

CASO CLÍNICO

Mirarse el ombligo

Berta De Urquía, Mireia Sensarrich, Irene Barceló, Núria Brun

Servicio de Pediatría y Cirugía Pediátrica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Recibido el 17 de septiembre de 2023

Aceptado el 19 de octubre de 2023

Palabras clave:

Neonato
Ombligo
Uraco

Key words:

Newborn
Umbilicus
Urachus

Resumen

Introducción: La patología umbilical supone uno de los motivos de consulta neonatal más frecuente en nuestras Urgencias. Aunque la presentación de las diferentes entidades puede ser parecida, su manejo, complicaciones y pronóstico pueden ser muy amplios.

Caso clínico: Neonata de 12 días de vida que es derivada al Servicio de Urgencias por secreción serohemática umbilical de 4 días de evolución junto con un pico febricular y un vómito aislado. En la exploración física destaca un ombligo eritematoso, indurado y doloroso a la palpación, con tumoración blanda, no reducible. Ante sospecha de hernia umbilical complicada se solicita ecografía abdominal, con imagen dudosa de hernia umbilical incarcerada. Se decide ingreso en Unidad Neonatal donde se realiza intervención quirúrgica, diagnosticándose finalmente un divertículo uracal. Se realiza resección del mismo, sin incidencias y con correcta evolución clínica.

Comentario: Un correcto conocimiento del diagnóstico diferencial permite realizar un correcto abordaje y tratamiento de nuestros pacientes, evitando retrasos en el diagnóstico y errores en el manejo.

NAVEL GAZING

Abstract

Introduction: *Umbilical disorders are a common reason for neonatal consultations in the emergency department. Although different conditions may present similarly, their management, complications, and prognosis can vary significantly.*

Case Report: *A 12-day-old neonate was referred to the Emergency Department due to a four-day history of serosanguineous umbilical discharge, along with one measurement of mild fever and a single episode of vomiting. Physical examination revealed an erythematous umbilicus without induration and a soft, non-reducible lump. As a complicated umbilical hernia was suspected, abdominal ultrasound was performed, which indicated the presence of an incarcerated umbilical hernia. The patient was admitted to the neonatal unit, where surgical intervention revealed a urachal diverticulum. The diverticulum was resected without complications, and the patient showed favorable clinical progress.*

Comment: *A thorough understanding of the differential diagnosis allows for an appropriate approach and treatment of our patients, avoiding delays in diagnosis and minimizing the risk of management errors.*

Dirección para correspondencia:

Dra. Berta De Urquía
Correo electrónico: burquia@santpau.cat

INTRODUCCIÓN

Es habitual atender a neonatos en los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP) y los motivos de consulta suelen ser diversos. Estudios retrospectivos realizados en diferentes hospitales españoles y latinoamericanos estiman que los neonatos representan aproximadamente el 1,5-2% del total de visitas en los SUP. Además, se calcula que los problemas relacionados con el cordón umbilical representan entre el 1% y el 14% de los motivos de consulta en este grupo de pacientes⁽¹⁻⁵⁾. El objetivo de este caso es revisar el diagnóstico diferencial y manejo de las distintas presentaciones a encontrar.

CASO CLÍNICO

Neonata de 12 días de vida, sin antecedentes perinatales de interés, fruto de una segunda gestación a término (41 semanas gestacionales) de madre sana con ecografías normales, serologías negativas (excepto rubéola inmune), cultivo vaginal estreptocócico grupo B negativo, amniorraxis clara menor a una hora, con peso adecuado para edad gestacional. Exploración física al nacimiento sin hallazgos patológicos con cordón umbilical normoconfigurado y cribados neonatales normales. Es derivada al SUP de un hospital de tercer nivel desde su centro de Atención Primaria por secreción serohemática umbilical de 4 días de evolución, orientado inicialmente como granuloma, y habiendo realizado limpiezas diarias con clorhexidina según indicado por el pediatra del ambulatorio.

La madre refiere que la paciente presentó un pico febricular (37,4 °C) y un vómito alimentario aislado el día anterior, junto con irritabilidad nocturna. Refieren buen estado general con micciones y deposiciones conservadas. Explican también buena cicatrización umbilical previa con cura seca, con caída del cordón a los 7 días de vida sin secreciones ni cambios de coloración, así como una buena ganancia ponderoestatural con lactancia materna exclusiva.

En la exploración física, la paciente presenta un triángulo de evaluación pediátrica estable y constantes normales. Se observa un abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Destaca un ombligo eritematoso, indurado, sin aumento de la temperatura local al tacto, con secreción serohemática, no maloliente ni purulenta. Asocia inflamación blanda umbilical, no reducible. Impresiona doloroso el intento de reducción (Figura 1).

Ante la clínica y exploración referidas, se plantea el diagnóstico de onfalitis como primera entidad a descartar (dada la inflamación local, la clínica sistémica leve asociada y el riesgo de afectación sistémica que supone en neonatos). No obstante, encontrándonos ante un caso de ombligo húmedo, se realiza el diagnóstico diferencial con una entidad de origen malformativo. Se incluye también en el diagnóstico diferencial la hernia umbilical complicada, ante la presencia de una masa no reducible a este nivel. Dado el aspecto y evolución del ombligo la sospecha de granuloma es baja.

Ante estas sospechas se solicita una analítica sanguínea donde destaca una escasa elevación de la proteína C reactiva (18,7 mg/L) y discreta leucocitosis (23,50 x 10⁹/L) con neutrofilia (62,6%) menor a 15,00 x 10⁹/L. Paralelamente



FIGURA 1. Aspecto umbilical en la exploración física de la paciente. (Autora: Dra. Mireia Sensarrich).

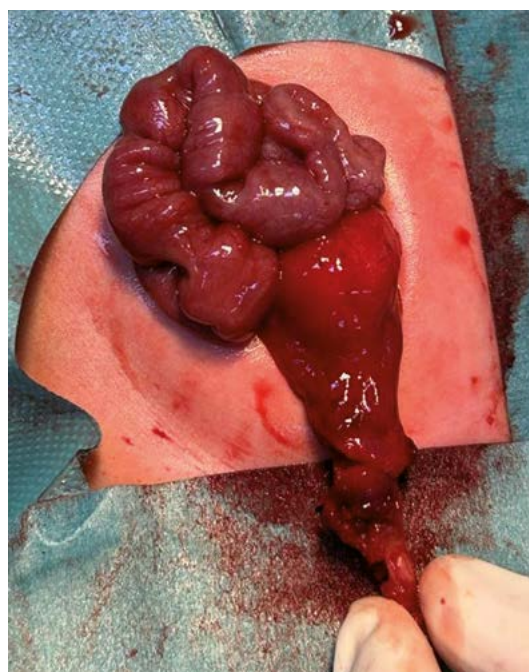


FIGURA 2. Divertículo uracal hallado en la cirugía abdominal. (Autora: Dra. Núria Brun).

se realiza una ecografía abdominal, que se informa como hernia encarcerada tras observar una porción inicialmente interpretada como intestino de paredes engrosadas con mínima cantidad de líquido, no reducible. Ante sospecha de abdomen quirúrgico y analítica sin elevación significativa de reactantes se descarta ampliar el estudio infeccioso. Se ingresa a la paciente en la Unidad Neonatal donde se administra una dosis profiláctica de antibioterapia prequirúrgica con amoxicilina-ácido clavulánico (50/10 mg/kg). Se realiza intervención bajo anestesia general, identificándose una estructura diverticular conectada a la cúpula vesical, diagnosticando finalmente un divertículo uracal (Figura 2). El estudio de anatomía patológica resulta compatible con un trayecto fistuloso y descarta evidencia de malignidad, congruente con el diagnóstico quirúrgico planteado. Se ingresa bajo obser-

TABLA 1. Diagnóstico diferencial de la patología umbilical⁽⁶⁻¹⁰⁾.

	Incidencia	Etiología	Presentación	Tratamiento	
Granuloma	Masa umbilical más frecuente	Sobrecrecimiento de tejido de cicatrización	<ul style="list-style-type: none"> Nódulo pequeño, rosado, húmedo "aterciopelado" 3-10 mm Secreción serohemática Evidencia con la caída del cordón 	Cauterización con nitrato de plata Curas con sal no yodada	
Onfalitis	0,7-6%	Infección polimicrobiana: <i>S. aureus</i> > estreptococos grupo A y B, bacilos gramnegativos > anaerobios	<ul style="list-style-type: none"> Induración eritematosa y dolorosa periumbilical Secreción purulenta y maloliente Síntomas sistémicos: fiebre, letargia, disminución de ingesta 	Ingreso + antibioterapia (cocos grampositivos y bacilos gramnegativos)	
Hernia umbilical	Patología umbilical más frecuente. 10%	Malformación del anillo umbilical	<ul style="list-style-type: none"> Inflamación blanda umbilical Diferentes tamaños No asocia secreción Asintomática. Si sintomática, sospecha de incarceración o estrangulación 	Observación en casos asintomáticos Cirugía en caso de complicación	
Persistencia uracal	Fístula uracal	Falta completa de obliteración	Secreción umbilical de orina	Cirugía	
	Quiste uracal	0,07% de la población	Falta de obliteración de la porción media		Masa periumbilical en la infancia
	Seno uracal	Falta de obliteración de la porción distal	Supuración periumbilical		
	Divertículo uracal	Falta de obliteración de la porción proximal	Normalmente asintomático		
Persistencia conducto onfalomesentérico	Pólipo mucoso	Mucosa gástrica o pancreática ectópica	Tumoración umbilical mucosa rojo-afambuesada	Cirugía	
	Banda vitelina	Banda fibrosa remanente del conducto	Complicación en forma de: vólvulos intestinales, estrangulamiento u obstrucción intestinal		
	Fístula umbilical	2% de la población	Falta completa de obliteración del conducto		Secreción fecal o biliar umbilical
	Divertículo de Meckel	Protrusión del ileo por falta de obliteración de la porción proximal	<ul style="list-style-type: none"> Dolor abdominal Sangrado digestivo Obstrucción intestinal Diverticulitis 		
	Quiste vitelino	Falta de obliteración de la porción media	Masa periumbilical		

vacación estrecha, manteniéndose la paciente afebril, sin nueva clínica sistémica y con descenso progresivo de los reactantes de fase aguda, por lo que no se amplía el estudio infeccioso. No obstante, en caso de haber presentado fiebre u otras alteraciones analíticas, estaría indicado el despistaje de infección del tracto urinario y la toma de cultivos (hemocultivo, cultivo de la lesión...), con la antibioterapia adecuada en cada caso. La evolución de la paciente es adecuada, pudiendo ser dada de alta a domicilio a los 4 días postcirugía.

DISCUSIÓN

Realizar un correcto diagnóstico diferencial de la patología umbilical es muy relevante por las diferentes implicaciones en el manejo y pronóstico vital que comporta. Para poder entender la patología umbilical y sus posibles diagnósticos debemos conocer primero su anatomía.

El cordón umbilical es un órgano transitorio vital en la comunicación materno-fetal intrauterina, cuya utilidad desaparece tras el parto.

En la vida intrauterina, el cordón umbilical está formado por las dos arterias y la vena umbilical, el alantoides, el conducto onfalomesentérico y las asas intestinales; todas rodeadas por la gelatina de Wharton y el amnios^(6,7). La involución incorrecta de cualquiera de estas estructuras comportará comunicaciones anómalas en la vida extrauterina, mientras que la formación incorrecta del anillo umbilical dará lugar a posibles hernias umbilicales. Más allá de las alteraciones estructurales, también deben tenerse en cuenta las infecciones.

El caso que nos ocupa plantea inicialmente un diagnóstico diferencial entre patología infecciosa (onfalitis), patología herniaria y patología malformativa (principalmente persistencia uracal). Conocer los síntomas y signos guía de cada una de las entidades permite realizar una correcta orientación diagnóstica (Tabla 1).

Una vez planteado el diagnóstico diferencial, en caso de dudas diagnósticas o signos de alarma (supuración purulenta, fiebre, irritabilidad...), las pruebas complementarias orientarán el diagnóstico final⁽¹²⁾:

- Pruebas de laboratorio (estudio de reactantes de fase aguda y fórmula leucocitaria en una muestra sanguínea, hemocultivo): en sospecha de infecciones.
- Radiografía abdominal con contraste: de utilidad en la sospecha de hernias umbilicales o persistencia onfalo-mesentérica.
- Ecografía: en el diagnóstico diferencial de masas abdominales.
- Cistografía: ante sospecha de fístulas uracales.

COMENTARIO

Este caso clínico nos permite recalcar la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial de la patología umbilical en los SUP. Es importante recordar la variabilidad en cuanto al manejo, complicaciones y pronóstico que presentan las diferentes entidades. Para ello, podemos apoyarnos en distintas pruebas complementarias, siendo la analítica sanguínea y la ecografía abdominal las más adecuadas y accesibles para orientar el diagnóstico.

Es necesario destacar la utilidad de la educación sanitaria que reciben las familias en las salas de maternidad, herramienta que permite prevenir complicaciones y poner el foco en los signos de alarma.

DECLARACIÓN DE LOS AUTORES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés. Se ha obtenido el consentimiento informado de la familia para la publicación del caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Ruiz C, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Lasuen del Olmo N, Luaces Cubells C. Asistencia a neonatos en el servicio de urgencias de UN hospital pediátrico terciario. *An Pediatr.* 2006; 65(2): 123-8. doi: 10.1157/13091480.
2. Heppe Montero M, Martínez Sánchez E, Olivas Monteagudo F, Quesada JA, Aleixandre Blanquer F. ¿Por qué acuden los neonatos al servicio de urgencias?. *Actual Med.* 2021; 106(813): 165-76. doi: 10.15568/am.2021.813.or03.
3. Lara B, Aguilera P, Garrido M, Hirsch T, Swadron S, Saldías F. Consultas ambulatorias pediátricas atendidas en el Servicio de Urgencia de un hospital universitario. *Rev Chil Pediatr.* 2014; 85(2): 174-82. doi: 10.4067/S0370-41062014000200006.
4. Cabrera Mendoza S, Iglesias Leboireiro J, Bernárdez Zapata I, Marín Romero M, Hidalgo Vázquez MM, Braverman Bronstein A. Principales causas de visita de neonatos al servicio de urgencias de un hospital privado. *An Med Asoc Med Hosp ABC.* 2016; 61(4): 251-5. doi: 10.15568/am.2021.813.or03.
5. Mas M, Casuriaga A, Giachetto G, Giacoia C, Centena L, López M, et al. Características de las consultas de los recién nacidos en un servicio de emergencia pediátrica. *Rev Med Urug.* 2021; 37(4): e37408. doi: 10.29193/RMU.37.4.7.
6. Sánchez-Castellanos ME, Sandoval-Tress C, Hernández-Torres M. Persistencia del Conducto Onfalomesentérico. Diagnóstico diferencial de granuloma umbilical en la infancia. *Actas Dermo-Sifiliogr.* 2006; 97(6): 404-5.
7. Das A. Umbilical lesions: A cluster of known unknowns and unknown unknowns. *Cureus.* 2019; 11(8) :e5309. doi: 10.7759/cureus.5309.
8. Araneda Piña L, Astudillo Manosalva C, Rostion Allel C. Patología del ombligo. *Rev Ped Elec.* 2015; 12(1): 28-39.
9. Meltzer DI. A Newborn with an umbilical mass. *Am Fam Physician.* 2005; 71(8): 1590-2.
10. Bernal Torres A, Cárdenas Cárdenas JF, Moreno García A, Viejo Almanzo A. Infección de remanente uracal como causa infrecuente de dolor abdominal. *RAPD.* 2022; 45(5): 181-5.
11. Common umbilical disorders - Emergency management in infants. Guideline - Children's Health Queensland Hospital and Health Service; 2021 [Consulta 30 de abril 2023]. Disponible en: <https://www.childrens.health.qld.gov.au/wp-content/uploads/PDF/guidelines/gdl-00770.pdf>
12. Minkes RK. Disorders of the umbilicus. *Practice Essentials, Anatomy, Pathophysiology.* Medscape; 2023 [Consulta 30 de abril 2023]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/935618-overview>