

Masa hipogástrica: reporte de un caso de adenocarcinoma de uraco

Hypogastric mass: an urachal adenocarcinoma case report

Dres. González Morales, M.;
Carril, A.;
Munarriz, M.;
Pagés, M.;
Scroca, A.

INTRODUCCIÓN

El uraco está localizado en el espacio de *Retzius* y es un vestigio remanente de la alantoides que se transforma en un cordón fibromuscular¹ y se ve como tal en la adultez.

El carcinoma de uraco es un tumor extremadamente infrecuente que representa menos del 1% (0,17 al 0,54%) de todos los tumores vesicales. Se origina en la unión del ligamento con la cúpula vesical². Tiene una incidencia de 1 caso cada 5 millones de habitantes, es más frecuente en la mujer y se presenta entre la 4ta y 6ta década de la vida. El primer caso fue descrito por *Hue y Jaquin* en 1863.

Histológicamente son en su mayoría adenocarcinomas mucosecretantes (90%). Se cree que se originan de restos entéricos durante el desarrollo embrionario o por una metaplasia del mismo uraco³.

Se clasifica en estadios descriptos por *Sheldon y col.* (ver apéndice 1). Usualmente se presentan como una enfermedad localmente avanzada con afectación de órganos vecinos en aproximadamente el 85 % de los casos.

En la actualidad todavía no hay consenso en los criterios diagnósticos, importantes características incluyen la localización del tumor, la exclusión de un adenocarcinoma primario de otra localización con implante metastásico en la vejiga y la clara demarcación entre el epitelio vesical normal y el tumor.

Tiene una supervivencia global a 5 años menor al 40%. En la actualidad el abordaje inicial de estas lesiones es la exéresis en bloc con márgenes negativos, resección del ombligo y la fascia posterior del músculo rectoabdominal, con una linfadenectomía pelviana.

No hay en la actualidad esquemas de quimioterapia claramente establecidos, tal vez la combinación de 5-fluorouracilo más cisplatino tenga efecto, como ocurre en el tratamiento de los adenocarcinomas de colon².

La carcinomatosis peritoneal y la afectación hepática son las manifestaciones típicas de la enfermedad en su estadio más avanzado. El antígeno carcinoembrionario y el CA 19-9 están aumentados en esta patología y tienen utilidad como marcadores de seguimiento y evolución³.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 31 años con antecedente de retraso mental severo, que ingresa por Guardia a nuestra institución manifestando fuerte dolor hipogástrico, síndrome febril y hematuria de 72 horas de evolución.

En el examen físico de ingreso se denota una gran masa palpable hipogástrica dolorosa asociada con distensión abdominal.

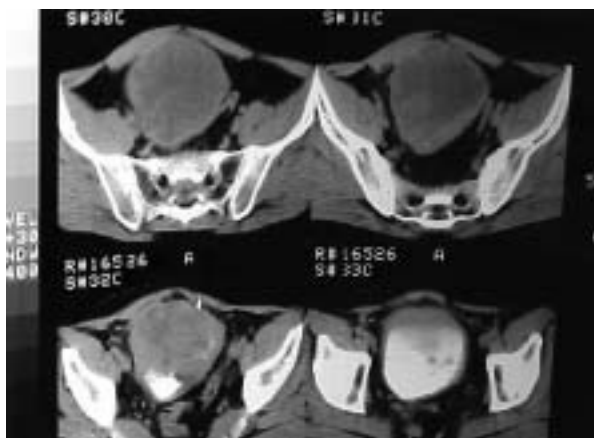
Dentro de los estudios solicitados se destaca una marcada leucocitosis con desviación a la izquierda y un urocultivo positivo a *E. coli*. Se realiza uretrocistofibroscopia que evidencia una lesión de aspecto sólido, con base de implantación ancha, ubicada en la cúpula vesical que se diferencia claramente de la mucosa circundante.

En la tomografía de abdomen y pelvis se certifica esta lesión de aspecto heterogéneo que capta de manera irregular el contraste, de unos 12 cm de diámetro, ubicada a nivel de la cúpula vesical. (Figuras 1 y 2).

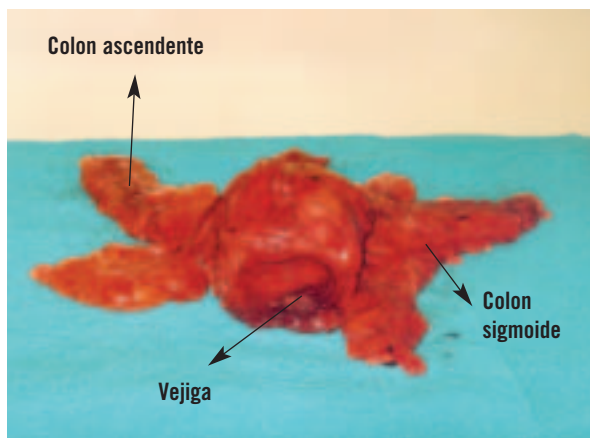
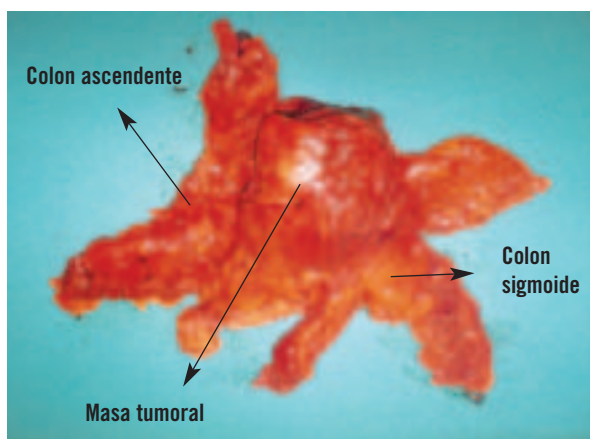
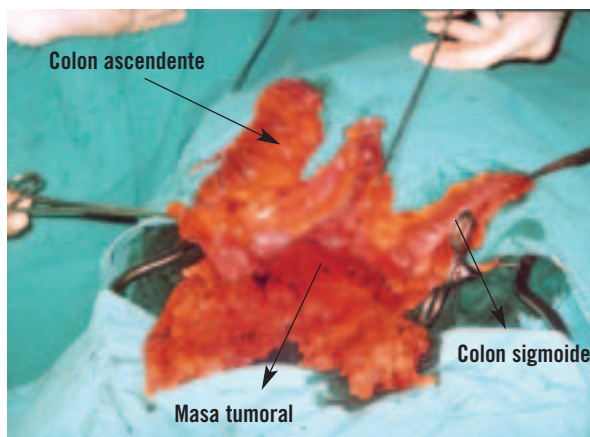
Luego de los estudios, se procede a la laparotomía exploradora infraumbilical con prolongación. Como hallazgo intraoperatoria se ve una gran masa de unos 11cm de diámetro que afecta cúpula vesical, colon sigmoides y colon ascendente. Con infiltración de los mismos se realiza cistectomía parcial con márgenes de 2 cm + resección de la tumoración + resección umbilical, fascia post. del recto y peritoneo + hemi-colectomía derecha + íleo-transverso anastomosis + resección de colon sigmoides con colostomía terminal. No pudiendo continuar con la linfadenectomía (Figuras 3, 4 y 5).

La anatomía patológica confirmó:

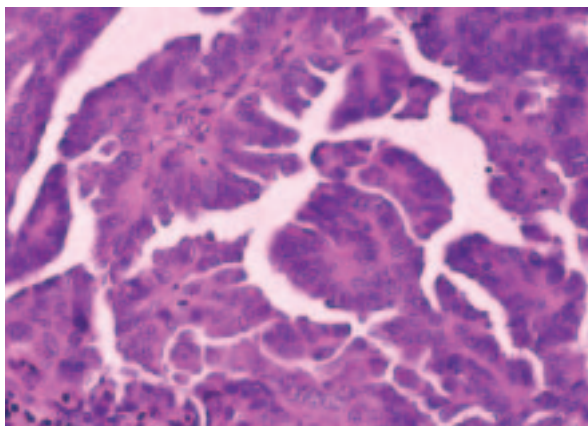
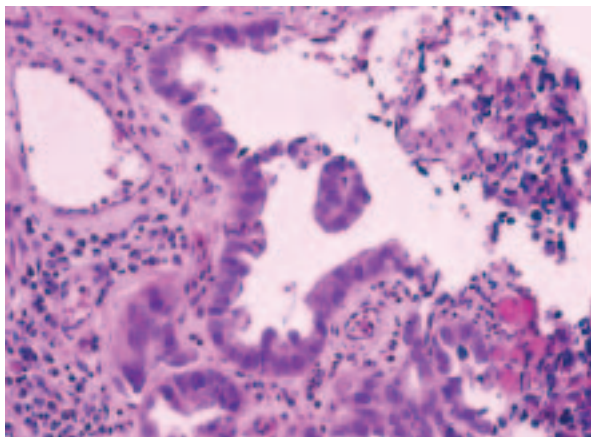
- *Macroscopia:* Tumor de 12 x 10 x 10 cm. Pardo amarillento, mucinoso, friable y de aspecto quístico.
- *Microscopia:* Adenocarcinoma mucosecretor de uraco con glándulas que infiltran el corion, moderada anisonucleosis y nucléolos prominentes (Figuras 6 y 7).



Figuras 1 y 2



Figuras 3, 4 y 5



Figuras 6 y 7

El paciente evoluciona favorablemente, sin complicaciones postoperatorias y se da de alta al séptimo día. Luego de la misma se pierde por completo del seguimiento.

DISCUSIÓN

El carcinoma de uraco es un tumor poco frecuente que desafortunadamente se presenta en la gran mayoría de los casos como un enfermedad ya avanzada.

La localización de esta lesión es de gran importancia para el diagnóstico, ya que hallazgos de adenocarcinomas en otros sitios de la vejiga se pueden considerar metástasis de un primario del tubo digestivo o del ovario. Algunas veces tumores de colon infiltran y afectan la vejiga, pero es mucho más frecuente que los tumores de uraco, como lo fue en este caso, afecte a las estructuras vecinas como el colon.

No hay demasiadas series en la literatura que toquen este tema. Las más amplias son las de Henly y col.⁴ que reportaron un porcentaje de sobrevida a 5 años del 43% en 34 pacientes. En pacientes tratados con cirugía y quimioterapia.

Las vías de diseminación son linfáticas, hematogéneas y por contigüidad.

La negatividad de los márgenes de resección han mostrado tener efecto en la sobrevida de los pacientes. La sobrevida media de los pacientes sometidos a quimioterapia por enfermedad metastásica es de 20 meses².

Es importante destacar el valor de los marcadores en el seguimiento y evolución de estos pacientes, así como también la utilización de las imágenes para la estadificación de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yung-Chiong Ch, Wen-Chou L, Chi-Yuan T, Yung-Kang Ch, King-Yik L: Squamous cell carcinoma of the urachus. *J Urol*. Vol 163, 903-904. 2000.
2. Siefker-Radtke AO, Gee J, Shen Y, Wen S, Daliani D, Millikan RE, Pisters LL.: Multimodality management of urachal carcinoma: The M.D. Anderson Cancer Center Experience. *J Urol* Vol 169, 1295-1298. . 2003.
3. Kikuno N, Urakami S, Shigeno K, Shina H, Igawa M: Urachal carcinoma associated with increased carbohydrate antigen 19-9 and carcinoembryonic antigen. *J Urol*. Vol 166, 604. 2001.
4. Henly DR, Farrow GM, Zincke LL.: Urachal cancer: role of conservative surgery. *Urology*, 42: 535.1998.

APÉNDICE 1

Estadificación

Estadio I: No invade más allá de la mucosa.

Estadio II: Invasión confinada al uraco.

Estadio III: Extensión a vejiga, peritoneo, pared abdominal y vísceras.

Estadio IV: Metástasis.