

Adenocarcinoma de uraco

Urachal adenocarcinoma.

A case report

Dres. Ameri, C.
Contreras, P.
Militello, J.
Vitagliano, G.
Casas, G.

INTRODUCCIÓN

El uraco es una estructura fibrosa que se extiende desde la cúpula vesical hasta el ombligo. *Bartholomaeus Cabrolus* en 1550 fue el primero en describir la salida de orina por la vejiga y el ombligo.

Embriológicamente la alantoides da lugar a la cloaca y su porción anterior termina en el ombligo, la cara ventral de la cloaca forma la vejiga que luego de su descenso a la pelvis queda unida a la alantoides por el uraco. Se encuentra ubicado en el espacio de *Retzius* entre el peritoneo y la *fascia transversalis*, rodeado de la fascia umbilicovesical. Las arterias umbilicales limitan lateralmente esta fascia hasta la cúpula vesical y luego se abren hacia los vasos hipogástricos. Histológicamente se divide en tres capas, una interna constituida por epitelio cuboideo y transicional, una media de tejido conectivo y la capa externa de músculo liso.

El tumor de uraco es una patología poco frecuente (publicados 350 casos), generalmente se manifiesta en la porción yuxtavesical del uraco, invadiendo en algunos casos toda la vejiga.

La presentación habitual es más frecuente en hombres (65%) entre los 40-70 años.¹

El objetivo de la presente comunicación es relatar el diagnóstico y tratamiento de una paciente con tumor de uraco.

CASO CLÍNICO

HZ, paciente de 42 años, sexo femenino, con hallazgo intraoperatorio de tumor de uraco durante resección de mioma uterino, por lo cual es derivada al Servicio de Urología.

Se realiza videofibroscopía en la cual se observa a nivel de la cúpula vesical la comunicación con el uraco, la cual no era franqueable al paso del cistoscopio. (Figura 1)

TC de abdomen y pelvis (Figura 2) que confirma la presencia de tumor de uraco con compromiso de cúpula vesical, sin invasión a órganos vecinos.

Se realizó resección del tumor con cistectomía parcial (Figura 3). Informe anatómopatológico de adenocarcinoma de bajo grado circunscripto al uraco (estadio II de *Sheldon*). Presentó buena evolución postoperatoria y actualmente se encuentra libre de enfermedad, luego de cuatro años de seguimiento.

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma de uraco está asociado generalmente con un mal pronóstico, debido a que por su localización presenta un crecimiento silencioso. El origen de este tumor es incierto, algunas teorías sostienen que células transicionales del uraco podrían

sufrir una metaplasia generando un adenocarcinoma; otra sostiene que este tumor podría generarse a partir de células intestinales retenidas en el uraco durante el desarrollo embriológico.

Los principales síntomas encontrados son hematuria, dolor, síntomas de irritación vesical y mucosuria.^{2,3} En los casos de invasión vesical es posible el diagnóstico mediante cistoscopia.⁴ La estadificación puede realizarse por tomografía computada y resonancia magnética nuclear. Además de marcadores tumorales (CA 19-9 y CEA).² El sistema de estadios fue propuesto por Sheldon: Estadio I confinado a la mucosa; Estadio II invasivo, que no pasa los límites del uraco; Estadio IIIa compromete vejiga (83% de los casos); Estadio IIIb compromete la pared abdominal; Estadio IIIc compromete peritoneo; Estadio IIId invasión de vísceras veci-

nas, excepto a la vejiga; Estadio IVa metástasis ganglionares; Estadio IVb metástasis a distancia. Con respecto al tratamiento, éste debe ser quirúrgico, ya que no existen evidencias de utilidad comprobada de terapias adyuvantes (quimioterapia o radioterapia). Existen controversias con respecto al mejor procedimiento quirúrgico; a pesar de que los trabajos más antiguos sugieren la cistectomía radical como la mejor opción de tratamiento, los artículos más recientes muestran que es factible la opción de la cistectomía parcial con resección del ombligo.⁵ En todos los casos debe realizarse la linfadenectomía pelviana. Esta conducta quirúrgica al mismo tiempo que proporciona una mejor calidad de vida para el paciente, presenta tasas de morbilidad y mortalidad menores a la de la cistectomía radical.⁷ En relación al pronóstico las series publicadas son de bajo número y con casos no equiparables entre ellas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sheldon CA, Clayman RV, González R: Malignant urachal lesions. *J Urol*, 131: 1-8, 1983
2. Nobuyuki, K; Shinji, U; Kazushi, S; Hiroaki, S; Mikio, I: Urachal carcinoma associated with increased carbohydrate antigen 19-9 and carcinoembryonic antigen. *J. Urol*. 166; 604: 604, 2001.
3. Kakizoe, T; Matsumoto, K; Andoh, M; Nishio, Y, Kishi, K. Adenocarcinoma of urachus. *Urology* 21; 4: 360-366, 1983.
4. Douglas, EJ; Bryon Hodge, G; Fadi, W; Ayala, A: Urachal carcinoma. *Urology*, 26; 3: 218-221, 1985
5. Esteves FP, Pinto AC, Pinto AFC. Urachal adenocarcinoma. *Braz J Urol*, 27: 560-562, 2001
6. Herly DR, Farrow GM, Zincke H: Urachal cancer: role of the conservative surgery. *Urology*, 42: 635-639, 1993.
7. Herr HW: Urachal carcinoma: the case of extended partial cystectomy. *J Urol*, 151: 365-366, 1994.



Figura 1. Imagen cistoscópica en la cual se observa la permeabilidad del uraco.

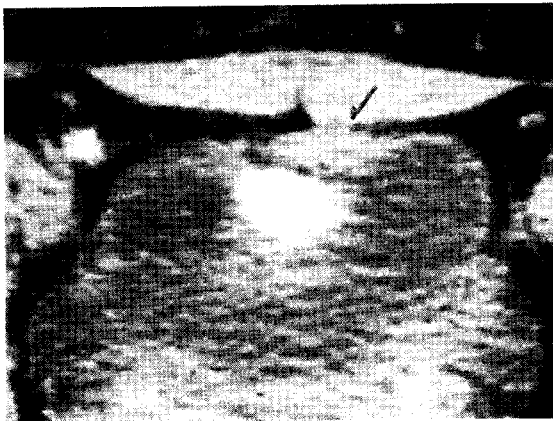


Figura 2. TC con contraste en la cual se visualiza una imagen sólida en cúpula vesical que realza con la llegada del medio de contraste.

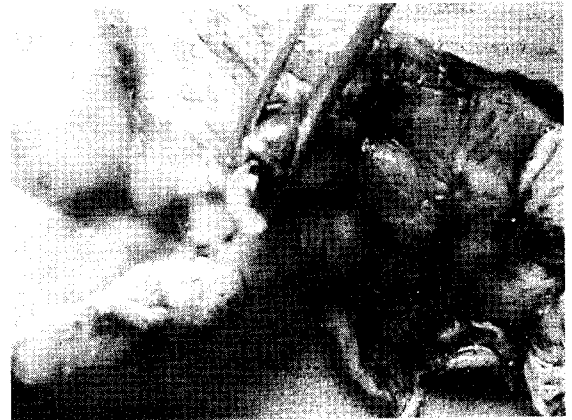


Figura 3. Pieza quirúrgica de cistectomía parcial en la cual se observa el uraco con la formación tumoral emergiendo del mismo.