



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-552 - TRATAMIENTO SECUENCIAL DE LA PERSISTENCIA DE URACO SOBREENFECTADA

Revuelta Ramírez, Julia; Muñoz de Nova, José Luis; Correa Bonito, Alba; Valdés de Anca, Álvaro; Delgado Búrdalo, Livia; Maqueda González, Rocío; Blanco Terés, Lara; Martín Pérez, Elena

Hospital Universitario La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: El uraco es un vestigio del alantoides embrionario que involuciona a un cordón fibroso situado a nivel preperitoneal entre el ombligo y la vejiga. La persistencia total o parcial del uraco puede manifestarse de diferentes formas, estando descrita incluso su transformación maligna. La patología del uraco es extremadamente rara tras el periodo neonatal, con una incidencia estimada 0,05% en adultos. En los casos en los que existe una persistencia completa del mismo, la clínica más frecuente es la secreción episódica de orina por el ombligo, existiendo en estos casos riesgo de sobreinfección. Ante la sobreinfección del uraco, se ha propuesto un abordaje en dos etapas: en primer lugar, antibioterapia y drenaje del uraco y, en una segunda etapa, se realizaría la resección del mismo, siendo inclusive factible la vía laparoscópica para la misma.

Caso clínico: Varón de 38 años sin antecedentes de interés que acudió por dolor periumbilical y supuración a través del ombligo de una semana de evolución que no había mejorado con antibioterapia tópica. A la exploración presentaba un área de tumefacción con discreta celulitis periumbilical de unos 10 cm de diámetro, sin fluctuación de esta. En la analítica sanguínea destacaba leucocitosis ($13.300/\text{mm}^3$) con neutrofilia (75%). Ante la sospecha de infección profunda se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal (fig.) en la que se objetivó un absceso retroumbilical de 35×23 mm en línea media, asociado a una persistencia completa del uraco. Se decidió realizar un abordaje secuencial con drenaje de la colección y tratamiento antibiótico empírico. El mes posterior, el paciente fue seguido ambulatoriamente evidenciándose una evolución subóptima a pesar de la adecuada cobertura antibiótica del *Enterobacter aerogenes* que creció en el cultivo y de la realización de una ampliación del drenaje previo. Ante la aparición de fiebre, el paciente acudió a Urgencias, donde se realizó nuevo TC abdominal donde se objetivó un aumento del tamaño de la colección y presencia de una pequeña cantidad de líquido libre intraabdominal. Ante fracaso de manejo conservador, se realizó una intervención quirúrgica urgente en la que se encontró una litiasis de 2×1 cm en el trayecto fistuloso, así como adherencias de las asas intestinales al peritoneo subyacente. Se realizó una resección del uraco en toda su longitud, siendo necesaria la apertura de la cavidad abdominal y la resección del tejido fascial de línea media dada la intensa inflamación existente. El cierre de la pared se realizó mediante la técnica de *small-bite* y se colocó una malla de polipropileno en plano supraaponeurótico de manera profiláctica. El postoperatorio fue favorable, lográndose la resolución del cuadro.



Discusión: Si bien el tratamiento secuencial de la persistencia de uraco sobreinfectada permite la posibilidad de realizar una cirugía con menor agresión parietal, inclusive por vía mínimamente invasiva, el adecuado drenaje del uraco es complicado dada la profundidad del mismo y la posible existencia de litiasis que obstruyan dicho drenaje. En estos casos una cirugía precoz podría ser el tratamiento de elección.