



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Nódulo umbilical congénito en paciente de un año



Congenital Umbilical Nodule in a 1-Year-Old Infant

Historia clínica

Un varón de 12 meses de edad, sin alergias medicamentosas ni antecedentes médicos de interés, consulta por una lesión umbilical congénita, estable en tamaño, sin historia de sangrado o secreción, ni clínica sistémica asociada. Recibió tratamiento mediante cauterización con nitrato de plata, en una ocasión, por su pediatra, con persistencia de la lesión.

Exploración física

Se observaba una pápula umbilical de 1 cm de diámetro, eritematosa y brillante, de superficie lisa. La piel adyacente era de características normales (fig. 1).

Histopatología

El estudio histológico mostró una lesión sobreelevada de morfología poliploide (fig. 2). A mayor aumento se observaba un revestimiento focal por un epitelio poliestratificado queratinizado de tipo epidérmico, en transición con mucosa

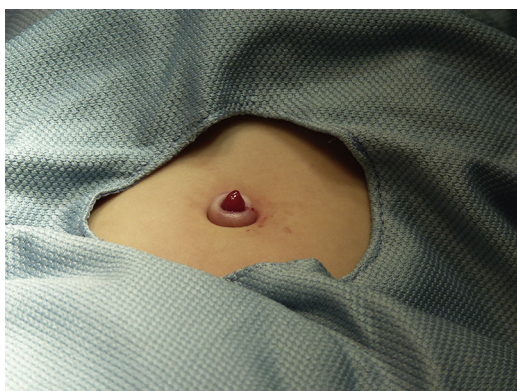


Figura 1

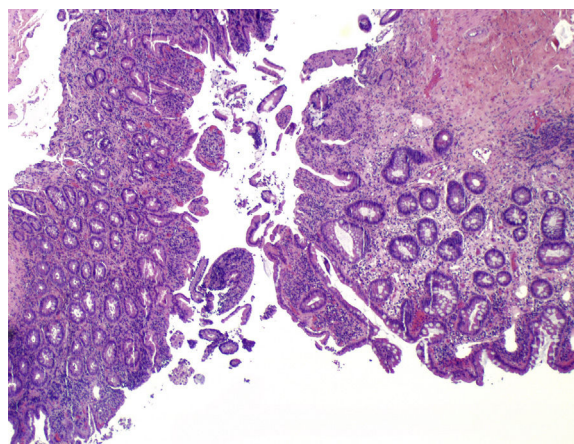


Figura 2 Hematoxilina-eosina $\times 20$.

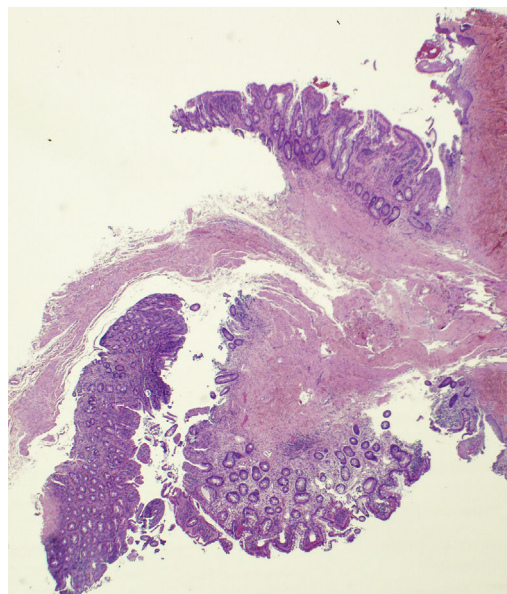


Figura 3 Hematoxilina-eosina $\times 100$.

gastrointestinal (fig. 3), con erosiones superficiales y un moderado infiltrado inflamatorio en lámina propia.

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Pólipo umbilical (persistencia del conducto onfalomesentérico [OMD]).

Evolución y tratamiento

Se llevó a cabo la extirpación quirúrgica y la inspección intraoperatoria de la base del pólipo, sin objetivar otras anomalías. Valorado por la unidad de digestivo pediátrica, se realizó una ecografía de partes blandas sin describirse la presencia de comunicación con planos profundos; así como una gammagrafía con ^{99m}Tc-pertecnetato, que fue negativa para la detección de la mucosa gástrica ectópica.

Comentario

El OMD es la estructura que comunica el intestino medio del embrión con el saco vitelino para asegurar su nutrición, mientras se desarrolla la placenta durante las primeras semanas de vida intrauterina. En condiciones normales debe obliterarse entre la quinta y novena semana del desarrollo, y haber desaparecido por completo al nacimiento. En un 2% de la población, la involución no es completa¹, dando lugar a diversos remanentes como el divertículo de Meckel (forma más frecuente), la fistula íleo-umbilical, el sinus umbilical, el quiste onfalomesentérico, el pólipo umbilical y el cordón fibroso íleo-umbilical. En el 50% de los casos estas afecciones son asintomáticas, manifestándose en el resto como una obstrucción intestinal (36%), un abdomen agudo (31%), una masa y/o secreción umbilical persistente (29%) o una rectorragia (5%)¹ durante el periodo neonatal, primera infancia o edad adulta² (menos frecuente).

El pólipo umbilical es una entidad poco frecuente, que traduce la protrusión de la mucosa del OMD a través del ombligo. Se identifica desde el nacimiento como una pápula o nódulo rojo brillante, de superficie lisa, con posibilidad de sangrado y/o secreción serosa, serohemorrágica, que puede irritar la piel adyacente. El análisis histológico muestra una epidermis generalmente erosionada en contigüidad con mucosa del tracto digestivo, hallándose por orden de frecuencia mucosa de intestino delgado, gástrica, intestino grueso y páncreas^{3,4}.

El principal diagnóstico diferencial lo constituye el granuloma umbilical. Se trata también de una lesión pápulo-nodular rojo brillante, pero de superficie más friable, formada por un exceso de granulación tras la caída del

cordón umbilical, y que responde a la cauterización con nitrato de plata⁵. Se deben considerar, así mismo, otras entidades que se manifiestan como masas o secreción umbilical como la persistencia del uraco, el hemangioma capilar (y otras neoplasias vasculares), la hernia umbilical, el onfalocele o la gastrosquisis^{3,6}.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica simple. Existe controversia sobre la realización sistemática de pruebas complementarias, motivada por la publicación de casos asociados a otras formas de persistencia del OMD. A este respecto, las últimas publicaciones abogan por una inspección intraoperatoria minuciosa de la base del pólipo y solicitarlas únicamente cuando esta es anómala⁴.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimiento

A la doctora Itziar Eraña Tomás por las imágenes histológicas.

Bibliografía

1. Tamilselvan K, Mohan A, Cheslyn-Curtis S, Eisenhut M. Persistent umbilical discharge from an omphalomesenteric duct cyst containing gastric mucosa. *Case Rep Pediatr.* 2012;2012:482185.
2. You Y, Yang X, Hao F, Zhong B. The umbilical polyp: A report of two cases and literature review. *Int J Dermatol.* 2009;48:630-2.
3. Swanson DL, Pakzad B. An umbilical polyp in an infant. *Cutis.* 2005;76:233-5.
4. Pacilli M, Sebire NJ, Maritsi D, Kiely EM, Drake DP, Curry JI, et al. Umbilical polyp in infants and children. *Eur J Pediatr Surg.* 2007;17:397-9.
5. Sánchez-Castellanos ME, Sandoval-Tress C, Hernández-Torres M. Persistence of the omphalomesenteric duct. Childhood differential diagnosis of umbilical granuloma. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:404-5.
6. Hsu JW, Tom WL. Omphalomesenteric duct remnants: Umbilical versus umbilical cord lesions. *Pediatr Dermatol.* 2011;28:404-7.

R. Pérez-Mesonero*, V. Melgar-Molero y A. Martín-Fuentes

Departamento de Dermatología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquelperezmesonero@gmail.com
(R. Pérez-Mesonero).