

INFORME DE CASO

Quiste del uraco abscedado. Presentación de un caso

Dr. Manuel Salvador López Cárdenas¹

Dr. Jorge Luis González Jara²

Dr. Michael Cruz García³

RESUMEN

El uraco es una estructura tubular localizada en la línea media infraumbilical que se extiende desde la porción anterior de la cúpula vesical hasta el ombligo; la persistencia de alguna de las partes del uraco dará lugar a las anomalías congénitas derivadas de él, entre las que el quiste es la más frecuente. Los quistes uracales son pequeños y permanecen ocultos hasta que sus complicaciones, dentro de ellas la sepsis, debutan clínicamente. Se presentó un paciente de 64 años de edad que desde hace 15 días refería dolor en el hipogastrio, con una masa tumoral palpable de aproximadamente 10cm. de diámetro; se le realizó un ultrasonido abdominal y de partes blandas; se le diagnosticó un quiste uracal infectado; se procedió a resecarlo quirúrgicamente de urgencia y se le realizó exéresis total del mismo; evolucionó satisfactoriamente y egresó al 7^{mo} día del postoperatorio.

DeCS:

QUISTE DEL URACO/complicaciones
SEPSIS
TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS
DIAGNOSTICOS
CIRUGIA

SUMMARY

The urachus is a tubular structure located in the infraumbilical midline extending from the anterior portion of the bladder dome to the umbilicus. The persistence of some parts of the urachus will lead to congenital anomalies derived from it, being the cyst the most common one. The urachal cysts are small and remain unnoticed until some complications present clinical symptoms, sepsis among them. A 64 year old patient complaining of a pain in the hypogastrium for 15 days is presented. The patient had a palpable tumor mass about 10cm in diameter. An ultrasonography of the abdomen and of the soft parts was carried out and an infected urachal cyst was diagnosed. An emergency total resection was carried out and the patient evolved satisfactorily being discharged the seventh day of the postoperative.

MeSH:

URACHAL CYST/complications
SEPSIS
DIAGNOSTIC TECHNIQUES AND
PROCEDURES
SURGERY

El uraco es una estructura tubular localizada en la línea media que se extiende desde la porción anterior de la cúpula vesical hasta el ombligo -situado en el espacio de Retzius- entre la fascia transversalis y el peritoneo, limitada lateralmente por las dos arterias umbilicales involucionadas; es un remanente embriológico que deriva de la involución de la alantoides. Después del tercer mes hasta la semana 18 de gestación se inicia el descenso de la vejiga de forma que el cordón umbilical se alarga y los restos de la alantoides se obliteran, lo que constituye el uraco;^{1,2} las anomalías uracales tienen en común un fallo en la obliteración de la luz; una de las más frecuentes es el quiste del uraco que afecta a uno de cada 5 000 nacimientos.³

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Paciente masculino de 64 años de edad, con antecedentes de salud anterior que desde hace 15 días comenzó con fiebre, dolor hipogástrico y, en ocasiones, ardor a la micción; acudió al cuerpo de guardia donde se decidió ingresarlo para estudio. Al examen físico abdominal encontramos en hipogastrio una masa tumoral de bordes poco precisos de aproximadamente 10cm. de diámetro, dolorosa a la palpación, que presentaba además manifestaciones de irritación peritoneal que se extendían hasta la fosa iliaca derecha. Se realizó un ultrasonido (US) abdominal donde se observó, a nivel del hipogastrio, una imagen ecolúcida de paredes engrosadas en íntimo contacto con la cúpula vesical y contenido de alta celularidad (figura 1) que fue interpretado como un quiste uracal infestado; se decidió realizar una laparotomía exploradora ante la duda de una posible apendicitis aguda.

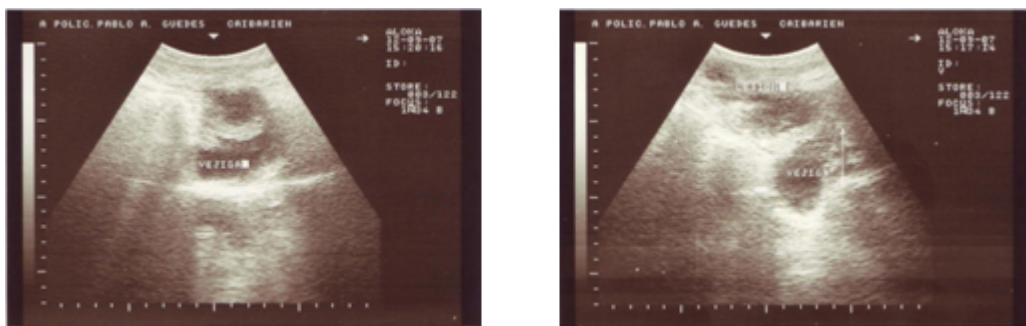


Figura 1. *Imagen ecolúcida en íntimo contacto con la cúpula vesical*

Informe operatorio

Se realizó una incisión en línea media infraumbilical, al incidir la aponeurosis del recto anterior y penetrar al espacio del Retzius se encontró que en su tercio inferior ésta se encuentra en íntima relación con el peritoneo y forma una masa tumoral inflamatoria que se abre durante su movilización y deja escapar un pus cremoso no fétido; se observó la cavidad quística con paredes engrosadas bien delimitadas y se resecó (figura 2). El paciente llevó tratamiento antibiótico con claforan (bulbos de 1gr) y gentamicina (80mg), endovenosos y cada ocho horas ambos, evolucionó satisfactoriamente y fue egresado al 7^{mo} día del postoperatorio; en consultas posteriores se mantiene asintomático.

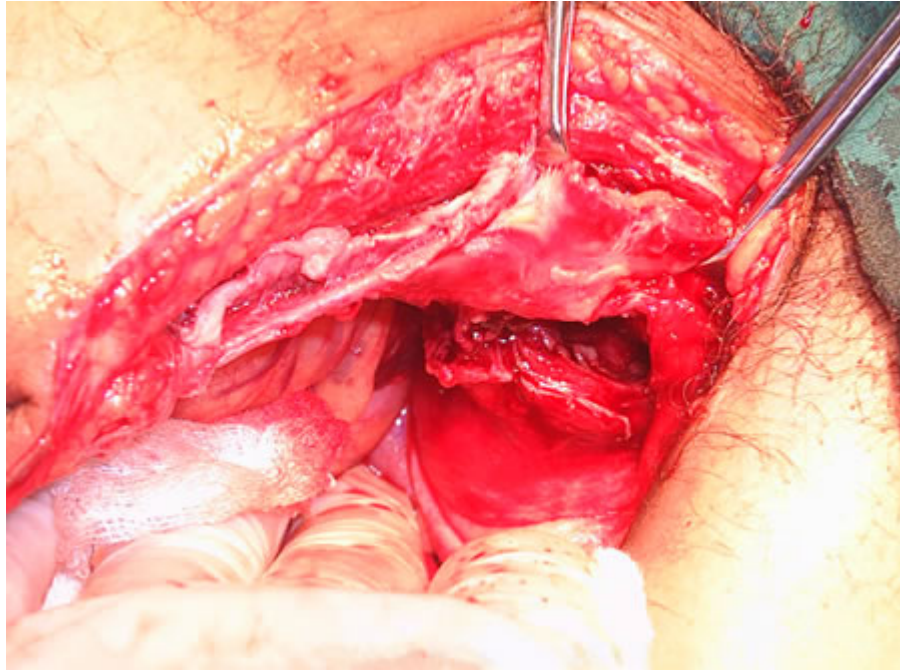


Figura 2. *Laparotomía exploradora en línea media infraumbilical, se observa una cavidad debajo del recto mayor, preperitoneal, en íntimo contacto con la vejiga que se corresponde con un quiste del uraco abscedado*

COMENTARIO FINAL

La persistencia de alguna de las partes del uraco dará lugar a las anomalías congénitas derivadas de él que, anatómicamente, se dividen en cuatro tipos:

- Fístula urinaria umbilical 23%
- Trayecto umbilical del uraco 22%
- Quiste del uraco 49%
- Divertículo vesical del uraco 6%

Los quistes uracales son de pequeño tamaño y asintomáticos, por lo que permanecen ocultos hasta que debutan clínicamente con sus complicaciones -que en el enfermo presentado fue la abscedación-. Estas potenciales complicaciones incluyen el crecimiento progresivo, la formación de cálculos, la infección, el sangrado intraquístico, la rotura intraperitoneal, la fistulización al intestino, la obstrucción intestinal y del tracto urinario, el desarrollo de la enfermedad de Reiter y la malignización; ⁴ de ellas la más común es la infección debido a la migración de gérmenes desde el ombligo o la vejiga, aunque también se observan la vía hematológica o linfática. Entre los gérmenes más comunes se encuentran los aeróbicos, los anaeróbicos y los bacilos grampositivos intestinales además de los bacilos gramnegativos de origen urinarios e incluso hongos; la mayoría de los autores señalan al estafilococo áureos como el de mayor incidencia en la sepsis del quiste uracal. ^{5,6}

Entre los exámenes complementarios a indicar se encuentran el ultrasonido abdominal y el de partes blandas como ideales en la enfermedad quística extraperitoneal en relación con la vejiga⁴ y la tomografía axial computadorizada que

puede ser efectiva para diferenciar esta enfermedad de otras de origen intrabdominal.^{4,7}

El quiste uracal puede ser tratado quirúrgicamente con éxito si no existe sepsis; se realiza exéresis de la lesión -en ocasiones acompañada de parte de la cúpula vesical- ya que el drenaje simple del quiste se asocia a un 30% de recurrencia.^{1,5,8}

Otro motivo que justifica la extirpación del remanente uracal es la posibilidad de malignización a un adenocarcinoma, un sarcoma o un carcinoma de células trancisionales observado en una proporción de 1-5 000 000;^{4,9} en el paciente presentado se realizó, afortunadamente, la exéresis completa del quiste.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jalon Monzón A, Rodríguez Faba O, García Rodríguez J, Díaz Sotres M, Fernández Gomes J, Escaf Barmadan S, et al. Actinomicosis uracal: a propósito de un caso. *Actas Urol Esp.* 2005;26(7):519-522.
2. Yu JS, Kim KW, Lee HJ, Yoon CS, Kim MJ. Urachal remnant diseases: spectrum of CT and US finding. *Radiographics.* 2004;21(2):451-461.
3. Mc Collum MO, Mac Neily AE, Blair GK. Surgical implications of urachal remnants: presentation and management. *J Pediatr Surg.* 2006;38(5):798-803.
4. Gómez Díaz ME, Tornero Ruiz JI, Coffaratti Sfuleini J, Garat Barredo JM. Quistes uracales en la infancia. *Arch Esp Urol.* 2005;56(3):300-302.
5. Allen JW, Song J, Velcek FT. Acute presentation of infected urachal cyst: case report and review of diagnosis and therapeutic interventions. *Pediatr Emerg Care.* 2004;20(2):108-111.
6. Pesce C, Corta L, Musi L, Campobasso P, Zimbaro L. Relevance of infection in children with urachal cyst. *Eur Urol.* 2004;38(4):457-460.
7. Lou CC, Huang CS, Wu WC, Chu SM, Chao HC. An unusual presentation of an infected urachal cyst: case report and review of the literature. *Eur J Pediatr.* 2004;163(45):268-269.
8. Gomes Parada J, Puyol Pallas JM. Quiste infestado de uraco: a propósito de un nuevo caso. *Arch Esp Urol.* 2005;54(7):722-725.
9. Donate Moreno MJ, Jiménez Bachs JM, Salinas Sánchez AS, Lorenzo Romero JG, Segura Martín M, Hernández Millán I, et al. Patología del uraco: revisión de conjunto y presentación de tres casos. *Actas Urol Esp.* 2005;29(3):332-336.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. E-mail: jorgeluis.jorgegj@gmail.com.
2. Especialista de I Grado en Cirugía General.
3. Residente de 4^{to} año de Cirugía General.