



## Uraco persistente

Gaspar Alberto Motta-Ramírez,\* Cristóbal Zavala-Ruiz,† Alejandro Gutiérrez-Toxqui,†  
Verónica Eréndira Torres-Hernández,† Berenice Medina-Espinoza†

Caso 1: Paciente femenino de 35 años de edad acudió a consulta por presentar dolor en región umbilical acompañado de olor fétido y salida de líquido purulento escaso. A causa de ello se le realizó una tomografía computada (TC) abdominopélvica que mostró en tejidos blandos de la región umbilical una imagen de forma ovoidea, con bordes bien definidos y que contienen en su interior imagen hiperdensa, única, de forma circular, localizada en la línea media, justo en topografía umbilical, con patrón de atenuación cálcico, acompañándose de aumento de la densidad de la grasa periumbilical (Figura 1a y b).

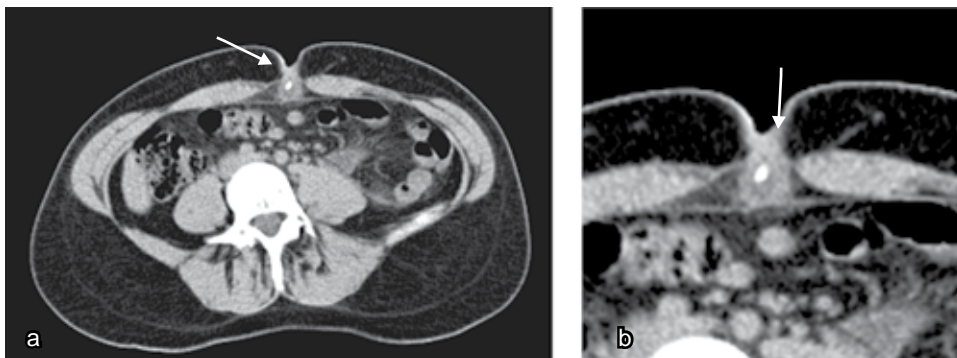
Se realizó exploración quirúrgica de la región con corrección del defecto y extracción de la calcificación intralesional.

Caso 2: Paciente masculino de 39 años de edad acudió por presentar síndrome doloroso abdominal. Por tal motivo,

se solicitó TC abdominopélvica y se encontró como hallazgo incidental una imagen de forma ovoidea, de bordes bien definidos y que contiene en su interior imagen hiperdensa, única, de forma circular con patrón de atenuación cálcico; el cual está localizado hacia la porción anterosuperior de la vejiga y posterior a los músculos rectos abdominales (Figura 2a, b y c).

### URACO PERSISTENTE

En el año de 1550 Bartolomeus Cabrolus publicó en su *Alphabet Anatomique* el primer caso de uraco persistente. Se trataba de una fístula vesicoumbilical que había observado en una mujer de 18 años. Doscientos sesenta años más tarde Littré, en 1810, reporta el segundo caso. El uraco se desarrolla en la vida fetal temprana como una conexión tubular desde el esbozo vesical hasta la alantoides en el ombligo.



**Figura 1a.** Imágenes de TC, corte axial y ampliación de la imagen donde se observa el seno del uraco con lito en su interior (flechas) y proceso inflamatorio de tejidos blandos en su periferia. **1b.** Ampliación donde se aprecia seno del uraco correspondiendo a anomalía congénita uracal tipo B.

\* Radiólogo.

† Radiólogos del Curso de Postgrado de Imagen Seccional, UNAM.

Departamento de Radiología e Imagen del Hospital Ángeles Pedregal.

Correspondencia:

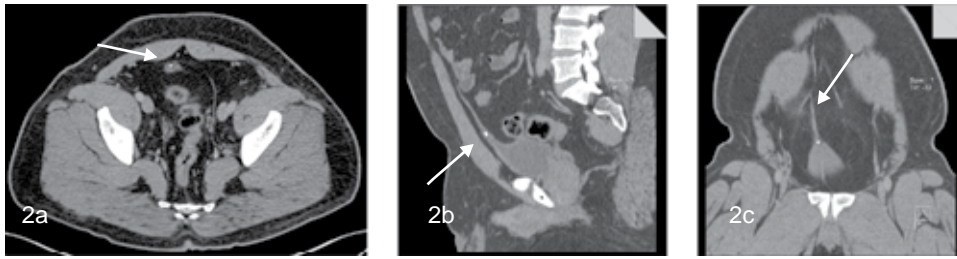
Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez

Camino a Santa Teresa Núm. 1055 Col. Héroes de Padierna 10700 México, D.F.

Correo electrónico: gamottar@yahoo.com.mx

Aceptado: 19-05-2011.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>



**Figura 2a, b y c.** TC abdominal, imágenes axial y RMP sagital y coronal, que demuestran divertículo vesical con lito en su interior y remanente uracal abierto sólo a vejiga (flechas) y que corresponde a anomalía congénita uracal tipo C.



**Figura 3.** Anomalías del uraco: **A.** Permeable en todo su trayecto; es decir, una fístula vesicoumbilical (50%). **B.** Está abierto sólo al ombligo (15%). **C.** Está abierto sólo a la vejiga, dando origen a un divertículo o a una vejiga accesoria (30%). **D.** Sus dos extremos están cerrados, pero presenta en su trayecto cavidades, las que pueden ser de diferentes tamaños (5%).

Cuando la vejiga desciende a la pelvis, entre los cuatro y cinco meses de gestación, el uraco involuciona y se oblitera formando un cordón fibromuscular. Su longitud en el adulto oscila entre los 3 y 10 cm de largo, su diámetro entre 8 y 10 mm, y está situado en el tejido conectivo del espacio extraperitoneal de Retzius, con la fascia transversalis como límite anterior, el peritoneo parietal en la cara posterior y los ligamentos umbilicales, que son a su vez remanentes de las arterias umbilicales fetales dispuestos a ambos lados. Histológicamente el uraco está constituido por tres capas diferentes: una interna de epitelio transicional, una capa intermedia de tejido conectivo y una externa de músculo liso.

Se describen dos grupos de patología uracal: 1) Congénita y 2) Adquirida. El uraco permeable congénito consiste

en la persistencia de la comunicación fetal entre la cúpula vesical y el ombligo, manifestándose con la salida de orina por el ombligo desde el nacimiento y hay cuatro tipos de anomalías del uraco (Figura 3).

## REFERENCIAS

1. Thurston W, Wilson SR. *El aparato urinario*. En: Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW, Johnson JA editores. *Diagnostic ultrasound*, 3rd ed. Vol. 1. St. Louis, MO, Elsevier Mosby, 2005: 341-342.
2. García-García A, Ponce de León-Ballesteros F, Farfán-Chávez FA. Quiste uracal. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Mex Urol* 2005; 65(6): 459-462.
3. Mussan-Chelminsky G, Torres-Saunders C, Sánchez-Jureidini G, García-Garma A, Pérez-Becerra R, Obregón-Méndez J. Persistencia del uraco. Manejo laparoscópico. *Cirug Endosc* 2009; 10(1): 45-48.