



Localizador: 13044

Persistencia del conducto onfalomesentérico: Pólipo umbilical resuelto en la adolescencia

Persistence of the omphalomesenteric duct: Umbilical polyp resolved in adolescence

Magally Marianela Nuñez Naranjo*

Palabras clave:

Conducto onfalomesentérico, cordón umbilical, saco vitelino.

Key words:

Omphalomesenteric duct, umbilical cord, vitelline duct.

RESUMEN

La cavidad celómica se halla comunicada con el intestino medio a través del conducto onfalomesentérico; éste desaparece entre la quinta y novena semana de vida intrauterina. La persistencia del conducto onfalomesentérico y la del uraco constituyen las malformaciones congénitas más frecuentes de la región umbilical. Se detalla el caso de un adolescente con un pólipos umbilical de diagnóstico y resolución tardía, y se realiza una breve revisión bibliográfica.

ABSTRACT

The coelomic cavity is connected to the midgut through the omphalomesenteric duct, which disappears between the fifth and ninth weeks of intrauterine life. The persistence of this and the urachal duct are the most common congenital malformations of the umbilical region. We report a teenager with an umbilical polyp of delayed diagnosis and resolution, with a brief literature review.

Durante el periodo fetal, el conducto onfalomesentérico une al saco vitelino con el intestino medio, y se cierra normalmente para desaparecer por completo entre la quinta y novena semana de vida.¹ Un fracaso en esta regresión determina la presencia de vestigios del conducto onfalomesentérico y es el origen de un amplio espectro de anomalías relacionadas con la pared abdominal. Puede ocurrir que todo el conducto fetal se mantenga (fistula enteroumbilical) o bien, parte de él, como un divertículo (divertículo de Meckel) o como quiste (quiste vitelino), o persista en su periferia (seno umbilical), o como cordón fibroso (conducto onfalomesentérico obliterado), o quizás quede representado simplemente por un resto de epitelio intestinal ectópico a nivel umbilical (pólipo umbilical).^{1,2}

El pólipos o adenoma umbilical es una lesión congénita poco frecuente que se forma a expensas de restos de la formación intra-cutánea del conducto onfalomesentérico.³⁻⁵ Clínicamente, se presenta como una pequeña tumefacción redonda, eritematosa, lisa, de aspecto aterciopelado, firme, con secreción mucoide,⁶ a veces de aspecto supurativo y sin conexión con el intestino (ausencia de orificio o trayecto fistuloso).⁵ La mucosa que

lo recubre puede ser de origen ileal, colónico, gástrico y, menos frecuentemente, tejido pancreático, lo cual se evidencia en el estudio histopatológico.⁷

CASO CLÍNICO

Varón de 14 años de edad, segundo de ocho hermanos, de baja condición socioeconómica; sin antecedentes patológicos personales de importancia. Fue valorado por presentar, tras caída del cordón umbilical, dermatosis localizada en el ombligo, caracterizada por la presencia de una pápula roja, brillante, de 0.4 cm de diámetro, friable, de superficie lisa, sin estoma en su superficie, con eliminación de secreción mucoide de olor *sui generis*, por lo que mantenía permanentemente húmedo el ombligo y perturbaba constantemente al paciente (*Figura 1*). No refiere síntomas generales acompañantes. Fue evaluado en repetidas ocasiones por el médico de atención primaria, quien prescribió diversos tratamientos tópicos, sin resolución del cuadro.

Con la orientación diagnóstica de persistencia del conducto onfalomesentérico, el paciente fue derivado al Departamento de

* Médica Dermatóloga
Devengante de Beca del
Hospital «Dr. Gustavo
Domínguez Zambrano»,
Santo Domingo, Ecuador.

Conflictos de intereses:
Ninguno.

Recibido:
03/Octubre/2013.
Aceptado:
24/Diciembre/2013.



Cirugía Pediátrica, donde tras realizar una ecografía abdominal, no objetivaron relación alguna de la lesión con estructuras intraabdominales. Posteriormente, se realizó una resección completa de la lesión, con buen resultado estético (*Figura 2*). Finalmente, el estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de pólipos umbilical con revestimiento mucoso de tipo intestinal (*Figura 3*).

COMENTARIO

El pólipos umbilical puede ser clínicamente confundido con el granuloma umbilical, siendo este último su principal diagnóstico diferencial.⁸ El granuloma umbilical

es un pequeño nódulo rojo oscuro, indoloro, friable, húmedo y sin secreción biliar o fecal, localizado en el ombligo.^{4,8} Se forma por el crecimiento exagerado del tejido de granulación en la base del cordón umbilical durante su cicatrización, con incompleta epitelización. Por lo general, suele ser secundario a una infección superficial tras el desprendimiento del cordón, y su cau-



Figura 1. Pápula eritematosa brillante en el anillo umbilical.



Figura 2. Ausencia de lesión.

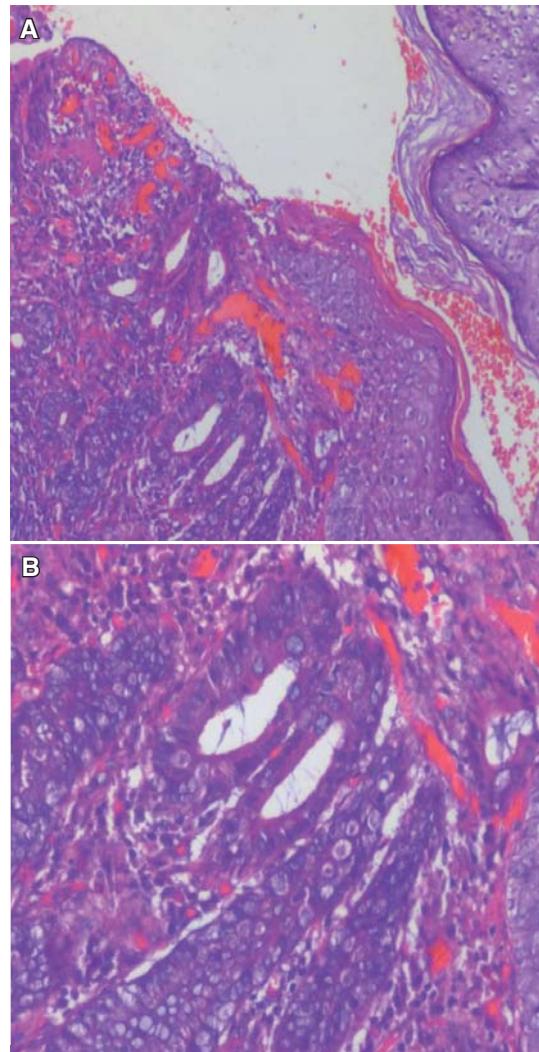


Figura 3. Estudio histopatológico. A) Lesión caracterizada por doble revestimiento epitelial. Externamente, se aprecia epitelio plano, escamoso queratinizante, la dermis es edematosas y congestiva; el otro extremo muestra recubrimiento caracterizado por la presencia de epitelio de tipo intestinal, el corion en este sector es congestivo (H-E x10). B) Detalle: estructuras glandulares agrupadas en acinos (H-E x20).

terización química se logra con la aplicación de nitrato de plata al 75%.^{4,9}

Otros diagnósticos diferenciales a considerar son la persistencia del uraco, hernia umbilical, hemangioma, mixoma, teratoma, onfalocele y gastroquisis.¹⁰

Los pólipos umbilicales se diagnostican, generalmente, en neonatos, aunque se han descrito lesiones en niños mayores¹⁰⁻¹⁵ y hasta en adultos,^{7,16} siendo en estos últimos excepcionales si se compara con los dos primeros grupos.⁷ En este contexto, Kondoh y colaboradores¹⁶ reportan en 1994 el caso más tardíamente identificado, que corresponde a un varón de 60 años de edad con un pólipos umbilical compuesto por tejido pancreático y mucosa de intestino delgado. García y su grupo,¹⁵ en el año 2005, describen el caso en un niño de 12 años de edad con una tumoración sésil de 0.8 cm en el ombligo, de color fresa, con secreción umbilical desde la primera infancia, que no respondió al tratamiento tópico convencional; el estudio anatomo-patológico informó de mucosa de intestino delgado. En la discusión del artículo, los autores afirman que la situación socioeconómica del paciente fue fundamental en el retraso del tratamiento, similar al caso clínico que nos ocupa.

El tratamiento consiste en su extirpación quirúrgica⁸ y considerar la exploración del abdomen para descartar asociaciones con otras anomalías del conducto.⁷ En este sentido, existe cierta controversia acerca de la necesidad de explorar quirúrgicamente la cavidad peritoneal en niños con pólipos umbilicales. Parecería esclarecer esta disyuntiva el estudio realizado por Pacilli y su equipo entre 1995 y 2005,³ en un total de 53 pacientes con lesiones umbilicales, 13 de ellos con pólipos umbilicales. Los autores, al final de la investigación, concluyen que no se justifica la exploración abdominal

en pacientes con pólipos que no hayan presentado síntomas acompañantes ni comunicaciones con el contenido abdominal, debido a que no se evidenciaron anomalías asociadas del conducto onfalomesentérico en los pacientes estudiados, y a que un pólipos umbilical puede estar presente en ausencia de otras anomalías del conducto onfalomesentérico. Por tal razón, al paciente motivo de este artículo no se le realizó exploración quirúrgica abdominal. Por el contrario, la investigación realizada por Kutin y colaboradores¹⁷ indica que el tratamiento de elección para esta anomalía debe ser una minilaparotomía.

CONCLUSIONES

El objetivo de presentar este trabajo es ilustrar varias características típicas de un pólipos umbilical. A su vez, poner de manifiesto la resolución terapéutica tardía en un adolescente, en el que muy probablemente el diagnóstico y tratamientos erróneos, sumados a su origen social y el desinterés de los padres ante una lesión de aspecto inocuo, pudieron haber contribuido a que dicha decisión se postergara hasta la etapa de la adolescencia, obligándolo a permanecer con el ombligo húmedo y limitando las actividades cotidianas propias de su edad. Finalmente, incentivar la realización de amplias investigaciones que motiven al médico ante la presencia de anomalías umbilicales.

Correspondencia:
Dra. Magally M. Nuñez Naranjo
E-mail: m2n2@hotmail.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz J. Restos del conducto onfalomesentérico en el cordón umbilical. Hallazgo en un recién nacido a término. *Clin Invest Gin Obst.* 2006; 33: 205-206.
2. Gutiérrez C, Luna JC, Gutiérrez CF, Revoredo F, Soto A, Olazábal V. Persistencia de conducto onfalomesentérico como causa de obstrucción intestinal en el adulto. Reporte de un caso en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. *Rev Gastroenterol Perú.* 2008; 28: 154-157.
3. Pacilli M, Sebire NJ, Maritsi D, Kiely EM, Drake DP, Curry JI et al. Umbilical polyp in infants and children. *Eur J Pediatr Surg.* 2007; 17: 397-399.
4. Buraschi J. Anomalías del desarrollo umbilical. En: Pueyo S, Valverde R. *Dermatología neonatal.* Buenos Aires: Artes Gráficas Buschi; 2005. pp. 51-61.
5. González M, Alarcón I, Gómez A, Santurio A. Otras alteraciones. En: Autores cubanos. *Pediatria.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. pp. 443-478.
6. Agrawal S, Memon A. Patent vitello intestinal duct. *BMJ Case Rep.* 2010; doi:10.1136/bcr.12.2009.2594.
7. Piccirilli G, Videla A, Gorosito M, Sánchez A, Bergero A, Fernández R. Lesión umbilical. *Arch Argent Dermatol.* 2009; 59: 79-80.
8. Sánchez CME, Sandoval TC, Hernández TM. Persistencia del conducto onfalomesentérico. Diagnóstico diferencial de granuloma umbilical en la infancia. *Actas Dermosifiliogr.* 2006; 97: 404-405.
9. Nagar H. Umbilical granuloma: a new approach to an old problem. *Pediatric Surgery Int.* 2001; 17: 513-514.

10. Madke B, Khopkar U. Umbilical cherry. *Indian J Dermatol.* 2011; 56: 607-608.
11. Larralde M, Cicconi V, Herrera A, Casas JG, Magnin PH. Umbilical polyps. *Pediatr Dermatol.* 1987; 4: 341-343.
12. Magee, KL, Hebert AA. Umbilical lesion in a young child. Omphalomesenteric duct (OMD) polyp. *Arch Dermatol.* 1990; 126: 1639-1644.
13. Delplace J, Paduart O, Dargent JL, Bastianelli E, Haot J. [A bizarre excrescence of the umbilicus in a 1-month-old child]. *Rev Med Brux.* 1996; 17: 140-142.
14. Fink M, Libow L, Arnold J, Browning JC. Persistent umbilical nodule. *Pediatr Dermatol.* 2012; 29: 363-364.
15. García X, Alonso L, Castro M. Patología frecuente e infrecuente relacionada con la persistencia de restos del conducto onfalomesentérico. *BSCP Can Ped.* 2005; 29: 77-82.
16. Kondoh S, Taniki T, Umemoto A, Kajikawa A, Sogame M, Tanaka K et al. A case of umbilical polyp with aberrant pancreas and small intestinal mucosa –analysis of cases of umbilical polyp reported in Japan. *Nihon Geka Gakkai Zasshi.* 1994; 95: 786-789.
17. Kutin ND, Allen JE, Jewett TC. The umbilical polyp. *J Pediatr Surg.* 1979; 14: 741-744.