

## Comunicación breve

# Herniación solitaria del apéndice cecal a través de un onfalocele

Dres. EDUARDO MAZZI GONZALES DE PRADA\*,  
MANUEL PANTOJA LUDUEÑA\* y EDWIN DOLZ VASQUEZ\*\*

### RESUMEN

Se presenta un recién nacido con una forma inusual de herniación solitaria del apéndice cecal a través de un onfalocele. El paciente toleró satisfactoriamente la cirugía reparadora que consistió en apendicectomía y cierre primario del defecto.

La importancia del caso radica en su curiosa presentación y rareza.

**Palabras clave:** onfalocele, pared abdominal, apéndice cecal.

### SUMMARY

The case presented is that of a newborn baby with an unusual solitary hernia of the cecal appendix through an omphalocele. Appendectomy and primary closure of the defect were performed, the patient came through these procedures satisfactorily.

This case is relevant because of its unusual presentation and rarity.

**Key words:** omphalocele, abdominal wall, cecal appendix.

ARCH ARG PEDIATR / 1998 / VOL. 96: 397

### INTRODUCCION

El onfalocele representa un defecto en el cierre del anillo umbilical a través del cual protruye contenido abdominal cubierto por una membrana peritoneal, que, durante la vida fetal, protege a las vísceras abdominales de la acción química del líquido amniótico. La cubierta peritoneal puede estar íntegra o rota al momento del nacimiento. La etiología del onfalocele está en relación a una alteración del desarrollo de la pared abdominal que se produce entre la 8ª a 12ª semanas de vida embrionaria, lo que explica su frecuente asociación con otras malformaciones. La incidencia de onfalocele es 1 entre 5.000 a 10.000 recién nacidos vivos. El defecto puede contener una asa intestinal aislada, hígado o cualquier otra víscera abdominal.<sup>1,2</sup>

La niña presentada representa una forma de onfalocele, con protrusión exclusiva del apéndice cecal a través de las membranas. Lo describimos por su presentación excepcional.

### HISTORIA CLINICA

Recién nacida de tres días de vida internada en la sala de neonatología del Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" de la ciudad de La Paz, Bolivia, por presentar aumento de volumen en región umbilical.

La niña fue el segundo producto de un embarazo gemelar, de una madre primípara sin control prenatal; el parto fue domiciliario, de presentación podálica y atendido por el padre, quien recién al tercer día de vida decidió llevarla al hospital.

El examen físico mostró una niña prematura, con una edad gestacional de 33-34 semanas, adecuada para su edad gestacional, con un peso de 2.300 g, talla de 48 cm y perímetro cefálico de 32 cm, en buen estado general, activa, reactiva con reflejos de succión, búsqueda, deglución y Moro presentes.

En el abdomen se observó un defecto de la pared abdominal a nivel de la región umbilical de aproximadamente 2 cm de diámetro, con una tumoración rubicunda y herniación lateral derecha del apéndice cecal, que estaba edematoso y de aspecto acartonado; el resto de las membranas íntegras con inserción del cordón umbilical en el extremo anterior del saco (*Fotografías 1 y 2*).

La niña fue intervenida quirúrgicamente, realizándose inicialmente liberación del ciego y

\* Sala de Neonatología.

\*\* Sala de Cirugía Pediátrica.

Hospital del Niño "Ovidio Aliaga Uría". La Paz, Bolivia.

Correspondencia: Dr. Eduardo Mazzi Gonzales de Prada.

Casilla de Correo 1027. La Paz, Bolivia.

Correo electrónico: dito@caoba.entelnet.bo.

apendicectomía con invaginación del muñón con seda 4-0; luego se procedió a la exéresis completa del saco. En la cavidad abdominal no se encontraron malformaciones ni asas intestinales inflamadas. El cierre del defecto de la pared abdominal fue sin tensión en tres planos en sentido longitudinal.

Se inició la vía oral mediante sonda orogástrica a las 24 horas de la cirugía y a los cuatro días la paciente se alimentó por succión, con buena tolerancia y sin complicaciones.

El estudio histopatológico informó apéndice con signos de inflamación importante de la capa serosa.

Fue dada de alta al décimo día en excelentes condiciones generales, sin complicaciones o secuelas y sin haberse encontrado anomalías asociadas hasta su control de los nueve meses de edad.

## DISCUSION

El onfalocele es un defecto de la pared abdominal en la base del cordón umbilical, con herniación de contenido abdominal a través del anillo umbilical; las vísceras protruidas se encuentran cubiertas por la membrana peritoneal. Su tamaño depen-

de del contenido herniado. A menor tamaño del defecto, mejor el pronóstico. La mayoría de los recién nacidos con onfalocele son prematuros, como la paciente que se presenta.<sup>1,2</sup>

Durante el tercer mes de vida embrionaria, aparecen cuatro pliegues somáticos (dos laterales, uno caudal y otro cefálico), que definen las paredes torácica y abdominal. Los pliegues migran centralmente para fusionarse en el anillo umbilical, evento que concluye a las 18 semanas de gestación. La migración anómala y el cierre incompleto de los pliegues laterales resultan en la formación del onfalocele.<sup>3,4</sup>

Cuando el onfalocele se rompe, habitualmente existe prolapso masivo de asas intestinales debido a la presión positiva intraabdominal. En nuestro caso ocurrió solamente herniación del apéndice cecal a través de la membrana peritoneal. Consideramos que fue el resultado de un retorno tardío del ciego y el apéndice en su migración abdominal, cuando los procesos abdominales se encontraban próximos al cierre del anillo umbilical, quedando atrapado el ciego a nivel de las membranas y el apéndice en posición extracelómica, evitando de esta manera evisceración de contenido abdominal.

Se decidió la apendicectomía, fundamentalmente por la presencia de inflamación del apéndice por el líquido amniótico y por la exposición al medio ambiente durante tres días. La apendicectomía inicial antes de retirar el saco fue un paso importante que evitó la contaminación de la cavidad abdominal. ■



FOTOGRAFÍA 1



FOTOGRAFÍA 2

## BIBLIOGRAFIA

1. Kliegman RM. The fetus and the neonatal infant. En: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin Am, eds. *Nelson's Textbook of Pediatrics*. 15<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1996: 431-513.
2. Grosfeld JL. Pediatric surgery. En: Sabiston Jr DC ed. *Textbook of surgery*. 14<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1991: 1149-86.
3. Dillon PW, Cilley RE. Newborn surgical emergencies. Gastrointestinal anomalies, abdominal wall defects. *Pediatr Clin North Am* 1993; 40: 1289-31.
4. Meller JL, Reyes HR, Loeff DS. Gastrosquisis and omphalocele. *Clin Perinatol* 1989; 16: 113-22.