



Recién nacido con remanente del conducto onfalomesentérico

Newborn with remnant of the omphalomesenteric duct

Yesid Alexander Cetina-Díaz,* Juan Manuel Álvarez-Carrascal,‡
Danna María Mogollón-Botía,§ Lorena García-Agudelo¶

* Hospital Regional de la Orinoquia. ORCID: 0009-0007-3753-1904; ‡ Hospital Regional de Sogamoso.

ORCID: 0000-0002-7813-7854; § Hospital San Antonio de Tame. ORCID: 0009-0006-2819-6131;

¶ Hospital Regional de la Orinoquia. ORCID: 0000-0001-9557-0900. Colombia.

RESUMEN

Introducción: presentamos el proceso diagnóstico-terapéutico de un recién nacido (RN) con remanente del conducto onfalomesentérico. **Caso clínico:** RN masculino que al nacer se detecta con secreción meconial a nivel del cordón umbilical. Se confirma el remanente del conducto onfalomesentérico por medio de la fistulografía con contraste, por lo que se realizó cirugía con resección de segmento intestinal en área de la fistula onfalomesentérica con anastomosis término-terminal ileoileal. El paciente tuvo evolución favorable por lo que fue dado de alta a su domicilio a los 10 días. **Conclusión:** el remanente del conducto onfalomesentérico es una entidad poco común, cuyo diagnóstico se basa en el examen físico y estudios de imagen. Los pacientes tienen buen pronóstico tras el tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: conducto vitelino, recién nacido, remanente del conducto onfalomesentérico, fistula onfalomesentérica, cirugía.

ABSTRACT

Introduction: we present the diagnostic and therapeutic process of a newborn with a remnant of the omphalomesenteric duct. **Clinical case:** a male newborn was found at birth with meconium-stained umbilical cord blood. The remnant of the omphalomesenteric duct was confirmed by contrast fistulography. Surgery was performed with resection of an intestinal segment around the omphalomesenteric fistula, followed by an ileoileal end-to-end anastomosis. The patient was discharged home after 10 days due to a good recovery. **Conclusion:** a remnant of the omphalomesenteric duct is a rare condition; its diagnosis is based on physical examination and imaging studies. Patients have good prognosis after surgical treatment.

Keywords: vitelline duct, newborn, omphalomesenteric duct remnant, omphalomesenteric fistula, surgery.

INTRODUCCIÓN

Durante la gestación, se pueden desarrollar diversas anomalías, de las cuales, aproximadamente el 6% afectan el tracto gastrointestinal, incluyendo las anomalías onfalomesentéricas.¹

La persistencia del conducto onfalomesentérico (COM) incluye seis tipos de anomalías: divertículo de Meckel (la más frecuente: 98%), quiste vitelino, seno umbilical, pólipos umbilicales, banda fibrosa y remanente del conducto onfalomesentérico. La incidencia de COM es de un caso por cada 5,000-15,000 nacidos vivos, sien-

Correspondencia: Yesid Alexander Cetina-Díaz. E-mail: investigación@horo.gov.co

Citar como: Cetina-Díaz YA, Alvarez-Carrascal JM, Mogollón-Botía DM, García-Agudelo L. Recién nacido con remanente del conducto onfalomesentérico. Rev Mex Pediatr. 2025; 92(4): 162-165. <https://dx.doi.org/10.35366/121828>



do el remanente onfalomesentérico el menos frecuente, en aproximadamente el 2% que se describe más en pacientes del sexo masculino.¹⁻⁴

Durante la cuarta y sexta semana del desarrollo embrionario se establece una comunicación entre el saco vitelino y el intestino medio primitivo, conocido como el conducto onfalomesentérico. Durante este periodo pueden ocurrir problemas en el mecanismo de involución de este conducto, lo que da paso a su persistencia o falta de cierre.^{1-3,5,6}

Los remanentes del conducto onfalomesentérico pueden ser identificados como anomalías de la pared abdominal. La falta de cierre del conducto puede ser el origen de un divertículo ileal o de Meckel, una evaginación del íleon. A su vez, este divertículo, junto con el ligamento onfalomesentérico pueden formar un conducto que conecta el ombligo con el intestino, dando lugar a un remanente onfalomesentérico, que causa la salida de meconio por el ombligo.⁴

El diagnóstico del remanente del conducto onfalomesentérico se basa en la evidencia de la salida de meconio por el ombligo, lo cual se complementa con estudios de imagen como la fistulografía, confirmado la conexión con el intestino. El tratamiento es quirúrgico por vía periumbilical semicircular, con buenos resultados.^{3,4} Las publicaciones sobre esta anomalía en Latinoamérica no son recientes, por lo que presentamos un caso de un recién nacido (RN)



con remanente de conducto onfalomesentérico a fin de ampliar su conocimiento sobre el proceso diagnóstico y tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

RN masculino, producto de cuarta gestación, madre de 36 años, parto vaginal a las 39 semanas y con buen control prenatal. El líquido amniótico fue normal. La adaptación neonatal fue espontánea, pinzamiento del cordón tres minutos, Apgar 9/10. Peso de 3,820 g, talla 51 cm, PC 33 cm.

En abdomen se observó ónfalo con secreción de líquido meconial (*Figura 1*); en el extremo proximal se identificaron tres vasos. Resto de examen físico dentro de límites normales.

Se indicaron líquidos endovenosos y colocación de sonda orogástrica, y fue trasladado a la unidad neonatal. Se realizaron exámenes y toma de estudios de imagen.

En la valoración por cirugía pediátrica, se determina la sospecha de remanente onfalomesentérico. Se solicita fistulografía, para buscar la comunicación del remanente con el intestino. El estudio reveló la presencia de medio de contraste en las asas intestinales (*Figura 2*), por lo cual se decide la intervención

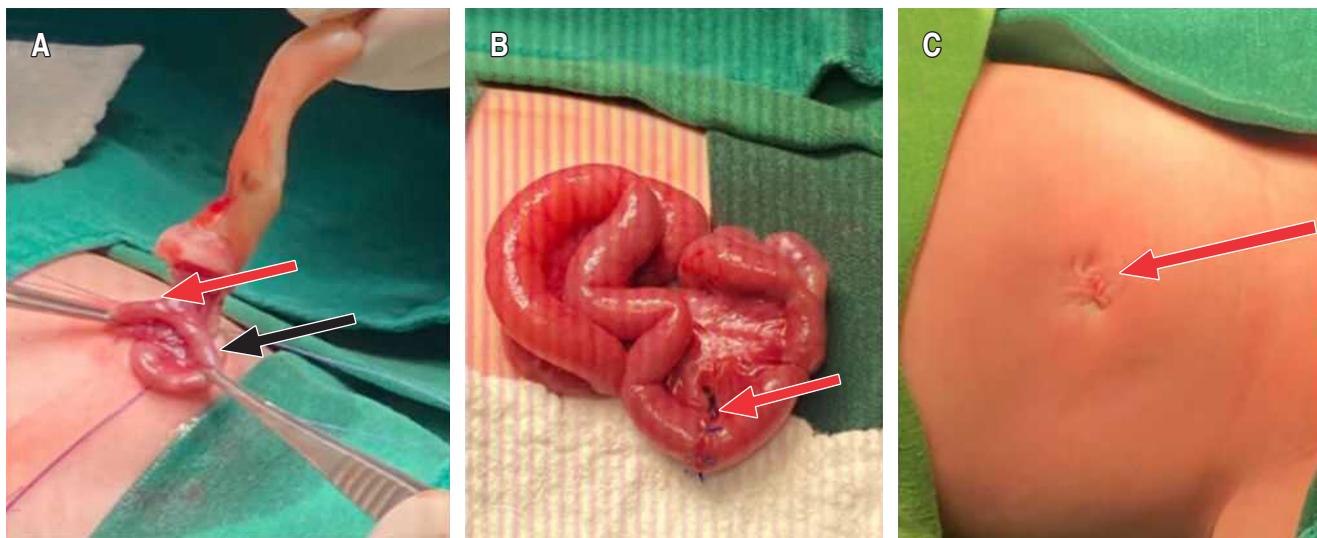


Figura 3: **A)** Apertura periumbilical con exposición del remanente onfalomesentérico en su trayecto al intestino delgado (flecha roja). **B)** Exposición de asas de intestino delgado posterior a la resección en cuña y enterorrafia antimesentérica, con anastomosis terminal-termino-ileo-ileal (flecha roja). **C)** Cierre de pared y plastia umbilical Resultado final.

quirúrgica. Se realizó abordaje periumbilical, identificando el trayecto del remanente onfalomesentérico hacia el intestino delgado, el cual fue disecado y liberado completamente hasta su unión con el íleon. No se evidenció sufrimiento de asas intestinales. Se efectuó resección intestinal en cuña, con anastomosis terminal terminal íleo-ileal, enterorrafia antimesentérica, cierre de pared y plastia umbilical. El procedimiento fue descrito sin complicaciones y con sangrado escaso (*Figura 3*).

En el primer día del postoperatorio se observó evacuación meconial abundante; en el segundo día presentó drenaje bilioso por SOG y adecuado tránsito intestinal. Al tercer día, se retiró sonda, iniciando lactancia materna exclusiva, la cual se toleró adecuadamente, con aumentos progresivos. La evolución siguió siendo favorable, por lo que se dio de alta al décimo día de estancia, con peso de 3,970 g. A las dos semanas, el paciente fue nuevamente evaluado, y se encontraba en óptimas condiciones, con peso de 4,220 g.

DISCUSIÓN

El remanente onfalomesentérico enteroumbilical consiste en la permeabilidad completa del conducto onfalomesentérico. El diagnóstico se confirma si se observa la salida de gas o materia fecal a nivel umbilical cuando el RN llora o hace esfuerzos. La secreción

umbilical puede ser mucosa o fecal, y también puede presentar signos de infección.⁵⁻¹⁰

Oprisan A et al. describen un neonato de 21 días con alteraciones a nivel umbilical sin secreción de meconio; realizan ecografía sin lograr establecer diagnóstico y practican un fistulograma con contraste inyectado a través del orificio umbilical, evidenciando continuidad con el íleon distal y se confirma el remanente.⁹ En el paciente que presentamos, el diagnóstico se efectuó inmediatamente posterior al nacimiento, y el fistulograma fue realizado porque presentaba secreción meconial umbilical. Por su parte Viñet Espinosa LM et al. describen a un niño de tres meses con persistencia del cordón umbilical en su porción distal, con señales de humedad en la base y eritema en la periferia. El ultrasonido de la pared abdominal sugirió considerar la persistencia por cierre tardío del conducto onfalomesentérico, por lo que fue referido a cirugía pediátrica.¹¹

La cirugía de los remanentes onfalomesentéricos está recomendada para evitar problemas futuros, como procesos inflamatorios, infecciones, perforación intestinal, obstrucción intestinal, los cuales pueden dificultar la cirugía.⁴⁻¹² Carro G et al. describen un lactante de 39 días, a quien por persistencia de lesión umbilical exudativa (pólipo) y alta sospecha de anomalía onfalomesentérica realizaron intervención quirúrgica. Evidenciaron un cordón fibroso desde la zona umbilical el cual se introducía a la cavidad abdominal, compatible

con COM persistente en comunicación con divertículo de Meckel y remanente de uraco parcialmente obliterado. El paciente tuvo una adecuada evolución tras la resección de la persistencia onfalomesentérica y del divertículo de Meckel, así como de la ligadura del remanente de uraco.⁸

En pacientes con remanente onfalomesentérico, es importante tomar en cuenta la asociación con otras anomalías. Los estudios de imagen son de ayuda para descartarlos, como el ultrasonido. También la tomografía es útil para evaluar complicaciones, como la obstrucción intestinal, diverticulitis y perforación. El fistulograma con medio de contraste hidrosoluble instilado a través del ombligo, bajo visión radiológica establece el diagnóstico del remanente, al visualizar la trayectoria y la conexión de la fistula. La laparoscopía puede ser otra opción cuando los anteriores métodos no son concluyentes.⁶⁻¹³

Respecto a la técnica de intervención quirúrgica, el abordaje umbilical ofrece un acceso adecuado a la cavidad peritoneal, permitiendo el manejo y exteriorización de las asas del intestino delgado (ileon), lo que facilita la resección y anastomosis intestinal sin complicaciones, además de proporcionar excelentes resultados estéticos; pero puede ser necesario llevar a cabo laparotomías amplias.¹⁰⁻¹³ En general, los pacientes tienen un muy buen pronóstico.³⁻¹³

REFERENCIAS

1. González KW, Chandler NM. Ruptured omphalocele: diagnosis and management. *Semin Pediatr Surg.* 2019; 28(2): 101-105. doi: 10.1053/j.sempedsurg.2019.04.009.
2. Chacón-Garita L, García-Arias F. Persistencia del conducto onfalomesentérico. *Acta Méd Costarric.* 2017; 59(4): 158-160.
3. Seye C, Mbaye PA, Ndoye NA, Diouf C, Fall M, Sagna A et al. Omphalomesenteric fistulas; epidemiological diagnostic and therapeutic features: study of four cases in the Department of Pediatric Surgery at the Aristide Le Dantec University Hospital in Dakar. *Pan Afr Med J.* 2020; 37(165): 165. doi: 10.11604/pamj.2020.37.165.19187.
4. Sadler TW. Embriología médica: con orientación clínica. 15 ed. España: Editorial Wolters Kluwer; 2016.
5. Solomon-Cohen 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): 1120-1126. doi: 10.1016/j.jaad.2019.02.033.
6. Inarejos-Clemente EJ, Navarro OM, Navallas-Irujo M, Ladera E, Colombo C, Suñol M et al. Omphalomesenteric duct anomalies in children: a multimodality overview. *Radiographics.* 2021; 41(7): 2090-2110. doi: 10.1148/rg.2021210048.
7. Piña LA, Manosalva CA, Allel CR. Patología del ombligo. *Rev Pediatr.* 2015; 12(1): 28-39.
8. Carro G, Urroz J, Juambelitz C. Persistencia de conducto onfalomesentérico permeable. *An Fac Med.* 2018; 5(2): 102-107. doi: 10.25184/anfamed2018v5n2a1.
9. Oprisan A, Llorens R, Chacon JG, Arriagada EB, Clavelis MM, Boukhoubza A et al. Persistence of the omphalomesenteric duct in a newborn. Unpublished; 2020. doi: 10.13140/RG.2.2.31269.83680
10. Mariño LP, Fraga JI, Rubio S, Segarra J, Gaetano M, Ossés JA. Persistencia del conducto onfalomesentérico. *Arch Argent Pediatr.* 2009; 107(1): 57-59.
11. Viñet Espinosa LM, Correa Branco LS. Retardo en la caída del cordón umbilical por persistencia del conducto onfalomesentérico. Presentación de caso. *Panorama. Cuba y Salud.* 2017; 12(2): 45-48.
12. Aghababale A, Ho J, Kelay A, Salt P. Persistent omphalomesenteric duct in an infant with trisomy 21. *BMJ Case Reports.* 2024; 17(5): e259671. doi: 10.1136/bcr-2024-259671
13. Barragán-Briceño T, Bayona-Daza ÁJ, Gómez-Garnica D. Obstrucción intestinal secundaria a remanente del conducto onfalomesentérico: a propósito de un caso. *Rev Colomb Cir.* 2024; 40(1): 191-196. doi: 10.30944/20117582.2357

Conflicto de intereses: los autores declaran que no tienen.