

Serv. de Urol. del Hosp. Central "Dr. Marcelino Freyre"
a cargo del Dr. Ricardo Ercole

CANCER DEL URACO

Por el Dr. RICARDO ERCOLE

Las afecciones del uraco son raras, como se deduce de la reducida casuística publicada, hecho que se justifica por otra parte, tratándose de un resto embrionario que no juega ningún rol después del desarrollo fetal. En efecto hasta el año 1936 Herbst, citado por Iturralde, reúne en total 154 observaciones de la bibliografía mundial y en 1946, nuestro malogrado colaborador el Dr. J. M. Iturralde, en un trabajo de conjunto, en que a propósito de una observación de pio-uraco hace una excelente puesta al día del tema, cita apenas 10 observaciones de la bibliografía nacional. Nuestra experiencia se puede sintetizar en dos observaciones de pio-uraco, una de ellas inédita y la otra que corresponde a la observación ya citada de Iturralde y además un quiste y un cáncer, observaciones estas dos últimas que referimos en la presente comunicación.

Si tenemos en cuenta el origen embriológico común del uraco con gran parte de la vejiga y las relaciones íntimas de este resto embrionario con dicho órgano, es posible comprender que las afecciones del uraco al englobar casi siempre el vértice de la vejiga, se traduzcan por una sintomatología preponderantemente vesical y si además consideramos que en su terapéutica, necesariamente quirúrgica, el problema fundamental que se plantea al cirujano es el tratamiento de la vejiga, será necesario aceptar que la patología de este resto embrionario deba pertenecer al urólogo, quien se encuentra en mejores condiciones para abordar su estudio y su tratamiento.

Observación personal. — H. C. 823. Juan P., 64 años, argentino, casado. Ingresó el 9 de enero de 1947 a nuestra clínica privada.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Desde hacen 4 a 5 meses se queja de un dolor moderado que localiza en el hipogastrio, discreto ardor miccional y pollaquitua moderada. Desde hace dos meses temperatura por las tardes que llega a 38°. Regular estado de decaimiento general y baja de peso.

Estado actual. — Bien constituido, de moderado panículo adiposo. Piel y mucosas pálidas. Corazón: punta en 5º espacio a la altura de la línea mamilar. Tonos netos. Tensión arterial: Mx 15 cms. y Mn 9 cms. Reflejos conservadores. Abdomen: Hígado: se lo palpa inmediatamente por debajo del reborde costal. Borde superior a la altura del quinto espacio intercostal. Bazo no se palpa.

A la palpación del abdomen se demuestra, a nivel del hipogastrio, la existencia de una tumoración que parece formar cuerpo con la pared, de límites poco precisos, que se extiende desde unos 4 traveses de dedo por debajo del ombligo hasta el pubis, llegando lateralmente hasta los bordes externos de ambos tectos. La palpación bimanual con un dedo en el recto demuestra que esta tumoración es bien anterior, no guardando relación con la próstata ni con la vejiga, que están libres. Es una tumoración fija, dura y poco dolorosa. Se tiene en definitiva la impresión semiológica de tratarse de un infiltrado leñoso del espacio prevesical.

Aparato urinario. — Riñones no se palpan. No hay puntos dolorosos. Uretra: de buen calibre. Próstata: con sus caracteres normales. Vesículas seminales: no se palpan. Vejiga: no hay residuo. Buena capacidad.

Cistoscopia. — Mucosa de aspecto normal, salvo a nivel del vértice de la vejiga donde existe una zona que se calcula del diámetro de una moneda de 5 ctvs., en que la mucosa muy roja tiene un aspecto vegetante, como de infiltrado profundo, cuya naturaleza inflamatoria o tumoral no es posible precisar.

Exploración radiográfica. — *Radiografía directa:* negativa. *Urograma por excreción:* buena eliminación. *Pielograma de ambos lados de aspecto normal.* *Cistograma también de conformación normal.* *Cistografía por relleno:* se dibuja una vejiga de aspecto normal.

Exámenes de laboratorio. — Urea en sangre: 0,30 grs. *%*. Recuento globular: Glóbulos rojos: 3.800.000. Glóbulos blancos: 7.500. Hemoglobina: 68 *%*. Eritrosedimentación: 1ª hora: 70; 2ª hora: 100. Orina: Albúmina: 1,30 grs. *%*. Glucosa: no contiene. Sedimento: abundante cantidad de púccitos. Gran número de hematies.

Evolución. — Se hace el diagnóstico de una afección del uraco, planteándose la posibilidad que se trate de un proceso supurado del mismo o de un cáncer. Como hay temperatura que llega a 38 grados y la eritrosedimentación es muy acelerada, se decide efectuar penicilina, haciéndose en total 3.000.000 de U. a razón de 100.000 U. cada tres horas, con lo cual la temperatura se hace normal, habiéndose reducido visiblemente el plastrón. Persiste para nosotros la duda diagnóstica de que se trate de un cáncer infectado del uraco. Sin embargo la familia resuelve retirar al enfermo de la Clínica, para continuar el tratamiento con penicilina en su domicilio y de acuerdo con su evolución internarlo nuevamente.

8-III-1947: El enfermo reingresa en la Clínica. Su estado general se ha desmejorado visiblemente. Refiere además que el ardor miccional y la pollaquiuria se han intensificado y que tiene hematuria terminales moderadas e intermitentes.

El examen clínico general no agrega ningún elemento nuevo fuera de que el paciente se encuentra más postrado y que su palidez se ha acentuado, cosa que se pone también de manifiesto en el examen de sangre, que revela una anemia más marcada que en la exploración anterior.

En la palpación del abdomen se pone de manifiesto el plastrón en el hipogastrio con las mismas características que las observadas en el primer examen.

Cistoscopia. — Capacidad de 150 c.c. A nivel de la cúpula de la vejiga se observa una lesión, que abarca una extensión mucho mayor que la que se observaba en el examen anterior. Es de tipo vegetante franca, en parte ulcerada, sesil, que infiltra la mucosa en su periferia en una corta extensión.

Cistografía. — La imagen se ha modificado en relación con el examen anterior, ya que se observa a nivel de la cúpula de la vejiga una imagen de falta de relleno, de bordes deflecados.

Biopsia endoscópica. — Previa anestesia con pentothal sódico, se efectúa con el resectoscopio de Stern Mac Carthy, la extracción de un trozo del tumor para biopsia.

Evolución. — Con el diagnóstico de cáncer del uraco y dada la extensión del proceso y las condiciones mediocres del enfermo, que consideramos inoperable damos de alta al enfermo, quien fallece en caquexia pocos meses después, en su domicilio.

Examen histopatológico. — Que debemos a la gentileza del Prof. Dr. José M. Cid.

Descripción microscópica: En los cortes histo-patológicos obtenidos según la técnica corriente, el microscopio revela la existencia de formaciones irregulares y material necrótico entremezclados. Las primeras están formadas por un eje conjuntivo que se ramifica una y otra vez, el que está revestido por un epitelio cilíndrico.

Este epitelio es del tipo cilíndrico simple, asumiendo en algunos sitios aspecto pseudo estratificado. El citoplasma es acidófilo, claro, sobre todo en las formas pseudo estratificadas. Igualmente puede verse su apice redondeado, haciendo ligera saliencia en la cavidad, sin platillo estriado y sin cilias.

No se observan células caliciformes ni tampoco se ve mucina en sus cavidades.

La estructura papilar es fundamental, pudiendo observarse algunas estructuras de aspecto glanduliforme, debido a incidencias en el corte de las papilas.

Los núcleos son un tanto desiguales, de aspecto homogéneo, con un evidente nucleolo. Las mitosis son numerosas, con muchas atípicas. En cuanto al estroma que forma el eje de las vellosidades, llama la atención su escasez.

Diagnóstico histopatológico. — Epitelioma cilíndrico papilar de origen en vestigios epiteliales del uraco.

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS

Si bien es cierto que el tejido neoplásico en estudio carece de características microscópicas que permitan referirlo a un origen tisular determinado, podemos excluir terminantemente su precedencia a partir del epitelio vesical, ya que obligaría admitir una transformación del mismo que no es de observación en la práctica.

Gran parecido tiene en cambio la presente neoplasia con ciertos cánceres papilares del recto, los que adquieren a veces estructuras totalmente superponibles.

El origen en el uraco estaría abonado por la coincidencia de esta estructura intestinal ya que el uraco es de la misma ascendencia entodérmica, siendo sus posibilidades evolutivas dobles, intestinal y vesical; por su localización en el vértice de la vejiga que excluye su procedencia intestinal y en cambio justifica la del uraco, y por su evolución desde la pared profunda de la vejiga hacia la mucosa vesical, como se demuestra por el estudio clínico efectuado durante su período evolutivo, que excluye cualquier duda en cuanto a su posible origen en la mucosa vesical.

Los tumores del uraco son de observación tan rara que hasta el año 1931 Begg pudo reunir apenas 44 casos de la bibliografía mundial, los que pueden clasificarse en varios grupos de acuerdo con el autor ya citado, teniendo en cuenta su origen en la porción intramucosa o intratumoral de la vejiga, en la

porción supravesical o en los restos anormales del uraco. De las 44 observaciones relatadas 23 corresponden a tumores epiteliales, 8 a tumores mixtos, 3 fibroadenomas, 6 sarcomas y 4 fibromas. En realidad el grupo de tumores mejor delimitados y que por otra parte tienen más interés para nosotros es el de los cánceres epiteliales. Hayes y Segal en el año 1945 a propósito de una observación personal hacen una compulsiva bibliográfica reuniendo un total de 44 casos de carcinomas coloideos, a las que se pueden agregar después de entonces muy escasas observaciones publicadas.

El cáncer del uraco es un tumor de la edad adulta, el más joven de los casos relatados tiene 20 años y se observa preferentemente en el hombre, en el 80 % de los casos según Ferrier, Craig y Foord citados por Higgins.

Para comprender la patología del uraco y en particular la histogénesis de los tumores originados en el mismo, es necesario recordar algunos conceptos de embriología. En este sentido cabe destacar que el criterio clásico de que el uraco deriva de la alantoides, ya no es aceptado por los tratadistas modernos después de las investigaciones de Félix, como lo ha puesto bien de manifiesto Begg, quien en una serie de trabajos ha estudiado en forma exhaustiva la anatomía, la histología, la embriogénesis y la patología de este resto embrionario. Se establece, de acuerdo con las citadas investigaciones, que el uraco corresponde a la porción superior, estrechada de la vejiga embrionaria, la que a su vez, excepción hecha de la porción trigonal, se deriva de la cloaca ventral, sin tener relación alguna con la alantoides. La vejiga que al principio de su desarrollo llega hasta el ombligo, continuándose hacia afuera con el conducto alantoideo, sufre un proceso de estrechamiento en su porción más cefálica, la que finalmente constituye el uraco. En su etapa evolutiva final, la vejiga que en un principio tiene una posición alta, sufre un proceso de descenso, traccionando consigo el uraco, que también desciende para ocupar su posición anatómica definitiva. De acuerdo con las descripciones de Begg, el uraco, cuya longitud varía entre tres y diez cms., se extiende desde el vértice de la vejiga hacia arriba, entre la fascia transversalis y el peritoneo, ocupando sólo el tercio inferior del espacio comprendido entre la vejiga y el ombligo. Desde su extremidad superior se une al ombligo por intermedio de los hacecillos fibrosos que constituyen el plexo de Lushka. Cabe destacar sin embargo, que en ciertos casos, la vejiga embrionaria no llega a estrecharse en su extremidad cefálica para reformar el uraco, el que no alcanza a constituirse, como consecuencia de lo cual el vértice de la vejiga queda a la altura del ombligo, condición ésta que se observaría en los casos de fístulas urinarias del ombligo, que serían, en realidad, como sostiene Begg, fístula umbilico vesicales. En otras circunstancias el proceso normal de descenso de la vejiga y del uraco queda detenido, ocupando el vértice de la vejiga una

posición alta, por encima de la sínfisis del pubis y llegando el uraco hasta el ombligo, disposición que se observa normalmente en el feto a término y que es la que correspondía en la observación relatada por Iturralde.

El uraco se conserva durante toda la vida como un conducto permeable, constituido por una pared fibro-muscular y revestido interiormente por un epitelio de transición y ocupada su luz por una abundante descamación mucosa. De acuerdo con Begg en el 33 % de los casos persiste una comunicación franca de dicho canal con la vejiga y en los restantes casos dicho canal termina en plena pared vesical, aunque en íntimo contacto con la mucosa vesical.

El epitelio del uraco tiene tendencia a politerar entre los elementos fibro-musculares de la pared, constituyendo finalmente islotes celulares independientes, los que, por degeneración de las células centrales, como sostiene Begg, dan origen, en unos casos, a la formación de quistes y en otros a la constitución de formaciones adenomatosas, origen a su vez de tumores malignos.

El epitelio del uraco deriva en definitiva del epitelio cúbico de la cloaca primitiva, de la cual como consecuencia de la interposición del septum uro-rectal, se origina como sabemos el epitelio cilíndrico en el recto y el epitelio de transición en la vejiga. Como establece Begg las células epiteliales del uraco conservan la potencialidad primitiva de las células cloacales y ello justifica los distintos tipos histológicos del cáncer del uraco, pudiéndose observar su evolución hacia el epitelio glandular o hacia el epitelio a células de transición.

La experiencia demuestra sin embargo, que en la mayoría de los casos predomina sobre las células tumorales el impulso primitivo del epitelio cloacal, de origen entodérmico, evolucionando el tumor hacia el tipo de adeno-carcinoma, que, en la mayoría de las veces, es coloideo, como el de los cánceres del recto. En efecto, sobre un total de 21 casos de cáncer del uraco referidos por Begg, 18 eran adeno-carcinomas coloideos y tan sólo 3 adeno-carcinomas sin degeneración colidea. De las observaciones relatadas después de dicha publicación, todas pertenecen al primer grupo, a excepción de uno de los dos casos referidos por Higgins, a lo que puede agregarse nuestra observación, más rara aún, pues se trata de epitelioma cilíndrico, de estructura papilar, aunque en definitiva semejando también en su estructura a ciertos cánceres papilares del recto.

En cambio la siguiente observación de quiste del uraco, también estudiado por nosotros tiene un epitelio de revestimiento estratificado que es de un tipo vesical inmaduro.

Observación personal. — H. C. 968. G. C. de 63 años., arg., casado. Ingresa a nuestra clínica privada el 25-5-48.

A. P. Sin importancia.

E. A. Se trata de un enfermo sin antecedentes dignos de mencionar, que presenta desde

hace 3 a 4 años sintomatología de disuria inicial, chorro corto y pollaquiria nocturna. (2 a 3 veces).

E. A. El examen general no revela nada digno de mencionar. Tensión arterial: Mx. 14, Mn. 9 cms.

Abdomen: Blando, depresible, indoloro. Hígado y bazo no se palpan.

Aparato urinario: Riñones no se palpan. Uretra permeable. *Próstata:* adenofa grado 3. *Vesículas seminales:* no se palpan. *Vejiga:* no hay residuo. Buena capacidad.

Cistoscopia. — Celdas y columnas en bajo fondo. Orificios ureterales bien implantados. Adenoma de prostata grado 2.

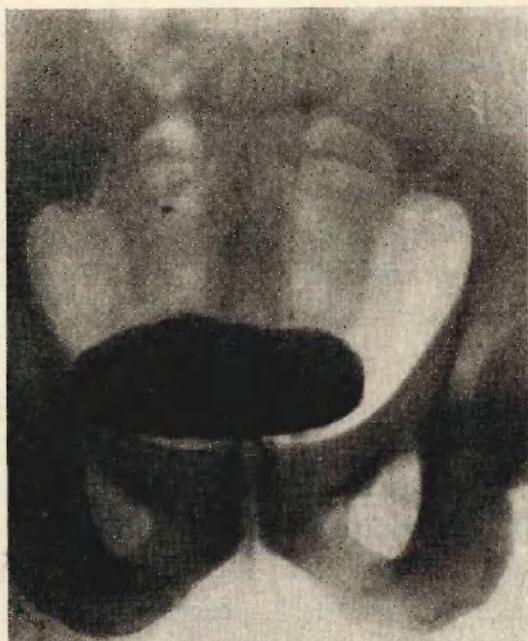


Figura 1

Cisto-radiografía de frente de aspecto normal.

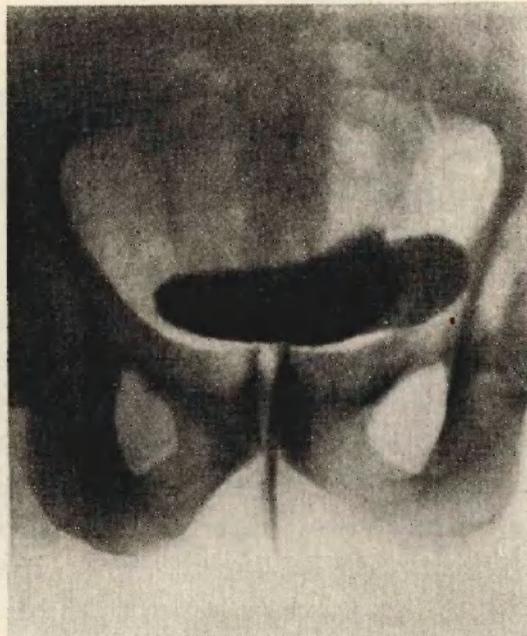


Figura 2

Cisto-radiografía de frente obtenida 2 meses después: se demuestra un aplastamiento de la vejiga con falta parcial de relleno en su borde superior.

Urograma por excreción: Pielograma de ambos lados de aspecto normal.

Cistograma: Imagen de falta de relleno por el adenoma de próstata. Con el diagnóstico de adenoma de la próstata, indicamos la intervención quirúrgica, haciendo como primer tiempo una cistostomía.

Operación. — 29-V-48: Anestesia local. Insición mediana supra-pubiana. Investigación anatómica de la vejiga. Cistostomía con la técnica habitual.

Al abordar la vejiga se demuestra, a nivel del vértice de la misma, una pequeña tumoración quística, que se calcula del tamaño de una nuez, adherida a la pared vesical, pero sin contactar



Figura 3
Micro-fotografía con un aumento de 100 D.: estructura de epiteloma cilindrico papilar, con porciones de epitelio simple y de epitelio pseudo estratificado.



Figura 4
Aumento de 400 D.: una porción del anterior a mayor aumento.

con la mucosa de este órgano. Este quiste tiene una forma periforme, con el vértice dirigido hacia arriba, prolongándose hacia arriba con un cordón fibroso que va en dirección al ombligo y que es necesario seccionar en la parte alta de la herida operatoria, para efectuar la extracción del quiste.

Cierre habitual a la pared, dejando un drenaje del espacio prevesical.

Post-operatorio: normal.

Examen de la pieza operatoria. — El estudio histopatológico efectuado por el Prof. doctor José M. Cid, dice:

La pared quística está formada por una pared conjuntiva con elementos musculares lisos, de un espesor que alcanza hasta 1 milímetro, sin límite neto por el lado externo. La cavidad



Figura 5
Fotografía del quiste del uraco, visualizándose también hacia arriba una porción del uraco de aspecto normal.

está revestida por un epitelio continuo cuyo contorno es ligeramente ondulado. Es estratificado con una a más capas de células poliédricas. La capa más superficial es en muchos puntos netamente cilíndrica, como puede observarse a la derecha de la microfotografía. En estas zonas la última capa es de elementos más planos. En alguna depresión el aspecto claro de las células hace contraste con el resto, adoptando en conjunto el aspecto de una cripta. Por debajo del epitelio existe un esado inflamatorio crónico. En cortes transversales del cordoncito anexo se observa la misma estructura fibro-muscular, con abundantes fascículos musculares lisos, constituyendo la casi totalidad del cordón, cuyo centro está ocupado por una estrecha cavidad cilíndrica, recubierta de un epitelio cúbico simple, de tipo indiferente, que en algunos sitios parece estratificado.

Diagnóstico histo-patológico. — Quiste del uraco con epitelio de revestimiento de tipo vesical inmaduro.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

El cáncer del uraco invade precozmente la vejiga o se inicia en el vértice de la misma cuando existe una comunicación del conducto con la luz vesical, por cuyo motivo, en realidad, la sintomatología de estos tumores es semejante a la

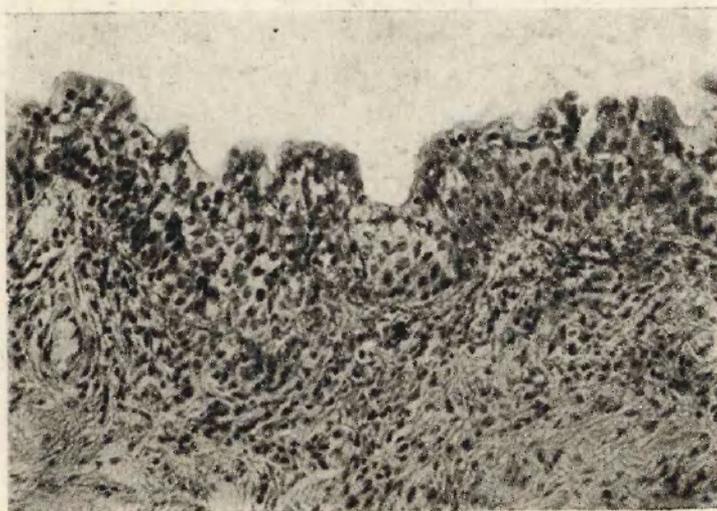


Figura 6
Micro-fotografía con un aumento de
200 D. que corresponde a la pared del
quiste descrita en el texto.

del cáncer primitivo de la vejiga, caracterizándose por los trastornos miccionales propios de dicho tumor y por la hematuria, síntoma, este último, que suele ser el primero referido por el enfermo. En alguna oportunidad como en nuestra observación, se demuestra la existencia de una masa palpable en el hipogastrio que se extiende por detrás del pubis, y que constituye, cuando existe, un elemento de juicio importante para el diagnóstico.

La presunción diagnóstica deriva del examen endoscópico al demostrar la existencia de una lesión tumoral, habitualmente pequeña, en la cúpula de la vejiga, sitio de localización poco frecuente para los tumores primitivos de la

mucosa vesical, lesión que puede ponerse también de manifiesto, como en nuestro caso por una cistografía.

El estudio histo-patológico de un trozo del tumor obtenido para biopsia por vía endoscópica, al demostrar los caracteres habituales de los tumores de tipo rectal, la mayoría de las veces con el aspecto de adeno-carcinoma coloideo, confirma la presunción del diagnóstico clínico.

Sin embargo cabe en estos casos la posibilidad de que el tumor sea de origen vesical, ya que, aunque raramente, suelen observarse en la vejiga tumores que



Figura 7
Micro-fotografía que corresponde a una
sección transversal del uraco anexo al
quiste.

tienen la estructura del adeno-carcinoma o inclusive verdaderos adeno-carcinomas coloideos. Un grupo de ellos y que no pueden entrar en consideración para este caso, está constituido por los adeno-carcinomas del trigono o vecinos al cuello de vejiga, originados en las glándulas subcervicales de Albarran o subtrigonales de Home. El otro lo constituyen los derivados de las estructuras glandulares de Von Brunn, las cistitis quísticas y las cistitis glandulares, que pueden dar origen a tumores glandulares del tipo que estudiamos. Para el diagnóstico diferencial del cáncer del uraco con estos adeno-carcinomas primitivos de la vejiga, cuando asientan en la cúpula del órgano, tiene importancia la forma de la implantación del tumor y su característica evolutiva. Mientras que los tumores primitivos de la vejiga se originan en la mucosa, son a veces pediculados e

invaden secundariamente la pared muscular, vale decir, van de la superficie a la profundidad, los tumores del uraco, como lo hemos podido observar en nuestro caso, evolucionan de la profundidad hacia la superficie, es decir que infiltran primero los planos musculares de la vejiga y secundariamente invaden la mucosa vesical.

El tratamiento debe consistir en la extirpación del tumor y de los tejidos vecinos que incluyen la resección de la cúpula vesical, en forma lo más amplia posible, con el peritoneo que le recubre, el uraco en toda su extensión con el peritoneo parietal correspondiente y los tejidos pre-peritoneales, pudiendo en ciertos casos justificarse la resección del ombligo. De acuerdo con la experiencia de Begg en su caso, así también en muchas de las observaciones relatadas, la recidiva del tumor no se hizo en la vejiga, por cuyo motivo no parece justificarse en estos casos la cistectomía total, lo que se explica teniendo en cuenta que la localización del tumor hace posible la resección de la vejiga en zona bien alejada del mismo.

Si bien estos tumores han tenido en algunos casos una evolución clínica prolongada, los resultados terapéuticos han sido pobres; ya que de los 18 casos referidos por Begg, tan sólo uno tuvo una evolución posterior mayor de 2 años y medio.

BIBLIOGRAFIA

- Begg, R. Campbell* — The Urachus and Umbilical fistule. Surg. Gynecology and Obstetrici. Vol. 45, 1927. Pág. 165.
- Begg, R. Campbell.* — The Colloid Adenocarcinomata of the Bladder Vault Arising from the Epithelium of the Urachal Canal. British Journal of Surgery. T. XVIII. 1930-31. Pág. 422.
- Begg, R. Campbell.* — Colloid Tumour of the Urachus Invading the Bladder. British Jour. of Surgerv. T. XXIII. 1935. Pág. 769.
- Begg, R. Campbell.* — Enormous Nucoid cyst of the Bladder. Journal of Urol. Vol. 57, 1947. Pág. 870.
- Hayes, J. J. y Segal, A. D.* — Mucinous Carcinoma of the Urachus Invading of the Bladder. Journal of Urol. Vol. 53, 1945. Pág. 659.
- Higgins, Charles C.* — Carcinoma of the Urachus Report of two Cases. The Urol. and Cutaneous Review. 1946. Pág. 4.
- Hughes, F. A. y Florit, A.* — Algunas consideraciones sobre un tumor del vértice de la vejiga. Memoria de la Soc. Uruguayo de Urología. T. III-IV. 1937-38. Pág. 146.
- Rakin, F. N. y Parker, B.* — Tumors of the Urachus. Sur. Gynecology and Obst. Vol. 42, 1926. Pág. 19.

Bibliografía nacional de patología del uraco

- Allende, Carlos.* — Quiste fistulizado del uraco. Bol. y Trab. de la Soc. Cir. de Bs. As. XLII, 581-584, 1929.

- Allende, J. M.* — Tumor del uraco. Bol. y Trab. de la Soc. Cir. de Bs. As. XIII, 527-531. 1929.
- Delporte, T. V.* — Proceso supurativo del uraco: Bol. Soc. de Cir. de Rosario. 11, 352. 1944.
- Goñi Moreno, I.* — Fístula Urinaria congénita del ombligo. Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Bs. As. XX, 1026-1032. 1936.
- Iturralde, J. M.* — A propósito de un absceso del uraco. Soc. de Cir. de Rosario. Vol. XIII. 1946. Pág. 252.
- Jorge, J. M.* — Fístula Urinaria congénita del ombligo. Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Bs. As. XX, 1057-1068. 1936.
- Landívar, A., Irazu, J.* — Quiste del uraco. Operación. Curación Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Bs. As. XXI, 975-987. 1937.
- Llanos, M. A.* — Un caso de pio uraco. Forma crónica. Rev. Soc. Arg. de Urol. Pág. 269. 1938.
- Nanzoni, A. R.* — Quiste supurado del uraco. Boletines de la Soc. de Cirugía de Rosario. T. XIV. 1947. pág. 232.
- Pérez, B. y Matera, R. F.* — Quiste supurado del uraco. El Día Médico. 44, 1142-1145. 1942.
- Turco, N. B.* — Fístula del ombligo. La Prensa Médica Arg. XXVII, 1993-1998. 1940.
- Wilbert, A. y Lascano González, J. C.* — Quiste supurado del uraco abierto en peritoneo. Rev. de la Asoc. Méd. Arg. 53, 340-343. 1939.

DISCUSIÓN

Dr. Irazu. — *Con respecto a lo que expresa el Dr. Ercole sobre la falta de signos observados en los quistes del uraco, quiero mencionar una observación en que pudimos diagnosticar el quiste del uraco por la producción dentro de la vejiga de burbujas de gas. Se trataba de un quiste supurado: era una imagen verdaderamente interesante, de ésas que se observan con poca frecuencia.*

Observamos en esa ocasión que el quiste había hecho una adherencia en el ansa intestinal, como lo mencionó en su trabajo el doctor Dotta, que posiblemente, sea una complicación frecuente en los quistes supurados del uraco.

Dr. Trabucco. — *Estoy un tanto en desacuerdo con la interpretación anatómopatológica que ha presentado el Dr. Ercole.*

Para mí, la vejiga es un derivado del alantoides que recibe la forma mesenquimatosa que formará el trigono y la uretra posterior. Y tan existe la transformación alantoideana, que en cierta etapa del embrión, cuando éste va haciendo su diferenciación vesical, se encuentran células mucíferas. No se puede hacer ese distingo de vejiga no alantoideana y parte alantoideana exclusivamente.

Prometo traer la próxima reunión algunos cortes histológicos, en los que se conserva el alantoides y la vejiga que tienen el mismo origen. Prácticamente, no hay diferencia entre alantoides y vejiga. La diferenciación se hace más adelante. Es por eso, que el primer preparado que mostró el Dr. Ercole, es

netamente alantoideo. Es un epitelio netamente glandular; más que papiliteo pseudoglandular da la impresión de un epitelio glandular y serían muy interesantes las coloraciones con el método de Mayer y las coloraciones argentófilas para ver su basal y sus tentáculos.

Nosotros hemos presentado casos de epitelomas alantoideos del polo superior de la vejiga, que son de nacimiento uracal y los clasificamos como alantoideos por las reacciones que nos dieron. Dentro de los alantoideos, existen las dos variedades: el epiteloma coloideo que es un adenocarcinoma coloideo y el mucoide que es un adenocarcinoma mucoide. Son variedades de evolución; en unos predomina la mucosa y en el otro, el coloide no mucoso de una evolución posterior, en cierto modo, menos maligno que el mucoide.

Vuelvo a insistir que el epiteloma puede ser más alantoideo, sin detrimento alguno del alantoides ni de la vejiga, porque su origen es igual, sobre todo considerando la pared anterior y laterales de la vejiga, que son derivados netamente alantoideos.

Dr. Ercole. --- En primer lugar, quiero agradecer la contribución del Dr. Irazu. En realidad, conocemos bien el caso que acaba de referirnos, áado que figura en el índice bibliográfico de la patología vesical.

Haciendo un paténesis sobre el asunto, deseo destacar que el Dr. Hughes, de Montevideo, aquí presente, ha publicado en el Uruguay una observación que también figura en nuestra bibliografía, de un adenocarcinoma coloide.

Por otra parte, diré que de ninguna manera estoy de acuerdo con el concepto que acaba de emitir el Dr. Trabucco, en base a los conocimientos teóricos de la bibliografía, ya que no he hecho un estudio tan minucioso como el realizado por el Dr. Trabucco.

Después de los trabajos de Beck, todos los tratadistas modernos aceptan que el uraco no es una dependencia del alantoides, como tampoco lo es de la vejiga. Será una dependencia de la cloaca, pero no tiene ninguna participación en la construcción de la vejiga.

Existía el concepto clásico de que la vejiga dependía del alantoides, pero hoy está perfectamente establecido que la vejiga no tiene ninguna relación con el alantoides y que el uraco tiene un origen común con la vejiga, que depende de la cloaca primitiva. Inclusive está demostrado por los estudios anatómicos de Beck, realizados en fetos y en adultos, que el uraco no llega hasta la vejiga. Se extiende de 3 a 5 cms. por encima de la vejiga pero no llega hasta el ombligo.

Justamente en el caso que referí, de un pío de uraco operado por nosotros, se trataba de un enfermo en el que el uraco llegaba hasta el ombligo porque la vejiga no había sufrido el proceso de descenso normal después del nacimiento.

El epitelio del uraco es un epitelio de la cloaca y como un resto embrionario que tiene un epitelio que se deriva del tipo del epitelio primitivo de la cloaca, puede evolucionar, como decía en mi trabajo, hacia el tipo de epitelio de tipo rectal o de los epitelios de tipo vesical, a pesar de que el gran porcentaje de observaciones corresponden al tipo de adenocarcinoma coloideo, como lo destacamos también en nuestra comunicación.