

Quiste uracal. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Adolfo García García,* Fernando Ponce de León Ballesteros,** F. Albaro Farfán Chávez**

RESUMEN

La patología del quiste uracal en el adulto es infrecuente, motivados por esto presentamos una paciente de 42 años con esta afección a la cual le realizamos ecografía abdominal, cistouretrografía miccional, tomografía axial computadorizada y cistoscopia para confirmar el diagnóstico. Basados en la revisión bibliográfica coincidimos que la conducta es quirúrgica de primera línea, independientemente del grado de complicación, llegando como en nuestro caso a una exéresis simple del quiste. Concluimos que la detección temprana y la conducta agresiva en el adulto conllevan a un procedimiento menos cruento y a una pronta rehabilitación evitando futuras complicaciones.

Palabras clave: Alantoides, uraco, quiste uracal.

ABSTRACT

The pathology gives the uracal cyst in the adult it is uncommon motivated for this reason we present a 42 years old patient with this affection to which carry out her abdominal ultrasonography, voiding cystourethrography, computed tomography and cystourethroscopy to confirm the diagnosis. Based on the bibliographical revision we coincide that the behavior is surgical in first line, independently of the degree of its complications, arriving like in our case to a simple exeresis gives the cyst. We conclude that the early detection and the aggressive behaviour in the adult bear to a less bloody procedure and a prompt rehabilitation avoiding future complications.

Key words: Alantoides, uraco, uracal cyst.

INTRODUCCIÓN

El conducto alantoideo fetal da lugar a la formación del uraco, el cual está localizado entre el peritoneo y la fascia transversalis, se extiende desde la cúpula vesical hasta el ombligo con una longitud de 3 a 10 cm y un diámetro de 8 a 10 mm,

histológicamente está constituido de un epitelio transicional o cuboideo, tejido conectivo submucoso y varias capas de músculo liso, el uraco se estrecha y en el último mes de gestación normal se ocluye formando un cordón fibroso que definitivamente será el ligamento umbilical medio en el adulto, junto con las arterias umbilicales oblitera-

* Jefe de Docencia del Servicio de Urología. ** Residente de tercer año del Servicio de Urología. Servicio de Urología, Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", La Habana, Cuba.

das denominadas como ligamentos umbilicales laterales, constituyendo un espacio preperitoneal bien definido.¹

La ausencia de dicha obliteración puede dar origen a la permanencia congénita del uraco en sus diferentes variedades que es una anomalía muy rara en el neonato y más rara aún en el adulto.

CASO CLÍNICO

Presentamos paciente femenina de 42 años de edad, sin antecedentes importantes de salud, que asiste a la consulta por dolor gravativo en hipogastrio, sin irradiación, que incrementa con la actividad física y disminuye en el reposo, de exacerbación progresiva. Niega alteraciones miccionales.

Al examen físico, a la palpación manifiesta dolor en hipogastrio, no se logra definir tumoración. Examen parcial de orina en parámetros normales.

Ultrasonido abdominal (*Figura 1*): se observa imagen quística en íntimo contacto con la cúpula vesical de 25 x 21 mm la cual se mantiene posterior al vaciamiento vesical. Vejiga de contornos regulares sin poderse definir comunicación con la imagen quística. Órganos ginecológicos normales con la presencia de dispositivo intrauterino.

Cistouretrografía miccional (*Figura 2*): estructura ósea de características normales, vejiga de contornos regulares de buena capacidad sin poderse precisar alguna imagen subrepuesta, se observa dispositivo intrauterino.

Debido a la inespecificidad de la clínica y los hallazgos imagenológicos se decide solicitar una T.A.C. simple (*Figura 3*), donde se observa pequeña imagen quística de 2 x 3 cm bien delimitada localizada en segmento medio prevesical, comprimiendo la cara posterior de los rectos y la cara anterior alta de la vejiga. En la vista lateral se extiende desde la cúpula vesical hacia el ombligo, sin comunicación con la vejiga ni infiltración hacia partes blandas (*Figura 4*).

Se realiza cistoscopia observando compresión extrínseca de la cúpula vesical por tumoración que no comunica con la cavidad vesical, mucosa normal y vejiga de buena capacidad.



Figura 1. Ultrasonido abdominal. Se aprecian órganos ginecológicos normales con la presencia de DIU.



Figura 2. Cistouretrografía miccional. Se puede observar dispositivo intrauterino.

Con estos hallazgos llegamos al diagnóstico de quiste congénito del uraco.



Figura 3. Tomografía axial computarizada. Se observa compresión de la cara posterior de los rectos y la cara anterior de la vejiga.

Se decide realizar extirpación quirúrgica mediante laparotomía tipo Pfannenstiel de 5 cm, disección por planos hasta identificar masa tumoral de consistencia quística, adherida a la cúpula vesical, la cual se disecciona fácilmente sin comprometer la mucosa, damos puntos de aproximación en pared muscular y serosa vesical y completamos la exéresis del quiste. Cierre por planos de la pared abdominal.

La descripción anatomopatológica es de una masa tumoral quística de 2 x 3 cm tras seccionarla longitudinalmente se obtiene líquido de aspecto

citrino en poca cantidad, que muestra una cavidad de pared delgada y superficie lisa. Con diagnóstico de quiste congénito del uraco.

La evolución postoperatoria intrahospitalaria de la paciente fue favorable siendo dada de alta al tercer día.

Control ecográfico normal a los tres, seis y nueve meses por consulta externa.

DISCUSIÓN

La persistencia del uraco es una anomalía congénita infrecuente, tiene cuatro variantes de acuerdo con el orden de frecuencia son: uraco permeable 50%, quiste uracal 30%, seno uracal 15% y divertículo uracal 5%^{2,3} que generalmente es diagnosticada en la infancia por onfalitis y supuración umbilical.^{3,4} Más aún en el adulto esta presentación es muy rara, siendo la variedad más común el quiste uracal, los portadores se mantienen asintomáticos y sólo dan sintomatología en caso de complicaciones como: compresión adyacente por expansión de masa,^{2,3,5} repermeabilización a vejiga u ombligo, ruptura intraperitoneal causando peritonitis,⁶ infección local o urinaria,^{2,7,8} litiasis⁹ o adenocarcinoma,¹⁰ manifestándose clínicamente con dolor abdominal, hipersensibilidad en hipogastrio, masa palpable, fiebre, síntomas miccionales y evidencia de infección urinaria, pudiendo llegar a comprometer el estado general

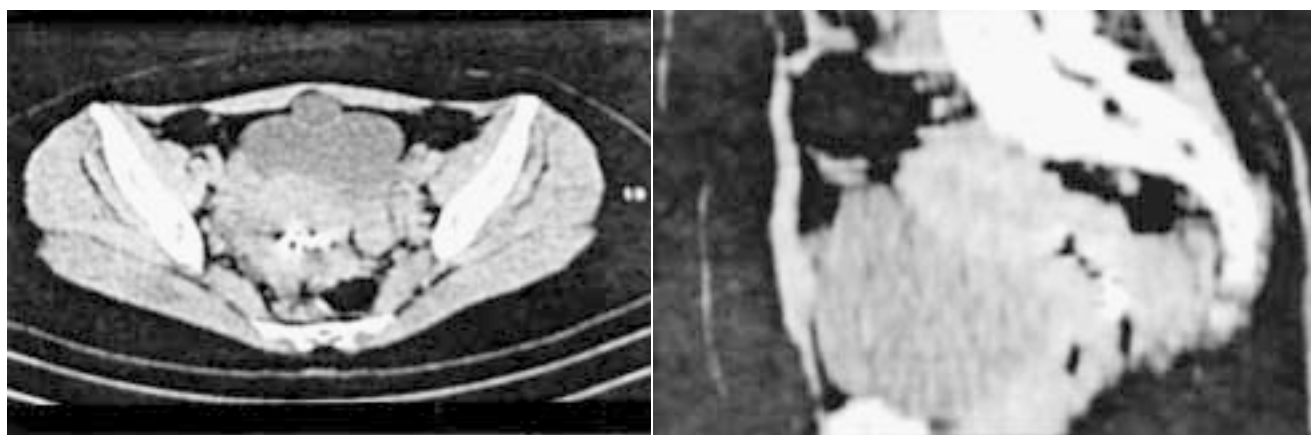


Figura 4. Vista lateral que se extiende desde la cúpula vesical hacia el ombligo. Se realiza cistoscopia donde se observa compresión extrínseca de la cúpula vesical por tumoración que no comunica con la cavidad vesical, mucosa normal y vejiga de buena capacidad.

por un síndrome tóxico infeccioso^{4,6} o ser oligosintomático como en nuestro caso.

La patogenia de la infección se ha reportado que es por vía hematogena por *Estafilococo aureus*,¹¹ *Proteus vulgaris* y *Klebsiella pneumoniae*⁶ siendo ésta la posibilidad más frecuente de complicación del quiste.

Ante la sospecha clínica el método menos invasivo y de menor costo es el ultrasonido pudiendo llegar a confirmar el diagnóstico por sí solo^{4,9,11,12} o como en nuestro caso, ante la duda se puede recurrir a la TAC¹¹ ya sea simple o contrastada llegando a definir en diferentes planos la localización y el contenido de la masa tumoral con mayor exactitud. La cistouretrografía miccional se solicita en aquellos casos donde sospechamos patología vesical concomitante.⁴ La cistoscopia es un método que nos permite valorar el grado de compromiso vesical ayudándonos a determinar la necesidad de resección o no de la misma en el acto operatorio.

Con esta experiencia consideramos que el diagnóstico diferencial se debe hacer principalmente con el divertículo vesical, luego con la hernia umbilical, quiste de ovario, quiste vitelino y tumores de la pared anterior.

La conducta a definir actualmente es controversial en la infancia, ya que reportan que los quistes asintomáticos pueden cerrar espontáneamente¹² y en adulto la conducta de primera línea es extirpación quirúrgica del quiste y de la vejiga circundante^{2,4,9-13} y/o uraco remanente en bloque dependiendo de la complicación,¹⁰ o como en nuestro caso cuando no hay invasión a vejiga exéresis del quiste. La punción, aspiración y lavado de la cavidad con soluciones esclerosantes no reportan resultados favorables, por lo cual no es recomendable aunque en la repermeabilización hacia el ombligo con infección hay quienes prefieren realizar drenaje percutáneo o marsupialización más antibióticos para luego extirparlo quirúrgicamente.^{6,7} Actualmente la vía laparoscópica es una alternativa con buenos resultados.¹⁴⁻¹⁶

Podemos concluir que cuando el hallazgo es temprano a pesar de la sintomatología la conducta debe ser quirúrgica para evitar la evolu-

ción hacia la infección, litiasis, repermeabilización, ruptura o malignización con una conducta menos cruenta y una evolución más satisfactoria.

REFERENCIAS

1. Walsh, Retik, Vaughan, Wein. Urachal Abnormalities Chapter 61, CAMPBELL'S UROLOGY, Elsevier Science (USA). 2003.
2. Azurmendi SV, Llarena IR, Lozano OJL, Martín BJ, Pertusa PC. Urachal cyst. Current status. *Arch Esp Urol* 2003; 56 (9): 999-1004.
3. Yohannes P, Bruno T, Pathan M, Baltaro R. Laparoscopic radical excision of urachal sinus. *J Endourol* 2003; 17(7): 475-9.
4. Burgues GJP, Dominguez HC, Serrano DA, Estornell MF, Martínez VM, García IF. Urachal diverticuli. Diagnosis and treatment. *Arch Esp Urol* 2002; 55 (3): 285-91.
5. Bastian PJ, Albers P. Abnormalities of the urachus. *Aktuelle Urol* 2003; 34(1): 55-61.
6. Maruschke M, Kreutzer HJ, Seiter H. Bladder rupture caused by spontaneous perforation of an infected urachal cyst. *Urologe A* 2003; 42(6): 834-9.
7. Weitten T, Ben M, Rohr S, Boujan F, Blickle JF, Andres E. Chronic fever revealing an urachal cyst. *Ann Med Interne (Paris)* 2003; 154(8): 541-3.
8. Gómez PJ, Puyol PJM. Infected urachal cyst: report of a new case. *Arch Esp Urol* 2001; 54(7): 722-5.
9. Milotic F, Fuckar Z, Gazdik M, Cicvaric T, Milotic I, Zauhar G. Inflamed urachal cyst containing calculi in an adult. *J Clin Ultrasound* 2002; 30(4): 253-5.
10. Asano K, Miki J, Yamada H, Maeda S, Abe K, Furuta A, Suzuki M, Onishi T, Kido A, Ueda M, Kawakami M, Onodera S, Oishi Y. Carcinoma of urachus: report of 15 cases and review of literature-is total cystectomy the treatment of choice for urachal carcinoma? *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi* 2003; 94(4): 487-94.
11. Mesrobian Hrair GO, Zacharias A, Balcom AH, Cohen RD. Ten Years of Experience With Isolated Urachal Anomalies in Children. *Journal of Urology* 1997; 158(3): 1316-8.
12. Ueno T, Hashimoto H, Yokoyama H, Ito M, Kouda K, Kanamaru H. Urachal anomalies: ultrasonography and management. *J Pediatr Surg* 2003; 38(8): 1203-7.
13. Drissi M, Amil T, Lebbar K, Amer A, Ben Ameer M. Inflammatory pseudo-tumor of the urachus: a case report. *Ann Urol (Paris)* 2002; 36(2): 138-41.
14. Khurana S, Borzi PA. Laparoscopic management of complicated urachal disease in children. *J Urol* 2002; 168(4 Pt 1): 1526-8.
15. Groot-Wassink T, Deo H, Charfare H, Foley R. Laparoscopic excision of the urachus. *Surg Endosc* 2000; 14(7): 680-1.
16. Cadeddu JA, Boyle KE, Fabrizio MD, Schulam PG, Kavoussi LR. Laparoscopic Management Of Urachal Cysts In Adulthood. *J of Urology* 2000; 164(5): 1526-8.