

Quiste gigante de uraco en el adulto

The giant cyst of urachus present in the adult patient

Radamés Isaac Adefna Pérez,^I Armando Leal Mursulí,^{II} Francoise Izquierdo Lara,^{III} Nélide Ramos Díaz,^{IV} Juan Castellanos González,^V Juan Francisco Rodríguez Reyes^{VI}

^I Especialista de II Grado en Cirugía General. Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Dr. Miguel Enríquez». La Habana, Cuba.

^{II} Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular. Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Dr. Miguel Enríquez». La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Dr. Miguel Enríquez». La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de II Grado en Cirugía General. Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Dr. Miguel Enríquez». La Habana, Cuba.

^V Especialista de II Grado en Cirugía General y en Medicina General Integral. Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Dr. Miguel Enríquez». La Habana, Cuba.

^{VI} Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Dr. Miguel Enríquez». La Habana, Cuba.

RESUMEN

El quiste de uraco es una anomalía congénita que se incluye entre las lesiones originadas por la persistencia total o parcial de restos de este conducto. Se diagnostica principalmente durante la infancia y su complicación principal es la infección. Presentamos el caso de adulto con una tumoración abdominal gigante quística, diagnosticada como de origen uracal y tratada quirúrgicamente. Se hace una revisión del tema, con énfasis en los aspectos principales del tratamiento de la enfermedad.

Palabras clave: Uraco, quiste, adulto.

ABSTRACT

The urachus cyst is a congenital anomaly included among lesions originated by local or partial resistance of this duct. Is mainly diagnosed during infancy and its main complication is the infection. Authors present the case of an adult patient presenting with a cystic giant abdominal tumor, diagnosed as of urachal origin and treated by surgery. This matter is reviewed emphasizing on main features of disease treatment.

Key words: Urachus, cyst, adult.

INTRODUCCIÓN

El uraco es una estructura tubular de la línea media que se extiende desde la porción anterior de la cúpula vesical hasta el ombligo. Es un remanente embriológico que deriva de la involución de la alantoides. Esto ocurre después del tercer mes de gestación, con el inicio del descenso de la vejiga hacia la 18ª semana, de forma que el cordón umbilical se alarga y los restos de la alantoides se obliteran y constituyen el uraco.¹ Su tamaño oscila entre 3 y 10 cm de longitud y 8 a 10 mm de diámetro.

Las anomalías uracales se originan debido a un fallo en la obliteración de la luz uracal. De ellas, una de las más frecuentes es el quiste de uraco, el cual ocurre en 1 de cada 5000 nacimientos y es diagnosticado y tratado mayormente en la infancia.^{2,3} El primer reporte de defecto uracal data del año 1550, aunque es lógico pensar que se conociera desde mucho antes.⁴

Los quistes uracales permanecen habitualmente asintomáticos, salvo cuando se complican. A continuación presentamos el caso de un enfermo con esta afección.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Datos clínicos

Paciente de 42 años, del sexo masculino, que comienza aproximadamente un año atrás con episodios de hematuria sin otros síntomas. Durante igual período notó aumento de volumen en el abdomen, por lo que acude a nuestro centro donde se hacen los hallazgos siguientes:

- Examen físico positivo: el abdomen presenta gran tumoración, que ocupa prácticamente toda la zona, aunque se localiza mayormente en el hemiabdomen inferior ([figura 1](#)). La tumoración es de consistencia firme, algo renitente, superficie lisa, con bordes bien definidos. No es dolorosa. El resto del examen no evidenció aparentes.



Figura 1. **Gran tumoración que ocupa prácticamente todo el abdomen.**

- Complementarios de interés realizados:
 - Ultrasonido abdominal: se apreció gran imagen ecolúcida, en todo el hemiabdomen inferior, la cual alcanzaba el epigastrio. Tenía algunos tabiques en su interior; no se observaron otras anomalías.
 - Urograma descendente: dilatación del sistema pielocalicial derecho.
 - Uretrocistografía retrógrada: no se apreció comunicación con el quiste ni reflujo vesicoureteral.
 - Tomografía axial computarizada de abdomen: tumoración quística en hemiabdomen inferior que llega al epigastrio.

Se intervino quirúrgicamente al paciente, y durante el acto operatorio se demostró la presencia de la masa quística descrita ([figura 2](#)), que hacia el hemiabdomen inferior estaba íntimamente relacionada con la pared abdominal anterior. Se identificó parte de un conducto cuya extremidad inferior llegaba casi a la cúpula de la vejiga ([figura 3](#)) y por encima se perdía en los límites del quiste. La lesión se resecó completamente y la evolución posquirúrgica fue satisfactoria. El estudio anatomopatológico informó la existencia de un quiste recubierto por epitelio cuboidal, de contenido seroso.

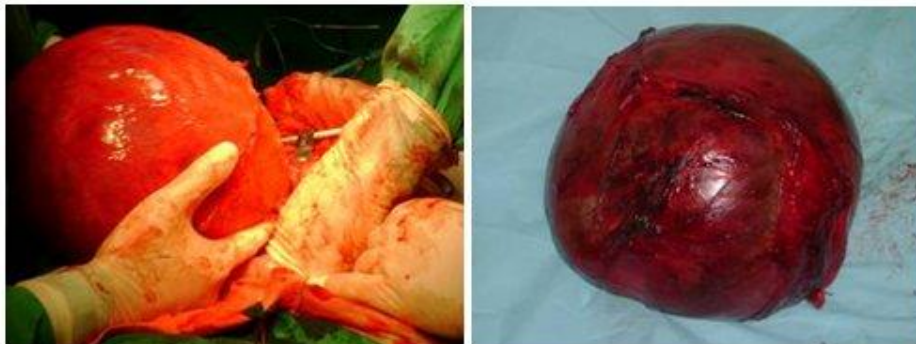


Figura 2. **Exéresis quirúrgica de la tumoración.**

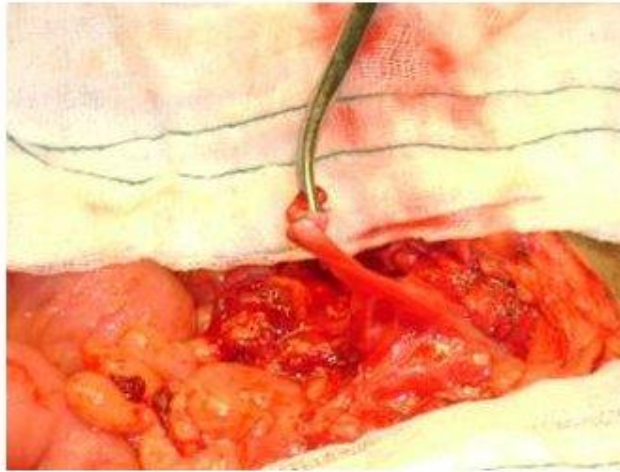


Figura 3. Conducto que llega hasta la cúpula de la vejiga.

DISCUSIÓN

Aunque al nacimiento el uraco se encuentra obliterado, en el 2 % de los nacidos se mantiene permeable. Los defectos de obliteración dan lugar a distintas anomalías: persistencia del uraco (el 50 % del total), quiste uracal (el 30 % de todos los defectos), persistencia de la porción apical del uraco, llamada *seno uracal* (15 % de casos), y persistencia de la porción proximal, llamada *divertículo de uraco* (entre el 3 y 5 %).^{5,6}

El quiste uracal se produce por una obliteración parcial del conducto, al cerrarse los extremos cutáneo y vesical, y quedar una cavidad quística intermedia, de contenido líquido seroso, con células descamadas. Aparece en 1 de cada 5000 nacimientos y en una proporción de 3:1 con predominio del sexo masculino.⁷ El epitelio de revestimiento interno del uraco normal es transicional en el 70 % y cuboidal en el otro 30 %.⁸ Esta misma proporción se mantiene en los hallazgos histológicos de los quistes uracales. La mayoría son de tamaño pequeño, y permanecen asintomáticos hasta que surgen complicaciones, tales como crecimiento progresivo, formación de cálculos, infección (con mucho la más frecuente), sangrado intraquístico, rotura intraperitoneal, fístula hacia el intestino, obstrucción intestinal y del tracto urinario, desarrollo de enfermedad de Reiter y malignización.

En el enfermo se distinguen algunas diferencias con el patrón clásico de presentación de la enfermedad: edad tardía, gran tamaño y, a pesar de eso, la pobreza de síntomas relacionados con la tumoración.

Entre las pruebas complementarias útiles para el diagnóstico de esta entidad, se encuentra la ecografía como método ideal al tratarse de una enfermedad quística y ser un estudio no invasivo. El porcentaje de éxito oscila entre el 75 % y el 100 % para esta patología y dicha técnica también se ha utilizado para el diagnóstico prenatal de defectos uracales en general.⁹

La tomografía axial computarizada no es imprescindible para el diagnóstico, aunque es útil para el diagnóstico diferencial con respecto a otras tumoraciones quísticas del abdomen. Otras pruebas como la uretrocistografía son de utilidad discutida. Para algunos no aporta demasiado en el diagnóstico, y otros la defienden para

identificar una comunicación entre vejiga y uraco, además de la posible asociación entre anomalías genitourinarias como el reflujo vesicoureteral y la enfermedad quística uracal, ya que se han descrito casos de persistencia del uraco en relación con obstrucción infravesical.^{10,11}

El tratamiento del quiste de uraco dependerá de la presentación de complicaciones asociadas o no. Los quistes de uraco no infectados pueden ser tratados con éxito en un sólo acto quirúrgico, realizando exéresis completa de la lesión acompañada de un pequeño rodete de la cúpula vesical, ya que el drenaje simple del quiste se asocia a un 30 % de recurrencias. Otro motivo que justifica la extirpación completa del remanente uracal es la posibilidad de degeneración maligna tardía a adenocarcinoma, sarcoma o carcinoma de células transicionales. Esta se ha observado en una proporción de 1/5.000.000 y su incidencia es mayor en el adulto.¹² Aunque el tratamiento quirúrgico se realiza en la mayor parte de los casos mediante cirugía abierta convencional, en los últimos años han aparecido reportes de cirugía mínimamente invasiva¹³ y hasta robótica para la exéresis de las lesiones.¹⁴

Una vez que se completa la resección, el pronóstico es excelente, sin necesidad de seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moore KL. The urogenital system. En: Moore KL, eds. The developing human. 3rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders; 1982. Pp. 255-97.
2. Cilento BG, Nguyen HT. Bladder Diverticula, Urachal Anomalies, and Other Uncommon Anomalies of the Bladder. En: Gearhart JP, Rink RC, Mouriouand P, eds. Pediatric Urology. Philadelphia: WB Saunders; 2001. Pp. 456-75.
3. Gómez Díaz ME, Tornero Ruiz JI, Caffaratti Sfulcini J, Garat Barredo JM. Quistes uracales en la infancia. Arch Esp Urol. 2003;56(3):300-2.
4. Nix J, Menville J, Albert M, Wendt D. Congenital patent urachus. J Urology 1972;107:668.
5. McCollum MO, MacNeily AE, Blair GK. Surgical implications of urachal remnants: presentation and management. J Pediatr Surg. 2003;38(5):798-803.
6. Cappele O, Sibert L, Descargues J, Delmas V, Grise P. A study of the anatomic features of the duct of the urachus. Surg Radiol Anat 2001;23(4):1279-85.
7. Ashley RA, Inman BA, Routh JC, Rohlinger AL, Husmann DA, Kramer SA. Urachal anomalies: a longitudinal study of urachal remnants in children and adults. J Urol 2007;178(4 Pt 2):1615-8.
8. Berman SM, Tolia BM, Laor E, Reid RE, Schweizerhof SP, Freed SZ. Urachal remnants in adults. Urology 1988;31:17-21.
9. Vanderbilt J. Prenatally Diagnosed Ruptured Vesico-allantoic Cyst Presenting as Patent Urachus at Birth. J Urology 2003;169(4):303.

10. Cilento BG Jr, Bauer SB, Retik AB. Urachal anomalies: defining the best diagnostic modality. *Urology* 1998;52(1):120-2.
11. Jeong-Sik Yu. Urachal Remnant Diseases: Spectrum of CT and US Findings. *Radiography* 2001;21:451-61.
12. Siefker-Radtke A. Urachal carcinoma: surgical and chemotherapeutic options. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2006;6(12):1715-21.
13. Castillo OA, Vitagliano G, Olivares R, Sanchez-Salas R. Complete excision of urachal cyst by laparoscopic means: a new approach to an uncommon disorder. *Arch Esp Urol* 2007;60(5):607.
14. Madeb R, Knopf JK, Nicholson C, Donahue LA, Adcock B, Dever D. The use of robotically assisted surgery for treating urachal anomalies. *BJU Int* 2006; 98(4):838-42.

Recibido: 5 de febrero de 2008.

Aprobado: 26 de junio de 2008.

Radamés Isaac Adefna Pérez. Pintó núm. 202, Luyanó. Municipio 10 de octubre. La Habana, Cuba.