



PATOLOGIAS DEVIDO À PERSISTÊNCIA DO CANAL VITELÍNICO: RELATO DE CASO.

Jair Rodrigues de Oliveira Júnior¹; Rogério Fraga Troian¹; Fernando Ferreira Rios²; Olegário Indemburgo da Silva Rocha Vida³; Ana Flavia Batista Penido Troian⁴

e-mail: oliveirarjair@gmail.com

¹Estudante de medicina Faculdade Alfredo Nasser, ²Residente Hospital Unievangélica, ³Professor adjunto Faculdade de Medicina Unievangélica ⁴Professora Assistente Faculdade Alfredo Nasser

RESUMO

O ducto onfalomesentérico (DOM) é uma estrutura embrionária que liga o saco vitelino ao intestino médio. A falha de sua reabsorção pode resultar em diversas anomalias, incluindo, divertículo de Meckel, pólipos umbilicais, massa umbilical hemorrágica e fístula vitelínica. No presente trabalho, reportamos o caso de um bebê de 62 dias, sexo masculino que apresentou após a queda do cordão umbilical, presença de tumoração polipóide, avermelhada com secreção mucóide, presença de orifício na extremidade distal e sangramento à manipulação. Foi realizada através de procedimento cirúrgico, reparo do íleo com enteroanastomose término-terminal dos dois planos com o objetivo de liberação da fístula vitelínica do seu término em alça íleo terminal. Em conclusão, este relatório descreve uma forma de fístula enterocutânea na região umbilical, fornecendo novos conhecimentos para esta condição e descrevendo a sua gestão bem sucedida por ressecção cirúrgica.

Palavras-chave: divertículo de meckel. ducto vitelínico. fístula vitelínica.

INTRODUÇÃO

O saco vitelino pode ser visualizado a partir do ultrassom a partir da quinta semana de gestação, porém, com dez semanas de gestação ele está ligado ao intestino médio pelo canal vitelínico, conhecido também como ducto onfalomesentérico (Agrawal et al 2010). A partir da 5ª semana até a 7ª semana de gestação, devido à circulação uteroplacentária não estar completamente desenvolvida o ducto onfalomesentérico estabelece a comunicação entre o saco vitelínico ao intestino médio com o intuito de nutrir o embrião. Com o decorrer a gravidez o saco vitelínico se atrofia. No entanto, segundo Moore, ocorre a sua persistência em aproximadamente 2% da população sendo três vezes mais comum no sexo masculino.

Devido a não involução parcial ou total do canal vitelínico pode ocorrer o desenvolvimento de várias malformações, sendo as principais, pólipo umbilical, divertículo de Meckel, sinus umbilical e fistula vitelínica (Ramnik et al 2013).

Em relação ao diagnóstico é extremamente importante a realização do exame físico minucioso e a solicitação de exames complementares, sendo os principais: ultrassonografia e fistulografia umbilical.

A medida terapêutica nesses casos é cirúrgica onde apresentam-se poucas complicações e um bom prognóstico.

O objetivo deste trabalho é apresentar o relato de caso sobre fístula vitelínica, além de realizar uma revisão deste tema na literatura médica, com ênfase no tratamento.

RELATO DE CASO

K.M.S.S, 62 dias, sexo masculino, bom estado geral, eupneica, anictérica, acianótico, deu entrada ao consultório de cirurgia pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de Anápolis acompanhado por seus progenitores. A mãe relata que após a queda do cordão umbilical, por volta do décimo dia, notou a presença de um nódulo avermelhado com a presença de secreção mucoide pelo orifício.

Ao exame físico: presença de pólipo localizado na região umbilical de aspecto vermelho, úmido, apresentando sangramento à manipulação e presença de orifício na extremidade distal da lesão.

Após a suspeita de fístula vitelínica, paciente foi submetido a fistulografia onde foi confirmada a presença de fístula enterocutânea na região umbilical. Os progenitores foram orientados sobre o tratamento cirúrgico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fístula vitelínica é uma patologia decorrente da persistência total e permeável do canal vitelínico que aparece como uma pequena estrutura na superfície fetal da placenta, especificadamente, próximo a inserção do cordão umbilical (Moore1998).

Embora a maioria dos casos das malformações decorrentes da persistência do canal vitelínico sejam assintomáticas, cerca de 5% dos portadores vão possuir

manifestações clínicas geralmente antes dos dois anos de idade, portanto, são essas particularidades que caracterizam as manifestações clínicas desta patologia: mucosa intestinal é visível no umbigo, com a drenagem de conteúdo intestinal, caso ocorra infecção pode apresentar conteúdo purulento e até mesmo causar obstrução intestinal (Kadian et al).

Além disso, conforme o tipo de persistência ocorre outras malformações, como por exemplo, o pólipo umbilical que é o remanescente mucoso do canal na cicatriz umbilical que é visível e apresenta-se como um nódulo vermelho brilhante com drenagem mucoide persistente, no divertículo de Meckel, ocorre quando há a persistência permeável da porção intestinal, que é caracterizada por um quadro de obstrução intestinal baixa, inflamação – peritonite – e hemorragia digestiva alta.

Todas as anomalias do canal vitelínico são tratadas cirurgicamente, quando há infecção é necessária a realização de uma drenagem e de antibioticoterapia. Dentre essas anomalias são tratadas como emergência cirúrgica as diverticulites de Meckel e as obstruções intestinais.

No caso em questão a criança foi submetida à anestesia geral e colocada em decúbito dorsal sob ventilação mecânica. Foi realizado uma incisão semilunar infra-umbilical com o objetivo da liberação da fístula vitelina com individualização do seu término em alça do íleo terminal. Ocorreu o reparo do íleo com enterectomia segmentar e enteroanastomose término-terminal dos dois planos e, por fim, neofixação do umbigo. A cirurgia foi realizada com sucesso sem intercorrências.

CONCLUSÃO

A fístula vitelínica necessita de uma investigação cuidadosa para o estabelecimento do seu diagnóstico com o intuito de evitar consequências graves para o paciente, como por exemplo, a obstrução intestinal.

Embora exista apenas uma forma de tratamento, ele é completamente eficaz e possui poucas complicações pós-operatórias. Porém, sua técnica exige conhecimento anatômico para o devido reconhecimento das estruturas envolvidas.

Nesse sentido, indubitavelmente, há a necessidade de maiores estudos sobre o tema a fim de desenvolver recursos preventivos e novos tratamentos.

REFERÊNCIAS

1. Moore TC. Omphalomesenteric duct malformations. *Semin Pediatr Surg.* 1996; 5:116-23.
2. Moore KL, Persaud TVM. Organogenic period and digestive system. In: *The Developing Human.* Philadelphia: WB Saunders, 1998: 83-106.
3. Agrawal S, Menon A. Patent vitellointestinal duct. *BMJ Case Rep* 2010.
4. Ramnik V Patel, Hemant Kumar, C K Sinha, Mario Patricolo Neonatal prolapsed patent vitellointestinal duct *BMJ Case Rep* 2013.
5. Kadian YS, Verma A, Rattan KN, Kajal P. Vitellointestinal duct anomalies in infancy. *J Neonat Surg.* 2016; 5:30.
6. Keith L. Moore, T. V. N. Persaud. *Embriologia Clínica.* Rio de Janeiro. 8ª ed. 2008