

REPORTE DE CASOS

Persistencia de Conducto Onfalomesentérico como causa de Obstrucción Intestinal en el Adulto. Reporte de un caso en el Hospital Nacional Hipólito Unanue

C Gutiérrez Ccencho³, JC Luna Cydejko², CF Gutierrez De Aranguren¹, Fernando Revoredo², A Soto Tarazona⁵, V Olazábal Ramírez⁴

RESUMEN

La persistencia del conducto onfalomesentérico ha sido reportada en diversas publicaciones pediátricas ya sea a través de la aparición de un divertículo de Meckel que es la forma más común, o ya sea por la aparición de segmentos con permeabilidad parcial o total del mismo. Se han presentado casos esporádicos donde esta anomalía ha originado episodios de obstrucción intestinal en lactantes y niños, especialmente bajo la forma de una banda fibrosa remanente. La presentación en el adulto, sin embargo, es extremadamente infrecuente. El caso presentado en este reporte muestra hallazgos compatibles con un conducto onfalomesentérico con permeabilidad parcial, que originó un cuadro de obstrucción intestinal en un adulto joven.

PALABRAS CLAVE: Conducto Onfalomesentérico, Obstrucción Intestinal

Rev Gastroenterol Perú; 2008; 28: 154-157

ABSTRACT

The persistence of the onphalomesenteric duct has been reported in several pediatric publications either through the appearance of Meckel diverticulum that are commonest, or by the appearance of segments with partial or total permeability of itself. Sporadic cases have appeared where this anomaly has originated episodes of intestinal obstruction in infants and children specially under the form of a fibrous band. However, adult presentation is extremely infrequent. The case presented in this report shows compatible findings with a onphalomesenteric conduit with partial permeability, that I originate an intestinal picture of obstruction in a young adult.

KEY WORDS: Onphalomesenteric duct, intestinal occlusion

-
- 1 Médico Gastroenterólogo Hospital Nacional Hipólito Unanue Lima Perú
 - 2 Médico Residente de Cirugía General Hospital Hipólito Unanue Lima-Perú
 - 3 Jefe del Servicio de Cirugía A Hospital Nacional Hipólito Unanue
 - 4 Médico Cirujano General Hospital Nacional Hipólito Unanue
 - 5 Médico Internista Hospital Nacional Hipólito Unanue

INTRODUCCIÓN

El conducto onfalomesentérico o vitelino comunica la cavidad celómica con el intestino medio. Durante el desarrollo en la vida intrauterina temprana, luego de que el intestino complete su desarrollo y rotación, el conducto progresivamente se hace más angosto y largo hasta desaparecer entre la quinta y novena semanas de la vida intrauterina⁽¹⁾. La persistencia de restos del conducto onfalomesentérico puede dar lugar a un amplio espectro de entidades de origen embriológico común, pero de comportamiento clínico y tratamiento diverso.

Los vestigios del conducto onfalomesentérico (vitelino) pueden presentarse como anomalías relacionadas con la pared abdominal. Sin embargo, puede ocurrir que todo o parte del conducto fetal se mantenga y entonces se produzca sintomatología clínica. También puede persistir como una estructura permeable en toda su longitud o mantenerse como un divertículo o quiste cuando persiste en su periferia, o quizás quede representado simplemente por un resto de epitelio intestinal ectópico a nivel umbilical o como cordón fibroso.

La presentación de los diversos trastornos derivados de la persistencia del conducto onfalomesentérico son comunes en el nacimiento y en la niñez temprana y tardía. Presentamos en esta oportunidad un caso sui generis de complicación severa en el adulto.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 22 años ingresa por el servicio de Emergencia refiriendo dolor abdominal de 4 horas de evolución tipo cólico inicialmente localizado en la región epigástrica, de gran intensidad. Luego de 2 horas el dolor se localiza en la región mesogástrica, muy intenso, es seguido de náuseas y vómitos. Como antecedentes de importancia el paciente es consumidor habitual de marihuana y pasta básica de cocaína desde hace 2 años. Refiere además que hasta los 9 años de edad presentaba sangrado a través de la cicatriz umbilical luego de realizar esfuerzos, lo cual calmaba espontáneamente con el reposo. Al examen físico ingresa con funciones vitales estables, se apreciaba un abdomen distendido poco depresible, doloroso difusamente a la palpación superficial y profunda con timpanismo aumentado y ruidos hidroaéreos disminuidos, signo de blumberg negativo. Última defecación 24 horas antes.

Se le realizan exámenes auxiliares al paciente:

Hemograma 13600, Leucocitos (Neutrófilos 78% Abastonados 01%), Hemoglobina 13 g/dl, Plaquetas 320,000, Sodio 142, Potasio 5,86, Cloro 106.

La radiografía de abdomen mostró la presencia de niveles hidroaéreos dependientes de asa delgada (Figura 1)



Figura 1 Radiografía Simple de Abdomen al ingreso. Se aprecian niveles hidroaéreos múltiples dependientes de asas delgadas.

Durante su evolución en emergencia el paciente cursó con agravamiento del dolor abdominal, imposibilidad de eliminar flatos y ausencia de defecación motivo por el cual se decide la intervención quirúrgica a las 12 horas de su ingreso a emergencia.

Los hallazgos operatorios fueron compatibles con un cuadro de obstrucción intestinal a nivel intermedio debido al estrangulamiento de un asa delgada debido a la persistencia de un conducto onfalomesentérico parcialmente permeable en su porción intestinal, localizado a 60 cms de la válvula ileocecal (Figuras 2 y 3). Se encontraron también múltiples adenopatías mesentéricas. Las asas intestinales se encontraban distendidas y de color violáceo por encima del nivel de obstrucción, las cuales retornaron a la normalidad luego de liberar la hernia interna.

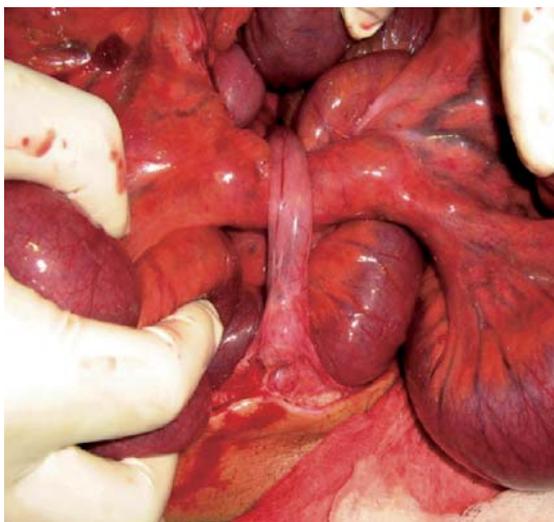


Figura 2 Conducto Onfalomesentérico persistente atrapando las asas intestinales las cuales se encuentran distendidas

Se realizó la liberación de las asas intestinales atrapadas por el conducto onfalomesentérico y la resección del mismo en cuna sobre el asa intestinal ileal comprometida, haciéndose el cierre primario en el mismo acto quirúrgico.

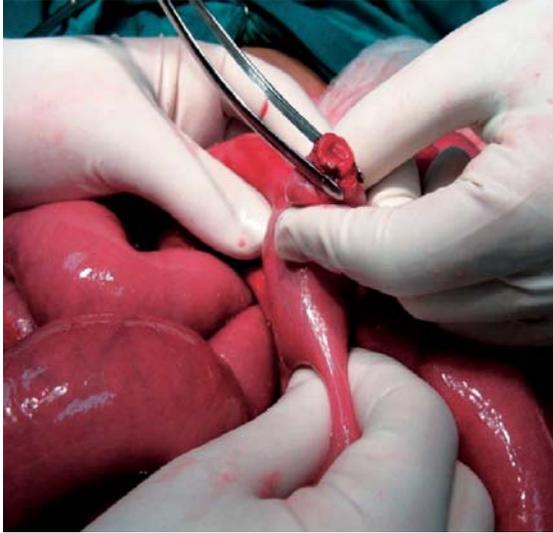


Figura 3 Conducto onfalomesentérico seccionado el cual se muestra permeable en el segmento intestinal

En el estudio histopatológico se informó la presencia de metaplasia gástrica en el segmento distal del conducto extirpado. (Figura 4)

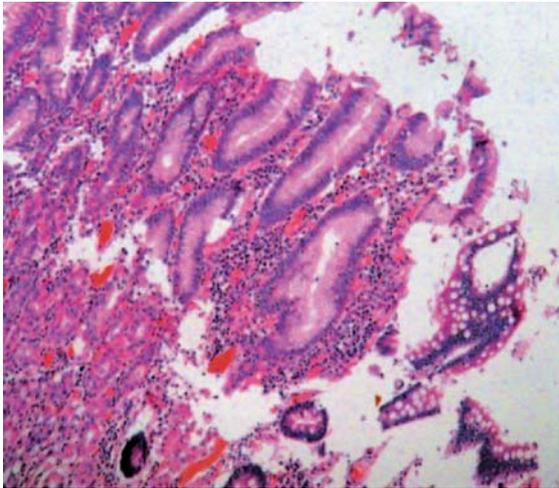


Figura 4 Presencia de Metaplasia gástrica hacia la region central y superior de la imagen.

DISCUSIÓN

La permeabilidad completa del conducto onfalomesentérico (fistula entero-umbilical) es extraordinariamente rara y son muy pocos los casos que aparecen documentados en la literatura⁽¹⁻⁴⁾. La persistencia de todo el conducto es señalada por la emisión de contenido de heces fecales por el ombligo,

lo cual se observa inmediatamente después del nacimiento y es corregido quirúrgicamente y evitar así la intususcepción o vólvulo.

Las anomalías relacionadas con la falta de involución del conducto onfalomesentérico se pueden presentar hasta en el 2% de la población⁽²⁾, pudiéndose establecer 4 formas básicas de presentación según la descripción de Trimmingham⁽³⁾ (Tabla 1). De entre ellas, el Divertículo de Meckel⁽⁴⁾ es la forma más común de presentación ya sea como un cuadro de abdomen agudo o como una hemorragia digestiva baja en población pediátrica, presentándose hasta en el 3% de la población⁽⁵⁾.

Tabla 1 Clasificación de las anomalías del conducto

Vitelino	
A	Conducto onfalomesentérico totalmente permeable (fistula entero-umbilical)
B	Conducto onfalomesentérico parcialmente permeable <ol style="list-style-type: none"> 1. Porción periférica (seno umbilical) 2. Porción intermedia (quiste vitelino) 3. Porción entérica (Divertículo de Meckel)
C	Remanente mucoso a nivel umbilical (pólipo umbilical)
D	Banda congénita (conducto onfalomesentérico obliterado)

Adaptado de Referencia 3

Existen reportes de casos anecdóticos de obstrucción intestinal en niños asociado mayormente al Divertículo de Meckel o a la persistencia de una banda fibrosa congénita^(6,7,8). La presentación adulta es extremadamente infrecuente. Al realizar la búsqueda de casos a través de PUBMED se encontró solamente 3 casos reportados similares en adultos^(9,10,11). No se ha reportado en estos últimos casos la presencia de mucosa gástrica ectópica, lo cual si hemos encontrado en el presente caso.

La obstrucción intestinal es una forma de presentación que en general se asocia a la existencia de una banda fibrosa de tejido permeable o no entre el ombligo y la pared intestinal. Nuestro paciente mostraba permeabilidad hacia la luz intestinal, y probablemente tuvo permeabilidad hacia la región umbilical hasta determinada edad. En el momento del diagnóstico ya no había permeabilidad umbilical. No hemos encontrado reportes de casos similares en adultos.

La obstrucción intestinal puede producirse por adherencias vólvulos o hernias internas que comprometen a las asas intestinales. En el caso del divertículo de Meckel, la invaginación del mismo es un mecanismo adicional de obstrucción.

La presencia de mucosa gástrica ectópica puede originar complicaciones hemorrágicas en estos pacientes, así como también la transformación maligna a adenocarcinoma o tumores carcinoides. En el presente caso, encontramos mucosa gástrica ectópica localizada hacia el segmento umbilical, hecho no descrito anteriormente para la persistencia del conducto onfalomesentérico, a diferencia del divertículo de Meckel.

En conclusión y acorde con reportes pediátricos previos, presentamos una nueva causa de obstrucción intestinal en el adulto, la cual debe ser tomada en cuenta en la historia clínica de pacientes con cuadro de obstrucción intestinal.

BIBLIOGRAFIA

1. GRAY SW, SKANDALAKIS JE. Embriology for surgeons. Philadelphia, WB Saunders Co, 1972, 156-167
2. VANE DW, WEST KW, GROSFELD JL. Viteline duct anomalies. Experience with 217 childhood cases. Arch Surg 1987; 122:542-7
3. TRIMINGHAM HL, MC DONALD JR. Congenital anomalies in the region of the umbilicus. Surg Gynecol Obstet 1945; 80:152-163
4. MECKEL JF. Beitr Anat, 1808
5. MOORE TC. Omphalomesenteric duct malformations. Semin Pediatr Surg 1996; 5:116-123
6. DIAZ PLASENCIA J, BONCÚN BRAVO S, ROMERO BRAVO R, Obstrucción Intestinal por Divertículo de Meckel: A propósito de un caso. Rev Gast Per Vol 21 No2 2001
7. GARCÍA FERNÁNDEZ J, FERNANDEZ RAGI R, Persistencia del Conducto Onfalomesentérico. Rev Cub Ped Vol 78;3 Set 2006
8. GARCÍA URGELLÉS, L. JIMÉNEZ ALONSO, L. CASTRO SÁNCHEZ, M. Patología frecuente e infrecuente relacionada con la persistencia de restos del conducto onfalomesentérico. Can Ped 2005; 29 (1): 77-82
9. ALERO, OREND, APAYDIN B, YIAYITBAAYIR, ERSAN Y. Internal Herniation concurrent with ileosigmoid knotting or sigmoid volvulus: Presentation of 12 patients. Surg 2005 Mar;137(3): 372-7
10. AMENDOLARA M, PASQUALE S, CARPENTIERI L, ERRANTE D, BIANSIATO R Oclusion caused by persistent onphalomesenteric duct and Meckel diverticulum: report of two cases. Chir Ital. 2003 Jul-Aug; 55(4): 591-5
11. MCCLENATHAN JH, DABADGHAV N. Unusual presentation of onphalomesenteric duct remnant: A variant of mesodiverticular band causing intestinal obstruction. J Ped Surg 2000 Jul;35(7): 1136-7