

Seno del uraco abscedado con inclusión de lito

Urachal sinus abscessed including litho

Manuel de Atocha Rosado-Montero*, Adianez Oramas-Rojo*, Guillermo Padrón-Arredondo*

RESUMEN

Introducción. Durante la gestación, el uraco representa la conexión entre vejiga y alantoides, por tanto, el uraco es remanente de la cloaca que en la edad adulta se adosa a la cúpula vesical y corre hacia el ombligo.

Caso clínico. Masculino de 28 años de edad presenta dolor umbilical y periumbilical con hiperemia e hipertermia; a la exploración física presenta zona hiperqueratósica en región umbilical con salida de material purulento, abdomen distendido, doloroso a la palpación con una masa mal delimitada sin defectos de pared abdominal. Se realiza laparotomía con resección del epiplón adherido, resección del uraco y onfalectomía. El paciente es hospitalizado durante tres días con buena evolución, el resultado de patología fue: trayecto con inflamación crónica y aguda ulcerada con tejido de granulación y reparación, compatible con seno del uraco.

Conclusión. Los senos abscedados del uraco se presentan en 30% de los casos. Solamente hay un caso a quien se le localizó lito cercano a la vejiga con diagnóstico absceso del uraco con lito. El gran riesgo de estas anomalías del uraco en la edad adulta es la posibilidad de degeneración cancerosa; se conoce que estos casos se presentan 1 x 5 millones de habitantes con una relación de 4:1 hombre/mujer y los carcinomas pueden ser tubulares, papilares, mucinosos o coloides y en anillo de sello, siendo más frecuentes los mucinosos y de mejor pronóstico ya que su tratamiento es quirúrgico con resección completa, la sobrevida a cinco años es entre 43 y 50%, son radiorresistentes y de dudosa quimiosensibilidad.

Palabras clave: Mama; Uraco; Quiste del Uraco.

ABSTRACT

Introduction. During pregnancy the urachus represents the connection between bladder and alantoides therefore urachal remnant of the cloaca is that adulthood is attached to the bladder dome and runs to the navel.

Clinical case. Male 28 years- old presents umbilical and periumbilical pain with hyperemia and hyperthermia; physical examination revealed hyperkeratotic area in umbilical region without of purulent material, distended abdomen, painful on palpation with a poorly circumscribed mass without abdominal wall defects. Laparotomy was performed with resection of adhering omentum, resection of the urachus and onfalectomy. He was hospitalized for three days with good performance, and the result of pathology was: ride with chronic and acute ulcerated inflammation with granulation tissue and repair, compatible with urachal sinus.

Conclusion. The abscessed urachal sinus occurs in 30% of cases. There is only one case that was located near the bladder with urachal abscess diagnosed with litho. The great risk of these abnormalities urachal in adulthood is the possibility of cancerous degeneration; it is known that these cases occur 1 x 5 million with a ratio of 4: 1 male/female and carcinomas may be tubular, papillary, mucinous or colloid and signet ring, being more frequent mucinous and better prognosis because treatment is surgical with complete resection, five-year survival is between 43 and 50%, they are radioresistant and chemo sensitivity doubtful.

Keywords: Breast; Urachus; Urachal Cyst

* Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo. México.

Correspondencia: Guillermo Padrón-Arredondo

Correo electrónico: gpadronarredondo@hotmail.com

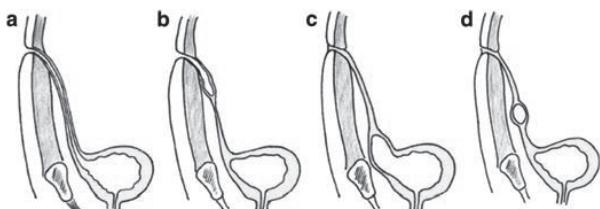
Recibido: 15 de enero de 2018

Aceptado: 27 de abril de 2018.

INTRODUCCIÓN

Durante la gestación, el uraco representa la conexión entre la vejiga y el alantoides, por lo tanto, el uraco es un remanente de la cloaca que en la edad adulta se adosa a la cúpula vesical y corre hacia el ombligo. El uraco en el feto es un conducto fibromuscular que normalmente se ocluye entre la cuarta y quinta semana de gestación. Después del nacimiento, esta conexión se oblitera definitivamente y se transforma en el ligamento umbilical en la línea media. Las fallas en la obliteración del uraco pueden resultar en cuatro anomalías clínicas: a) persistencia del uraco, b) quiste del uraco, c) seno del uraco y d) divertículo vesicouraqueal⁽¹⁾ (figura 1).

FIGURA 1.
Tipos de anomalías del uraco: a) persistencia, b) seno, c) divertículo, d) quiste.



Estos remanentes, se pueden encontrar en neonatos menores de 6 meses y generalmente se resuelven espontáneamente sin necesidad de cirugía. Aquellos casos encontrados en personas mayores requieren tratamiento debido al riesgo de infección y en adultos al riesgo de desarrollar cáncer. En el paciente pediátrico los porcentajes de presentación de estas anomalías son: quiste del uraco (54%), seno del uraco (30%) y 16% entre persistencia del uraco y divertículo vesico-uraqueal⁽²⁾.

Estas anomalías son comunes en hombres y raras en mujeres y ocasionalmente observadas en la edad adulta. Los modos de presentación en la adultez son diferentes a los de la infancia y se tiene: cáncer del uraco 51%, quistes del uraco 30%, senos del uraco (15%), y divertículos del uraco (5%), generalmente infectados. Algunos casos de remanentes del uraco son asintomáticos pero llevan un alto riesgo de infección o desarrollar cáncer. La primera descripción de esta anomalía se debe a Cabriolus⁽²⁾. La triada clásica del uraco se caracteriza por: 1) secreción umbilical, 2) dolor abdominal, y 3) síntomas urinarios⁽³⁾.

Las manifestaciones clínicas en estas patologías son la secreción umbilical, dolor, eritema o una masa debajo del ombligo. El dolor abdominal puede ser el único síntoma y presentarse como abdomen agudo, parecido a la apendicitis aguda o al divertículo de Meckel. El diagnóstico diferencial de una masa umbilical deberá hacerse contra un hematoma, absceso, hernia umbilical, cáncer del uraco y tumores de la pared abdominal⁽⁴⁾.

CASO CLÍNICO

Masculino de 28 años de edad que se presenta al servicio de urgencias por presentar dolor umbilical y posteriormente periumbilical, tratado con analgésicos y antibióticos (Dicloxacilina y paracetamol) intrahospitalariamente, con mejoría parcial siendo egresado con diagnóstico de onfalitis.

Reingresa por continuar con el dolor y la palpación de una masa umbilical acompañada con hiperemia e hipertermia en la misma región con signos vitales normales y a la exploración física presenta una zona hiperqueratósica en región umbilical con salida de material purulento. Abdomen distendido y doloroso a la palpación superficial y media palpando una masa de 8x6x6 cm mal delimitada sin defectos de pared abdominal. El ultrasonido reporta proceso inflamatorio periumbilical con diagnóstico de onfalitis con probable comunicación a intestino. Los estudio de laboratorios reportaron: Bh 16. 5/µL, neutrófilia 87%, resto normal.

Placa simple de abdomen dentro de límites normales. Se procede a exploración quirúrgica de la masa encontrando onfalitis (figura 2) con una calcificación de 1x1.5 cm adyacente a la cicatriz umbilical (figura 3) así como un cordón fibroso que comunica desde la pared de la cicatriz umbilical hasta la cúpula vesical que ejercía tracción céfatica más plastrón de epiplón adherido a pared abdominal.

FIGURA 2.
Vista panorámica de pieza quirúrgica con inclusión de lito.



FIGURA 3.
Ombligo, seno del uraco y lito.



Se realiza resección del epiplón adherido, resección del uraco y onfalectomía en dos planos con vicryl 2-0. Permanece hospitalizado durante tres días con buena evolución, el resultado de patología fue: trayecto con inflamación crónica y aguda ulcerada con tejido de granulación y reparación, compatible con seno del uraco (figuras 4 y 5).

FIGURA 4.
Úlcera de superficie epidérmica y trayecto fistuloso.

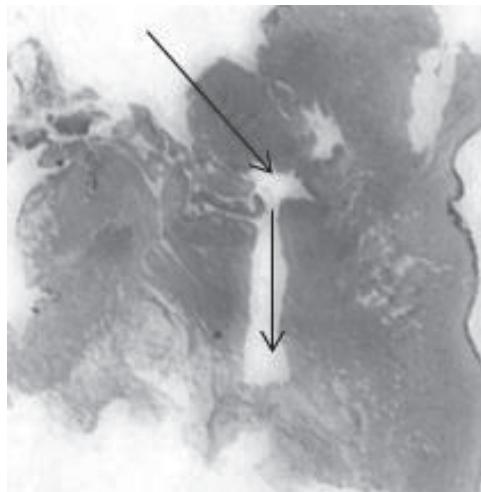


FIGURA 5. Superficie epidérmica (flecha azul) y úlcera con abundante tejido de granulación (flecha amarilla).



DISCUSIÓN

Los senos abscedados del uraco se presentan en 30% de los casos de anomalías del uraco y Tazi F, et al. (1,5) informaron de tres casos en donde dos fueron por absceso de remanente del uraco sin especificar y el último de ellos se confirmó como seno del uraco infectado, parecido a nuestro caso en cuanto a su etiología y manejo quirúrgico.

Guillot P, et al.,⁶ informaron de un caso en un varón de 32 años de edad con secreción umbilical de un año de evolución, tratado de manera conservadora, el cual fue tratado después quirúrgicamente con resolución de su patología. De igual manera, Okomura A, et al.⁽⁷⁾ informan de un caso de una mujer de 61 años de edad con dolor abdominal y pérdida del apetito, a quien se le localizó un lito cercano a la vejiga y mediante TAC y RMN se diagnosticó absceso del uraco con lito en su interior; se realizó cirugía abierta bajo anestesia general, presentando ruptura transoperatoria del absceso y adherencias hacia intestino y vejiga, siendo removida la masa en bloque con cistectomía parcial, el lito estaba conformado por oxalato y fosfato de calcio. En el presente caso, el lito no fue enviado a patología y se extravió; sin embargo, su consistencia era blanda tipo seroso a la palpación.

Los quistes infectados se presentan con mayor frecuencia en la edad adulta y se hacen evidentes cuando se infectan, von Schnakenburg LF, et al.⁽⁸⁾ reportaron un caso de quiste infectado con resolución satisfactoria como en el presente caso clínico.

Del mismo modo, Ward TT, et al.⁽⁹⁾ reportaron un caso de un proceso infeccioso en un uraco persistente y donde enfatizan un amplio espectro de diagnósticos diferenciales, siendo la onfalitis como primer diagnóstico, igual que nuestro caso, infecciones de la línea media abdominal e infecciones pélvicas. Esta patología raramente puede ser causa de infecciones recurrentes del tracto urinario.

Por otro lado y en ocasiones, los procesos inflamatorios pueden presentarse como quiste del uraco infectado. McQuaid JW, et al.⁽¹⁰⁾ informan de un caso en una niña de tres años de edad, ingresada con sospecha de quiste del uraco, lo cual fue finalmente reportado como masa granulomatosa causada por *Bartonella* sp, una bacteria gramnegativo.

El gran riesgo de estas anomalías del uraco presentes en la edad adulta es la posibilidad de degeneración cancerosa, Donate-Moreno MJ y cols.⁽¹¹⁾ en su serie de casos encontraron un adenocarcinoma del uraco en un varón de 73 años de edad; se conoce que estos casos se presentan 1 x 5 millones de habitantes con una relación de 4:1 hombre/mujer. Los carcinomas pueden ser tubulares, papilares, mucinosos o coloides y en anillo de sello, siendo los más frecuentes los mucinosos y los de mejor pronóstico, ya que su tratamiento es quirúrgico con resección completa. La sobrevida a cinco años está entre 43% y 50%, son radioresistentes y tienen dudosa quimiosensibilidad.

Cooper JL, et al.⁽¹²⁾ informan de un caso de una mujer de 52 años de edad con diabetes tipo 2, descontrolada, fiebre y dolor umbilical, con una masa periumbilical. Se le realiza US, TAC y biopsia guiada por US encontrando solamente proceso inflamatorio infectado por *Cándida krusei*, siendo todos los resultados negativos para adenocarcinoma. Se conoce que el carcinoma provoca hematuria franca, y los procesos benignos incluyen abscesos y quistes generalmente presentes como una masa abdominal. El presente caso fue negativo para carcinoma por el servicio de patología, reportando: trayecto con inflamación crónica y aguda ulcerada con tejido de granulación y reparación, compatible con seno del uraco (figuras 3 y 4).

Con respecto al manejo de estas entidades, Lipskar AM, et al.⁽¹³⁾ informan que en casos de niños con algún proceso del uraco que no presenten drenaje transumbilical ni conformación radiológica de alguna anomalía, pueden ser tratados de manera conservadora mediante drenaje de los quistes del uraco infectados que al parecer se obliteran con el paso del tiempo y con seguimiento mediante ultrasonografía. El drenaje puede ser percutáneo o laparoscópico.

Lukovich P, et al.⁽¹⁴⁾ informan de un caso de una paciente de 19 años de edad con salida de secreción umbilical y persistencia del uraco demostrada por ultrasonido, que fue intervenida mediante laparoscopia con tres puertos y clipaje del conducto, por lo que recomiendan esta vía para remanentes del uraco, ya que el conducto alargado de la pared ventral abdominal puede ser mejor detectado desde el ombligo hasta el espacio de Retzius con una cámara de 3° y con las ventajas conocidas de la cirugía laparoscópica.

De igual modo, Mussan CHG, et al.⁽¹⁵⁾ informan de un caso de persistencia del uraco en una paciente de 23 años de edad con cuatro meses de evolución y con salida de líquido a través del ombligo, hiperemia y dolor en la región, se realiza diagnóstico y se interviene laparoscópicamente con excelentes resultados.

CONCLUSIÓN

Las anomalías del uraco en la edad adulta son raras y que deben ser tratadas quirúrgicamente y descartar procesos tumorales malignos.

REFERENCIAS

1. Galati V, Donovan B, Ramji F, Campbell J, Kroop BP, Frimberger D. Management of urachal remnants in early childhood. *J Urol* 2008; suppl 4: 1824-1826.
2. Musko N, Dobruch J, Piotrowicz S, Szostek P, Borówka A. Infected urachal cyst in a young adult. *Cent European J Urol* 2014; 67: 199-201.
3. Ponce-Pérez LV, Cárdenas-Lailson E, Domínguez-Muñoz G, López-Díaz YA, Vera-Rodríguez F. Quiste del uraco gigante abscedado en adulto. Reporte de caso. *Cir Cir* 2013; 81: 348-352.
4. Qureshi K, Maskell D, McMillan C, Wijewardena C. An infected urachal cyst presenting as an acute abdomen – a case report. *Int J Surg Case Report* 2013; 4: 633-635.
5. Tazi F, Ahsaini M, Khalouk A, Mellas S, Stuurman-Wieringa RE, Elfassi MJ, et al. Abscess of urachal remnants presenting with acute abdomen: a case series. *J Med Case Rep* 2012; 6: 226.
6. Guillot P, Renard O, Robert G, Ferrière JM, Beylot-Barry M, Doutre MS. Urachal sinus presenting as umbilical drainage in an adult male. *Ann Dermatol Venereol* 2009; 136:536-7.
7. Okumura A, Tsuritani S, Kiriyama M, Arai K, Takagawa K, Fuse H. A case of urachal abscess accompanied by a stone. *Hinyokika Kiyo* 2013; 59: 179-181.
8. von Schnakenburg LF, Cadosch D, Gautschi OP. Infected urachal cyst in adulthood: a case report and literature review. *Urologe A* 2010; 49(9): 1176-8.
9. Ward TT, Saltzman E, Chiang S. Infected urachal remnants in the adult: case report and review. *Clin Infect Dis* 1993; 16(1): 26-9.
10. McQuaid JW, Gorman EF, Johnson EK, Cilento BG. Granulomatous inflammation masquerading as an infected urachal cyst. *Urology* 2014; 84(6): 1496-8.
11. Donate Moreno MJ, Giménez Bachs JM, Salinas Sánchez AS, Lorenzo Romero JG, Segura Martín M, Hernández Millán I, y cols. Patología del uraco: revisión de conjunto y presentación de tres casos. *Act Urol Esp* 2005; 29(3): 332-6.
12. Cooper JL, Sopko NA, Bivalacqua TJ. Evaluation and treatment of an unusual urachal mass: a case report. *Springer Plus* 2015; 4:18.
13. Lipskar AM, Glick RD, Rosen NG, Layliev J, Hong AR, Dolgin SE, et al. Nonoperative management of symptomatic urachal anomalies. *J Pediatr Surg* 2010; 45(5):1016-9.
14. Lukovich P, Harsány L. Laparoscopic resection of persistent patent urachus. *OrvHetil* 2015; 156(38):1547-50.
15. Mussan ChG, Torres SC, Sánchez JG, García GAM, Pérez BR, Obregón MJ. Persistencia del uraco. Manejo laparoscópico. *Cir Endosc* 2009; 10(1):45-8.