



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

¿Seguro que es un granuloma?



Are you sure that it is a granuloma?

M.E. Carazo Palacios^{a,*}, L. Rodríguez Caraballo^a, R. Llorens Salvador^b, B. Pemartín Comella^a y C. Gutiérrez Sanromán^a

^a Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital La Fe, Valencia, España

^b Servicio de Radiología, Hospital La Fe, Valencia, España

Disponible en Internet el 10 de julio de 2015

Varón de un mes de vida, que acude derivado para cauterización de un granuloma umbilical. A la exploración se visualiza una tumoración roja, polipoidea y friable. Los padres refieren que siempre ha sido un «ombligo húmedo», pero no segrega líquido de ningún tipo. La visualización de un mínimo orificio central y las características de la lesión (fig. 1) hacen plantearse el diagnóstico diferencial entre uraco o conducto onfalomesentérico persistente. Se solicita una ecografía abdominal y una fistulografía (fig. 2) que diagnostican de persistencia del conducto onfalomesentérico. Se procede a la intervención quirúrgica para la exéresis de la lesión (fig. 3). El paciente fue dado de alta al cuarto día del postoperatorio.

Alrededor de la sexta semana de vida intrauterina, el conducto onfalomesentérico que une el saco vitelino con el intestino medio se oblitera. Cuando esta regresión no se produce parcialmente se forma el divertículo de Meckel, lesión descrita en el 2% de la población¹. La permeabilidad completa (conducto onfalomesentérico) es excepcional.

Ante un granuloma llamativamente grande, de evolución tórpida tras la aplicación de nitrato de plata o que presente un orificio en su parte central, hay que plantearse la



Figura 1 Aspecto en el momento de la consulta.

existencia de restos embriológicos. Típicamente esta lesión presenta secreción intestinal a través del ombligo², en este paciente, no se producía por que la propia piel umbilical provocaba un mecanismo valvular que impedía la salida del material.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hellencarazo@gmail.com
(M.E. Carazo Palacios).

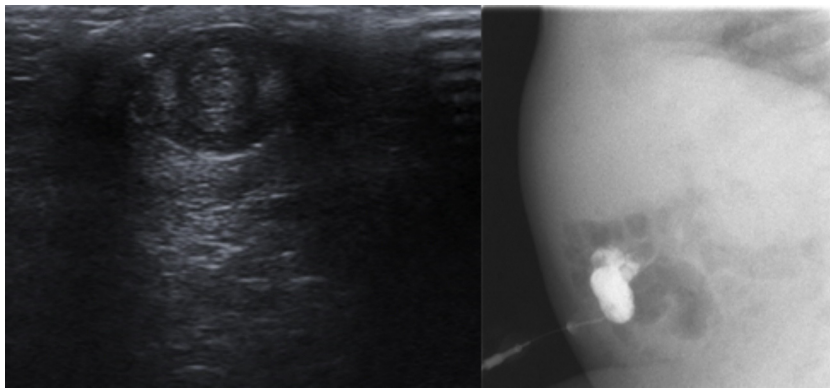


Figura 2 Ecografía y fistulografía: inserción de un catéter a través del orificio de la lesión; se visualiza relleno del trayecto y del asa intestinal.

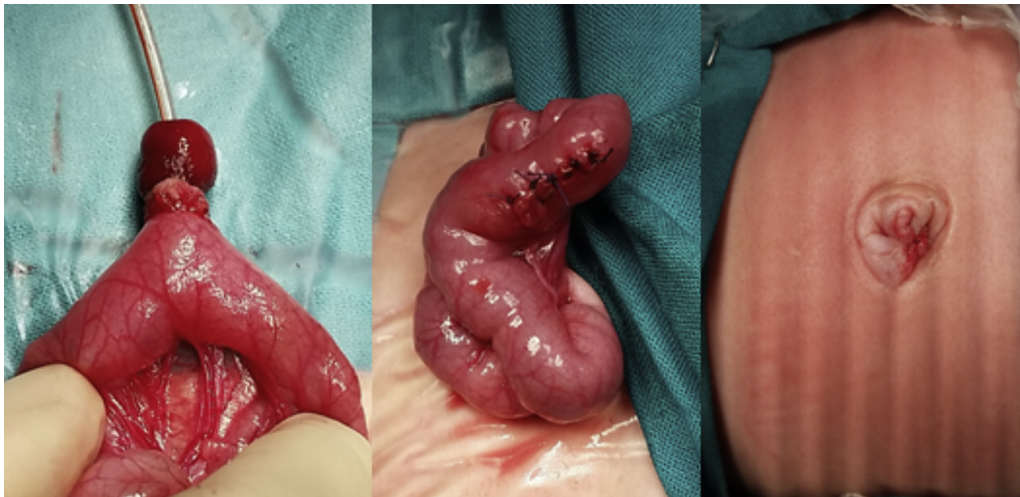


Figura 3 Hallazgos operatorios: exéresis del conducto onfalomesentérico con sutura del defecto y resultado umbilical final.

El tratamiento de esta lesión es quirúrgico, debido a las complicaciones que puede presentar tales como sangrado, oclusión intestinal y malignización³.

Bibliografía

1. Snyder CL. Current management of umbilical abnormalities and related anomalies. *Semin Pediatr Surg.* 2007;16:41–9.
2. Platon A, Gervaz P, Becker CD, Morel P, Poletti PA. Computed tomography of complicated Meckel's diverticulum in adults: A pictorial review. *Insights Imaging.* 2010;1:53–61.
3. Patel RV, Kumar H, Sinha CK, Patricolo M. Evisceration of small bowel after cauterization of an umbilical mass. *Pediatrics.* 2012;130:1708–10.