

Hosp. Nac. del Centenario; Cát. de Clín.
Urológica. Prof. Titular. M. A. LLANOS

Por el Doctor
MIGUEL A. LLANOS

UN CASO DE PIO-URACO: FORMA CRÓNICA

HISTORIA CLÍNICA

José Reybal, de 19 años de edad, ingresa a mi servicio del hospital Centenario el 29 de julio de 1936, manifestando como antecedentes importantes, que desde hace unos nueve meses, nota una secreción del ombligo, de aspecto seropurulento, habiendo sido intervenido por un cirujano con el diagnóstico de fístula umbilical. A los tres meses de dicha intervención, comienza a formarse una tumoración en el hipogastrio, que más tarde se acompaña de polaquiuria diurna y nocturna y disuria inicial, por lo que nos consulta e ingresa al servicio.

Al examen, se observó una tumoración en la línea media del abdomen, entre el ombligo y el pubis, con su diámetro mayor vertical un poco más grande que el de un huevo de pavo; presenta consistencia firme, movable en sentido transversal, junto con la pared del abdomen, y puestos los rectos en contracción, se veía que formaba parte de esa misma pared.

Como el paciente tenía trastornos urinarios, se hizo una cistoscopia, encontrándose en la cúpula vesical una zona de unos cuatro centímetros de diámetro, aproximadamente, con edema ampolloso en donde se hallaba la burbuja de aire. Dada la falta completa de fiebre, junto con la consistencia del tumor y la repercusión vesical de la afección, nuestro diagnóstico fué de sarcoma de los músculos o del uraco, o bien de cáncer del uraco con invasión de la vejiga.

La reacción de Wassermann fué negativa y en la orina se encontró regular cantidad de glóbulos de pus.

OPERACION

Cirujanos: Dr. M. A. Llanos. Ayudante: Dr. B. Singer y practicante Cabral.

Raquianestesia con 0,10 gs. de novocaína.

Se hace una amplia incisión mediana, con la intención de extirpar el tumor en masa, y si es necesario, parte de los músculos, vejiga y aún del peritoneo. Encontramos numerosos vasos parietales cuya hemostasia prolongan el tiempo de operación. Como al tratar de liberar el tumor nos hallamos con adherencias

peritoneales y pensando en la posibilidad de que éstas incluyan también alguno de los órganos intra-abdominales, nos decidimos a abrir francamente la cavidad abdominal. Encontramos que el tumor adhiere al peritoneo y, por su intermedio, a gran parte del gran epiplon. Se extirpa todo en block hasta llegar a la vejiga, con la que también está adherido el tumor. Decolando el peritoneo de la parte

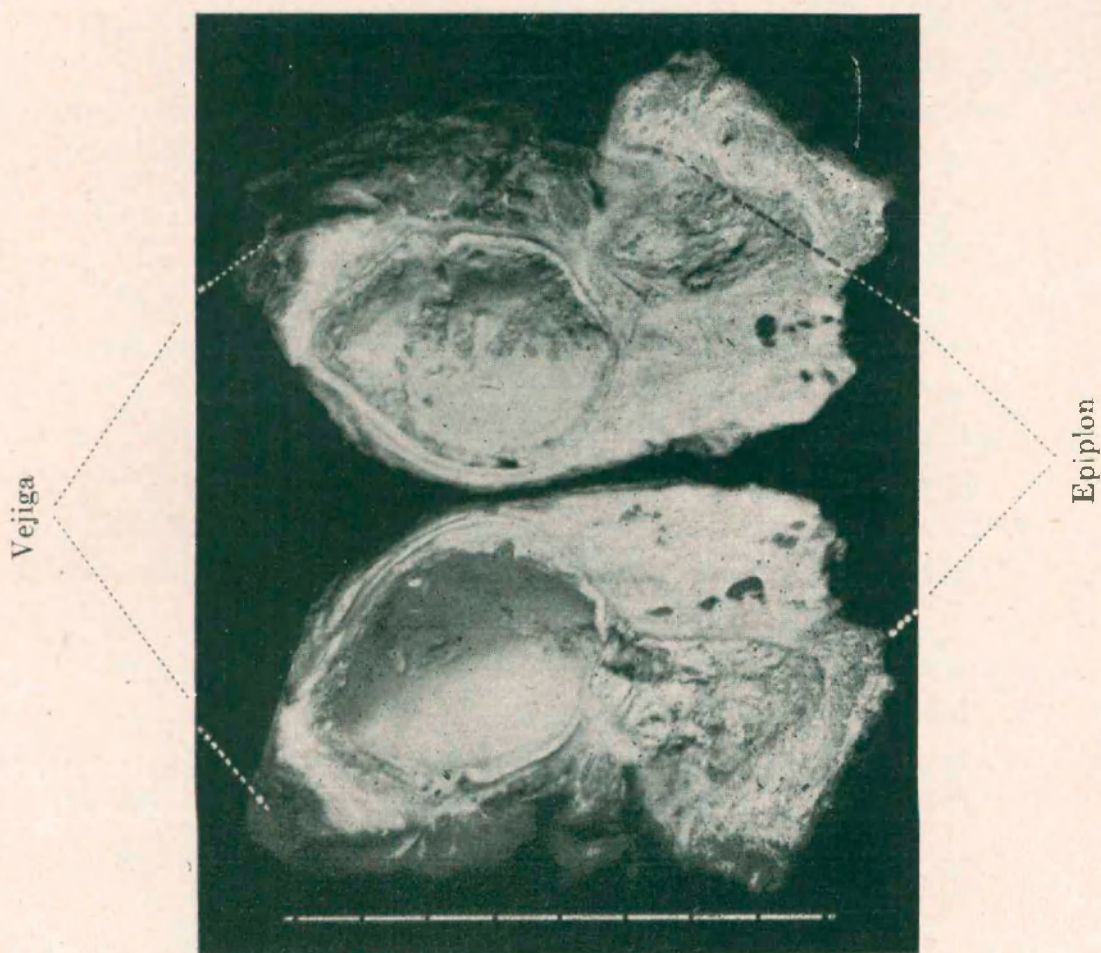


Figura N° 1

superior de la cara posterior de la vejiga, cerramos por completo la cavidad abdominal, y después, extirpamos el tumor con la parte de vejiga adherida. Se deja un dren yustavesical y una sonda permanente.

El post-operatorio es bueno y la herida cierra por primera intención.

Del examen de la pieza y del informe que se nos envió del Instituto de Anatomía Patológica, podemos llegar a la conclusión de que se trata de un absceso crónico enquistado del uraco (fig. 1),

que produjo una fístula abierta en el ombligo, extirpada por el cirujano que intervino la primera vez, quien dejó el quiste supurado, sin duda, por no haberse apercibido. La fístula cerró, pero el quiste siguió aumentando de tamaño, como también el proceso inflamatorio, lo que constituyó la tumoración con los caracteres anotados en nuestro examen. Nuestro diagnóstico erróneo de tumor maligno fué basado en los caracteres clínicos de la tumoración y en la evolución, completamente apirética.

Con motivo de esta observación, he creído conveniente hacer un estudio de conjunto de la patología del uraco, ya que este capítulo está muy poco difundido.

AFECCIONES DEL URACO

En la faz que podemos llamar cloacal del desarrollo embrionario del aparato uro-genital, de la cara anterior de la porción terminal del intestino, que todavía está obstruido por la membrana anal, se forma una prolongación que constituye la alantoides, a expensas de la cual se forma la vejiga, que se continúa con una parte estrecha que es el cordón umbilical que, al obstruirse, forma el uraco. Puede suceder que dicho conducto no se obstruya, y el niño nace entonces con una fístula vésico umbilical; puede ocurrir que dicha fístula no se forme sino mucho tiempo después del nacimiento, favorecida por un obstáculo a la micción, ya sea congénito o adquirido, ya que el uraco no está en ese caso formado más que por un adosamiento de las paredes, que con un aumento de la presión intravesical ha dejado constituir la fístula. Otras veces la obliteración del cordón se hace solamente en parte; si dicha obliteración es yuxtavesical, tendremos una fístula umbilical, si no hay infección, segregará un líquido claro que al infectarse tendrá aspecto seropurulento. Si dicha obliteración se hace en la parte próxima al ombligo, tendremos un conducto más o menos largo que comunicará con la vejiga, formando un divertículo congénito. Otras veces el cordón se obstruye en sus dos extremos y queda en su parte media una cavidad, excepcionalmente más de una, que da origen a los quistes del uraco. Estos quistes pueden infectarse, ya sea porque existe alguna pequeña comunicación con la vejiga, como sucedió en el caso de Di Maio o bien por infección linfática. Esta infección es variable en cuanto a su intensidad, y así, toma una

forma francamente aguda, como sucedió en el caso relatado por Edward y Margold, en que el proceso infeccioso evolucionó en veinticuatro horas, la colección perforó el peritoneo y dió lugar a una peritonitis mortal: la autopsia demostró que se debía todo a un absceso de la línea media, tapizado por epitelio, razón por la cual se piensa que fué el uraco: como había pus casi puro en la vejiga, aunque el autor no lo diga se puede suponer que será pus del absceso que, durante la intervención, se vertió en la vejiga por alguna pequeña comunicación ya existente, y que, posiblemente, fué la que determinó la infección del uraco. Otras veces, la infección es menos violenta y se forma un absceso bien limitado, cuando el pus ha perforado la pared, se extiende fuera de la cavidad. Así sucedió en el enfermo de Lazarus y Rosenthal: se trataba de un hombre de 51 años que sufría de estrechez uretral y se presentó con dolor localizado en la ingle izquierda, desde hacía ocho días, con escalofríos y fiebre: se hizo una incisión exploradora en la región suprapubiana y se encontró una colección purulenta por delante del peritoneo; el enfermo murió de anuria y el examen de la pieza demostró que la cavidad estaba formada a expensas de uraco. El caso de Di Maio fué también un pío-uraco, con la diferencia de que las colecciones estaban limitadas a la pared del uraco mismo, posiblemente porque había una comunicación con la vejiga, como demostró la cistoscopia. Se trataba de un enfermo de 25 años, que enflaqueció 7 kgs. en dieciocho días, y presentaba una temperatura de 39,5°. Al examen se notó una tumoración de vértice umbilical y base suprabúbica dolorosa, con fenómenos de cistitis en el centro de un brote por el que manaba pus cuando se ejercía presión en la tumoración: fueron estos dos datos que permitieron formular el diagnóstico de pío-uraco. Se intervino, incindiendo dicha tumoración, y se encontraron dos cavidades que se drenaron. El examen anatómopatológico demostró, en la cavidad superior, todos los elementos del uraco, menos el epitelio: en la cavidad inferior, los mismos elementos además del epitelio. El autor aconseja incisión, drenaje y curetaje de la cavidad.

Infeción en forma tumoral: a la que pertenece el caso que presentamos, se trata de un proceso infeccioso crónico, bien limitado, en cuanto a la supuración, por una pared gruesa; pero, el proceso inflamatorio se extiende, como demuestra la figura 1, con la

fotografía de la pieza, y, más que todo, las adherencias intra-abdominales y vesicales encontradas durante la operación, lo mismo que al examen cistoscópico. Estos procesos supurativos, cualquiera que sea su intensidad, se conocen con el nombre general de "pío-uraco".

La forma de cada uno de estos procesos infecciosos depende, posiblemente, de las condiciones generales del sujeto y del grado de virulencia de los gérmenes patógenos.

Como se ve, estos procesos repercuten en algunos casos en la esfera vesical, ya sea abriéndose en la misma vejiga o invadiéndola con el proceso inflamatorio, lo que causa congestión y edema de sus paredes, además de los síntomas puramente vesicales, como la polaquiuria, la disuria y la hematuria, etc.

TUMORES SÓLIDOS

Reuniendo las estadísticas de Campbell, Begg y Brady y los cinco casos publicados en el "Journal de Chirurgie", desde 1921, tenemos un total de 69 casos de tumores sólidos del uraco, los que se reparten en la siguiente forma: cáncer, en su mayor parte carcinoma coloide, en 39 casos; sarcoma, en 13 casos, tumores mixtos, en 8 casos; fibromas y fibromiomas, en 9 enfermos.

En la sintomatología que presentan los tumores sólidos del uraco, creo necesario considerar separadamente los tumores alejados de la vejiga y los que están próximos a ella. Entre los primeros, no hay síntomas especiales y solamente su situación en la parte media de la pared abdominal nos puede hacer pensar en su verdadera localización. Si en los antecedentes hubiera alguna fístula del uraco, entonces ya habría más razones para pensar de que el tumor situado en la parte media pertenece al uraco y que, por lo general, se trata de un tumor maligno (un cáncer o un sarcoma).

Los tumores que están próximos a la vejiga, cuando invaden dicho órgano, producen polaquiuria y disuria y, con frecuencia, hematuria. Al examen cistoscópico se verá edema situado a nivel del uraco y, a veces, el tumor mismo se ha hecho intravesical en parte, evidente por una zona de infiltración más o menos amplia. Otras veces se ve una ulceración que comunica con una cavidad de la que sale, en ocasiones, una substancia coloide; en este caso las hemorragias son más intensas y frecuentes.

TRATAMIENTO

Primer caso, (fístula): se extirpa todo el trayecto hasta la vejiga, ligando y seccionando el conducto a ras de la pared vesical, como lo hizo Diaco en sus tres casos publicados, con curación completa. Si la fístula se formase nuevamente a nivel del muñón, lo mejor será reseca la implantación del mismo, suturando la vejiga en dos planos y dejando una sonda vesical permanente y un pequeño dren yuxtavesical. Si al hacer la extirpación del trayecto se encontrasen dificultades que hicieran temer la abertura de la fístula al mismo tiempo que el peritoneo, mejor es abrir francamente éste, lo que facilita la extirpación del trayecto, sin peligro de contaminar el peritoneo.

Segundo caso, (quistes): se extirpa el tumor, haciendo una disección prolija hasta la vejiga y se procede como en el caso anterior; cuando hubiera adherencias con el peritoneo, lo mejor sería abrir el vientre, lo que facilita la extirpación. Cuando el quiste es muy grande y hay duda con respecto a su localización, lo mejor es abrir el vientre desde el comienzo de la intervención.

Tercer caso, (procesos supurativos, pío-uracos): si se trata de un proceso agudo, con abertura en el peritoneo, se abre el vientre, se extirpa la tumoración y se drena la cavidad abdominal. Si la abertura se ha hecho en los planos vecinos, se abren las colecciones y se drenan. Si queda una fístula se extirpará después. Si se trata de un proceso crónico bien enquistado, se extirpa como un tumor, procediendo en la forma que lo hicimos en nuestro caso.

Cuarto caso, (tumores sólidos): siendo los tumores del uraco, en su mayoría, malignos y de evolución rápida, su extirpación debe ser amplia y precoz, extirpando músculos, parte del peritoneo y vejiga, cuando exista la menor sospecha de invasión de estos órganos.

BIBLIOGRAFIA

Edward y Margold. — Resumen en "Journal d'Urologie", tomo XXXIII, página 313.

Clifford Lee. — Resumen en "Journal d'Urologie", tomo XLII, pág. 492.

J. Lazarus y Rosenthal. — Resumen en "Journal de Chirurgie", tomo XLVII, pág. 678.

- G. di Maio.* — Resumen en "Journal de Chirurgie", tomo XLVI, pág. 639.
- H. Ranson.* — Resumen en "Journal de Chirurgie", tomo XLIV, pág. 639.
- H. Duclaux y S. Blandin.* — Resumen en "Journal de Chirurgie", tomo XL, página 893.
- Kurt Bawer.* — Resumen en "Journal de Chirurgie", tomo XXXIX, página 896.
- R. Campbell Begg.* — Resumen en "Journal de Chirurgie", tomo XXXVIII, página 128.
- A. Ronald.* — Resumen en "Journal de Chirurgie", tomo XXXVII, página 613.
- L. Kiellenthner.* — Resumen en "Journal de Chirurgie", tomo XXXVI, página 311.
- S. M. Allende.* — Resumen en "Journal de Chirurgie", tomo XXXV, página 405.
- M. Diaca.* — Resumen en "Journal de Chirurgie", tomo XXXIV, página 548.
- Amaden Filho.* — Resumen en "Journal de Chirurgie", tomo XXXII, página 115.
- David M. Gregg.* — Resumen en "Journal de Chirurgie", tomo XXX, página 367.
-