



Anomalía del uraco sobreinfectada como causa de irritabilidad en un lactante

Manuel Vargas Pérez^a, Leopoldo Martínez Martínez^b, Fernando Baquero Artigao^a

Publicado en Internet:
13-junio-2016

Manuel Vargas Pérez:
vargasperetz@gmail.com

^aServicio de Pediatría-Infecciosas y Patología Tropical. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid. España • ^bServicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid. España.

Palabras clave:

- Quiste de uraco
- Conducto onfaloentérico
- Lactante

Resumen

Presentamos el caso de una lactante de cinco meses que presenta irritabilidad y distensión abdominal en la presentación de una anomalía congénita del uraco. El texto repasa la sintomatología, las pruebas complementarias y el tratamiento, así como los principales diagnósticos diferenciales.

Infected urachal abnormality as the cause of an infant irritability

Key words:

- Urachal cyst
- Omphalomesenteric ducts
- Infant

Abstract

We report the case of a 5-month-old infant who presents irritability and abdominal distention in the context of a congenital anomaly of the urachus. Symptomatology, additional tests and treatment, as well as the main differential diagnoses, are reviewed in the text.

INTRODUCCIÓN

El uraco es una estructura que conecta la vejiga a la pared abdominal anterior al nivel del ombligo. Antes del nacimiento es permeable, pero posteriormente se oblitera, originando el ligamento umbilical interno. En caso de persistir permeable se originan las anomalías del uraco, que pueden manifestarse como un pólipo umbilical. El diagnóstico definitivo se realiza por ecografía en el 80-90% de los casos. En ocasiones puede sobreinfectarse, manifestándose con distensión abdominal, irritabilidad y fiebre. El tratamiento inicial es médico, precisando en ocasiones escisión quirúrgica posterior.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una lactante de cinco meses, que consulta por irritabilidad progresiva de diez días de evolución. Asocia algún vómito aislado, sin fiebre ni cambios en la orina o las deposiciones. En los últimos días inicia distensión abdominal y el mismo día de la consulta presenta una expulsión de exudado purulento por el ombligo, motivo por el que fue derivada desde la consulta de Atención Primaria al Servicio de Urgencias.

Se trataba de una recién nacida a término con un peso adecuado para la edad gestacional. Cursó un embarazo controlado, sin factores de riesgo

Cómo citar este artículo: Vargas Pérez M, Martínez Martínez L, Baquero Artigao F. Anomalía del uraco sobreinfectada como causa de irritabilidad en un lactante. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;18:259-62.

infeccioso. El periodo neonatal transcurrió sin incidencias.

Destaca onfalorrexia a los 14 días de vida, con un pequeño granuloma residual que precisó cauterización con nitrato de plata en dos ocasiones. No había antecedentes de ombligo húmedo.

A su llegada a Urgencias, en la exploración física destaca una tumoración roja con expulsión espontánea de pus en el ombligo. Zona adyacente brillante y distendida, sin eritema ni otros signos inflamatorios (Fig. 1). El resto de la exploración era compatible con la normalidad. Presentaba constantes vitales con: temperatura 36,1 °C, frecuencia cardiaca 139 lpm, presión arterial de 98/51 mmHg y saturación de oxígeno del 100% en aire ambiente.

Se realizó un control analítico con hemograma, donde presentaba leucocitosis con fórmula normal y bioquímica con proteína C reactiva (PCR) de 44 mg/l. Se recogió muestra de exudado umbilical para cultivo y se inició tratamiento antibiótico intravenoso con cloxacilina y gentamicina.

A las 24 horas de ingreso se realizó una ecografía de abdomen, donde se visualiza adyacente a la zona superior de la vejiga hacia el ombligo una colección heterogénea de 5,5 × 2,5 × 2,4 cm (Fig. 2), con diagnóstico de probable quiste de uraco infectado. Posteriormente se aísla en cultivo de exudado

Staphylococcus aureus, manteniendo el tratamiento con cloxacilina con buena evolución, desaparición de los signos inflamatorios y de la secreción purulenta. Es dada de alta a los seis días de ingreso, con seguimiento por Cirugía Pediátrica.

DISCUSIÓN

Las anomalías del uraco se engloban dentro del grupo de patología umbilical relativamente poco frecuente. Es por ello importante su conocimiento para un correcto diagnóstico.

Dentro de las anomalías congénitas del uraco encontramos:

- Uraco permeable con libre comunicación entre la vejiga y el ombligo. Estos niños generalmente se presentan con un ombligo persistentemente húmedo o drenaje, y en ocasiones con infección del tracto urinario.
- Pólipo umbilical con tejido persistente en el ombligo, pero sin conexión con la vejiga, como el caso presentado.
- Divertículo vesical con persistencia de tejido en la vejiga sin conexión con el ombligo. Puede ser causa de obstrucción ureteral en el sitio de la inserción en la vejiga.
- Quiste de uraco cuando se produce cierre tanto en el ombligo como en la vejiga con tejido persistente en medio de ambos. Si se infecta puede aparecer clínica de dolor abdominal, eritema o hinchazón en la zona umbilical e inferior¹.

Figura 1. Pólipo umbilical con emisión espontánea de exudado purulento



Figura 2. Ecografía abdominal con imagen quística heterogénea adyacente a la vejiga



El diagnóstico diferencial de las anomalías del uraco que se manifiestan como pólipo umbilical debemos realizarlo con el granuloma umbilical y con la persistencia del conducto onfaloentérico.

El granuloma umbilical es un pequeño nódulo de tejido friable en el lecho del ombligo, que puede medir de 3 a 10 mm, frecuentemente pedunculado y de color rosado. Es la causa más frecuente de masa umbilical y generalmente se diagnostica tras la caída del cordón por la persistencia de exudado seroso o serosanguíneo. Su tratamiento clásico ha sido la cauterización con nitrato de plata^{1,2}, aunque se han probado con éxito otros, como la aplicación de un antiséptico astringente o de sal común^{3,4}.

El conducto onfaloentérico une el saco vitelino con el intestino medio y se oblitera alrededor de la sexta semana de vida intrauterina. Cuando esta regresión no se produce parcialmente, se forma el divertículo de Meckel, lesión descrita en el 2% de la población². La permeabilidad completa (conducto onfaloentérico) es excepcional, manifestándose por un granuloma grande de coloración brillante rojo cereza, con un orificio central por el que se expulsa una secreción fecaloidea⁵.

En general, la incidencia real de las malformaciones del uraco no se conoce y varía según las series. En un estudio retrospectivo canadiense entre 2000 y 2012, se encontró accidentalmente en el 1% de los casos en los que se realizó prueba de imagen abdominal. Lo cierto es que estas anomalías en ocasiones no se diagnostican hasta la edad adulta⁶.

En la mayoría de las ocasiones podemos llegar al diagnóstico a través de ecografía, reservando la resonancia magnética para casos dudosos y la fis-

tulografía para el diagnóstico diferencial entre las diversas anomalías del uraco y el conducto onfaloentérico. Se puede plantear la realización de una cistouretrografía miccional para descartar anomalías genitourinarias asociadas^{7,8}.

Como tratamiento inicial de las anomalías del uraco infectadas, se opta por la antibioterapia asociada a drenaje si precisa, reservando la cirugía para las lesiones persistentes una vez solucionada la infección. En general, se prefiere la extirpación completa posterior debido al potencial riesgo de evolución a adenocarcinoma uracal, incluso en pacientes asintomáticos, aunque esta tendencia está actualmente en debate^{6,9,10}.

CONCLUSIONES

Ante un paciente con un granuloma de evolución tórpida, sobre todo tras la realización de cauterización con nitrato de plata o en caso de ombligo húmedo persistente, debe plantearse la posibilidad de la existencia de restos embriológicos como las anomalías del uraco o la persistencia del conducto onfaloentérico. El diagnóstico precoz puede evitar complicaciones posteriores, como la sobreinfección bacteriana.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

lpm: latidos por minuto • **PCR:** proteína C reactiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palazzi DL, Brandt ML. Care of the umbilicus and management of umbilical disorders. En: UpToDate [en línea] [consultado el 08/06/2016]. Disponible en www.uptodate.com/contents/care-of-the-umbilicus-and-management-of-umbilical-disorders
2. Snyder CL. Current management of umbilical abnormalities and related anomalies. *Semin Pediatr Surg.* 2007;16:41-9.
3. Brødsgaard A, Nielsen T, Mølgaard U, Pryds O, Pedersen P. Treating umbilical granuloma with topical clobetasol propionate cream at home is as effective as treating it with topical silver nitrate in the clinic. *Acta Paediatr.* 2015;104:174-7.

4. Majjiga VS, Kumaresan P, Glass EJ. Silver nitrate burns following umbilical granuloma treatment. *Arch Dis Child* 2005;90:674.
5. Álvaro Iglesias E, Fernández Calvo F, Recio Pascual V. Patología umbilical frecuente. En: Asociación Española de Pediatría [en línea] [consultado el 08/06/2016]. Disponible en www.aeped.es/sites/default/files/documentos/41.pdf
6. Gleason JM, Bowlin PR, Bagli DJ, Lorenzo AJ, Hassouna T, Koyle MA, *et al.* A comprehensive review of pediatric urachal anomalies and predictive analysis for adult urachal adenocarcinoma. *J Urol*. 2015;193:632-6.
7. Widni EE, Höllwarth ME, Haxhija EQ. The impact of preoperative ultrasound on correct diagnosis of urachal remnants in children. *J Pediatr Surg*. 2010;45:1433-7.
8. Naiditch JA, Radhakrishnan J, Chin AC. Current diagnosis and management of urachal remnants. *J Pediatr Surg*. 2013;48:2148-52.
9. Javes VA, Hogeman PH, Achten NB, Tytgat SH. An infected urachal cys-a rare diagnosis in a child with acute abdominal pain. *Eur J Pediatr*. 2012;171:587-8.
10. Lawrence RM, Chandrasekhar G. Infected urachal cyst - an uncommon cause for incessant cry in newborns. *Indian Pediatr*. 2012;49:418.