

Remanente uracal peritonizado y banda peritoneal congénita obstructiva. Reporte de caso

L.M. Figueroa, G. Escobar, J. Osorno, M. Acuña, J. Solarte

Sección de Cirugía Pediátrica. Departamento de Cirugía. Universidad del Valle. Hospital Universitario del Valle. Cali, Valle del Cauca (Colombia).

RESUMEN

Introducción. La obstrucción intestinal por bandas peritoneales congénitas es poco común en la práctica quirúrgica. Su ubicación más frecuente compromete el intestino delgado y existen reportes que involucran el apéndice y el divertículo de Meckel, pero que un remanente uracal peritonizado haga parte de una banda congénita es verdaderamente singular.

Caso clínico. Niño de cinco años de edad con cuadro de obstrucción intestinal en el que confluyen una banda peritoneal, que va del mesenterio al apéndice y que se une a un remanente uracal peritonizado, asociado al hallazgo incidental de un divertículo de Meckel. El diagnóstico se definió por medio de una laparoscopia y como tratamiento se realizó la resección de la banda peritoneal, del remanente uracal y del divertículo de Meckel.

Discusión. La clasificación de bandas congénitas de Kerkeni comprende 4 grupos independientes, en este caso confluyen una banda derivada de un remanente embriológico junto con el tipo idiopático.

PALABRAS CLAVE: Bandas congénitas anómalas; Uraco; Divertículo de Meckel; Obstrucción intestinal.

PERITONEALIZED URACHAL REMNANT AND OBSTRUCTIVE CONGENITAL PERITONEAL BAND. A CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction. Intestinal obstruction as a result of congenital peritoneal bands is rare in surgical practice. It typically compromises the small bowel, and it also has been reported to involve the appendix or a Meckel's diverticulum. However, peritonealized urachal remnant as part of a congenital band is highly infrequent.

Case report. 5-year-old boy presenting with intestinal obstruction related to a peritoneal band from the mesentery to the appendix and a peritonealized urachal remnant, associated with an incidental finding of a Meckel's diverticulum. Diagnosis was achieved laparoscopically. The peritoneal band, the urachal remnant, and the Meckel's diverticulum were resected.

DOI: 10.54847/cp.2022.01.09

Correspondencia: Dr. Luis Mauricio Figueroa Gutiérrez.

E-mail: figueroa.luis@correounivalle.edu.co

Este trabajo no ha recibido financiación y está aprobado para presentación como póster en el XXII Congreso Colombiano de Cirugía Pediátrica.

Recibido: Septiembre 2020

Aceptado: Noviembre 2021

Discussion. Kerkeni's congenital band classification consists of 4 independent groups. This case combines both a band stemming from an embryological remnant and an idiopathic band.

KEY WORDS: Anomalous congenital bands; Urachus; Meckel's Diverticulum; Intestinal Obstruction.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal (OI) en niños puede ser congénita o adquirida, de causas extrínsecas o intrínsecas; la OI por bandas peritoneales congénitas corresponde al 3% en la práctica quirúrgica pediátrica, estas bandas con frecuencia son difíciles de definir y clasificar, la etiología es oscura^(1,2) y su localización excluye los conocidos remanentes embriológicos tales como las arterias, venas vitelinas y el conducto onfalomesentérico⁽²⁾. La ubicación de la banda congénita con mayor frecuencia compromete el intestino delgado, principalmente el íleon, existen reportes en los que involucra el apéndice o un divertículo de Meckel⁽³⁾; se ha publicado un caso de un remanente uracal peritonizado como causa de OI⁽⁴⁾ y otro de un quiste del uraco unido por una banda fibrosa a un divertículo de Meckel ocasionando síntomas obstructivos⁽⁵⁾. Presentamos el caso de un niño con una OI en la que confluyen una banda peritoneal que va del mesenterio al apéndice y se une a un remanente uracal peritonizado, y adicionalmente al complejo del confluente obstructivo se asocia el hallazgo incidental de un divertículo de Meckel.

CASO CLÍNICO

Paciente de cinco años de edad que presenta un cuadro clínico de 24 horas de evolución, refiere hiporexia y dolor abdominal generalizado. A la exploración física ingresó con distensión abdominal y abdomen agudo; adicionalmente presentaba retardo del lenguaje por compromiso en el neurodesarrollo; se realizaron estudios de imagen, entre ellos radiografía de abdomen (Fig. 1) y ecografía abdominal, esta última sin hallazgos patológicos.



Figura 1. Radiografía de abdomen en decúbito con ausencia de gas distal y distensión de asas delgadas.

Debido a la gran distensión abdominal, previo a cirugía se posicionó una sonda nasogástrica que tuvo drenaje fecaloide y con diagnóstico de obstrucción intestinal se llevó a cirugía mínimamente invasiva, laparoscopia terapéutica utilizando

tres puertos. Se colocó con técnica abierta un trócar de 10 mm umbilical y dos trócares auxiliares de 5 mm, uno en la fosa ilíaca izquierda y el restante en área suprapúbica, con hallazgos de severa dilatación de asas delgadas, un remanente uracal peritonizado (Fig. 2), con una banda congénita que discurre hacia la punta del apéndice cecal que se encuentra sano (Fig. 3) y asciende hacia el mesenterio, y un divertículo de Meckel ubicado a 50 cm de la válvula ileocecal sin alteraciones. La banda peritoneal del apéndice al mesenterio comprimía un asa de intestino delgado configurando una hernia interna; se realizó la resección de la banda peritoneal, el remanente uracal y el apéndice con bisturí ultrasónico HARMONIC® (Johnson & Johnson) se llevó a cabo la resección del divertículo de Meckel y anastomosis intestinal videoasistida transumbilical. El manejo postoperatorio inmediato se dio en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; luego de tolerar la vía oral al cuarto día postquirúrgico, fue dado de alta sin complicaciones, y seguimiento ambulatorio sin alteraciones. El reporte histopatológico identificó en la muestra de la pared abdominal focos bien delimitados de epitelio transicional sin atipia citológica, correspondientes a remanente uracal.

DISCUSIÓN

El uraco es un remanente vestigial de la alantoides que se oblitera durante la vida fetal, es una estructura preperitoneal conectada al ombligo por el ligamento umbilical medio⁽⁶⁾. Las alteraciones en el desarrollo fetal normal del uraco pueden ocasionar diversas manifestaciones clínicas postnatales⁽⁷⁾, pero la persistencia de un remanente uracal peritonizado asociada a OI en niños solo ha sido descrita en una ocasión⁽⁴⁾. Por otro lado, las bandas peritoneales congénitas son reconocidas como una causa poco frecuente en el diagnóstico diferencial en casos de OI en niños⁽²⁾, y generalmente se llega a ellas

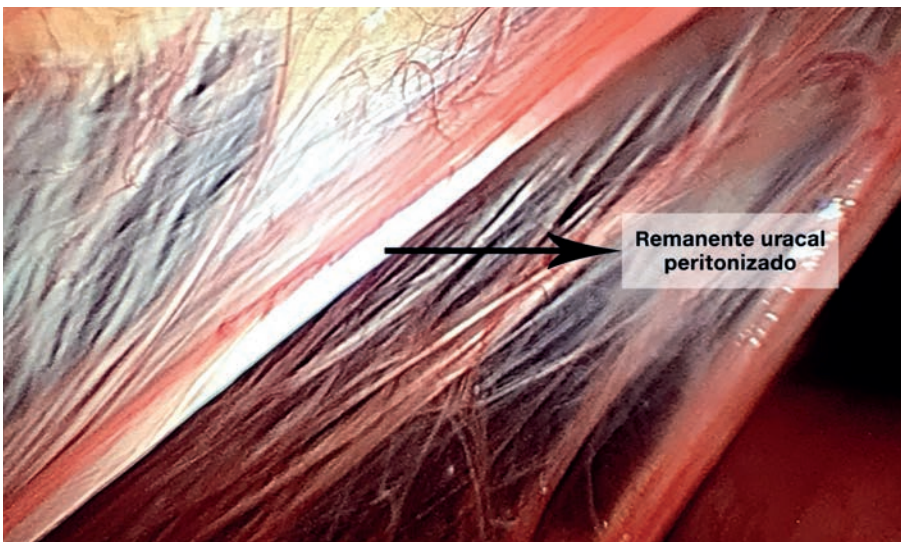


Figura 2. Remanente uracal peritonizado.

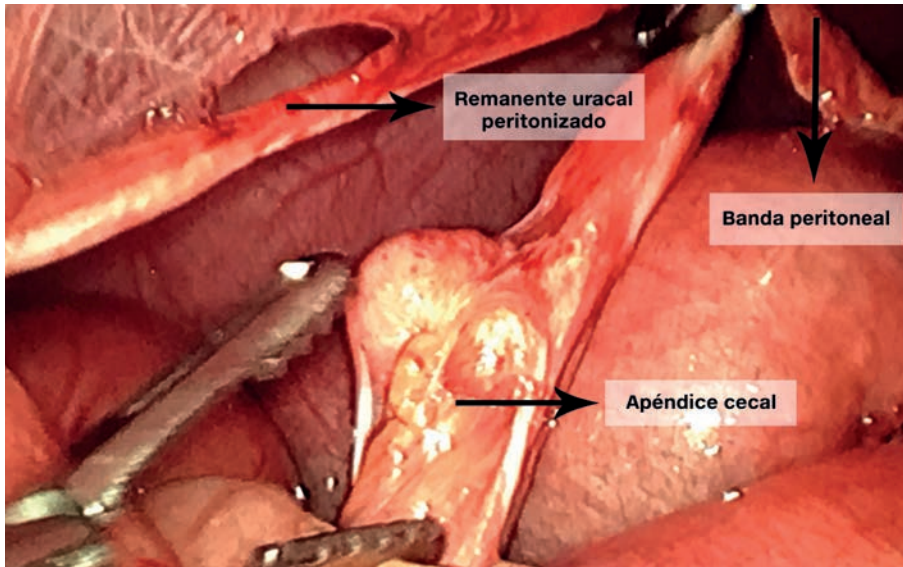


Figura 3. Banda peritoneal del remanente uracal al apéndice y en continuidad al mesenterio.

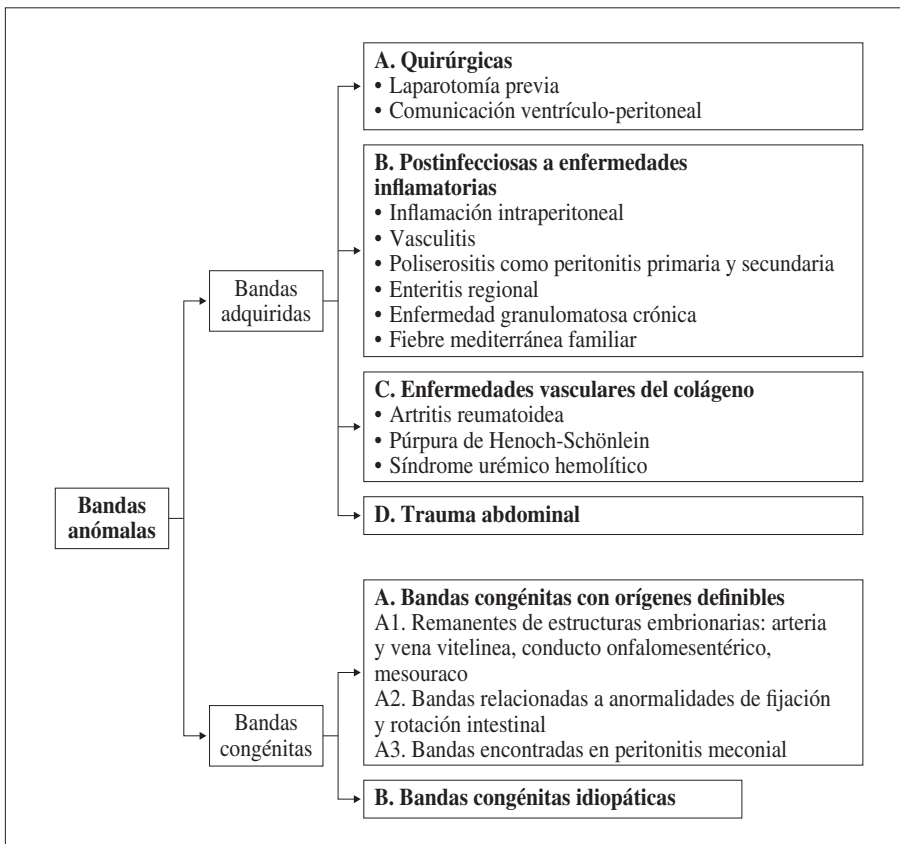


Figura 4. Clasificación de bandas anómalas. Tomado de: Kerkeni Y, Aicha B, Hamzaoui M. Idiopathic congenital anomalous bands: About ten cases with systematic review of the literature. Int J Pediatr Adolesc Med. 2020.

luego de excluir causas más comunes⁽⁸⁾. Como no existía una clasificación que permitiera organizar de una manera clara las diferentes bandas anómalas, recientemente Kerkeni y cols.⁽⁸⁾ (Fig. 4) propusieron dividir las bandas anómalas en bandas adquiridas y congénitas; dentro de estas últimas, se consideran cuatro categorías: las derivadas de remanentes embriológicos, las relacionadas a malrotación y anomalías de fijación intestinal, las encontradas

por peritonitis meconial y las idiopáticas. En nuestro caso se trataría de una situación combinada entre una banda peritoneal idiopática unida a un remanente uracal.

Por último, la utilización de la cirugía mínimamente invasiva en los casos de OI sin origen claro permite identificar y resolver estas causas poco frecuentes con las ventajas inherentes a este abordaje sin exponer al paciente a cirugía abierta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Etensel B, Ozkisacik S, Döger F, Yazici M, Gürsoy H. Anomalous congenital band: a rare cause of intestinal obstruction and failure to thrive. *Pediatr Surg Int.* 2005; 21(12): 1018-20.
2. Akgür FM, Tanyel FC, Büyükpamukçu N, Hiçsönmez A. Anomalous congenital bands causing intestinal obstruction in children. *J Pediatr Surg.* 1992; 27(4): 471-3.
3. Jonatan B, Mariana N, Nurmantu F, Faruk M. Small bowel obstruction due to anomalous congenital bands in children: A case report and literature review. *J Pediatr Surg Case Report.* 2020; 54: 101389.
4. Haupt GJ, Keitel HK. Intestinal obstruction in a child with a peritonealized urachal remnant. *J Pediatr.* 1960; 57: 741-3.
5. Garg D, Singh AP, Kothari S, Kumar A. Urachal Cyst, Meckel's Diverticulum and Band, and Urachus. *APSP J Case Rep.* 2017; 8(1): 8.
6. Martin AJ, McDonald L, Gopal M. Urachal remnant causing umbilical in-drawing during micturition. *Ann R Coll Surg Engl.* 2018; 100(2): e31-e33.
7. Buddha S, Menias CO, Katabathina VS. Imaging of urachal anomalies. *Abdom Radiol (NY).* 2019; 44(12): 3978-89.
8. Kerkeni Y, Aicha B, Hamzaoui M. Idiopathic congenital anomalous bands: About ten cases with systematic review of the literature. *Int J Pediatr Adolesc Med.* 2020; 7(4): 157-60.