

CASO CLÍNICO

Restos del conducto onfalomesentérico en el cordón umbilical. Hallazgo en un recién nacido a término

J. Ortiz^a, J.A. González^b, M.J. Doyagüe^b, R. Muñoz^a y A. Bullón^a

^aServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Salamanca. España.

^bServicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Salamanca. España.

ABSTRACT

We describe the findings observed in the umbilical cord of a full-term newborn infant. The findings consisted of microscopic remnants of the omphalomesenteric duct together with incidental vascular structures. We briefly discuss the frequency and importance of these findings and stress the need for even closer collaboration, if possible, between clinicians and pathologists.

INTRODUCCIÓN

El estudio anatomopatológico de la placenta, es en muchas ocasiones una valiosa fuente de hallazgos de gran utilidad para comprender el normal desarrollo anatómico y fisiológico del feto y para llegar al diagnóstico de posibles afecciones gravídicas. Pensamos que esta afirmación alcanza una especial relevancia cuando los hallazgos observados se corresponden con estructuras normalmente sometidas a involución y cuyo desconocimiento puede ocasionar errores de interpretación y de diagnóstico, como puede suceder en el caso que exponemos seguidamente.

CASO CLÍNICO

Secundigesta de 33 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que tras un embarazo a término y un parto vaginal eutócico, dio a luz un varón de 3 kg de peso, carente de malformaciones. El estudio anatomopatológico mostró una placenta monocorial y monoamniótica de 580 g de peso, con

integridad de los cotiledones. El cordón umbilical, de inserción central, mostró, al realizar su estudio histológico, junto a las normales estructuras vasculares fetales (una vena y dos arterias) una cuarta luz. Esta luz revestida por una mucosa cilíndrica, de tipo enteróide, rica en células caliciformes, fue identificada como un remanente del conducto onfalomesentérico fetal.

En torno a este remanente se observaron, de igual modo, pequeños vasos accesorios (figs. 1 y 2).

DISCUSIÓN

El conducto onfalomesentérico se caracteriza por ser una estructura involutiva, que comunica el intestino fetal con el saco vitelino¹. De normal obliteración y desaparición entre la quinta y la novena semanas de vida fetal, su persistencia total o parcial ocasiona di-

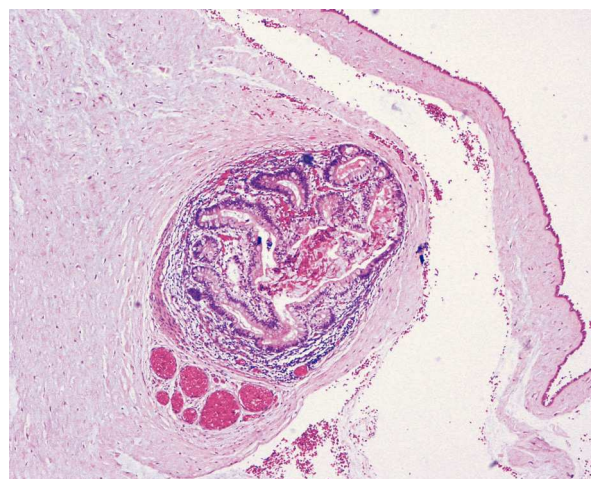


Fig. 1. Cordón umbilical: restos del conducto onfalomesentérico (HE 25).

Aceptado para su publicación el 28 de noviembre de 2005.

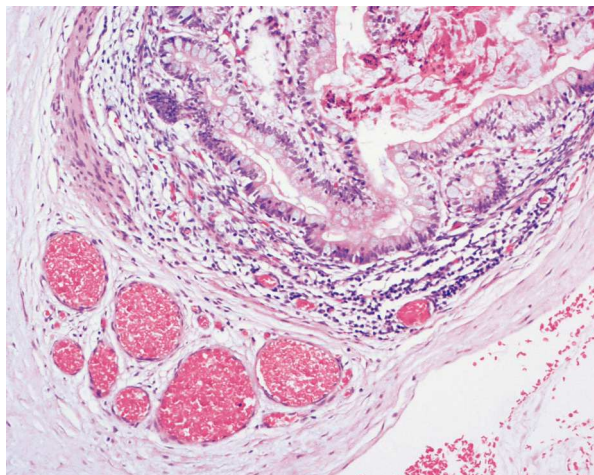


Fig. 2. A mayor aumento, se observa la mucosa enteroide, rica en células caliciformes, así como los vasos accesorios periductales (HE 100).

versas afecciones, de las que la más conocida es el divertículo de Meckel²⁻⁵. Esta persistencia, en ocasiones, puede consistir en el hallazgo de meros restos microscópicos, reconocibles por el típico aspecto de la mucosa que reviste la luz del conducto^{6,7}, lo que permite su diferenciación de otros vestigios embrionarios como, por ejemplo, el conducto alantoideo⁸.

En nuestro caso nos hallamos ante un cordón umbilical que muestra junto a los restos del conducto onfalomesentérico, revestidos por una mucosa típica, pequeños vasos embrionarios supernumerarios. Estos hallazgos, descritos por algún autor hasta en el 23% de las placentas estudiadas, en ocasiones puede ser motivo de una alerta infundada, ya que no se ha observado una mayor tendencia de estos fetos a presentar malformaciones asociadas, por lo que no están justificadas medidas extemporáneas de ningún tipo⁹. No obstante, en ocasiones esta persistencia se ha correlacionado con pequeños problemas regionales, tales como su transformación quística o el desarrollo de pólipos umbilicales¹⁰. De igual manera, el aspecto benigno del revestimiento epitelial nos hace descartar cualquier sospecha de malignidad, tanto primaria como metastásica.

Basándonos en lo anteriormente expuesto, consideramos de interés la presentación de nuestro ejemplo, tanto para divulgar su conocimiento como para resaltar la importancia de la colaboración entre patólogos y ginecólogos en la diaria labor asistencial.

RESUMEN

Presentamos los hallazgos observados en el cordón umbilical de un recién nacido a término, consistentes en la presencia de restos microscópicos del conducto onfalomesentérico junto a estructuras vasculares accesorias. Comentamos brevemente la frecuencia e importancia de estos hallazgos, recalcando la necesidad de hacer aún más estrecha, si cabe, la colaboración entre clínicos y patólogos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ameh EA, Mshelbwala PM, Dauda MM, Sabiu L, Nmadu PT. Symptomatic vitelline duct anomalies in children. *S Afr J Surg.* 2005;43:84-5.
2. Konvolinka CW. Patent omphalomesenteric duct. *Surgery.* 2002;131:689-90.
3. Bueno Lledo J, Serralta Serra A, Planees Roig M, Dobon Gimenez F, Ibanez Palacin F, Rodero Rodero R. Oclusión intestinal secundaria a persistencia del conducto onfalomesentérico. Utilidad de la laparoscopia. *Rev Esp Enferm Dig.* 2003;95:736-8;733-5.
4. Giacalone G, Vanrykel JP, Belva F, Aelvoet C, De Weer F, Van Eldere S. Surgical treatment of patent omphalomesenteric duct presenting as faecal umbilical discharge. *Acta Chir Belg.* 2004;104:211-3.
5. Jain TP, Sharma R, Chava SP, Das CJ. Pre-operative diagnosis of Meckel's diverticulu: report of a case and review of literature. *Trop Gastroenterol.* 2005;26:99-101.
6. Patent omphalomesenteric Duct. Contributed by: Children's Hospital Omaha, Radiologist, Omaha Childrens, Creighton University and UNMC, Nebraska. En: <http://www.mypacs.net/cases/PATENT-OMPHALOMESENTERIC-DUCT-312303.htm>
7. Heifetz SA, Rueda-Pedraza ME. Omphalomesenteric duct cysts of the umbilical cord. *Pediatr Pathol.* 1983;1:325-35.
8. Baill IC, Moore GW, Hedrick LA. Abscess of allantoic duct remnant. *Am J Obstet Gynecol.* 1989;161:334-6.
9. Jauniaux E, De Munter C, Vanesse M, Wilkin P, Hustin J. Embryonic remnants of the umbilical cord: morphologic and clinical aspects. *Hum Pathol.* 1989;20:458-62.
10. Larralde de Luna M, Cicioni V, Herrera A, Casas JG, Magnin PH. Umbilical polyps. *Pediatr Dermatol.* 1987;4:341-3.