

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES - HUCAM

MARIAH FONSECA E GOBBO ALMEIDA

**PERSISTÊNCIA DO CONDUTO ONFALOMESENTÉRICO EM  
UM RECÉM-NASCIDO PREMATURO DE EXTREMO BAIXO  
PESO: RELATO DE CASO**

VITÓRIA

2016

MARIAH FONSECA E GOBBO ALMEIDA

**PERSISTÊNCIA DO CONDUTO ONFALOMESENTÉRICO EM  
UM RECÉM-NASCIDO PREMATURO DE EXTREMO BAIXO  
PESO: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Hospital  
Universitário Cassiano Antonio  
Moraes – HUCAM, como requisito  
parcial para obtenção do certificado  
de conclusão da residência em  
pediatria  
Orientador(a): Adriana Amaral Dias

VITÓRIA  
2016

MARIAH FONSECA E GOBBO ALMEIDA

**PERSISTÊNCIA DO CONDUTO ONFALOMESENTÉRICO EM  
UM RECÉM-NASCIDO PREMATURO DE EXTREMO BAIXO  
PESO: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, como requisito parcial para obtenção do certificado de conclusão da residência em pediatria.

Aprovado em 02 de setembro de 2016

COMISSÃO EXAMINADORA

Dr.(a) Adriana Amaral Dias  
Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes –  
HUCAM  
Orientador(a)

Dr.(a) Andrea Lübe Antunes de S.Thiago Pereira  
Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes –  
HUCAM  
Neonatologista e preceptora do programa de residência  
médica em neonatologia

Prof.(a) Sperandio Del Caro  
Hospital universitário Cassiano Antônio Moraes –  
HUCAM  
Cirurgião pediátrico e professor do departamento de  
pediatria do HUCAM

“A sabedoria é a habilidade de aplicar as  
verdades de Deus à vida diária.”

Karen Dockrey

## RESUMO

A persistência completa do conduto onfalomesentérico é uma malformação rara que acomete 1-4% de todos os recém-nascidos, manifestando-se com a descarga de fezes pelo umbigo nos primeiros dias de vida. Seu diagnóstico é clínico e radiológico. Algumas complicações podem estar presentes, principalmente com o retardo do diagnóstico e/ou do tratamento. **Objetivo:** Descrever um caso de persistência completa do conduto onfalomesentérico, assim como ampliar o conhecimento a respeito dessa malformação. **Método:** Estudo observacional descritivo na forma de relato de caso. **Relato de caso:** Recém-nascido prematuro de extremo baixo peso, nascido de parto cesáreo devido DHEG e diástole reversa, apresentando ao cateterismo umbilical 4 estruturas. No 11º dia de vida iniciou descarga de secreção fecaloide pelo umbigo. Com 21 dias de vida, diagnosticado persistência completa do conduto onfalomesentérico, aguardado recuperação nutricional para correção cirúrgica. Paciente apresentou infecção e sangramento intestinal. Cirurgia corretiva sem intercorrências. **Discussão:** A incidência da persistência completa do conduto onfalomesentérico é de 0,0063 - 0,0067%. Oitenta e cinco por cento das crianças acometidas apresentam sintomatologia antes de 1 mês de vida. O tratamento dessa anomalia é a ressecção cirúrgica via laparotomia, a precocidade no tratamento previne complicações como isquemia e prolapso intestinal.

**Palavras chaves:** prematuro, conduto onfalo-mesentérico

## ABSTRACT

Full persistence of omphalomesenteric conduit is a rare malformation that affects 1-4% of all newborns, manifesting with the discharge of feces by the navel in the first days of life. The diagnosis is clinical and radiological. Some complications may be present, especially with delayed diagnosis and / or treatment. **Objective:** To describe a case of complete persistent omphalomesenteric conduit, as well as increase knowledge about this malformation. **Method:** Observational descriptive study in the form of case report. **Case report:** Premature Newborn extremely low birthweight infants born by cesarean section due to preeclampsia and reverse diastole, with the umbilical catheterization 4 structures. On the 11th day of life started discharge secretion fecaloide the navel. With 21 days of life, full diagnosed persistent omphalomesenteric conduit awaited nutritional recovery for surgical correction. Patient presented infection and intestinal bleeding. Corrective surgery uneventfully. **Discussion:** The incidence of complete persistence of omphalomesenteric conduit is from 0.0063 to 0.0067%. Eighty-five percent of affected children show symptoms before 1 month of age. The treatment of this anomaly is surgical resection via laparotomy, the precocity in the treatment prevents complications such as intestinal ischemia and prolapse

**Key-words:** preterm; onfalomesenteric duct

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>8</b>
<b>3 MATERIAIS E MÉTODO .....</b>	<b>9</b>
<b>4 RELATO DE CASO.....</b>	<b>10</b>
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>15</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>16</b>
Anexo A : Termo de consentimento livre e esclarecido.....	16

## 1. INTRODUÇÃO

O ducto onfalomesentérico une o saco vitelínico ao intestino delgado, é uma estrutura embriológica que contém vasos que irão nutrir o embrião até a formação da placenta (BAGADE, KHANNA, 2015; RAO, et.al., 1979). É formado nas primeiras semanas de vida intrauterina, regredindo após o estabelecimento da circulação fetal pela placenta, por volta da quinta a décima semana de gestação, encontrando-se completamente fechado ao nascimento. A falha neste processo de involução resultará em anomalias congênitas (FERNANDES, RAGI, 2006; PAULEAU, et.aL., 2012).

A persistência do conduto onfalomesentérico pode manifestar-se de quatro formas: como uma comunicação completa entre a parede abdominal e o intestino delgado, como um divertículo ou cisto quando apenas parte se mantém e como um cordão fibroso, quando sua luz esta obliterada, mas seu epitélio se mantém no trajeto. O divertículo de Meckel é a forma mais comum, acometendo 2-4% das pessoas (KONVOLINKA, 2002). Outras formas de apresentação clínicas possíveis incluem fístula umbilical ou pólipos (ANKOLA, PRADHAN, 2000; FERNANDES, RAGI, 2006).

A persistência completa do conduto onfalomesentérico é uma anoalia rara e caracteriza-se pela descarga de fezes pelo umbigo logo após o nascimento. (FERNANDES, RAG, 2006). O diagnóstico desse tipo de malformação acontece por meio de radiografia contrastada, sendo o contraste injetado pelo orifício umbilical em casos de fístulas e persistência completa, e de forma enteral em outras formas clínicas de apresentação como no divertículo (ANKOLA, PRADHAN, 2000).

Uma vez diagnosticada a malformação, deve-se investigar a presença de outras anomalias associadas, incluindo defeitos cardíacos, atresia esofágica e ileal e síndrome de Down. A correção das malformações derivadas da persistência parcial ou total do conduto onfalomesentérico é cirúrgica.

## **2. OBJETIVOS**

- Relatar um caso de persistência completa do conduto onfalomesentérico em um recém nascido prematuro, de extremo baixo peso nascido em uma maternidade de alto risco, de um hospital universitário da cidade de Vitória-ES;
- Ampliar e promover o conhecimento sobre uma malformação congênita que acomete o trato gastrointestinal.

### **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

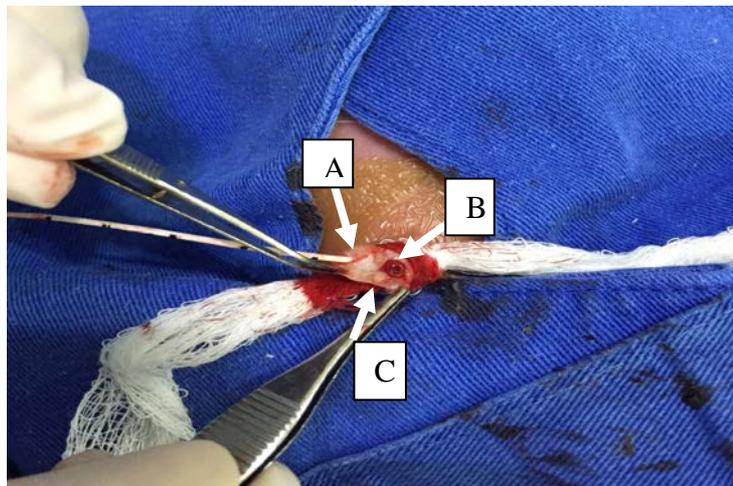
Trata-se de um estudo descritivo de relato de caso. Este estudo foi realizado no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob número de parecer: 1.698.986 . A coleta de dados foi feita a partir de análise do prontuário e imagens próprias.

#### 4. RELATO DO CASO

Récem-nascido de D.D.C.C, prematuro de extremo baixo peso, pequeno para idade gestacional, com restrição do crescimento intrauterino, com peso abaixo do percentil 3 para idade gestacional (Fenton preterm growth chart-boys, 2006), nascido em 2015 na maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes em Vitória – ES e internado na Unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN).

Mãe multípara, 41 anos, pré-natal com duas consultas, por desconhecimento da gestação. Teve doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e diabetes mellitus gestacional. Fez uso de metildopa, sulfato de magnésio e betametasona. Sorologias adequadas. Parto cesariana por DHEG e doppler fetal apresentando diástole reversa, com 31 semanas e 5 dias. Peso de nascimento de 855g, comprimento de 35 cm e perímetro cefálico de 25 cm.

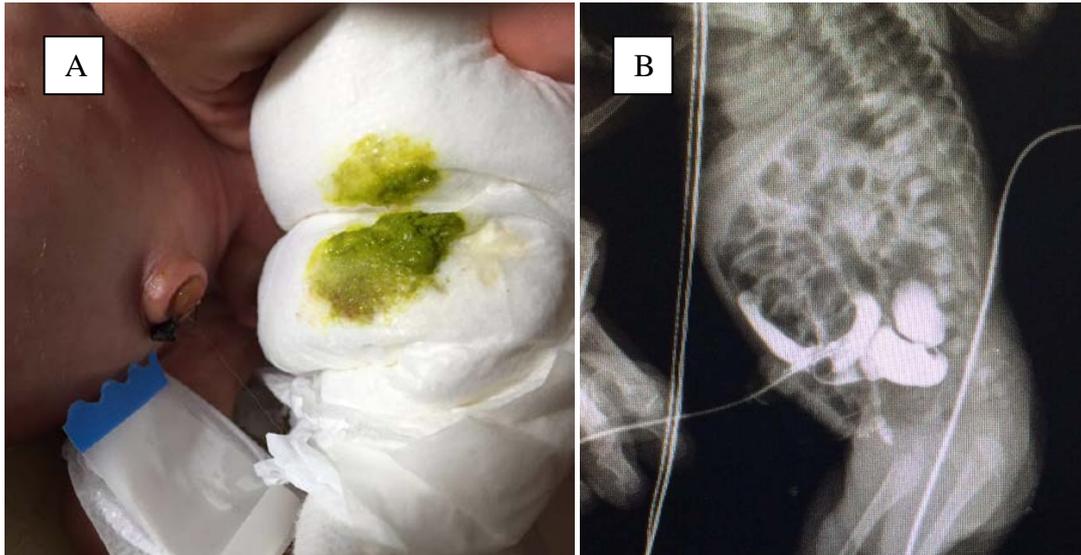
Necessitou de reanimação neonatal com ventilação com pressão positiva com ventilador manual em T e máscara, sendo posteriormente encaminhado a UTIN para cuidados intensivos por apresentar insuficiência respiratória e prematuridade extrema. Durante o cateterismo umbilical foi observado quatro estruturas em coto umbilical, interpretado como falso trajeto após passagem do cateter umbilical.



A - Cateter umbilical inserido em veia umbilical. B - Falso trajeto - persistência do conduto onfalomesentérico. C - Artérias umbilicais. Fonte: do autor.

Foi iniciada nutrição parenteral no primeiro dia de vida, mantido ventilação não invasiva, iniciado dieta trófica no segundo dia de vida. Do segundo ao décimo primeiro dia de vida RN permaneceu estável mantido em ar ambiente a partir do sexto dia de vida; no 11º dia de vida foi observada drenagem de secreção com

aspecto fecalóide pelo orifício umbilical, sendo aventada a hipótese de persistência completa do conduto onfalomésentérico. Mantido observação clínica e confirmada hipótese no 21º dia de vida por meio de radiografia de abdome com contraste injetado através da fístula do cordão. Mantido tratamento clínico para os problemas inerentes à prematuridade e à restrição de crescimento intrauterino, aguardando recuperação nutricional para cirurgia eletiva.



A – presença de secreção fecalóide pela fístula umbilical. B – radiografia contrastada de abdome com injeção de contraste pela fístula umbilical. Fonte: do autor.

Com 45 dias de vida, o paciente apresentou quadro de dor a palpação de abdome, enterorragia, hiperemia e edema periumbilical. A radiografia simples de abdome evidenciava distensão de alças intestinais com edema de parede intestinal e pneumatose intestinal, sendo diagnosticado enterocolite necrotizante (NEC) grau II A (estadiamento de Bell), tratada clinicamente.

Com 80 dias de vida realizado ressecção cirúrgica da fístula do conduto onfalomésentérico. Reiniciado dieta enteral no 3º pós-operatório com boa tolerância. No pós-operatório tardio, com 4 meses de vida, apresentou hemorragia digestiva alta, dificuldade de progressão da dieta com distensão abdominal e vômitos. Diagnosticado por meio de radiografia contrastada de seguimento esofagogastroduodenal estenose intestinal pós NEC e hérnia hiatal de deslizamento, ambos corrigidos cirurgicamente em tempos cirúrgicos distintos. Teve alta com 7 meses de vida.



C – herniação intestinal por fistula umbilical. D – imagem cirurgica da persistencia completa do conduto onfalomesentérico. Fonte: do autor.

## 5. DISCUSSÃO

Anomalias provenientes da persistência parcial ou completa do conduto ocorrem em aproximadamente 1 a 4% dos bebês, acometendo de igual forma ambos os sexos, porém com maior sintomatologia em recém-nascidos do sexo masculino (PAULEAU, et.aL., 2012; HSU, et.al, 2011). A incidência da persistência completa do conduto onfalomesentérico é de 0,0063 - 0,0067% (AGRAWAL, MEMON, 2010) e desses, 20% cursam com complicações (MARINO, et.aL, 2009). As mais comuns incluem: dor abdominal, hemorragia retal, obstrução intestinal, hérnia umbilical e descarga umbilical, podendo ocorrer ainda desidratação e distúrbios hidroeletrólitos (PERIQUITO, et.al., 2014; AGRAWAL, MEMON, 2010).

A obstrução intestinal ocorre mais comumente por intuscepção intestinal, no caso da persistência completa do conduto, ou ainda por volvo e herniação intestinal através da fístula umbilical. Oitenta e cinco por cento das crianças acometidas apresentam sintomatologia antes de 1 mês de vida e a grande maioria antes dos 4 anos (PAULEAU, et.aL., 2012). O diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica prontamente previnem complicações como isquemia e prolapso intestinal (PATEL, et.aL, 2013).

O diagnóstico diferencial dessa anomalia deve ser considerado com: granuloma umbilical, onfalite, hérnia umbilical, persistência do úraco, onfalocele e gastrosquise. Sem dúvida, do ponto de vista clínico, o granuloma é o diagnóstico diferencial mais comum, podendo distinguir-se facilmente da persistência do conduto onfalomesentérico por esse não responder a terapêutica com nitrato de prata (SANCHEZ-CASTELLANOS, et.aL, 2006).

O tratamento dessa anomalia é a ressecção cirúrgica via laparotomia, com anastomose primária e exploração da cavidade abdominal a fim de descartar outras anomalias associadas.

O caso em questão aborda um recém-nascido prematuro de extremo baixo peso, do sexo masculino, com sintomatologia no primeiro mês de vida, sem condições de correção cirúrgica ao diagnóstico. Evoluiu com complicações gastrointestinais relacionadas à própria prematuridade e sem correlação com a persistência completa do conduto onfalomesentérico. Depois de instituído tratamento cirúrgico, paciente

não apresentou complicações relativas a mal-formação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANKOLA, P.A.; PRADHAN, G.; **Perinatal/ Neonatal Casebook.** Journal of Perinatology 2000; 3: 196-197
2. AGRAWAL, S.; MEMON, A.; **Patent vitellointestinal duct.** BMJ Case Reports 2010; 10:1136
3. BAGADE, S.; KHANNA, G.; **Imaging of Omphalomesenteric Ducts Remnants and Related Pathologies In Children.** Corrente Problems In Diagnostic Radiology 2015; 44: 246-255
4. FERNÁNDEZ, Y.G.; RAGI, R. M.F.; **Persistencia del conducto onfalomesentérico.** Rev Cubana Pediatr 2006; 78(3)
5. HSU, J.W.; et. aL.; **Omphalomesenteric Duct Remnants: Umbilical versus Umbilical Cord Lesion.** Pediatric Dermatology 2011; 28(4):404-407
6. KONVOLINKA, C.W.; **Patent omphalomesenteric duct.** Surgery 2002; 131:689-90
7. MARIÑO, L.P.; et. aL.; **Persistencia del conducto onfalomesentérico.** Arch Argent Pediatr 2009;107(1):57-59
8. PATEL, R.V.; et. aL.; **Neonatal prolapsed patent vitellointestinal duct.** BMJ Case Report 2013. doi:10.1136/brc-2013-010221
9. PAULEAU, G.; et. aL.; **Intestinal prolapse through a persistent omphalomesenteric duct causing small-bowel obstruction.** SAJS 2012; 50(3):102-103
10. PERIQUITO, I. R.; et. aL.; **Patent Omphalomesenteric duct: sectioning the unexpected.** BMJ Case Rep 2014. doi:10.1136/brc-2014-206553
11. RAO, P.L.N.G, et. aL.; **Patent Vitello Intestinal Duct.** Indian journal of pediatrics 1979; 46(3):215-218
12. SÁNCHEZ-CASTELLANOS, M.E., et. aL.; **Persistencia del conducto onfalomesentérico. Diagnóstico diferencial de granuloma umbilical em la infancia.** Actas Dermosifiliorg. 2006;9(6):404-5

**ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

\_\_\_\_\_, representado por mim, \_\_\_\_\_, portadora do CPF nº \_\_\_\_\_, mãe e responsável pela criança, foi convidado a participar do projeto de pesquisa “Persistência do conduto onfalo-mesentérico em um recém-nascido prematuro: um relato de Caso”, que tem como objetivo relatar um caso e ampliar o conhecimento a respeito dessa malformação rara.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, não existem riscos e benefícios para o meu representado.

Também fui informado de que pode haver recusa à participação no estudo, bem como pode ser retirado o consentimento a qualquer momento, sem precisar haver justificativa, e de que, ao sair da pesquisa, não haverá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo.

Pelo presente termo autorizo a divulgação científica das informações contidas no prontuário, dos resultados de exames e das fotografias referentes ao paciente \_\_\_\_\_, e recebi a garantia de que não seremos identificados.

Estou ciente de que a participação é voluntária e não haverá qualquer custo para mim ou para meus familiares a qualquer tempo

Declaro que entendi o que me foi explicado e autorizo a divulgação das informações referentes ao meu representado.

Local: Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes

Data: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

Pesquisadores responsáveis:

Dra. Mariah Fonseca e Gobbo Almeida

Tel 27- 33357166 E- mail: [mariahfga@gmail.com](mailto:mariahfga@gmail.com)

Dra Adriana Amaral Dias

Tel 27- 33357166 E-mail: [aamaraldias@uol.com.br](mailto:aamaraldias@uol.com.br)

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes –

CEP HUCAM Tel 27 – 33357326 E-mail [cephucam@gmail.com](mailto:cephucam@gmail.com)