

QUISTES SUPURADOS DEL URACO

Por los Dres. GABINO GONZALEZ MARTIN y JUAN CARLOS GARCIA

El uraco es un cordón fibroso que se observa en el adulto como remanente de la involución de una formación embrionaria de origen discutido.

Todavía hoy no existe acuerdo entre los embriólogos acerca de si se trata de un resto de la membrana alantoidea que comunica la placenta con la cloaca, la cual se oblitera y atrofia cuando esta última se divide para formar la vejiga y el recto, o si se trata, por el contrario, de la obliteración y atrofia del vértice de la vejiga primitiva derivada de la cloaca ventral.

De cualquier modo que fuere, lo cierto es que en el adulto el uraco se presenta generalmente como un cordón fibroso de unos 3 mm. de diámetro en su parte media y de una longitud variable entre 3 y 10 cm. El extremo inferior de este cordón se implanta en la cara anterior de la vejiga, cerca de su vértice, y el superior se detiene a cierta distancia del ombligo con el que toma contacto por intermedio de unos fascículos fibrosos conocidos como "tractos de Luschka". (Esquema N^o 1.)

El uraco, con los tractos de Luschka, constituye, entonces, el ligamento umbilical medio al cual rodea una capa de tejido celuloadiposo limitada hacia adelante por la vaina posterior de los músculos rectos anteriores del abdomen, lateralmente por los ligamentos umbilicales laterales (restos atróficos de las arterias umbilicales o alantoideas) y hacia atrás, por el peritoneo parietal.

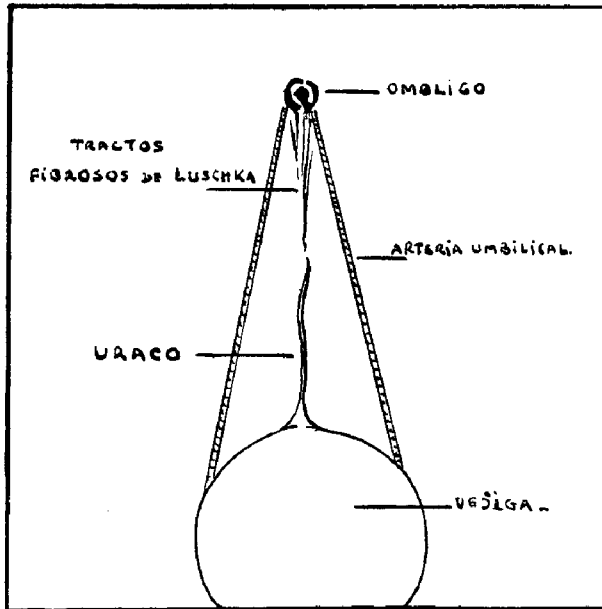
Histológicamente se halla compuesto por 3 capas: una externa fibrosa, una media muscular y una interna epitelial.

En su parte central existe un trayecto virtual de aproximadamente 1 mm. de diámetro, ocupado por la proliferación del epitelio, células descamadas y detritus.

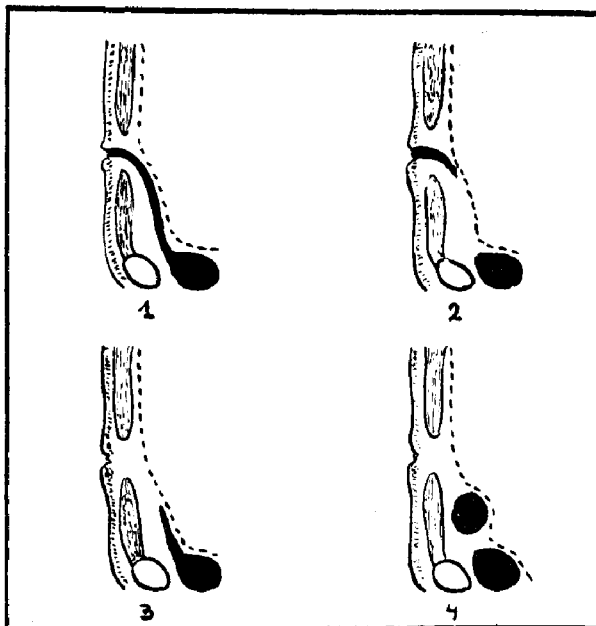
Según Campbell Begg, en un 30 % de los casos dicho trayecto comunica directamente con la vejiga y en el resto se halla separado de ella por la mucosa vesical exclusivamente.

Esta relación uraco-vesical que puede considerarse normal, se observa mucho más acentuada, en cuanto a sus comunicaciones se refiere, en ciertas anomalías de desarrollo que Vaughan en 1905 esquematizó de la siguiente manera (esquema N^o 2):

Salvo la primera situación (permeabilidad completa), fácilmente evidencia-



Esquema Nº 1 (Según Luschka)



Esquema Nº 2 (según Héctor A.)

ble debido a la pérdida de orina por el ombligo en forma intermitente, las restantes se ponen habitualmente de manifiesto a través de la infección agregada.

La sepsis puede alcanzar a estas formaciones por distintas vías:

- a) Cutánea o externa.
- b) Vascular (sanguínea o linfática).
- c) Urinaria.

Se trata generalmente de infecciones inespecíficas, entre las cuales predomina la colibacilar; no obstante, se conocen algunos casos excepcionales en los cuales el agente patógeno era el bacilo de Koch.

La sintomatología clínica varía según el tipo de malformación y la existencia o no de infección o de las complicaciones a que ella puede dar lugar.

Resumiendo, podemos decir que en los casos de receso ciego externo puede observarse una exudación maloliente de tipo sebáceo, acompañando a los signos clínicos de una onfalitis (dolor en la zona umbilical, enrojecimiento y empastamiento del ombligo y zona periumbilical, fiebre, etc.).

El receso ciego interno con amplia comunicación vesical y los pequeños quistes no infectados son generalmente asintomáticos.

El receso ciego interno con amplia comunicación vesical e infectado no presenta grandes diferencias sintomatológicas con una cistitis común.

Cuando la comunicación uraco-vesical es por el contrario muy pequeña, no existe un buen avenamiento de la cavidad y la orina se acumula en el interior del uraco permeable dando lugar a la formación de una tumoración pseudoquistica que puede ser diferenciada de los quistes verdaderos cuando presenta variaciones de tamaño o cuando se puede demostrar endoscópicamente la existencia de un trayecto comunicante.

El receso ciego interno infectado y con estrecha comunicación vesical se comporta generalmente, desde el punto de vista de su sintomatología, como los quistes supurados del uraco de los cuales es imposible diferenciarlos en la mayoría de los casos. Cuando estos procesos presentan escaso desarrollo suelen manifestarse por malestar general, fiebre, dolor hipogástrico de regular intensidad, polaquiuria, micción imperiosa, tenesmo vesical, etc. Cuando adquieren mayor tamaño suman a la sintomatología anterior la que se desprende de la presencia de una tumoración suprapúbica de forma triangular a vértice superior o inferior, generalmente mal limitada y muy dolorosa, localizada por debajo de los músculos rectos anteriores del abdomen, inmediatamente por encima del pubis.

Nosotros hemos tenido la oportunidad de observar dos casos de quistes supurados del uraco, que son los que motivan el presente trabajo y cuyas respectivas historias clínicas resumimos a continuación:

Caso N° 1. — J. V. C., 66 años, esp. empleado. Hist. Clín. 22.950.

Antecedentes hereditarios y familiares: Sin importancia.

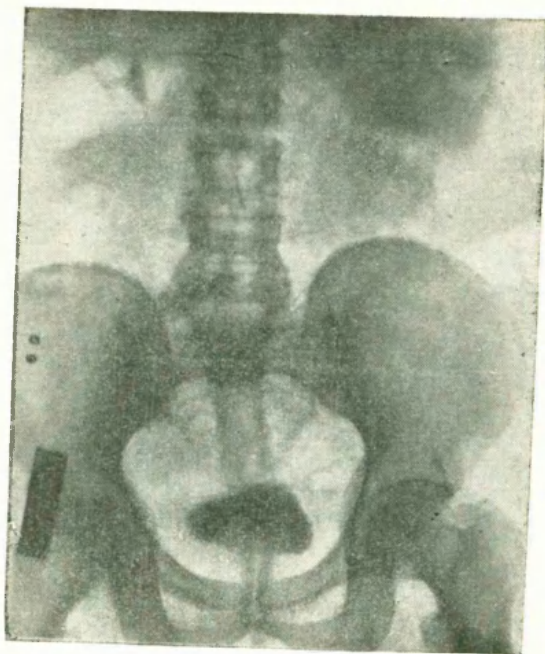
Antecedentes personales: Un año antes y a raíz de un examen urológico que se le efectuara en nuestro Servicio al cual concurrió por su sintomatología prostática, se le diagnosticó un adenoma de la próstata y una agenesia renal izquierda. Carece de otros antecedentes de importancia.

Enfermedad actual: Desde hace varios años padece polaquiuria diurna y nocturna con discretos trastornos disúricos que se fueron acentuando con el tiempo. Hace dos días sufre un episodio de retención completa de orina que obliga a su internación.

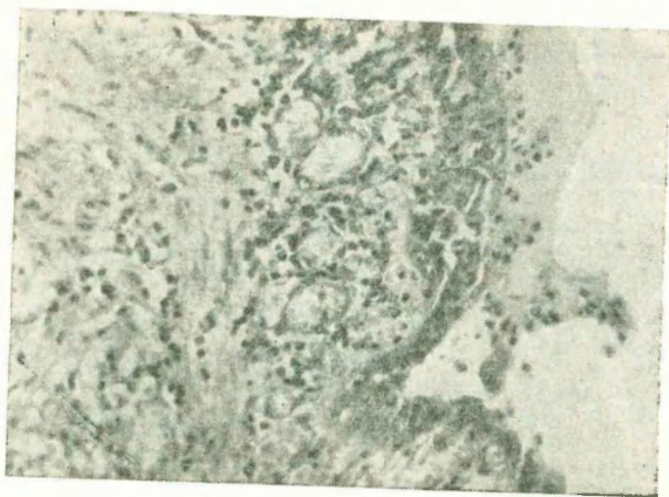
Examen físico: Salvo la presencia de un franco adenoma de la próstata el resto del examen físico urogenital y general es negativo.

Exámenes de laboratorio de rutina: Normales.

Examen radiológico: Se efectúa una radiografía simple del aparato urinario y una urografía excretoria cuyo cistograma muestra una vejiga de esfuerzo con su base elevada y



Radiografía N° 1



Microfotografía N° 1

modificada (imagen en media luna) por la presencia del adenoma (Radig. Nc 1). El resto del aparato urinario sin particularidad.

Tratamiento. Después de haber sido tratado durante 3 semanas con sonda permanente, antibióticos, reconstituyentes de orden general, etc., y hallándose el enfermo en perfecto equilibrio clínico-humoral se decide efectuar una adenomectomía a cielo abierto.

Iniciamos la intervención con la vasectomía de rutina que llevamos a cabo sin inconvenientes en el cordón inguinal derecho pero no así en el izquierdo donde no nos fué posible encontrar el conducto deferente a pesar de haber expuesto ampliamente el cordón y haberlo disecado minuciosamente, por lo cual llegamos a la conclusión de que se trataba de una agenesia de dicho conducto.

Efectuada la laparatomía mediana infraumbilical abordamos la vejiga y la encontramos afectada por una intensa pericistitis a nivel de su vértice.

Al incidir la víscera observamos una acentuada hipertrofia de su capa muscular y al explorar su cavidad comprobamos la procidencia intravesical del adenoma y la ausencia completa del hemitriángulo izquierdo.

Al tomar el vértice vesical entre dos dedos para pasar el punto de fijación de la rienda superior nos sorprendió la fluctuación que presentaba esa zona y la presencia de la misma se confirmó más tarde al observar la salida de un líquido de aspecto cremoso por el orificio de la punción.

Dada la topografía del proceso pensamos entonces que nos encontrábamos en presencia de un quiste supurado del uraco y procedimos a su extirpación por intermedio de una cistectomía parcial que comprendió buena parte de la cúpula vesical, el supuesto quiste y el tejido perivesical adyacente, para lo cual extraperitonizamos previamente la víscera.

Importa hacer notar que la mucosa vesical no presentaba a ese nivel ninguna modificación que llamara la atención.

Completamos la intervención efectuando una adenomectomía seguida de la hemostasia y plástica de la celda prostática.

Colocamos sonda de Foley Nº 20 (balón 30 cc.) en la uretra y un pequeño tubo de avenamiento hipogástrico. Rubber al Retzius. Cierre de la pared por planos.

Posoperatorio normal.

Anatomía Patológica. Ficha 29.544. Prof. Monserrat. En el examen microscópico de la pieza se observa el epitelio de revestimiento por debajo del cual existe intensa congestión y un infiltrado inflamatorio agudo y supurado.

Se observan algunos piocitos en la luz del quiste (microfotografía Nc 1).

Caso Nº 2. — J. P. G., 36 años, esp. chófer. Hist. Clín. 21.439.

Antecedentes hereditarios y familiares: Sin importancia.

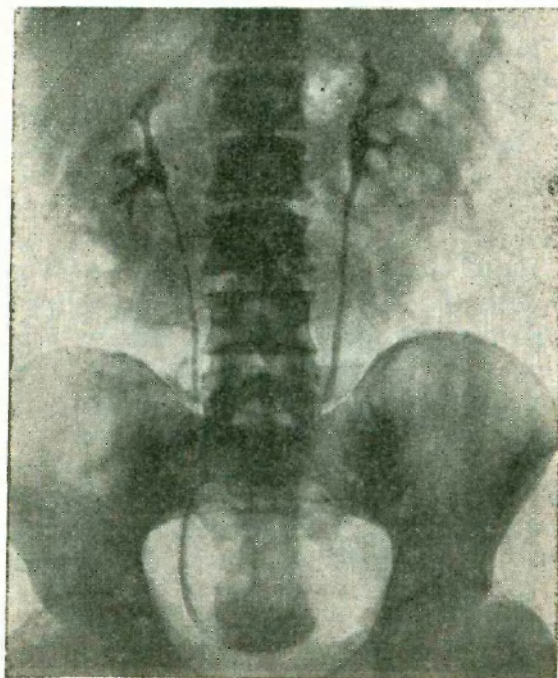
Antecedentes personales: Paludismo en su niñez. Hemorragia en su juventud, tratada y curada sin complicaciones.

Enfermedad actual: Comienza hace dos meses con dolor de poca intensidad referido al pliegue inguinal derecho, polaquiuria diurna y nocturna, discreta disuria. Consulta un facultativo quien diagnostica una cistitis que trata con terramicina logrando la desaparición de la sintomatología.

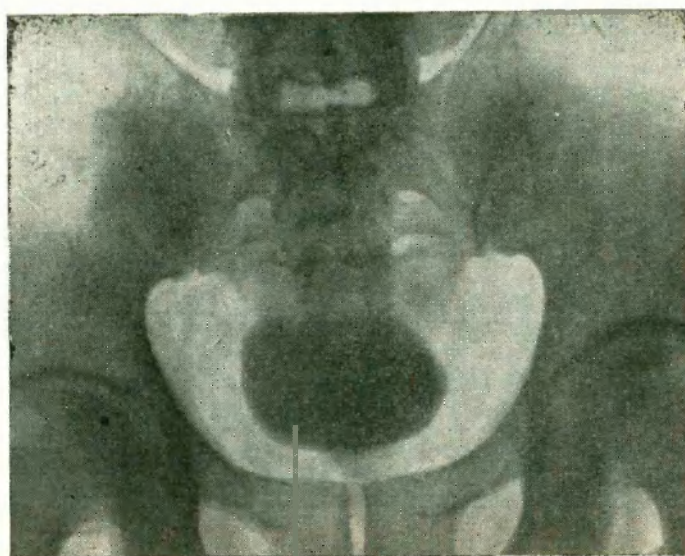
Desde hace unos 15 días padece dolor de poca intensidad en hipogastrio y región inguinal derecha que se acentúa al final de la micción y durante la bipedestación. Moderada polaquiuria diurna y nocturna, discreta disuria.

Examen físico: Enfermo con buen estado general aparente. Apirético.

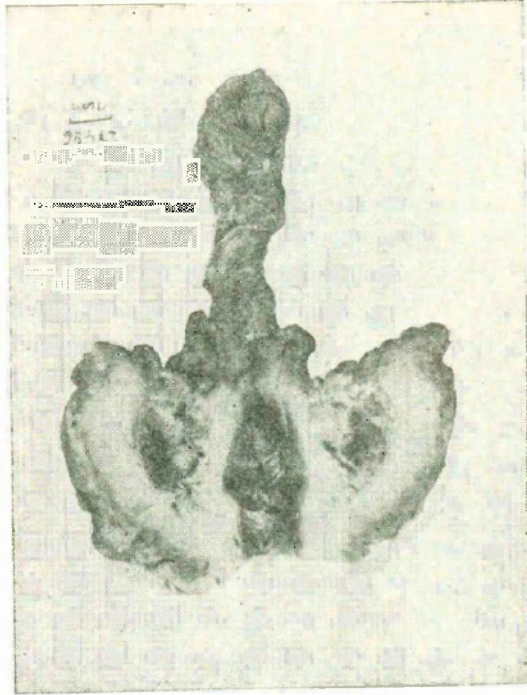
En la región hipogástrica e inmediatamente por encima del pubis se palpa una tumoración de forma triangular y base inferior, cuyo vértice se encuentra a unos 4 traveses de dedo por encima de la sínfisis. La misma es de límites imprecisos, consistencia dura, superficie irregular, discretamente dolorosa a la palpación y aparentemente fijada a los planos profundos. La pared no parece participar del proceso.



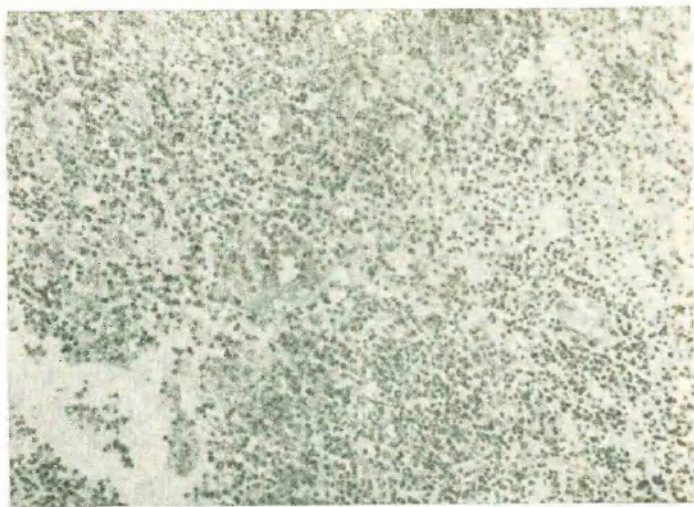
Radiografía Nº 2



Radiografía Nº 3



Macroscopia Nº 2



Microscopia Nº 3

El resto del examen físico urogenital y general es negativo.

Exámenes de laboratorio de rutina: Hemograma: 4.240.000. Leucocitos 10.800 (neutrofilia). Eritrosedimentación: 1a. hora, 25 mm.; 2a. hora, 48 mm. Aesto de los exám. normales.

Examen radiológico: Radiografía simple del aparato urinario y urografía excretoria (Radiogr. N° 2): No se observan imágenes de aspecto litiásico. Riñones y uréteres morfológica y funcionalmente normales. Vejiga de contornos imprecisos a nivel de la cúpula, imagen que se repite en todos los cistogramas excretores.

Un cistograma por relleno con yoduro de sodio al 10 % en posición frontal muestra con mayor nitidez el desflecamiento del contorno vesical a nivel del vértice como si se tratara de una neoplasia de la cúpula vesical (Radiog. N° 3).

Examen cistoscópico. Buena capacidad vesical. Medio transparente. A nivel de la cúpula se observa una zona congestiva con intenso edema bulloso del tamaño aproximado de una viruela. No se visualizan orificios fistulosos ni exudados. El resto de la vejiga es normal.

Tratamiento. Con el diagnóstico presuntivo de quiste supurado del uraco a forma seudotumoral se decide intervenirlo quirúrgicamente.

Se efectúa una laparatomía mediana infraumbilical que comprende al ombligo en la incisión y se llega por la línea media hasta el tejido celular preperitoneal. Se incinde el peritoneo al nivel del ombligo y desde allí se va resecaando en masa el peritoneo parietal, el uraco y el tejido celular preperitoneal. Se llega así a la cara posterior de la vejiga donde se palpa la tumoración a través del peritoneo. Se extraperitoniza la víscera y se cierra la cavidad peritoneal, efectuándose a continuación una cistectomía parcial que comprende toda la cúpula vesical, la cual es extirpada en una sola pieza junto con la tumoración, el tejido celular perivesical, el uraco con el tejido celular que lo rodea, el peritoneo parietal y el ombligo.

Cierre de la vejiga en dos planos. Rubber en los espacios pre y láterovesicales.

Cierre de la pared por planos. Sonda uretral de Foley N° 20, balón 5 cc.

Posoperatorio normal.

Anatomía Patológica. Ficha 27.496. Prof. Monserrat. Se recibe para su estudio una pieza anatómica que comprende el ombligo y un cordón celulo-adiposo de unos 2 cm. de diámetro que lo une a la vejiga, a cuyo nivel se palpa una tumoración ligeramente fluctuante. Al corte se observa la presencia de una cavidad inmediatamente por encima de la cúpula vesical. (Macroscopia N° 2).

El diagnóstico de estas formaciones suele ser sencillo en los casos de Permeabilidad completa del uraco y en los Recesos ciegos externos pero puede presentar dificultades en cambio en los Recesos ciegos internos infectados con estrecha comunicación vesical y en los Quistes supurados.

En los Recesos ciegos internos infectados, con estrecha comunicación vesical, la cistoscopia puede aportar datos definitivos para el diagnóstico en el caso que se observe un trayecto fistuloso o la salida a través del mismo de un exudado purulento. En otros casos la situación puede ser aclarada por intermedio del cateterismo del trayecto fistuloso o por su visualización radiográfica utilizando los medios de contrastes habituales.

En los Quistes supurados con participación vesical pueden observarse en esta última víscera lesiones de aspecto proliferativo y edema fácilmente contundibles con un blastoma. En esas circunstancias resulta de gran utilidad la biopsia por vía endoscópica.

Los Quistes supurados sin participación vesical pueden presentar en algunos casos verdaderas dificultades diagnósticas. Su diagnóstico diferencial se planteará entonces con los abscesos apendiculares, los abscesos pelvianos de cualquier

etiopatogenia, los quistes de ovario, la persistencia del conducto vitelino, los hematomas enquistados, los tumores de la pared abdominal, etc.

Librados a su evolución espontánea estos procesos pueden evacuar su contenido hacia la vejiga o hacia el exterior a través de la piel o del ombligo y dar lugar a la formación de fístulas. Otras veces provocan complicaciones mucho más serias tales como las peritonitis por perforaciones intraperitoneales, perforaciones hacia una cavidad intestinal, etc. Se ha sospechado también la posibilidad de su transformación cancerosa por el factor irritativo que significa la infección crónica y la mayor propensión que presenta en ese sentido el tejido embrionario.

El tratamiento de estas afecciones puede ser médico (antibióticos, quimioterápicos, hielo local, régimen higiénicodietético, etc.) o quirúrgico, y este último puede limitarse al avenamiento de las colecciones supuradas o a su extirpación parcial o total.

Nosotros coincidimos con la mayoría de los autores en el sentido de que las afecciones del uraco deben tratarse quirúrgicamente, efectuando su extirpación total lo más completa posible en las neoplasias, en las lesiones sospechosas de dicha etiología y en los procesos supurados extensos una vez que hayan sido enfriados convenientemente.

RESUMEN

Presentamos dos casos de Quistes supurados del uraco tratados quirúrgicamente, uno de los cuales constituyó un hallazgo operatorio.

Efectuamos una breve reseña de la embriología y anatomía del uraco, analizamos sus anomalías de desarrollo más comunes y efectuamos algunas consideraciones sobre su sintomatología, diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. *Allende, Carlos I.*: "Quiste fistulizado del uraco". Bol. Soc. de Cir. Bs. As. 13:581; 1929.
2. *Allende, Juan M.*: "Tumor del uraco". Bol. Soc. de Cir. Bs. As. 13:527; 1929.
3. *Blegen, H. M.*: "Internal perforation of urachal abscess". Northwestern Med., 45: 838; 1946.
4. *Brodie, N.*: "Infected urachal cyst". Am. J. Surg. 69:243; 1945.
5. *Campbell Begg, R.*: "The urachus and umbilical fistulae". Surg. Gynec. & Obst. 45:165; 1927.
6. *Claret, A. J., Mackintosh, C. A. y Fisch, E.*: "Pio-uraco". Rev. Arg. Urol. 30:18; 1960.
7. *Del Porte, T.*: "Proceso supurativo del uraco". Bol. Soc. de Cir. Rosario. 11:352; 1944.
8. *Dotta, J.*: "Tumor y quiste supurado del uraco". Rev. Arg. Urol. 17:174; 1948.
9. *Dudgeon, H.*: "Treatment of patent urachus". Surg. Gynec. & Obst. 71:302; 1940.
10. *Ercole, R.*: "Cáncer del uraco". Rev. Arg. Urol. 17:193; 1948.
11. *Fort, A.*: Aportación de un caso al trabajo de Del Porte, T. Bol. Soc. de Cir. Rosario. 11:352; 1944.
12. *Goñi Moreno, I.*: "Fístula urinaria congénita del ombligo". Bol. Soc. de Cir. Bs. As. 20:1027; 1936.
13. *Héctor, A.*: "Los vestigios del uraco y su patología". Prensa Méd. 48:838; 1961.
14. *Herbs, W. P.*: "Patent urachus". South. M. J. 30:711; 1937.
15. *Iturralde, J. M.*: "A propósito de un absceso del uraco". Bol. Soc. de Cir. Rosario. 13:252; 1946.
16. *Jorge, J. M.*: "Fístula urinaria congénita del ombligo". Bol. Soc. de Cir. Bs. As. 20:1057; 1936.
17. *Kantor, J. I.*: "Cysts of the urachus". Ann. Surg. 109:277; 1939.
18. *Llanos, M.*: "Un caso de piouraco, forma crónica". Rev. Arg. Urol. 7:267; 1938.
19. *Mc. Clelland, J. C. y Davis, K. F.*: "Patent urachus associated with urinary tuberculosis". J. Urol. 57:270; 1947.
20. *Monzoni, A. R.*: "Quiste supurado del uraco". Bol. Soc. de Cir. Rosario. 14:232; 1947.

21. *Pujol, A. y Venturini, F.*: "Persistencia del uraco permeable". *Rev. Arg. Urol.* 25: 173; 1956.
 22. *Sawyer, C. F.*: "Cysts of the urachus". *Arch. Surg.* 50:174; 1945.
 23. *Simón, J. E. y Brandeberry, N. A.*: "Anomalies of the urachus. Persistent fetal bladder". *J. Urol.* 55:401; 1946.
 24. *Trabucco, A.*: "Epitelioma alantoideo de vejiga". *Rev. Arg. Urol.* 9:125; 1940.
 25. *Vaughan, G. T.*: "Patent urachus". *Mem. de la Am. S.A.* 23:273; 1905.
 26. *Winer, J. y Danciger, J. A.*: "Tuberculosis of the urachus with extensive intestinal and peritoneal tuberculosis". *Am. J. Dis. Child.* 61:539; 1941.
 27. *Wybert, A. y Lascano González, J. C.*: "Quiste supurado del uraco abierto a peritoneo". *Rev. A. M. A.* 3:340; 1939.
-