

A propósito del absceso del uraco. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Carlos Manuel Aboitiz Rivera*

RESUMEN

Paciente de siete años de edad que presentó dolor abdominal y pérdida de peso. Su cuadro clínico sugería la presencia de tumoración maligna de vejiga. La cirugía mostró la presencia de una tumoración entre la cicatriz umbilical y la vejiga que correspondía a un absceso del uraco. Esta anomalía es poco frecuente, por lo que deben de conocerse sus características particulares y debería ser tomada en cuenta en el diagnóstico diferencial de las masas abdominales.

Palabras clave: Absceso del uraco, tumor abdominal, diagnóstico diferencial.

SUMMARY

Seven year-old male who was presented with abdominal pain and weight loss that suggested the possibility of malignant tumor of the bladder, surgery showed a mass between the umbilicus and the urinary bladder that corresponded to an urachus abscess, this pathology is rare but we should know its particular characteristics and should be included in the differential diagnosis of abdominal masses.

Key words: Urachus abscess, abdominal masses, differential diagnosis.

El uraco es una estructura fibromuscular que se forma del alantoides embrionario, que conecta la región apical de la vejiga con el ombligo. La persistencia de esta estructura puede dar origen a varias patologías, las que son relativamente poco frecuentes. En cadáveres adultos se ha visto que el uraco está permeable en 2% de los casos que llegan a autopsia. La presencia de quistes del uraco pueden infectarse y dar lugar a masas de tamaño variable; éstas pueden llegar a confundirse con tumores del abdomen.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 7 años de edad que inició su padecimiento un mes antes con la presencia de disuria, dolor abdominal y constipación, el dolor abdominal persistía y se volvió más intenso y constante; la madre refería la presencia de pérdida de peso. A la exploración física se palpaba una tumoración desde la cicatriz umbilical que llegaba casi hasta el pubis y la fosa iliaca derecha; era dura y dolorosa a la palpación y poco móvil. Se decidió realizar

ultrasonido para determinar el lugar de la tumoración, encontrándose ésta en la línea media abdominal, sin que se pensara un diagnóstico; se realizó una tomografía descubriéndose una tumoración grande, de 14 cm de largo, sólida, que iba desde la cicatriz umbilical hasta el techo de la vejiga, a la cual se encuentra unida. En su interior se encontraron áreas de menor densidad que sugerían necrosis; los datos tomográficos sugieren la presencia de tumor maligno pensándose en rhabdomyosarcoma, por lo que se decidió intervenirlo para tomar la biopsia y extirpar el tumor.

En la intervención se encontró una tumoración grande adherida al techo de la vejiga que se unía a la cicatriz umbilical, logando extirparla en su totalidad. Durante el procedimiento se encontraron adherencias e inflamación importante; se extirpó parte del techo de la vejiga y se realizó plastia de la misma; dentro de la tumoración se encontró una colección de pus que se drenó.

La biopsia mostró tejido inflamatorio y necrótico, además epitelio columnar en la cavidad. Se concluye, de acuerdo a los hallazgos, que se trataba de un absceso del uraco.

DISCUSIÓN

El uraco es una estructura embrionaria que se desarrolla del alantoides y la porción ventral de la cloaca entre la

* Pediatra y Cardiólogo Pediatra. Médico adscrito al Servicio de Ecocardiografía. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

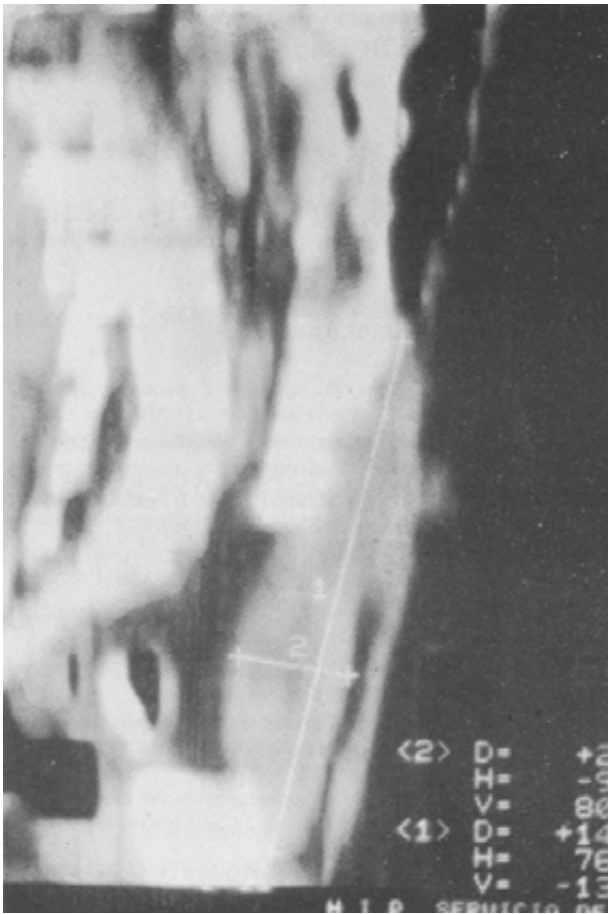


Figura 1. Tomografía axial computarizada del abdomen, mostrando en corte sagital la presencia de masa abdominal, la cual llega a la pared anterior del abdomen a la altura del ombligo.

semana 8 a 16 de la gestación;¹ esta última da origen a la vejiga. El alantoides, una evaginación digitiforme de la pared caudal del saco vitelino, involuciona hacia el tercer mes de la gestación persistiendo como un epitelio tubular lineal (uraco) que se elonga, mientras la vejiga fetal desciende desde el abdomen hacia la pelvis; la conexión entre el ombligo y la vejiga generalmente se oblitera en el periodo neonatal, formando el ligamento umbilical medio o también llamado cordón fibroso del uraco. Esta involución, posterior al nacimiento, ha podido ser seguida mediante ultrasonido.²

El uraco puede dar origen a anomalías diversas pero poco frecuentes; se ha descrito la persistencia del uraco cuando éste se encuentra permeable y clínicamente se puede observar la salida de orina a través del ombligo. El divertículo uracal se forma cuando existe únicamente el cierre del extremo umbilical y puede ser asintomático hasta no presentarse infección o formación de litos. El

seno uracal o uracocèle se forma cuando se cierra el extremo vesical; generalmente persiste asintomático pero frecuentemente puede infectarse; los quistes uracales se forman por la falta de obliteración del uraco en cualquier parte de su trayecto, formándose acúmulo de líquido, el cual puede infectarse formando abscesos. El carcinoma del uraco es poco frecuente, generalmente se describe como adenocarcinoma mucinoso y es el problema más raro que se presenta en el uraco.

Mesrobian³ encontró anomalías del uraco en 21 niños, habiendo encontrado seno uracal en nueve pacientes, quiste uracal en nueve, uraco permeable en dos y divertículo en uno. El *Staphylococcus aureus* fue el microorganismo más encontrado en los cultivos.

En el presente caso hubo originalmente dificultad para hacer el diagnóstico, debido al gran tamaño del tumor y a la pérdida de peso referida por la madre del paciente, que sugerían la presencia de un tumor maligno. Por eso se pensó en rhabdomyosarcoma, debido a su localización. El rhabdomyosarcoma se encuentra entre las primeras 10 tumoraciones malignas presentes en los niños; se puede encontrar desde el nacimiento hasta la adolescencia, pero su mayor incidencia es entre los 2 y 6 años de edad.⁴ Chen y col.⁵ presentaron tres pacientes adultos con la misma dificultad de diagnóstico; dos de ellos presentaban disuria y en todos se encontró una masa abdominal adherida a la vejiga. Se sabe que las anomalías del uraco pueden dar lugar a infecciones formando abscesos, aunque éstos pueden pasar inadvertidos; la infección secundaria de ellos y su ruptura pueden ser causa de complicaciones severas e incluso de la muerte de los enfermos;⁶ se ha descrito también la presentación de casos con dolor abdominal agudo.⁷ La escasa frecuencia de

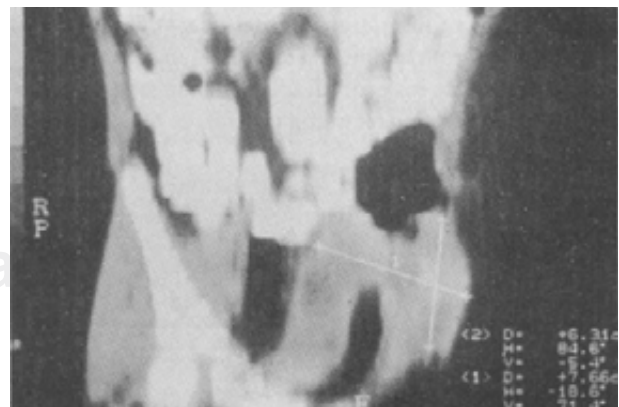


Figura 2. Tomografía axial computarizada del abdomen en corte coronal ligeramente oblicuo mostrando la presencia de masa abdominal central, a la izquierda se observa otra masa que corresponde a tejido inflamatorio.

esta anomalía es la causa de que el diagnóstico sea difícil, sin embargo la ultrasonografía ha facilitado el diagnóstico.⁸ Este procedimiento se sugiere ante la presencia de una masa inflamatoria quística extraperitoneal fija en la línea media que se localiza entre el ombligo y la vejiga,⁹ en este caso fue imposible hacer la diferenciación de la tumoración mediante ultrasonido.

Hay ciertas características tomográficas que permiten hacer el diagnóstico mediante la tomografía computarizada (TAC);¹⁰ éstas son las siguientes:

- a) Que esté localizado en la línea media posterior al músculo *rectus abdominis*.
- b) Que tenga forma cónica y se extienda del ombligo al domo de la vejiga.
- c) Que haya cambios inflamatorios en el tejido subcutáneo, músculo *rectus abdominis* y grasa mesentérica.
- d) Que contenga fluido intraperitoneal o absceso (si ha ocurrido perforación).

Es necesario pensar en el absceso del uraco como diagnóstico diferencial de los tumores del hipogastrio.

El tratamiento puede ser por extirpación primaria del tumor o la extirpación secundaria al drenaje del absceso. Se describe la extirpación primaria, no complicada, cuando se trata de quistes no infectados; en tal caso se sugiere el drenaje del absceso antes de la extirpación secundaria.

Minevich y col.¹¹ han obtenido mejores resultados con la extirpación secundaria, cuando los quistes están infectados. Mesrobian y col.³ informa que de los 21 casos vistos por él, el tratamiento fue la extirpación primaria del tumor en 13 casos (61%) y secundaria en ocho (39%). Se describe también el drenaje quirúrgico transumbilical por medio de un catéter; con este procedimiento mejoran los síntomas¹² para después resear el tumor. Se informa también la excisión laparoscópica del uraco.¹³ De todos los procedimientos el manejo quirúrgico del tumor, con cistectomía parcial, es el de elección en este tipo de abscesos.

Cabe concluir en que las anomalías del uraco son poco frecuentes, sin embargo es importante considerar su diagnóstico diferencial en los casos de tumores abdominales. El diagnóstico puede ser sugerido por el ultra-

sonido y la TAC, tomando en cuenta su localización en la línea media, entre el ombligo y la vejiga; el tratamiento es quirúrgico para así realizar la extirpación de los remanentes del uraco.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. José Ruano Aguilar por su cooperación para la resolución quirúrgica de este caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. O'Donnell KA, Glick PL, Caty MG. Pediatric umbilical problems. *Pediatr Clin North Am* 1998; 45: 791-9.
2. Zieger B, Sokol B, Rohrschneider WK, Darge K, Tröger J. Sonomorphology and involution of the normal urachus in asymptomatic newborns. *Pediatr Radiol* 1998; 28: 156-61.
3. Mesrobian HG et al. Ten years of experience with isolated urachal anomalies in children. *J Urol* 1997; 149: 569-63.
4. Moussali L, Jiménez JL. Urología Pediátrica. Temas Básicos. 1ª ed. Editorial Trillas. 1986.
5. Chen WJ et al. Abscess of urachal remnant mimicking urinary bladder neoplasm. *Br J Urol* 1992; 69: 510-2.
6. Akintan B et al. A fatal case of rupture infected urachal cyst. *Int Urol Nephrol* 1985; 17: 133-8.
7. Boyle G et al. An unusual presentation of an infected urachal cyst. Review of urachal anomalies. *Clin Pediatr (Phila)* 1988; 27: 130-4.
8. Wan YL et al. The role of sonography in the diagnosis and management of urachal abscesses. *J Clin Ultrasound* 1991; 19: 203-8.
9. Holten I, Lomas F, Mouratidis B, Malecky G, Simpson E. The ultrasonic diagnosis of urachal anomalies. *Australas Radiol* 1996; 40: 2-5.
10. Herman TE et al. Pyourachus: CT manifestations. *J Comput Assist Tomogr* 1995; 19: 440-3.
11. Minevich J. The Infected Urachal Cyst: Primary Excision Versus a Staged Approach. *J Urol* 1997; 157: 1869-72.
12. Ito K et al. A case of urachal abscess resected electively after successful drainage from umbilicus *Hinyokika Kiyo* 1997; 43: 367-9.
13. Fahlenkamp D, Schonberger B, Lindeke A et al. Laparoscopic excision of the sinusoidal remnants of the urachus in a 3-year-old boy. *Brit J Urol* 1995; 76: 135-37.

Correspondencia:

Dr. Carlos Manuel Aboitiz Rivera

Calzada de Tlalpan 4502, Colonia Sección XVI
México, D.F. CP. 14080

E-mail: drabtz@df1.telmex.net.mx