

Cartas científicas

Hemorragia digestiva secundaria a úlcera en conducto onfalomesentérico persistente

Gastrointestinal tract bleeding secondary to an ulcer in a persistent omphalomesenteric duct

La persistencia del conducto onfalomesentérico es una anomalía congénita poco frecuente relacionada con la persistencia del saco vitelino embrionario. La mayoría se presentan como divertículo de Meckel, mientras la persistencia completa es un fenómeno aún menos frecuente. Se asocia a complicaciones como obstrucción intestinal, que es la más frecuente, hemorragia digestiva, dolor abdominal, hernia o supuración umbilical que se manifiestan frecuentemente en la infancia. La hemorragia digestiva, a pesar de ser una de las complicaciones más frecuentes del divertículo de Meckel, es menos habitual cuando la persistencia del conducto onfalomesentérico es completa¹.

Presentamos el caso de un varón de 16 años acude al servicio de urgencias por astenia, dolor abdominal difuso de tipo cólico y deposiciones melénicas de 2 días de evolución. En la exploración física destacó palidez mucocutánea, dolor abdominal a la palpación en epi-mesogastrio, sin signos de irritación peritoneal y tacto rectal con heces melénicas. Se observó un nódulo blanquecino en el fondo del ombligo (fig. 1A). Interrogada la familia, refirió notable retraso en la cicatrización del ombligo con supuración del mismo, que fue

tratada con cauterizaciones químicas repetidas. La analítica objetivó hemoglobina de 8,6 g/dl. Se le realizó una endoscopia digestiva alta sin hallazgos significativos. Una gammagrafía con pertecnato ⁹⁹Tc mostró captación a nivel de región periumbilical sobre la bifurcación aórtica (fig. 2) sugestiva de mucosa gástrica ectópica compatible con divertículo de Meckel.

Con diagnóstico preoperatorio de patología del conducto onfalomesentérico, se efectuó una minilaparotomía subumbilical apreciándose una persistencia completa del conducto onfalomesentérico que comunicaba un asa de íleon con el ombligo (fig. 1B).

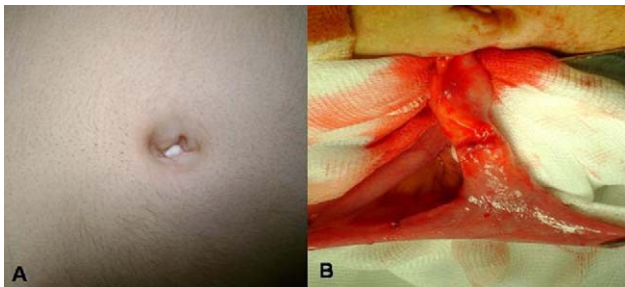


Figura 1 – A) Nódulo blanquecino en el fondo del ombligo. B) Persistencia completa del conducto onfalomesentérico que comunicaba un asa de íleon con el ombligo.

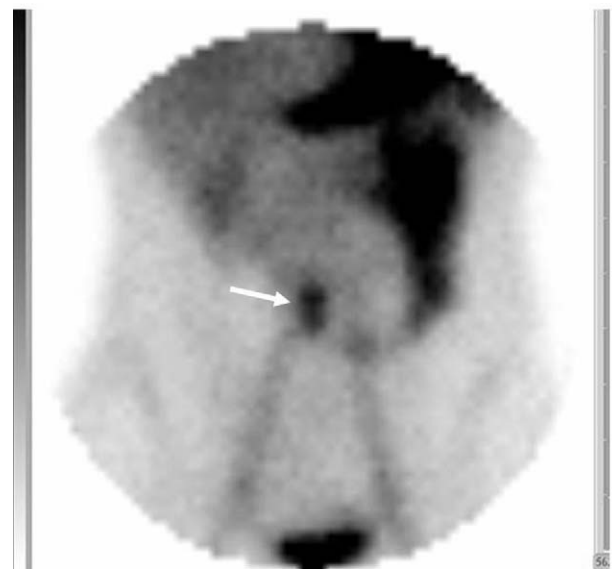


Figura 2 – Gammagrafía con pertecnato ⁹⁹Tc. Captación a nivel de región periumbilical sobre la bifurcación aórtica.

Se realizó resección del conducto onfalomesentérico con extirpación en bloque del anillo umbilical y fondo cutáneo del ombligo y enterorrafia transversa del íleon con puntos sueltos de seda 3/0 y cierre del orificio cutáneo umbilical con una sutura reabsorbible de Poliglactina 3/0. El paciente evolucionó satisfactoriamente siendo dado de alta al tercer día de la cirugía.

El estudio histopatológico confirmó remanente del conducto onfalomesentérico con revestimiento mucoso de tipo gástrico, que incluía 2 úlceras puntiformes.

El remanente del conducto onfalomesentérico es una anomalía asociada al saco vitelino primitivo. Conecta el saco vitelino con el intestino medio embrionario. Se convierte en una banda fibrosa que se reabsorbe espontáneamente entre la quinta y la décima semana de gestación. Cuando durante la embriogénesis no se produce el cierre de dicha comunicación o la reabsorción completa, el remanente del conducto onfalomesentérico continúa creciendo, lo que ocurre en el 2% de los niños, sin predominancia por sexos aunque son más sintomáticos en los varones². Los síntomas habituales aparecen antes de los 4 años de edad, siendo rara la expresión de sintomatología en la edad adulta. Incluyen dolor abdominal, hemorragia digestiva, obstrucción intestinal, supuración y/o hernia umbilical.

La persistencia parcial del conducto onfalomesentérico constituye el divertículo de Meckel, que es la forma más frecuente de presentación, siendo la persistencia completa un hecho extremadamente infrecuente³. La mayoría de los casos de persistencia del conducto son asintomáticos, presentando síntomas en menos del 2% de los casos.

La hemorragia se produce cuando, existiendo mucosa gástrica ectópica, se produce la ulceración péptica de la misma y es habitualmente indolora. Esta complicación es una de las más frecuentes del divertículo de Meckel, sin embargo, cuando la persistencia del conducto onfalomesentérico es completa, la complicación más habitual es la obstrucción de intestino delgado, ya sea por hernia interna, invaginación o una banda fibrosa residual, que produce compresión extrínseca de un asa⁴.

El método de elección para el diagnóstico de la hemorragia originada en remanentes del conducto onfalomesentérico divertículo de Meckel es la gammagrafía con pertecnato ⁹⁹Tc que muestra captación en la mucosa gástrica ectópica, si en él

existiese y la ausencia de patología hemorrágica gastroduodenal, en la endoscopia digestiva alta.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica completa de todo el conducto⁵, incluidos sus extremos y comprobando que quede incluida totalmente la mucosa ectópica gástrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Markgiannakis H, Theodorou D, Toutouzas KG, Drimousis P, Panoussopoulos SG, Katsaragakis S, et al. Persistent omphalomesenteric duct causing small bowel obstruction in an adult. *World J Gastroenterol.* 2007;13:2258-60.
2. Bueno Lledó J, Serralta Serrá A, Planeéis Roig M, Dobón Gimenez F, Ibáñez Palacín F, Rodero Rodero R. Obstrucción intestinal causada por la persistencia del conducto onfalomesentérico: usos de la laparoscopia. *Rev Esp Enferm Dig.* 2003;95:736-8.
3. Gutiérrez Cencho C, Luna J, Gutiérrez de Aranguren C. Persistencia del conducto onfalomesentérico como causa de obstrucción intestinal en el adulto: Revisión de un caso en el Hospital de Hipólito Unanue. *Rev Gastroenterol Peru.* 2008;28:154-7.
4. Sawada F, Yoshimura R, Ito K, Nakamura K, Nawata H, Mizumoto K, et al. Adult case of an omphalomesenteric cyst resected by laparoscopic-assisted surgery. *World J Gastroenterol.* 2006;12:825-7.
5. Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, Walsh EE, Larson DR. Meckel diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1476 patients (1950-2002). *Ann Surg.* 2005;241:529-33.

Jaime Ruiz-Tovar^{a,*}, Gada Housari^b, Lucía Latorre Marlasca^b y Joaquín Pérez De Oteyza^b

^aHospital General Universitario de Elche, Alicante, España

^bHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jruiztovar@gmail.com (J. Ruiz-Tovar).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.03.025

Tumor maligno de la vaina de los nervios periféricos en el intestino delgado

Malignant peripheral nerve sheath tumour of the small intestine

Los tumores malignos de la vaina de los nervios periféricos (TMVNP) son una rara variedad de sarcoma de tejidos blandos de origen ectodérmico. Este término, acuñado por la OMS, agrupa a los tumores antiguamente referidos como schwa-

noma maligno, neurilenoma maligno o neurofibrosarcoma. Frecuentemente se asocian a la neurofibromatosis de tipo 1 (NF1) y rara vez se localizan en el aparato digestivo. Su aparición en el intestino delgado es extremadamente infre-