

Clínica Quirúrgica Infantil — Dr. R. Yannicelli
Posta Central de Anatomía Patológica — Dr. Mateo, A. L.

CANAL ONFALO - MESENTERICO PERMEABLE (C.O.M.)

Dra. María Teresa Cabrera Roca y Selika Piovano de Lista

La patología congénita de la región umbilical es muy profusa. El caso que nosotros presentamos, es poco frecuente, pero su conocimiento es necesario tenerlo presente, para no confundirlo con el granuloma de ombligo, afección frecuente y cuya terapéutica aplicada a la fistula puede ampliar la apertura del Canal onfalo mesentérico (C.O.M.) con todos los problemas que este supone, como pasó en el caso que presentamos.

Historia: Visto por primera vez por Peacke en 1811 y por Poissons en 1917 (que vio salir un ascari por el ombligo de una niña de 3 años).

King en 1843, Kolazek en 1875, Küstner en 1876 y 77 lo asocian a los tumores umbilicales. Tillmas estudia su mucosa digestiva y ve sus islotes gástricos. Lexter en 1899 completa su estudio. De ahí en adelante hay una profusa bibliografía. En nuestro medio el Profesor Agregado Dr. Alfredo Rodríguez Castro describió 2 casos. Hay 1 caso no publicado del Prof. R. Yannicelli.

Embriología: Durante la formación del embrión, la superficie ventral, forma la pared del intestino primitivo, del que luego se separa, el amnios crece y se expande sobre la pared ventral plegándose. Entre tanto el intestino primero se separa y la separación entre ambos se va transformando en C.O.M. Al desarrollarse la placenta y las membranas alantoides, comienza la regresión del saco del huevo que puede quedar como restos en el cordón umbilical. Durante las primeras semanas del embrión, aparecen los vasos onfalo mesentéricos. La arteria izquierda desaparece en la 5ª semana.

Cuando el ducto se oblitera también desaparece la arteria derecha, excepto en su porción entérica que constituye la arteria **mesentérica superior**. La vena derecha desaparece primero y parte de la izquierda persiste para ser incorporada a la vena porta.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 2 de agosto de 1961.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

La persistencia parcial del C.O.M. da lugar al divertículo de Meckel en sus distintas formas.

Clínica: El diagnóstico es fácil cuando el canal onfalo mesentérico (C.O.M.) es completo.

Diagnóstico positivo. Tumefacción umbilical rojiza con salida de contenido intestinal. Líquido amarillento. Secreción mucoide. (Prueba pegajosa de Potts).

Diagnóstico diferencial. 1º Con el granuloma de ombligo (Secreción purulenta, peligro de confundirlo). 2º Uraque permeable. (Secreción urinaria).

Anatomía Patológica — Estructura intestinal

I Delgado

II Estómago

Complicaciones — Prolapso de la mucosa

a) simple

b) bicorne

Exámenes complementarios — Fistulografía.

Terapéutica-Quirúrgica — Radical.

laparotomía con extirpación del

C.O.M. y Sutura de intestino.

CP —2 meses— Ingres a 12/XI/960. Alta 23/XI/960.

Motivo de ingreso: Ingres a por fístula umbilical con salida de materias fecales.

Enfermedad actual: A los 10 días del nacimiento cayó el cordón umbilical, notando la madre que al nivel esta cicatriz presentaba una zona rojiza y proliferante como un botón carnoso con secreción permanente. Consultó médico, quien le indicó toques con nitrato de plata. Luego de algunas de estas aplicaciones y algunas hemorragias aumentó la secreción, que primero fue de un líquido amarillento y luego de materias fecales. Razón por la cual consulta otro pediatra que la envía.

Examen: Lactante de 2 meses, buen estado general. Piel y mucosas bien coloreadas.

Abdomen: En la región umbilical hay una fístula con prolapso de mucosa digestiva por la que fluyen materias fecales.

Diagnóstico: Canal onfalo mesentérico permeable.

Fistulografía previa.

Terapéutica Quirúrgica.

Incisión de Mac-Burney Gossett.

Dra. Cabrera, Dr. Arruti, Pract. González Vales.

Anest. Gral. Dra. Trujillo.

Se exterioriza el ciego. Se van explorando las ansas intestinales hasta llegar a la zona donde se encuentra que del ansa mesentérica, sale el canal onfalo entérico, del mismo diámetro que esta.

Se secciona previamente el cordón residual de la arteria onfalo me-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

sentérica, que se liga, se corta entre dos pinzas, al canal onfalomesentérico, y se sutura el intestino con puntos separados en dos planos con sedas 5 ceros y aguja atraumática.

Se libera el canal ya libre del orificio umbilical y se extirpa.

Se da un punto por dentro al peritoneo de la región umbilical.

Cierre de la pared por planos de la incisión del Mac-Burney Gossett.

Cierre de los planos de la zona umbilical.

No se hizo apendicectomía.

Evolución: Ileo paralítico durante 56 horas que se trata con sostén paraenteral. Cede el ileo. 23/XI/960. Alta en buenas condiciones.

RESUMEN

1º) Presentamos un caso de canal onfalo mesentérico permeable.

2º) Ponemos énfasis en la importancia del diagnóstico diferencial con el granuloma de ombligo, cuya terapéutica con el nitrato de plata, al actuar sobre la mucosa prolapsada expone a complicaciones y difiere el imprescindible acto operatorio.

BIBLIOGRAFIA

RODRIGUEZ CASTRO ALFREDO. — Cursos de perfeccionamiento de Pediatría 1945. T. 16 pág. 423.

SODENBURG SIGRID. — Meckel's Diverticulum. Supplementum 248. Acta Chirurgica Scandinavica. Stockholm 1959 — Chapter 10 - 165 - 183.

POTSS WILLIS J. — Cirugía en el niño — Divertículo de Meckel — 188 190 — 1960 (Traduc.: Pelliza N.).

GROSS R. — Abdominal Surgery in Infancy and Childhood 211 - 219. 1958.

OMBREDANNE L. — Presis clinique et operative de Chirurgie Infantile. 434 - 436. 1950.

DUHAMEL BERNARD. — Chirurgie du nouveau né et du nourrisson. 248 249. 1953.

GROB MAX. — Patología Quirúrgica Infantil. 323 - 326. 1958.

SWESON ORWAR. — Cirugía Pediátrica. 362 - 371. 1958.

ROSA FOLCO PIOVANO DE LISTA S. — Patología del Divertículo de Meckel — Jornadas Pediátricas — 1961.

Dr. Valls: Yo felicito a la Dra. Cabrera y quería hacerle una pregunta. ¿Qué se seccionó además del canal onfalomesentérico, la arteria umbilical o fueron los restos fibrosos de la arteria onfalomesentérica?, porque las arterias umbilicales vienen de abajo, del costado...

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Dr. Folco Rosa: Nosotros queremos felicitar a la Dra. Cabrera por su presentación y queremos decir que en estos casos, cuando hay una secreción del ombligo, serosa, cuyos caracteres no son bien precisos, puede plantearse el diagnóstico diferencial con una fístula del uraco, en cuyo caso haciendo una cistografía muy a menudo queda aclarado el problema. Pueden existir las dos fístulas simultáneamente. No aconsejamos nunca hacer la cateterización del trayecto, porque puede ser anfractuoso y además no dar datos precisos y entonces es una pérdida de tiempo. De modo que con hacer una fistulografía y además una cistografía puede aclararse perfectamente el problema.

Dra. Cabrera: Contestando al Dr. Valls le diré que efectivamente, es la arteria del canal onfalomesentérico la que se secciona. Contestando al Prof. Yannicelli, realmente conocemos todos los casos en común, agradezco sus palabras.

En cuanto al Dr. Folco Rosa estoy completamente de acuerdo con él, que cuando nosotros vemos una secreción que en vez de ser mucoide o francamente con materias fecales como en el caso nuestro, y tenemos la posibilidad de que se trate de una fístula del uraco, comenzamos el estudio con la cistografía para despejar la incógnita. Como en este caso era tan claro lo comenzamos con la fistulografía. Agradezco a todos.