, por lo que se manifiesta con una secreción fecaloidea, de material biliar o de gases por el muñón umbilical o el ombligo después de la caída del cordón, sobre todo con el llanto o los esfuerzos del bebé. El aspecto clínico es el de un grueso pólipo umbilical. El tratamiento es quirúrgico.^{3,8-10}

La fístula onfalomesentérica se origina por la permeabilidad del extremo distal del conducto vitelino. Se presenta con una secreción serosa o sanguinolenta persistente luego de la caída del cordón, asociada a un nódulo que sobresale de la depresión umbilical. El tratamiento consiste en la escisión del trayecto fistuloso.³

La persistencia de la permeabilidad de un segmento central del conducto vitelino, genera un quiste del conducto onfalomesentérico por acumulación de secreciones. Clínicamente se manifiesta mediante masas móviles y palpables ocultas debajo del ombligo. El tratamiento consiste en la extirpación.³

La persistencia del uraco permeable es el otro diagnóstico diferencial de ombligo húmedo. El uraco conecta la cúpula de la vejiga a la pared abdominal anterior al nivel del ombligo. Durante el desarrollo embrionario se oblitera, quedando un cordón de tejido sólido (el ligamento umbilical interno). Las malformaciones del uraco son más frecuentes en hombres.¹¹

El uraco persistente representa 50% de estas malformaciones, seguido por el quiste uracal en 30% y el seno en 15%. Tanto el uraco persistente como el seno presentan emisión de orina por el ombligo. El quiste uracal se muestra como un nódulo profundo en el ombligo susceptible de infectarse. El diagnóstico se realiza por ecografía,

tomografía computarizada, urografía intravenosa o por cistouretrografía miccional. Se estima que 43% de los pacientes tienen asociadas otras malformaciones del tracto urinario. El tratamiento es quirúrgico.¹

El interés de esta publicación radica en destacar la importancia de reconocer los principales diagnósticos diferenciales de “ombligo húmedo” y en considerar que se solicite un estudio por imágenes simple, como la ecografía, a fin de descartar la persistencia de la permeabilidad del conducto onfalomesentérico o del uraco, dado que la clínica muchas veces no es concluyente y las complicaciones pueden ser de gravedad. En cuanto al tratamiento, destacamos nuestra experiencia con el uso de anestesia local como un método práctico, seguro y eficaz que permite realizar el tratamiento quirúrgico adecuado.

REFERENCIAS

1. Araneda Piña L, Astudillo Manosalva C y Rostion Allel C, Patología del ombligo, *Rev Ped Elec* 2015; 1: 28-9.
2. Piccirilli G, Videla A, Gorosito M *et al*, Lesión umbilical, *Arch Argent Dermatol* 2009; 59: 79-80.
3. Mariño LP, Fraga JI, Rubio S *et al*, Persistencia del conducto onfalomesentérico, *Arch Argent Pediatr* 2009; 107(1): 57-9.
4. Hsu JW, Omphalomesenteric duct remnants: umbilical versus umbilical cord lesions, *Pediatric Dermatology* 2011; 28(4): 404-7.
5. García Urgellés X, Alonso Jiménez L y Castro Sánchez M, Patología frecuente e infrecuente relacionada con la persistencia de restos del conducto onfalomesentérico, *BSCP Can Ped* 2005; 29: 77-82.
6. Pacilli M, Umbilical polyp in infants and children, *Eur J Pediatr Surg* 2007; 17: 397-9.
7. Sánchez-Castellanos ME, Sandoval Tres C y Hernández Torres M, Persistencia del conducto onfalomesentérico. Diagnóstico diferencial de granuloma umbilical en la infancia, *Actas Dermosifiliogr* 2006; 97: 404-5.
8. Zafer Y, Yigit S, Türken A *et al*, Patent omphalomesenteric duct, *Turk J Med Sci* 2000; 30: 83-5.
9. García Fernández Y y Fernández Ragi RM, Persistencia del conducto onfalomesentérico, *Rev Cub Pediatr* 2006; 78(3): 1-5.
10. Giacalone G, Vanrykel JP, Belva F *et al*, Surgical treatment of patent omphalomesenteric duct presenting as faecal umbilical discharge, *Acta Chir Belg* 2004; 104: 211-3.
11. Yiee JH, García N y Baker LA, A diagnostic algorithm for urachal anomalies, *Journal of Pediatric Urology* 2007; 3: 500-4.