




PERSISTÊNCIA DE CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO EM RECÉM-NASCIDO: RELATO DE CASO

PERSISTENCE OF THE OMPHALOMESENTERIC DUCT IN A NEWBORN: CASE REPORT

PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO EN UN RECIÉN NACIDO: INFORME DE CASO

 <https://doi.org/10.56238/levv16n54-096>

Data de submissão: 19/10/2025

Data de publicação: 19/11/2025

Amanda Bueno Alves França

Enfermeira Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia
Instituição: Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, Universidade Estadual de Ponta Grossa

E-mail: amandinhabueno1106@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-6348-5281>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3528548499825015>

Luiz Ricardo Marafigo Zander

Doutorando em Ciências da Saúde
Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)

E-mail: 240310501014@uepg.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3588-9105>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7567314301140396>

Daniel Cezar Teixeira Alves

Graduando do Curso de Medicina
Instituição: Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)

E-mail: danielcezar@rede.ulbra.br

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-5154-126X>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7810281677956625>

Angela Maria Barbosa de Souza

Enfermeira coordenadora da UTINEO e Pediatria
Instituição: Hospital Universitário Materno-Infantil da Universidade Estadual de Ponta Grossa

E-mail: angela.souza@uepg.br

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-1777-8764>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8905612677973208>

Patrícia Gomes de Almeida Lopes

Médica Pediatra

Instituição: Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, Universidade Estadual de Ponta Grossa

E-mail: patriciag.lopes93@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-7915-1340>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1992207381860974>

Fabiana Bucholdz Teixeira Alves

Doutora em Ciências Odontológicas, área de concentração em Odontopediatria

Instituição: Faculdade de Odontologia é uma unidade da Universidade de São Paulo (FOUSP), Universidade Estadual de Ponta Grossa

E-mail: fbtalves@uepg.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9955-1811>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5450966284131839>

RESUMO

Introdução: A persistência do conduto onfalomesentérico (POM) é uma anomalia congênita rara, resultante da falha de obliteração do ducto vitelínico, podendo manifestar-se com secreção umbilical ou evisceração intestinal. **Objetivo:** Este relato descreve um caso de POM com evisceração e o manejo clínico-cirúrgico adotado. **Descrição do Caso:** Recém-nascido a termo, 40 semanas, apresentou secreção umbilical fecaloide e evoluiu com evisceração intestinal progressiva. O diagnóstico de POM foi confirmado por laparotomia exploradora de urgência, que evidenciou invaginação de alça ileal a 40 cm da válvula ileocecal. **Intervenção:** Realizada redução manual da alça, ressecção do trajeto fistuloso e reconstrução da cicatriz umbilical. **Resultados:** O paciente evoluiu com infecção de ferida operatória leve, manejada com antibioticoterapia sistêmica (metronidazol e gentamicina) e terapia tópica avançada, incluindo limpeza com PHMB, alginato de prata e aplicação de LASER de baixa intensidade. O neonato obteve recuperação completa, com cicatrização total da ferida e alta hospitalar sem sequelas. **Conclusão:** O caso ressalta a importância do reconhecimento precoce da secreção fecaloide como sinal de alerta para POM. A intervenção cirúrgica oportuna e o manejo multidisciplinar intensivo da ferida operatória foram determinantes para o desfecho favorável.

Palavras-chave: Ducto Vitelino. Ducto Onfalomesentérico. Recém-nascido. Procedimentos Cirúrgicos do Sistema Digestório. Relato de Caso.

ABSTRACT

Introduction: Persistence of the omphalomesenteric duct (POD) is a rare congenital anomaly resulting from the failure of the vitelline duct to obliterate, which can manifest as umbilical discharge or intestinal evisceration. **Objective:** This report describes a case of POD with evisceration and clinical-surgical management adopted. **Case Description:** A full-term newborn (40 weeks) presented with fecaloid umbilical discharge that progressed to intestinal evisceration. The diagnosis of POD was confirmed by emergency exploratory laparotomy, which revealed an invaginated ileal loop 40 cm from the ileocecal valve. **Intervention:** Manual reduction of the loop, resection of the fistulous tract, and umbilical scar reconstruction were performed. **Results:** The patient developed a mild surgical wound infection, managed with systemic antibiotic therapy (metronidazole and gentamicin) and advanced topical therapy, including PHMB cleansing, silver alginate, and low-level LASER application. The neonate achieved a full recovery, with complete wound healing and hospital discharge without sequelae. **Conclusion:** This case highlights the importance of early recognition of fecaloid discharge as a warning sign for POD. Timely surgical intervention and intensive multidisciplinary wound management were decisive for the favorable outcome.

Keywords: Vitelline Duct. Omphalomesenteric Duct. Infant. Newborn. Digestive System Surgical Procedures. Case Reports.

RESUMEN

Introducción: La persistencia del conducto onfalomesentérico (PCO) es una anomalía congénita rara, resultante de la falta de obliteración del conducto vitelino, que puede manifestarse con secreción umbilical o evisceración intestinal. **Objetivo:** Este informe describe un caso de PCO con evisceración y el manejo clínico-quirúrgico adoptado. **Descripción del Caso:** Un recién nacido a término (40 semanas) presentó secreción umbilical fecaloide que evolucionó a evisceración intestinal progresiva. El diagnóstico de PCO se confirmó mediante laparotomía exploradora de urgencia, que evidenció una invaginación del asa ileal a 40 cm de la válvula ileocecal. **Intervención:** Se realizó la reducción manual del asa, la resección del trayecto fistuloso y la reconstrucción de la cicatriz umbilical. **Resultados:** El paciente evolucionó con una infección leve de la herida quirúrgica, manejada con antibioticoterapia sistémica (metronidazol y gentamicina) y terapia tópica avanzada, incluyendo limpieza con PHMB, alginato de plata y aplicación de láser de baja intensidad. El neonato logró una recuperación completa, con cicatrización total de la herida y alta hospitalaria sin secuelas. **Conclusión:** Este caso resalta la importancia del reconocimiento precoz de la secreción fecaloide como signo de alerta para PCO. La intervención quirúrgica oportuna y el manejo multidisciplinario intensivo de la herida fueron decisivos para el desenlace favorable.

Palabras clave: Conducto Vitelino. Conducto Onfalomesentérico. Recién Nacido. Procedimientos Quirúrgicos del Sistema Digestivo. Informes de Casos.

1 INTRODUÇÃO

O ducto onfalomesentérico, também denominado ducto vitelínico, é uma estrutura embrionária que conecta o intestino médio ao saco vitelínico durante o desenvolvimento fetal. Em condições normais, ocorre sua completa obliteração entre a 5ª e a 9ª semana de gestação. Quando esse processo não se completa adequadamente, podem surgir anomalias congênitas decorrentes da persistência parcial ou total desse ducto, como fístulas, cistos ou divertículos vitelínicos (Walia et al., 2017).

Embora raras, essas anomalias podem manifestar-se clinicamente por secreção umbilical anormal, infecção local, obstrução intestinal, dor abdominal ou sangramento. O diagnóstico pode ser desafiador, sendo frequentemente estabelecido apenas com o auxílio de exames de imagem, como a ultrassonografia e a tomografia computadorizada, ou mesmo durante o ato cirúrgico (Akhtar; Atul; Jitoko, 2011).

O tratamento é essencialmente cirúrgico e deve ser individualizado de acordo com o tipo de remanescente e a apresentação clínica do paciente. A ressecção completa da estrutura persistente é fundamental para prevenir complicações, tais como infecção, obstrução ou perfuração intestinal, contribuindo significativamente para um melhor prognóstico neonatal (Rombaldi et al., 2023).

A persistência do conduto onfalomesentérico (POM), ou ducto vitelino patente, é uma anomalia congênita rara, decorrente da falha de obliteração do ducto vitelino, estrutura embrionária que conecta o intestino médio ao saco vitelino. Suas manifestações clínicas variam desde pequenas fístulas umbilicais e pólipos até casos graves com exteriorização de alças intestinais, podendo evoluir com infecção e sepse neonatal. O reconhecimento clínico precoce de secreção umbilical de aspecto fecaloide e a intervenção cirúrgica imediata são determinantes para evitar complicações e reduzir a morbimortalidade associada.

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Recém-nascido a termo (40 semanas), sexo masculino, nascido em 2024, por parto vaginal em hospital público universitário do sul do Paraná. No exame físico inicial, observou-se discreta alteração vascular no cordão umbilical, caracterizada por uma veia e artéria única, achado confirmado na análise placentária. O neonato permaneceu internado na Unidade de Acolhimento Neonatal por dois dias, recebendo alta com orientações de rotina.

Após sete dias, a genitora procurou o pronto atendimento infantil (PAI) da mesma instituição relatando secreção fétida e de aspecto fecaloide proveniente da cicatriz umbilical (Figura 1A). Diante da piora clínica e do aumento do volume da secreção, nova avaliação evidenciou evisceração de alça intestinal (Figura 1B). A equipe de Cirurgia Pediátrica (CIPE) foi acionada, instituindo jejum, hidratação venosa, antibioticoterapia com metronidazol e gentamicina, e aplicação de compressas mornas sobre a alça exteriorizada.

Algumas horas depois, houve exteriorização de maior quantidade de conteúdo intestinal, totalizando cerca de 20 cm de alça delgada, com trânsito preservado e presença de alça lateral de fundo cego (Figura 1C). O exame radiográfico sugeriu redução do volume das alças intra-abdominais, indicando necessidade de laparotomia exploradora de urgência.

Figura 1 - Aspectos pré-cirúrgicos da patologia.



Fonte: Os autores, Ponta Grossa – PR, Brasil, 2025.

Legenda: Legenda: A - Aspecto inicial da secreção umbilical fecaloide; B - Evolução com evisceração de alça intestinal; C - Aspecto pré-cirúrgico, com exteriorização de alças intestinais.

Durante o procedimento, sob anestesia geral, realizou-se incisão periumbilical com abertura da aponeurose adjacente, evidenciando invaginação de intestino delgado por orifício situado a aproximadamente 40 cm da válvula ileocecal, achado compatível com persistência do conduto onfalomesentérico. Foi realizada redução manual sem lesões, reavivamento das bordas e sutura com fio de polipropileno - Prolene®. O teste de estanqueidade (“manobra do borracheiro”) não demonstrou vazamentos. As alças foram recolocadas na cavidade abdominal, procedendo-se ao fechamento por planos e reconstrução da cicatriz umbilical. O material cirúrgico foi encaminhado para exame anatomopatológico.

No pós-operatório imediato, em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), o paciente manteve estabilidade hemodinâmica em incubadora aquecida, apresentando discreta distensão abdominal e estase biliar em sonda gástrica (Figura 2). No segundo e terceiro dias de pós-operatório (PO), surgiram episódios de êmese e aumento da estase; os curativos oclusivos foram substituídos devido à secreção amarelada e à hiperemia local (Figura 3).






A partir do quarto dia de PO, observou-se melhora progressiva, com aceitação da dieta, evacuação espontânea e redução da distensão abdominal. Entre o quinto e o sétimo dia de PO, manteve-se discreta secreção purulenta na ferida (Figuras 4 e 5), manejada com curativos diários e antibioticoterapia sistêmica. No oitavo dia, evidenciou-se espessamento das bordas e evolução da cicatrização, com uso de curativo antibacteriano com prata (Figura 6). No nono dia, houve regressão



total da secreção e reepitelização em andamento (Figura 7).

O recém-nascido recebeu alta da UTIN para a enfermaria cirúrgica no décimo dia de PO, evoluindo sem intercorrências. Após conclusão da antibioticoterapia e completa cicatrização da ferida (Figura 8), recebeu alta hospitalar definitiva, em bom estado geral e sem sequelas.

A seguir, uma tabela resumo (Tabela 1) contendo as figuras e as informações referentes à evolução da patologia, a partir da intervenção cirúrgica.

Tabela 1. Tabela resumo contendo as figuras e informações relativas à evolução da patologia.

N	Representação	Descrição e observações clínicas	Detalhes e condutas
2		Pós-operatório imediato: Ferida operatória com aspecto inicial dentro do esperado. Abdomen com discreta distensão.	Paciente estável. Monitoramento intensivo em UTIN.
3		3º dia PO: Ferida operatória com sinais flogísticos (hiperemia, secreção amarelada/purulenta) e tunelização de aprox. 3 cm.	Iniciado protocolo de tratamento: 1. Limpeza com solução de PHMB (Protosan®). 2. Aplicação de LASER de baixa intensidade. 3. Cobertura com alginato de prata. Troca programada a cada 48h.
4		5º dia PO: Persistência de secreção purulenta (em menor volume) e bordas eritematosas. Tunelização em regressão.	Manutenção da antibioticoterapia sistêmica (Metronidazol e Gentamicina). Terapia tópica: 1. Limpeza com PHMB. 2. LASER de baixa intensidade (pontual e bordas). 3. Cobertura com espuma de alginato de prata.
5		6º e 7º dias PO: Redução significativa da secreção e da hiperemia. Bordas em retração e ausência de tunelização. Presença de tecido de granulação.	Manutenção do protocolo de curativo tópico e laserterapia.
6		8º dia PO: Ausência de secreção purulenta. Bordas da ferida com espessamento, sugestivo de início de epitelização.	Ajuste do protocolo: Substituída cobertura para espuma de prata. Manutenção da limpeza com PHMB e aplicação de LASER de baixa intensidade.

7		9º dia PO: Evolução satisfatória. Ferida com fechamento parcial e epitelização em progresso.	Conclusão da antibioticoterapia sistêmica. Manutenção da terapia tópica (limpeza com PHMB e LASER de baixa intensidade).
8		Aspecto final (pós-alta): Cicatriz umbilical com reepitelização completa. Ausência de secreção ou complicações.	Alta hospitalar concluída. Evolução final sem intercorrências.

Fonte: Os autores, Ponta Grossa – PR, Brasil, 2025.
Legenda: PHMB: Poli-hexametileno biguanida; PO: Pós-Operatório.

3 DISCUSSÃO

A persistência do conduto onfalomesentérico (POM) é uma anomalia congênita rara, decorrente da falha de obliteração completa do ducto vitelínico entre a 5ª e a 9ª semana de gestação. Estima-se que sua incidência varie entre 1:2.000 e 1:6.000 nascidos vivos (Chen et al., 2024). As manifestações clínicas dependem do grau de persistência do ducto e podem variar desde pequenas fístulas umbilicais até exteriorização de alças intestinais, como observado neste caso. A POM pode se manifestar no período neonatal como fistula onfalomesentérica com drenagem fecaloide e, mais raramente, com prolapso ileal. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na observação de secreção fecaloide pela cicatriz umbilical, e pode ser confirmado por exames de imagem, como a fistulografia, ou identificado apenas durante o ato cirúrgico (Lee et al., 2021; Ghritlaharey, 2023).

O tratamento é eminentemente cirúrgico e deve ser realizado em caráter de urgência, especialmente em casos de evisceração, risco de encarceramento ou sinais de infecção local. A conduta recomendada consiste na ressecção completa do trajeto ductal ou do segmento ileal acometido, seguida de anastomose primária, associada ao suporte intensivo e antibioticoterapia (Tatekawa, 2020; Aycan et al., 2023). No presente relato, a técnica empregada da redução manual da alça, sutura do defeito intestinal e reconstrução umbilical, seguiu os princípios da literatura, com resultados satisfatórios e sem intercorrências significativas.

Complicações pós-operatórias, como infecção da ferida cirúrgica, são de fato descritas na literatura, especialmente em neonatos submetidos a procedimentos de emergência (Bahrami-Motlagh et al., 2022). Em linha com esses achados, o paciente relatado evoluiu com infecção local, manifestada por secreção purulenta persistente. A complicação foi controlada com sucesso através de uma abordagem terapêutica combinada: além da antibioticoterapia sistêmica (Metronidazol e Gentamicina), instituiu-se um protocolo de manejo tópico avançado. Este incluiu o uso de curativos de espuma com prata, aplicação de LASER de baixa intensidade e soluções antimicrobianas (PHMB).

Essa estratégia multimodal foi determinante para a resolução do quadro infeccioso, permitindo a cicatrização completa e a alta hospitalar.

O prognóstico geralmente é favorável quando o diagnóstico é precoce e o tratamento cirúrgico é realizado de forma oportuna. O atraso no reconhecimento clínico pode resultar em complicações graves, como sepse, peritonite, prolapso de alças e obstrução intestinal (Aghababaie et al., 2024). Este relato ilustra a importância do reconhecimento do sinal de alerta, tal como a secreção fecaloide umbilical e reforça o papel da avaliação cirúrgica precoce e da abordagem multidisciplinar no desfecho favorável do paciente.

Por tratar-se de um relato de caso único, o presente estudo apresenta limitações inerentes ao seu delineamento descritivo, não permitindo generalizações nem inferências causais. A ausência de acompanhamento em longo prazo limita a análise de possíveis complicações tardias e dos efeitos cicatriciais no desenvolvimento intestinal. Ainda assim, o relato contribui para o aprimoramento do conhecimento clínico e educacional, ressaltando a importância da suspeita diagnóstica precoce e da conduta cirúrgica oportuna na persistência do conduto onfalomesentérico.

4 CONCLUSÃO

O presente relato contribui para o aprimoramento da prática clínica e do ensino em neonatologia e cirurgia pediátrica, ao demonstrar que a secreção umbilical de aspecto fecaloide deve ser reconhecida como um sinal de alerta para a persistência do conduto onfalomesentérico. O diagnóstico precoce e o encaminhamento imediato para avaliação cirúrgica são fundamentais para o sucesso terapêutico e a prevenção de complicações graves, como sepse, obstrução intestinal e evisceração.

O caso evidencia também a importância da atuação integrada entre as equipes de pediatria, cirurgia pediátrica e enfermagem neonatal, cuja cooperação foi determinante para o desfecho favorável, com recuperação completa e alta hospitalar sem sequelas.

Vale destacar a necessidade de fortalecer a capacitação dos profissionais da assistência neonatal e de implementar protocolos institucionais voltados à triagem e ao manejo de secreções umbilicais anormais, de modo a garantir diagnóstico oportuno e conduta segura. A divulgação deste relato possui ainda valor educativo, podendo subsidiar ações de ensino, treinamento e aprimoramento de protocolos assistenciais em hospitais de ensino e programas de residência multiprofissional.



REFERÊNCIAS

- AKHTAR, A.; ATUL, J. W.; JITOKO, C. Vitello-Intestinal Duct Fistula – a Rare Presentation of a Patent Vitello-intestinal Duct: a Case Report. *Pacific Health Dialog*, v. 16, n. 2, p. 67–69, 2011.
- AGHABABAIE, A. et al. Persistent omphalomesenteric duct in an infant with trisomy 21. *BMJ Case Reports*, v. 17, n. 5, e259671, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1136/bcr-2024-259671>
- AYCAN, N. et al. A newborn with patent omphalomesenteric duct with fecaloid umbilical drainage. *Bagcilar Medical Bulletin*, v. 8, n. 2, p. 194-197, 2023. DOI: <https://doi.org/10.4274/BMB.galenos.2023.2023-03-023>
- BAHRAMI-MOTLAGH, H. et al. Concurrent omphalomesenteric duct cyst and ileal diverticulum causing small bowel obstruction: a case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, v. 94, n. 107004, p. 1-6, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107004>
- CHEN, F et al. Patent vitellointestinal duct with ileal prolapse in a newborn: a case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*, v. 103, n. 3, p. 1-4, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000036919>
- Ghritlaharey, R. K. A Systematic Literature Review of Demographics, Clinical Presentation and Surgical Procedures Performed for the Appendico-Umbilical Fistula for the Past 100 Years. *African Journal of Paediatric Surgery*, v. 20, n. 4, p. 254-259, 2023. DOI: https://doi.org/10.4103/ajps.ajps_90_22
- LEE, Y. H. et al. Omphalomesenteric fistula presenting with meconium sprouting from the umbilical stump: a neonatal case report. *Ewha Medical Journal*, v. 44, n. 3, p. 84-88, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12771/emj.2021.44.3.84-88>
- ROMBALDI, M. C. et al. Onfalocele gigante: uma nova abordagem para reparo primário no período neonatal utilizando toxina botulínica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, v. 50, n. e20233582, p. 1-9, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20233582>
- TATEKAWA, Y. Omphalomesenteric duct resection using an intraumbilical round incision and an umbilical zigzag incision. *Journal of Surgical Case Reports*, v. 2020, n. 10, p. 1-4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/jscr/rjaa428>
- WALIA, D. S. et al. Patent Vitellointestinal Duct with Patent Urachus Presenting as Umbilical Discharge. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, v. 11, n. 3, p. PD01, 2017. DOI: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/24726.9366>