

Emisión espontánea de líquido a través del cordón umbilical en el período neonatal

F. Contreras Chova, A.E. Jerez Calero, R. Santana Delgado, M.^ªJ. Miras Baldo y E. Narbona López

Departamento de Pediatría. Servicio de Neonatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

CASO CLÍNICO

Recién nacido varón de 2.310 g que tras el nacimiento presentó síndrome de distrés respiratorio.

Entre los antecedentes familiares constaba un hermano de 3 años que había fallecido por sepsis meningocócica; esplenectomizado 2 años antes por síndrome de Wiscott-Aldrich.

El paciente presentaba los siguientes antecedentes obstétricos: madre de 36 años, tercigesta, secundípara. Embarazo actual sin incidencias hasta la semana 33, fecha en que fue hospitalizada por amenaza de parto prematuro. Las serologías fueron negativas. Se realizó cesárea por cesárea anterior. Líquido amniótico claro, y puntuación de Apgar, 6-7. Reanimación tipo III. Nació un varón, con peso 2.310 g. Perímetro cefálico, 32 cm (P₅₀). Longitud, 46 cm (P₅₀).

Puntuación de Silverman-Andersen, 3. La radiografía de tórax resultó compatible con síndrome de maladaptación pulmonar tipo II. Preciso oxigenoterapia en carpa durante 3 días. En las primeras horas de estancia se evidenció un líquido claro que fluía a través del cordón umbilical; el análisis mediante tira reactiva y la posterior cistouretrografía (fig. 1) confirmó el diagnóstico de sospecha.

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 1. Cistouretrografía.

Correspondencia: Dr. E. Narbona López.
Servicio de Neonatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio.
Avda. Madrid, 11. 18071 Granada. España.
Correo electrónico: amolinac@ugr.es

Recibido en febrero de 2001.
Aceptado para su publicación en marzo de 2002.

PERSISTENCIA COMPLETA DE URACO

El análisis del líquido emitido a través del uraco mediante tira reactiva confirmó que se trataba de orina. La cistouretrografía señaló que la anomalía que presentaba el paciente era una fístula completa de uraco. Las anomalías del uraco constituyen en su conjunto un proceso poco frecuente en pediatría y, en su mayoría, las alteraciones de esta estructura pueden pasar desapercibidas clínicamente, tanto en el niño como en el adulto. Sin embargo, en el caso de fístulas de uraco, es decir, persistencia completa del conducto onfalovesical, la sintomatología se manifestará en el período neonatal, siendo lo más habitual la observación de emisión de gotas de orina, habitualmente tras la caída del cordón, a través del ombligo. Clásicamente se ha atribuido a la persistencia uracal, también denominada fístula de uraco, la mitad de las anomalías relacionadas con esta estructura, aunque estudios recientes sobre series de pacientes le conceden una menor frecuencia (hasta el 15%, frente al 49% de casos en dicha serie de seno uracal)¹. El conducto onfalovesical, en el recién nacido, es una estructura tubular sin contenido que comunica la cúpula vesical con el ombligo, siendo más ancho a nivel de la vejiga que en su "desembocadura" umbilical². Su persistencia puede ser total o, lo que es más frecuente, parcial, lo que produce los denominados quistes de uraco, que suelen pasar desapercibidos clínicamente hasta que se infectan. Otras anomalías descritas en esta estructura son los senos y divertículos uracales. Aunque de manera tradicional se consideraba que embriológicamente provenía de la alantoides, estudios recientes avalan la procedencia del uraco del extremo superior de la cloaca³. Después del tercer mes de gestación, el uraco ya se encontraba obliterado. No obstante, en el 50% de los recién nacidos el uraco es permeable e, incluso, se ha descrito que puede persistir hasta en el 2% de los adultos, sin constituir ninguna enfermedad. Se considera patológico el paso de orina a través del mismo y no sólo su persistencia anatómica. El diagnóstico de con-

firmación se efectúa mediante pruebas radiológicas como la ecografía, la fistulografía y la cistouretrografía, prueba esta última que permite descartar obstrucción del tracto urinario inferior. La fistulografía permite el diagnóstico diferencial con la persistencia del conducto onfalomesentérico. Por otro lado, en la actualidad se promueve el uso de la ecografía para el estudio de masas periumbilicales (previsiblemente quistes de uraco)¹.

Si el trastorno no se soluciona con rapidez puede producir maceración umbilical, con la consiguiente posibilidad de confusión diagnóstica con la onfalitis. Otra posible complicación, más a largo plazo y muy poco frecuente, es la malignización del tejido, en cuyo caso lo más habitual es la presencia de un adenocarcinoma⁴. No obstante, recientemente se ha sugerido la posibilidad de establecer un tratamiento conservador, con seguimientos y exploraciones periódicas del niño, debido a la posibilidad de involuciones espontáneas del uraco en los primeros meses de vida⁵.

El tratamiento quirúrgico habitual consiste en la extirpación del uraco, generalmente incluyendo su inserción vesical (pastilla). En caso de obstrucción urinaria inferior, ésta debe ser resuelta previamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cilento BG Jr, Bauer SB, Retik AB, Peters CA, Atala A. Urachal anomalies: Defining the best diagnostic modality. *Urology* 1998;52:120-2.
2. Garat JM, editor. Malformaciones del aparato urogenital. En: *Urología Pediátrica*. Barcelona: Salvat, 1987; p. 292-4.
3. Thambi Dorai CR. Umbilical evagination of the bladder with omphalocele minor. *Pediatr Surg Int* 2000;(1-2):128-9.
4. Clapuyt P, Saint Martin C, De Batselier P, Brichard B, Wese FX, Gosseye S. Urachal neuroblastoma: First case report. *Pediatr Radiol* 1999;29:320-1.
5. Zieger B, Sokol B, Rohrschneider WK, Darger K. Sonomorphology and involution of the normal urachus in asymptomatic newborns. *Pediatr Radiol* 1998;28:156-61.