

Serv. de Urología del Hosp. Ital. Garibaldi
Jefe: Dr. José S. Dotta.

TUMOR Y QUISTE SUPURADO DEL URACO

Por el Dr. JOSE S. DOTTA

No vamos a ocuparnos en esta comunicación de la embriología y anatomía del uraco, remitiendo a quien se interesara en ello a los importantes como así también completos trabajos de Campbell Begg, cuyas conclusiones en completo acuerdo con los anatomistas modernos, cambian fundamentalmente los conceptos clásicos del tema, permitiendo a su vez una interpretación correcta de ciertos estados patológicos del mismo, particularmente en lo que se refiere a los tumores desarrollados en él.

Sólo recordaremos que en condiciones normales el uraco tiene una longitud de 5 a 6 cms. a partir del vértice de la vejiga y que desde este punto hasta el ombligo solo existen tractos fibrosos dependientes de las paredes de las arterias umbilicales obliteradas.

Según dicho autor el uraco conserva su luz, la que sólo se halla obliterada parcialmente por detritos celulares, y que ella está en comunicación directa con la vejiga en un 33 % de los casos, aspecto en el que nos permitimos diferir con dicho autor, basados en la relativa rareza de los procesos uracales, como así también en las múltiples observaciones cistoscópicas que por distintos motivos todos los urólogos realizamos. Sin embargo sería interesante constatar estas afirmaciones por la investigación en el cadáver, para así poder ratificar o rectificar las conclusiones a que llega el autor mencionado, con bases más firmes y hechos demostrables.

La observación que presentamos destaca su interés en el hecho de presentar concomitantemente un quiste supurado de regular tamaño y un tumor originado en la porción intramural del uraco, cuyo estudio histológico ha permitido constatar un hecho observado por Campbell Begg, y es de que dichos tumores inician su desarrollo en la pared misma de la vejiga o aún fuera de ella, rechazando al principio la mucosa, y penetrándola solo en un estado más avanzado.

En las microfotografías que presentamos es posible ver en algunas partes como el tumor uracal todavía se halla recubierto por un epitelio del tipo de la mucosa vesical normal, el que aún ha sido respetado por el proceso neoplásico: en otras partes en cambio se encuentra en relación directa con la cavidad vesical.

Observación. - Se trata de R. H., argentino, de 59 años de edad, soltero, internado en nuestro Servicio de Urología del Hospital Italiano Garibaldi el 28-IX-46, quien nos refiere en el momento de la primera consulta, que desde hace alrededor de un año viene sufriendo trastornos miccionales caracterizados por polaquiuria, sobre todo diurna, y de pequeñas hematurias al final de la micción. No ha notado modificaciones en el calibre y proyección del chorro y no hay retardo ni dificultad inicial. Al comienzo de sus padecimientos fué tratado con instilaciones vesicales con lo que conseguía alguna mejoría, pero últimamente no obtiene alivio alguno con dichas medicaciones. Actualmente sufre de polaquiuria pronunciada, ardores y hematuria terminal, trastornos que se intensifican en la posición de pie y mejoran con el reposo. No tiene temperatura y las orinas de emisión son turbias. Nunca ha sufrido dolores en sus regiones lumbares.

Entre los antecedentes se destacan un reumatismo poliarticular agudo a los 12 años de edad, un chanero sífilítico a los 29 años, habiendo hecho tratamiento irregular hasta el presente. Niega blenorragia. Es un hipertenso y sufre trastornos estenocárdicos.

Al examen nos encontramos con un paciente de aparente buen estado general, con piel y mucosas bien coloreadas, sin edemas.

Reflejos pupilares reaccionan bien a la luz y acomodación. Faltan todas las piezas dentarias del maxilar superior y conserva solo los incisivos del inferior; usa prótesis. Istmo de las fauces libre. No hay adenopatía cervical.

Pulmones, nada de particular a la percusión y auscultación. Corazón (informe del Dr. F. Garpaty): Aortitis luética con insuficiencia aórtica, sin síntomas de insuficiencia cardíaca, pero con marcados signos electrocardiográficos de insuficiencia coronaria. Presión arterial: Mx 21, Mn 83.

Riñones: no se palpan ni hay puntos renouretrales dolorosos. Hígado y bazo no se palpan.

En la línea media infraumbilical se palpa una zona de induración que se extiende desde un través de dedo por debajo del ombligo hasta la sínfisis púbica, difícil de apreciar en todos sus caracteres por ser profunda y por la existencia de gran pániculo adiposo: es dolorosa a la presión y desaparece con la contracción de los músculos abdominales.

Uretra de calibre normal; no hay residuo vesical. Próstata ligeramente aumentada de tamaño con los caracteres semiológicos de un adenoma. Organos genitales externos sin particularidades.

Sistema ósteomusculoarticular normal. Reflejos cutáneos y tendinosos conservados.

A la cistoscopia encontramos capacidad e irritabilidad normal, mucosa con ligero aumento de la vascularización; orificios ureterales bien situados y de aspecto normal, con eyaculaciones de buen ritmo y aspecto. En la zona del vértice de la vejiga se observa una formación tumoral del tamaño de una aceituna, de superficie abollonada, color rosado fuerte, sésil, con mucosa circunvecina sin presentar signos de inflamación ni infiltración. Durante el examen cistoscópico se comprime la región hipogástrica, maniobra con la cual se provoca la salida de un pus cremoso, blancoamarilento a través de un orificio no bien individualizado situado junto al borde derecho de la formación tumoral. El cuello vesical presenta la deformación característica de la hipertrofia prostática.

Dos días después de su ingreso, por razones particulares el enfermo solicita su alta, pero reingresa al servicio el 4-X-46, dispuesto a someterse a la intervención que se le propusiera.

Los análisis practicados dan los siguientes datos:

Análisis de orina: Dens.: 1.015; ácida; urea: 15,4 ‰; cloruros: 8,4 ‰; albúmina: 0,75 ‰; pus: contiene. Sedimento: regular número de pirocitos; células descamadas y flora microbiana banal.

Hemograma: Glób. rojos: 4.800.000; glób. blancos: 15.000; valor globular: 0,90; he-

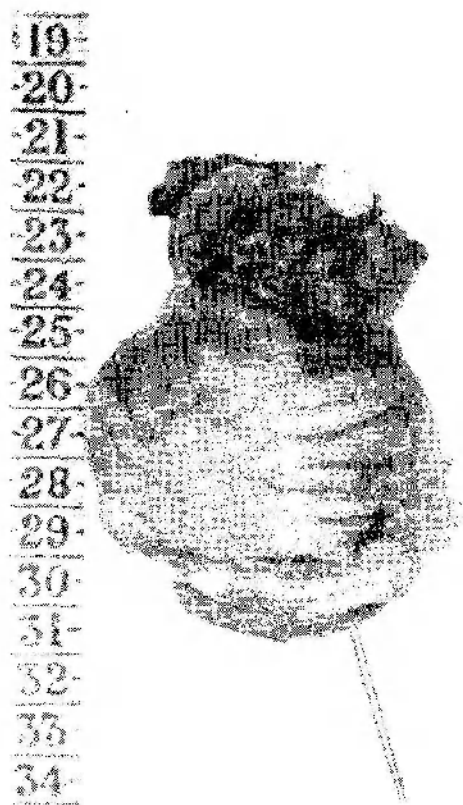


Figura 1
Quiste del uraco abierto. El estilete está colocado en el trayecto vesíco-quístico.

moglobina: 87 ‰; neutrófilos: 80 ‰; eosinófilos: 2 ‰; linfocitos: 11 ‰; monocitos: 2 ‰; azotemia: 0,58 ‰; eritrosedimentación: 1ª hora: 40 mm.; 2ª hora: 86 mm.; reacción de Wassermann: negativa.

Cistografía al Yoduto de sodio y radiografía directa: no se observan sombras de litiasis; vejiga de caracteres normales.

Con el diagnóstico de quiste supurado del uraco y de tumor vesical de probable origen uracal, se decide la intervención quirúrgica, previa preparación del enfermo con suero glucosado hipertónico y aminofilina endovenosos, según indicación del cardiólogo.

Operación (11-X-46).— Anestesia con Pentothal sódico. Incisión mediana infraumbilical de piel, tejido celular subcutáneo y aponeurosis de los rectos. Se separan dichos músculos, encontrándose con una gran tumoración fuertemente unida al peritoneo y que se extiende desde el vértice de la vejiga hasta unos cinco centímetros del ombligo. Se abre la gran cavidad y encontramos al epiplón mayor adherido a la cara posterior de la tumoración, procediéndose a la liberación del mismo previas ligaduras. Luego se extirpa la tumoración junto con el peritoneo adherido a la misma, pero sin separarla por el momento de su continuidad con la vejiga. Se sutura completamente el peritoneo y se lo protege con compresas de gasa. En la disección de la tumoración se ha llegado hasta cerca del ombligo, encontrándose a dicho nivel un simple cordón fibroso del grosor de un lápiz.

El extremo inferior de la tumoración está sólidamente adherido a la vejiga, la que es abierta dando salida a una discreta cantidad de un líquido purulento y fétido, posiblemente

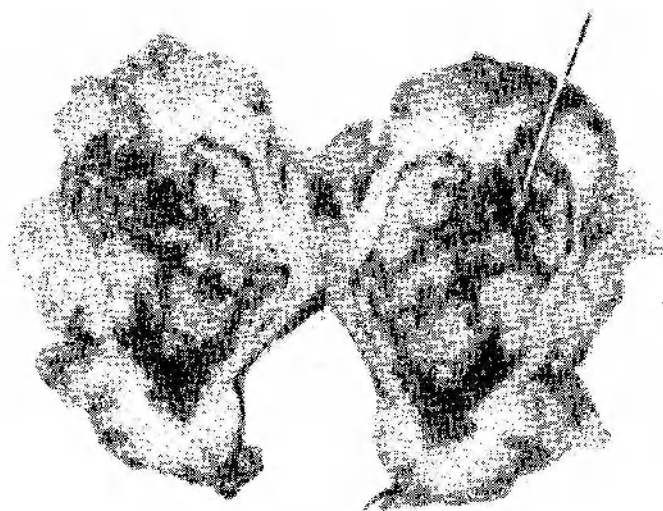


Figura 2
Quiste del uraco, visto por su cara peritoneal.

caído a la misma en las maniobras de liberación del quiste. Se reseca una amplia zona de vejiga incluyendo la tumoración observada en la cistoscopia. Cierre de la vejiga en dos planos, dejando sonda Pezzer. Drenaje de goma en cavidad de Retzius y otro en contacto con el fondo de saco peritoneal. Sutura de la aponeurosis con catgut crómico y piel con lino.

Post-operatorio. — Penicilina; suero fisiológico; aminofilina. Al día siguiente el enfermo presenta distensión del abdomen por gases, pero blando y ligeramente doloroso; temperatura de 38°. pulso bueno; presión arterial: Mx 25, Mn 11; lúcido, tranquilo. Se administra Prostigmin y suero clorurado hipertónico, drenaje respirativo, con lo que el cuadro cede a las 48 horas, retirándose entonces el drenaje aspirativo. Sigue con Penicilina y Aminofilina.

El 21-X-46 comienza a levantarse y el 24 se retira la Pezzer, reemplazándola por sonda uretral a permanencia. El estado general es muy bueno; moviliza su intestino con regularidad. El día 6-XI-46 se retira la sonda uretral y el enfermo orina normalmente. Es dado de alta el 10-XI-46, comenzando al día siguiente con aplicaciones de radioterapia profunda.

Estudio anátomo-patológico de la pieza operatoria:

La pieza extirpada presenta un aspecto piriforme con su arte más delgada dirigida hacia arriba; tiene unos 12 cms. en su diámetro vertical, 7 en el antero-posterior y 6 en el transversal. Su pared exterior es lisa, recubierta por grasa aparentemente normal, la que se le adhiere fuertemente en zonas: en gran parte de su cara posterior se observa un revestimiento seroso de tipo peritoneal sin particularidades demostrables. En su polo inferior se observa la atracción aglutinante de su separación de la pared vesical a la altura del vértice de la vejiga: esta zona es de más o menos 6 cms. de diámetro y a este nivel la superficie es irregular, algo abollonada y de aspecto grisáceo gelatinoso. La consistencia en general es teniente.

Practicado un corte por su eje sagital se observa que en su mayor parte es quística, con una pared delgada (1,5 cm.), consistente y de color blanco nacarado, conteniendo en su interior un

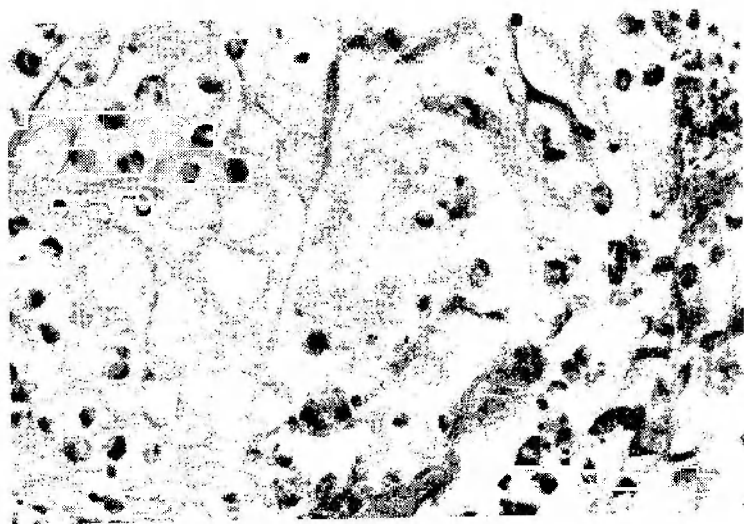


Figura 3
Cáncer mucoso en la submucosa, rechazando el epitelio vesical.

materia blanda, de aspecto necrótico y en su parte inferior se observa un trayecto fistuloso que parece corresponder a una comunicación con vejiga; toda la base tiene una pared gruesa, que llega a tener un espesor de 3 cms. en su mayor parte de color blanco grisáceo y traslúcido, de aspecto gelatinoso, lo que permite suponer la presencia de mucina.

Observada al microscopio la parte superior, su pared se presenta formada por tejido conjuntivo escleroso con zonas de imbibición mucóide; dicho tejido se comunica hacia afuera con el que forma la trama del tejido adiposo circundante; en su espesor se notan infiltrados inflamatorios crónicos a predominio linfocitario, los que en algunos puntos edifican puntos linfoides completos. La cara interna no presenta ningún revestimiento demostrable y se continúa directamente con el contenido quístico que es de aspecto necrótico con numerosos cristales de ácidos grasos; en ciertas partes existe además a este nivel una capa de tejido de granulación a predominio linfocitario que contacta con acúmulos de pus, con las características de una membrana piógena. En conjunto se tiene la impresión de que el contenido del quiste puede haber

provenido de la misma pared por descamación y necrosis de su revestimiento, agregándose un proceso de infección piógena en zonas, el que es sin embargo de poca intensidad.

La parte correspondiente a la base, la que se halla en contacto con el vértice vesical, tiene en cambio un aspecto completamente distinto y de esa zona se han obtenido las microfotografías que acompañan esta descripción.

Se encuentra allí una pared de aspecto vesical con su revestimiento pavimentoso estratificado asentado sobre una submucosa conjuntiva densa, congestionada y con abundante infiltración inflamatoria crónica de tipo linfocitario. Hacia la parte fistulosa mencionada anteriormente esta mucosa presenta invaginaciones poco profundas y algunas ramificadas en las que el tipo de epitelio se mantiene sin variantes. A este nivel se aumenta la inflamación crónica descrita.



Figura 4
Detalle del cáncer mucoso. Células en anillo de sello.

Continuando el examen hacia la región propiamente correspondiente al uraco se llega a una zona en la que se presentan en la submucosa formaciones tubulosas apiladas, constituidas por tubos de revestimiento cilíndrico simple con células de núcleos rechazados hacia la base y que no muestran actividad mucígena ni aspectos de malignidad. Estos tubos están rodeados de tejidos conjuntivos el que se continúa sin límites netos con el de la submucosa en la que están alojados aquéllos. Estas formaciones se insinúan por debajo del epitelio vesical al que rechazan. En algunos puntos esos tubos se dilatan tomando un aspecto quístico y su epitelio se hace cúbico y aún aplanado, teniendo los mismos un contenido seroso. Estos quistes rechazan la mucosa vesical vecina, aplanándola y simplificándola, pero siempre constituyendo una entidad perfectamente diferenciable de la misma.

Más allá, por fin, encontramos que en la misma ubicación que los tubos adenomatosos antes mencionados, es decir en plena submucosa, se encuentran masas de aspecto francamente neoplásico maligno, constituidas en su mayor parte por células redondeadas vacuoladas, con nú-

cleo rechazado y el centro ocupado por mucina (células en anillo de sello). Entre ellas y ocupando grandes espacios se halla típica mucina. Estas masas neoplásicas casi no tienen células dispuestas en cordones compactos o tubulares, pues esos elementos son prácticamente todos aislados y nadando en la mucina. Se hallan rodeadas esas masas de neoplasia por el tejido conjuntivo ambiente que a veces envía tabiques incompletos hacia el interior de aquéllas. La neoplasia se propaga en profundidad sin límites netos y en superficie llega a contactar con la mucosa vesical con la que sin embargo, estudiando varios cortes, no guarda otra relación demostrable más que la de simple contigüidad: a su nivel la mucosa estratificada se adelgaza, se simplifica y rechaza y la submucosa aumenta su infiltración inflamatoria crónica y la congestión. Pero insistimos en que nos ha sido posible encontrar fases de transición entre ella (la mucosa) y el carcinoma mucoso más arriba descrito. Más bien por la ubicación y su forma nos inclinamos a creer que el cáncer se ha originado en zonas adenomatosas de las mencionadas anteriormente, las que han llegado en su evolución al típico cáncer mucoso.

Los aspectos macro y microscópicos encontrados permiten pensar de que en la pieza estudiada se encuentran dos aspectos:

La parte superior corresponde a un quiste de uraco inflamado y supurado.

En la inferior existe un carcinoma mucoso de aspectos histológicos semejantes al de origen intestinal, originado presuntamente en un adenoma de la región inferior del uraco.

Creemos de interés transcribir la clasificación que hace Begg de los tumores del uraco; los agrupa en la siguiente forma:

- 1) De la porción intramucosa, cuando ella exista.
- 2) De la porción intramural.
- 3) De la porción supravesical.
- 4) De restos anormales del uraco por arriba de su extremo superior, entre ésta y el ombligo.
- 5) De un uraco no formado o no descendido.
- 6) De los cordones fibrosos o musculares derivados de las arterias umbilicales, por arriba del verdadero ápex del uraco. Aunque éstos no son verdaderos tumores del uraco, conviene incluirlos aquí pues muchos casos presentados como tales pertenecen a este grupo; estos son tumores no epiteliales: fibromas, fibromiomas, sarcomas.
- 7) De la pared superior de una vejiga ectópica, la que es en realidad el esbozo del uraco.

El tumor que presentara nuestro enfermo podemos incluirlo en el segundo grupo, es decir entre aquellos nacidos en la porción intramural del uraco.

Los tumores epiteliales de origen uracal pueden ser benignos —adenomas, cistadenomas— y malignos, adenocarcinomas, siendo estos últimos, o bien primitivos o si no el resultado de la transformación maligna de los primeros.

Es muy escasa la bibliografía existente sobre tumores epiteliales benignos del uraco, lo que evidencia su extrema rareza. Coieman Hamm al presentar un caso de cistadenoma de vértice vesical, le atribuye un probable origen uracal, pues aunque si bien no pudo ser determinado con certeza, no se encontraron en la enferma signos de endometritis, otro origen probable de un tumor de esta naturaleza.

En cambio los tumores epiteliales malignos, aunque no muy frecuentes no son excepcionales, y tienen características propias que permiten diferenciarlos de los otros tipos de cánceres vesicales.

Clinicamente se manifiestan con los síntomas propios a todas las neoplasias de la vejiga, aunque predominando el síntoma hematuria; dado que comienzan su desarrollo en la pared vesical o aún fuera de ella y en una zona no siempre bien examinada, es posible que pasen desapercibidos en una cistoscopia de rutina, por cuyo motivo es útil destacar la importancia del examen sistemático y minucioso del vértice vesical en toda cistoscopia; la existencia de este proceso sólo puede manifestarse en forma de una pequeña lesión ulcerosa, o aún de un muy discreto infiltrado, no siempre fácil de ver si no se está prevenido.

Y por último deseamos recalcar que en toda lesión de aspecto tumoral con asiento en el vértice de vejiga, tendrá que pensarse en su probable origen uracal, y recordar la naturaleza altamente maligna de dichos tumores al decidir la conducta terapéutica.

El tratamiento es predominantemente quirúrgico, y con la extirpación del tumor debe researse una amplia zona de vejiga fuera de los límites del mismo: luego deberá procederse a la aplicación de radioterapia profunda.

Con respecto al quiste supurado del uraco que presentara nuestro enfermo concomitantemente con el tumor, no hemos de hacer mayores comentarios, limitándonos a informar que correspondía a la variedad ciega interna. Sólo agregaremos que al hacer la extirpación de los quistes del uraco, es conveniente resear al mismo tiempo la zona del vértice vesical, pues como dice Begg, en ella se encuentran a veces formaciones adenomatosas originadas en el uraco, las que podrían sufrir con el tiempo la degeneración maligna.

A manera de conclusiones y resumiendo lo que decimos más arriba, agregaremos que:

1) Nuestro enfermo era portador de un quiste supurado del uraco, de la variedad ciega interna, y un tumor de la extremidad vesical del mismo catalogado como adenocarcinoma, y que puede ser incluido entre los del segundo grupo de la clasificación de Begg.

2) Como elemento de juicio para el diagnóstico diferencial, diremos que los tumores puros o primitivos de vejiga, localizados en el vértice, se pueden

distinguir de los del uraco, en que ellos se originan en la mucosa vesical, tienden a ser pediculados y sólo infiltran la pared vesical en períodos avanzados de su desarrollo. En cambio, los tumores del uraco, desarrollados en el vértice de la vejiga, en su pared muscular o fuera de ella, penetran la mucosa tardíamente y en algunos casos sólo la rechazan sin invadirla.

3) La extirpación del tumor junto con una amplia zona de la vejiga y complementado por la radioterapia profunda, será el tratamiento a indicar en estos casos.

Visto nuestro enfermo el día 2 de junio próximo pasado, conserva un excelente estado general, no habiendo acusado síntoma alguno referible a su enfermedad anterior; la cistoscopia de control realizada en esa fecha, mostró una vejiga de caracteres normales.