

Adenocarcinoma de uraco. Descripción de un caso y revisión de la bibliografía

*Urachal adenocarcinoma.
Report of a case and review of the literature*

J. Tejerizo, M.A. Bergero, P. García Marchiñena, N. Billordo Peres,
D. Jurado, G. Favre, M. González, O. Damia
Servicio de Urología. Hospital Italiano de Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma representa el tercer subtipo histológico en frecuencia dentro de los tumores de vejiga y solo un tercio se asocia al uraco^{1,2}.

Esta es una patología poco frecuente, con un pronóstico ominoso. Su sintomatología inicial es escasa y su diagnóstico por lo general es tardío³.

El objetivo de este reporte es describir un caso tratado en el Servicio de Urología del Hospital Italiano de Buenos Aires, su forma de presentación, así como el tratamiento efectuado y realizar una revisión bibliográfica de esta patología.

CASO CLÍNICO

Se presenta un paciente masculino de 64 años de edad sin factores de riesgo conocidos para patología vesical, que por síntomas urinarios inespecíficos se realiza una ecografía abdominal donde se evidenció una imagen endoluminal de 33 mm de diámetro en relación con la cúpula vesical (**Figura 1**).



Figura 1. Ecografía vesical: se evidencia una lesión de aspecto polipoideo a nivel de la cúpula vesical.

Aceptado en Junio de 2010
Conflicts of interest: ninguno

Accepted on June 2010
Conflicts of interest: none

Correspondencia
Email: patricio.garcia@hospitalitaliano.org.ar

En febrero del 2010 se realizó una cistoscopia que evidenciaba una lesión de aspecto sólido a nivel de la cúpula vesical y, posteriormente, bajo anestesia general se llevó a cabo una resección transuretral de la lesión informándose en la anatomía patológica Adenocarcinoma infiltrante de tipo intestinal.

En la tomografía axial computada de tórax, abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso, encontramos un engrosamiento de las paredes de la cúpula de la vejiga que involucraba a nivel de la línea media al uraco (**Figura 2**). Tanto en la tomografía de tórax, como en el centellograma óseo corporal total, no se evidenció enfermedad a distancia.

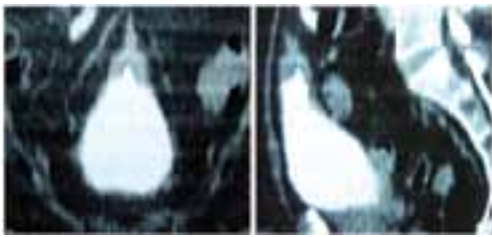


Figura 2. Tomografía computada: Se evidencia un engrosamiento de la pared vesical a nivel del domo vesical.

En marzo del 2010 se intervino quirúrgicamente al paciente, practicándose una cistoprostatectomía radical a cielo abierto con onfalectomía en bloque y linfadenectomía ilio-obturatriz bilateral ampliada. Se conformó una derivación urinaria heterotópica tipo Bricker.

El paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio, otorgándose el alta hospitalaria al séptimo día.

La anatomía patológica confirmó el hallazgo de Adenocarcinoma infiltrante de uraco de tipo intestinal de alto grado con compromiso de la cúpula vesical y pared posterior de la vejiga (**Figura 3**), encontrándose los márgenes quirúrgicos libres de enfermedad y existiendo compromiso tumoral de un ganglio ilíaco externo derecho (p T3N1).



Figura 3. Macroscopia de la pieza de resección quirúrgica: se observa a nivel de la cúpula vesical una lesión úlcero infiltrante de superficie irregular hemorrágica que mide 2,5 x 2 cm. Al corte infiltra la pared muscular y el tejido adiposo perivesical en relación al uraco.

En el postoperatorio comenzó tratamiento quimioterápico adyuvante con un triple esquema compuesto por leucovorina, oxiplatino y fluorouracilo, el cual continúa recibiendo a la fecha.

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma de uraco representa menos del 1% de los cánceres de la vejiga. Predomina en varones con respecto a las mujeres y su mayor prevalencia es entre la quinta y séptima década de vida¹.

Histológicamente, el adenocarcinomas secretor de mucina es la variante más prevalente, siendo ésta la que tienen mejor pronóstico en comparación con el resto de los subtipos histológicos^{4,5}.

El diagnóstico precoz de esta patología es raro debido a la ausencia de síntomas en los estadios iniciales, y estos suelen aparecer en estadios avanzados. La hematuria es el síntoma más frecuente^{4,6}.

La cistoscopia es el principal método diagnóstico. El hallazgo de una lesión polipoideia o ulcerada en la cúpula o en la cara anterior de la vejiga debe hacernos sospechar en un tumor de uraco⁴. Además este procedimiento nos permite obtener una biopsia de la lesión vesical.

La tomografía abdominopelviana y la resonancia nuclear magnética (RNM) son fundamentales para realizar la estadificación local a la hora de planificar el tratamiento quirúrgico, así como para realizar diagnóstico diferencial con patología del aparato genital femenino o gastrointestinal⁵⁻⁸.

En los tumores de uraco se enfatiza la importancia de la localización del tumor en cara anterior o el domo vesical y la evidencia de restos de uraco como el criterio principal para arribar al diagnóstico⁴.

El diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma de colon puede hacerse con técnicas inmunohistoquímicas. Los tumores de origen transicional son CK7 y CK20 positivos y los de origen colónico suelen ser CK7 negativo⁹.

Se han propuesto diferentes sistemas para estadificar el tumor de uraco siendo el más utilizado el descrito por Sheldon en 1984¹⁰. En una revisión de 49 casos de la Clínica Mayo publicada en el 2007 implementaron el sistema de estadificación tumoral TNM (**Tabla 1**) y probaron que la localización anatómica del tumor puede ser extrapolada al pronóstico luego de la resección quirúrgica⁴.

Tis

T1 Tumor que sobrepasa la membrana basal.

T2

T2a Tumor que infiltra la capa muscular superficial.

T2b Tumor que infiltra la capa muscular profunda.

T3 Tumor que invade la grasa perivesical o la pared abdominal.

N Invasión de ganglios linfáticos.

M Diseminación a distancia y carcinomatosis peritoneal.

Tabla 1. *TNM staging system*⁴.

El tratamiento indicado de los tumores de uraco es la cistectomía parcial o radical con la resección en bloque del uraco, desde la vejiga hasta el ombligo incluyendo pared abdominal, así como la realización de una linfadenectomía pélvica bilateral^{11,12}.

El pronóstico de estos tumores es pobre. La tasa de sobrevida a los 5 años publicada en diferentes series es cercana al 50% (Tabla 2).

Referencia	Nº Pacientes	Muertes (%)	Mediana (años de seguimiento)
Sheldom y cols.	5	3 (60)	5
Johnson y cols.	14	7 (50)	6
Grignon y cols.	24	7 (50)	6
Herr	12	10 (83)	8
Henly y cols.	34	14 (43)	5
Asano y cols.	15	9 (60)	7
Santucci y cols.	17	15 (80)	6
Dandekar y cols.	21	9 (46)	5
Shou y cols.	12	4 (33)	5
Siefker-Radtke y cols.	35	16 (46)	5
Wright y cols.	71	34 (48)	5
Pinthus y cols.	32	20 (61)	6
Ashley y cols.	60	29 (49)	5
Harry y cols.	50	35 (70)	5
Total	402	221 (55)	

Tabla 2. *Sobrevida libre de tumor después de la cirugía de cáncer de uraco*¹².

Se han descrito varios factores pronósticos relacionados con la sobrevida^{4,15}; Ashley y cols.¹³ describieron en su serie que los factores pronósticos más relevantes fueron el grado tumoral y los márgenes quirúrgicos libres, mientras que Molina y cols.⁴

mostraron que TNM es un buen predictor de sobrevida y que la sobrevida disminuye marcadamente en pacientes con enfermedad avanzada (Tabla 3).

Estadio	Tiempo de sobrevida (años)
Estadio I	>10
Estadio II	7,5
Estadio III	1-2
Estadio IV	<1

Tabla 3. *Pronóstico de acuerdo al estadio tumoral*⁴.

Estos tumores son considerados radiorresistentes y se ha observado que la quimioterapia no aumentaría significativamente la sobrevida en la enfermedad metastásica. No obstante, Arlene y cols. en su serie evidenciaron que la principal respuesta evidenciada con quimioterapia fue observada en pacientes que recibieron combinación de cisplatino y 5-fluorouracilo. Sin embargo, estos resultados no son concluyentes y se necesitan estudios mejor diseñados para corroborar esta observación^{4,11,16}.

El adenocarcinoma de uraco es una enfermedad de presentación poco frecuente. La resección completa en bloque y márgenes quirúrgicos libres de tumor afecta la sobrevida.

La enfermedad metastásica de ganglionar y a distancia son de mal pronóstico y la radioterapia, así como la quimioterapia, no aumentaría significativamente la sobrevida en la enfermedad avanzada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Munichor M, y cols. Mixed adenocarcinoma and neuroendocrine carcinoma arising in the urachus. *Eur Urol.* 1995; 28:345-47.
2. Ghazizadeh M, y cols. Clinical features of urachal carcinoma in Japan: review of 157 patients. *Urol Res.* 1983; 11:235-38.
3. Harry W, y cols. Urachal Carcinoma: Contemporary Surgical Outcomes. *J Urol.* 2007; 178:74-78.
4. Molina JR, y cols. Predictors of survival from urachal cancer: a Mayo Clinic study of 49 cases. *Cancer* 2007; 110(11):2434-40

5. Paras F, y cols. Urachal adenocarcinoma *J Urol*. 2008; 180(2):720.
6. Ojea Calvo A, y cols. Adenocarcinoma mucinoso de uraco. *Actas Urol Esp*. 2003; 27(2):142-46.
7. Donante Moreno MJ, y cols. *Actas Urol Esp*. 2005; 29 (3):332-36.
8. Barros Rodríguez JM, y cols. Adenocarcinoma mucinoso de uraco. *Actas Urol Esp*. 1989; 13 (5):399-401.
9. Álvarez Álvarez C, y cols. *Actas Urol Esp*. 1998; 22:515-18.
10. Sheldon CA, y cols. Malignant urachal lesions. *J Urol*. 1984; 131:1-8.
11. Arlene O, Siefker-Radtke AO, y cols. Multimodality management of urachal carcinoma: the M. D. Anderson Cancer Center experience. *J Urol*. 2003; 169(4):1295-8.
12. Harry W, y cols. Urachal Carcinoma: Contemporary Surgical Outcomes. *J Urol*. 2007; 178:74-78.
13. Ashley RA, y cols. Urachal carcinoma: clinicopathologic features and long-term outcomes of an aggressive malignancy. *Cancer* 2006 ;107(4):712-20
14. Pinthus JH, y cols. Population based survival data on urachal tumors. *J Urol*. 2006; 175(6):2042-7.
15. Philipp D, y cols. Malignant Non-Urothelial Neoplasms of the Urinary Bladder: A Review. *European Urology*. 2003; 44:672-81.
16. Galsky MD, y cols. Prospective trial of ifosfamide, paclitaxel, and cisplatin in patients with advanced non-transitional cell carcinoma of the urothelial tract. *Urology* 2007; 69(2):255-9.