

372 **Maia Brik**
Javier Monleón
María Marín
Rafael Romaguera
Eduardo Cazorla
Luis Ferreres

Quiste de uraco: diagnóstico diferencial con hidrosálpinx

Urachal cyst: differential diagnosis with hydrosalpinx

Servicio de Ginecología. Hospital Maternal La Fe. Valencia. España.

Correspondencia:

Dra. Maia Brik.
Servicio de Ginecología. Hospital Maternal La Fe.
Campanar, 21. 46009 Valencia. España.
Correo electrónico: mibrik@hotmail.com

Fecha de recepción: 21/6/06.
Aceptado para su publicación: 22/2/07.

RESUMEN

Revisar el diagnóstico diferencial de los quistes pélvico-abdominales con el quiste de uraco, y su excisión laparoscópica.

Mujer de 23 años, que presenta como hallazgo casual una masa quística pélvica de 85 × 25 mm tras una ecografía. La resonancia magnética (RM) informa de un posible hidrosálpinx. Un mes después, comienza con dolor abdominal y se indica laparoscopia. El diagnóstico final fue quiste de uraco.

La patología del quiste de uraco suele ser asintomática. La complicación más frecuente es la infección. La ecografía y la RM son pruebas de elección para su diagnóstico. La laparoscopia es una técnica válida para su tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Quiste abdominal. Quiste de uraco. Hidrosálpinx. Laparoscopia.

ABSTRACT

To review the differential diagnosis between abdominopelvic cysts and urachal cyst and the laparoscopic treatment of this entity.

A 23-year-old woman presented a 85 × 25 mm pelvic cyst as an incidental finding on ultrasound examination. Magnetic resonance imaging (MRI) revealed a possible hydrosalpinx. On month later, the patient started complaining of abdominal pain and laparoscopy was indicated. Diagnosis was urachal cyst.

Urachal disease tends to be asymptomatic. The most common complication is infection. The diagnostic tests of choice are ultrasound and MRI. Laparoscopy is a useful technique in the treatment of this entity.

KEY WORDS

Abdominal cyst. Urachal cyst. Hydrosalpinx. Laparoscopy.

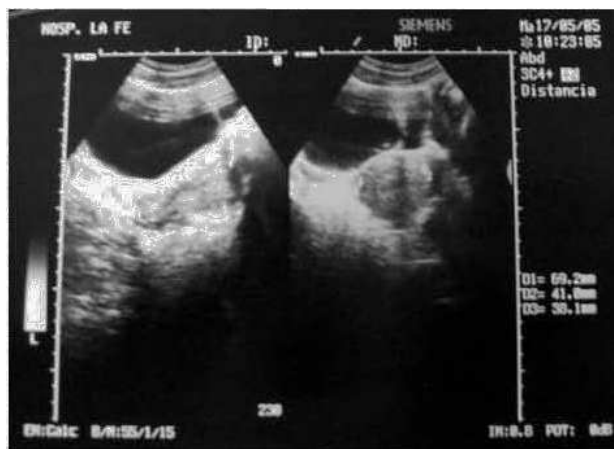


Figura 1. Ecografía con sección longitudinal y transversal de la pelvis.

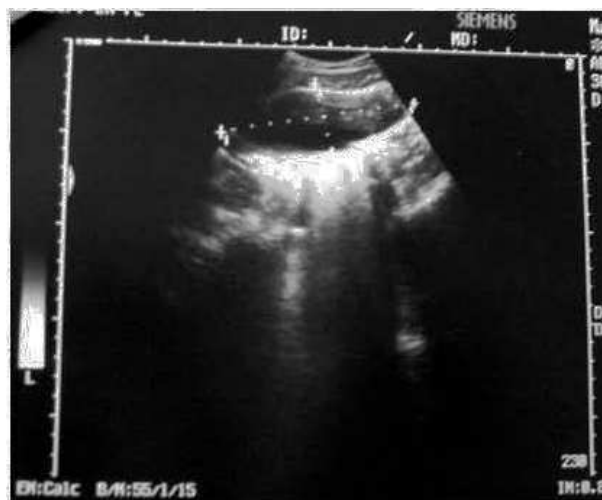


Figura 2. Ecografía con visión del quiste en su diámetro máximo.

INTRODUCCIÓN

El uraco es un cordón fibroso que deriva del esbozo de la vejiga, en su unión con el alantoides en el ombligo. Durante su desarrollo fetal, se oblitera. En el adulto, recibe el nombre de ligamento umbilical medio.

Se sitúa en el espacio de Retzius, entre el peritoneo y la fascia transversales; lateralmente, se encuentra delimitado por las dos arterias umbilicales involucionadas.

Cabriolus, en 1550, describe el primer caso de alteración en la obliteración del uraco: una fistula de uraco. Posteriormente, Tail, en 1882, describe el primer caso de quiste uracal. Actualmente, existen 331 publicaciones en las que se cita el quiste uracal (Medline) y 34 en los cinco últimos años.

Se presenta un caso de quiste de uraco, que permite revisar el diagnóstico diferencial con otros quistes pélvico-abdominales, y su escisión laparoscópica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 23 años, sin ninguna patología médica ni quirúrgica previa, nuligesta y en tratamiento anticonceptivo con 0,035 mg de etinilestradiol y 2 mg de acetato de ciproterona. Presentó menarquia a los 13 años, FM: 3/28. Acudió a la consulta para la va-

loración de un quiste de ovario izquierdo, diagnosticado de forma casual, mediante ecografía transvaginal, de un mes de evolución. La paciente presentaba dolor intermitente, de tipo punzante, coincidiendo con determinados movimientos.

Durante la exploración física se apreció un abdomen blando, depresible, no doloroso y ausencia de signos de irritación peritoneal. Presentó un útero en retroversión, de tamaño normal, un cérvix móvil, no doloroso a la movilización, y anexos y fondo de saco de Douglas, libres.

En la ecografía (transvaginal y abdominal) se visualizó un útero en retroversión, con línea endometrial homogénea, ambos ovarios de aspecto poli-quístico e imagen anecoica de 82 × 25 mm alargada, situada entre el útero y la vejiga. Se encontró una pequeña dilatación de la hemipelvis derecha a nivel renal (figs. 1 y 2).

La resonancia magnética (RM) abdominal solicitada se informó de una formación quística que ocupaba el parametrio izquierdo y el compartimento anterior –lo que causaba compresión y desplazamiento de las estructuras adyacentes, de 2 cm diámetro máximo, compatible con hidrosálpinx izquierdo–, y evidenció una ligera colección de líquido en el fondo de saco de Douglas (figs. 3, 4 y 5).

Con el informe de la RM, se pautó un tratamiento antibiótico, ante la sospecha de un proceso infeccioso subclínico (100 mg/12 h de doxiciclina por

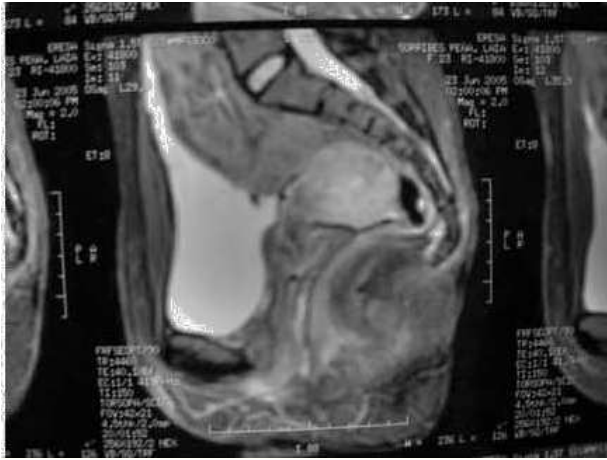


Figura 3. Resonancia magnética de pelvis, sección longitudinal.

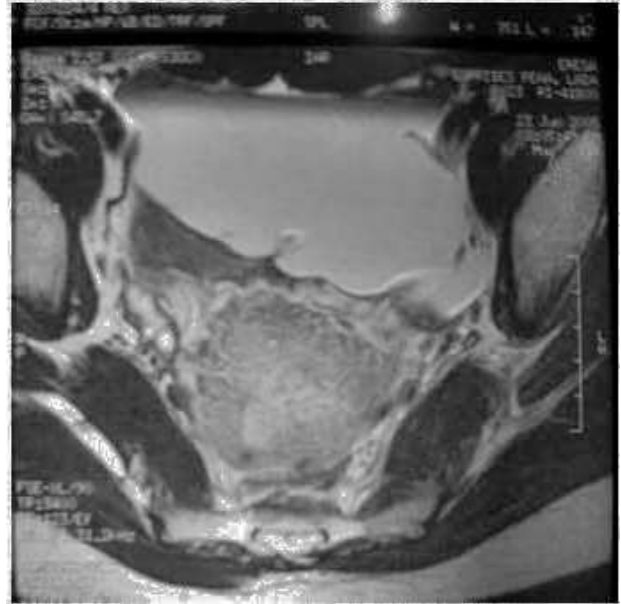


Figura 4. Resonancia magnética de pelvis, sección transversal I.



Figura 5. Resonancia magnética de pelvis, sección transversal II.

vía oral durante una semana). Se decidió un control evolutivo en 3 meses. Durante este período, persistió el dolor en la fosa ilíaca izquierda, intermitente y moderado. La ecografía posterior fue similar a la primera.

Finalmente, ante la persistencia del dolor y la impotencia funcional, y dada la profesión de bailarina de la paciente, se decidió realizar una cirugía laparoscópica, en la que se observó ovarios y anexos normales. En la cara anterior de cavidad peritoneal, se observó un quiste de 10 × 3 cm y otro similar hacia lado derecho, de 2 cm de diámetro máximo. Se practicó la exéresis del quiste y se comprobó la in-

tegridad de la vejiga. Se extirpó también el quiste del lado derecho (figs. 6, 7 y 8). El postoperatorio cursó sin complicaciones, y después de 2 días se dio el alta a la paciente. El control de la paciente, un mes después de la operación, fue satisfactorio.

La histología reveló una cápsula de quiste en la pared abdominal peritoneal con tapizamiento epitelial compatible con quiste de uraco. En la citología del líquido quístico no se observó malignidad.

DISCUSIÓN

El uraco constituye la parte intraembrionaria del alantoides, y comunica el ombligo y la vejiga. Se constituye en el decimosexto día del desarrollo embrionario en la porción caudal del saco vitelino y, entre la cuarta y séptima semanas, se introducirá por el canal umbilical. Durante el cuarto y quinto mes de gestación, la vejiga desciende a la pelvis, con un estrechamiento progresivo del uraco hasta que finalmente sólo existe un pequeño cordón fibromuscular llamado plexo de Luschka. En un 98% de los casos el uraco se oblitera intraútero.

La histología está constituida por una capa interna de epitelio transicional, otra intermedia de tejido

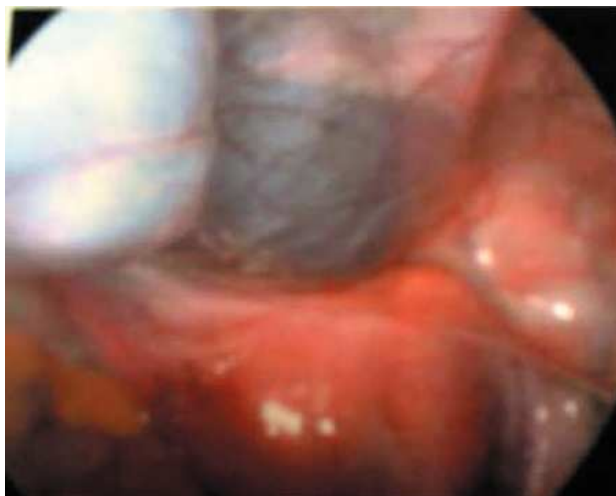


Figura 6. Imagen diagnóstica laparoscópica I.



Figura 7. Imagen diagnóstica laparoscópica II.

conectivo y finalmente una tercera externa de músculo liso, que se hace más gruesa cuanto más cerca está de la vejiga.

Cuando no se produce una correcta obliteración del uraco, se pueden producir diversas afecciones. En primer lugar, las adquiridas: fístula de uraco (completa), quiste uracal (vestigio de alantoides), sinus uracal y divertículo uracal. El uraco permeable es una afección congénita del uraco.

La patología de uraco es más frecuente durante la adolescencia y la infancia (62%) que durante la vida adulta, y las manifestaciones clínicas también difieren¹.

El quiste de uraco se debe a la obliteración de ambos extremos del canal umbilical (vesical y umbilical); en el tercio medio inferior uracal persiste una cavidad que contiene líquido seroso o mucinoso en su interior. En la mayoría de los casos, el quiste de uraco es una entidad asintomática, que se descubre como hallazgo casual durante la realización de diversas pruebas diagnósticas. Puede manifestarse de 3 formas diferentes. En primer lugar, con sintomatología urinaria, como disuria y polaquiuria, o con piuria episódica sin dolor. En segundo lugar, podría cursar como dolor abdominal difuso, intermitente, sin alteraciones del tránsito gastrointestinal, sin desencadenantes, asociado o no a febrícula. Se manifiesta en pacientes con buen estado general. A veces, puede presentarse una masa esférica a nivel umbilical, ligeramente dolorosa. Otra posible mani-



Figura 8. Exéresis laparoscópica del quiste.

festación del quiste de uraco sería la fístula umbilical, que podría drenar a través del ombligo material oscuro^{2,3}.

En general, la aproximación diagnóstica se realiza mediante ecografía. La RM sería otra prueba que nos daría una mayor exactitud a la hora de delimitar bien tanto el quiste como las estructuras adyacentes. Es de gran ayuda para poder establecer un diagnóstico diferencial correcto con otros quistes abdominopélvicos, como son quistes ováricos, hidrosálpinx, ureteroceles y pseudoquistes.

En nuestro caso se planteó el diagnóstico diferencial con un hidrosálpinx, basándonos en el infor-

376 me de la RM; sin embargo, en la ecografía no parecía tratarse de un problema de la trompa. A menudo, el estudio ecográfico, en manos expertas, presenta fiabilidad superior o similar a la RM.

Antes de proceder a la cirugía, se debe tener bien claro tanto el tamaño como la localización exacta del quiste.

Un 43% de los quistes de uraco se asocian a alteraciones genitourinarias, por lo que para completar el estudio preoperatorio se puede realizar una cistouretrografía miccional o la cistoscopia, en adultos.

Entre de las complicaciones del quiste de uraco, la infección es la más frecuente. La rotura del quiste es la complicación más grave y cursaría con peritonitis, cuyo origen no se conocería con claridad previamente a la intervención. Otras complicaciones más raras son la degeneración maligna, con una incidencia de 1 por 5 millones de habitantes, más frecuente en varones. El síntoma más frecuente de manifestación es la hematuria. El manejo del adenocarcinoma de uraco es similar al de otros tumores vesicales malignos⁴.

Se ha descrito algún caso de fístula sigmoideo-uracal, incluso en un paciente con divertículo de Meckel. La fistulografía ayuda a aclarar el diagnóstico.

Por todas estas complicaciones, es conveniente extirpar el quiste uracal una vez diagnosticado. Si se trata de un uraco persistente, el tratamiento incluirá incidir sobre la vejiga. Para lesiones que no comunican con la vejiga, una excisión luminal por debajo del defecto hasta el final del uraco, proximalmente, es suficiente. Stone et al⁵, Jorion⁶ y Siegel et al⁷ optaron por una cirugía laparoscópica, con buenos resultados. La cirugía laparoscópica también fue útil en nuestro caso para ayudar al diagnóstico, puesto que se trataba de un quiste grande de localización pélvica, y con resultados de técnicas de imagen no coherentes, y confirmar el diagnóstico de sospecha.

Las ventajas de la cirugía laparoscópica son la disminución del número de días de estancia hospitalaria, del requerimiento de analgesia y de la convalecencia, incluso la mejoría de los resultados estéticos. Una dificultad que se puede considerar es el lugar de colocación de los trócares para mejorar el acceso a la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donate Moreno MJ, Giménez Bachs JM, Salines Sánchez AS, Lorenzo Romero JG, Segura Martín M, Hernández Millán I, et al. Patología del uraco: revisión de conjunto y presentación de tres casos. *Actas Urol Esp.* 2005;29:332-6.
2. McClenathan J, Umbilical epidermoid cyst: an unusual cause of umbilical symptoms. *Can J Surg.* 2002;45:303-4.
3. El Kamel R, Ounaies A, Saadani H, Hlila M, Jemni M. Le kyste de l'ouraqué. A propos de trois observations. *Prog Urol.* 2001;11:314-8.
4. Paul A, Hunt CR, Harney JM, Jenkins JP, McMahon RF. Stage 0 mucinous adenocarcinoma in situ of the urachus. *J Clin Pathol.* 1998;51:483-4.
5. Stone NN, Garden RJ, Weber H. Laparoscopic excision of a urachal cyst. *Urol.* 1995;45:161-4.
6. Jorion JL. Laparoscopic removal of urachal cyst. *J Urol.* 1994;151:1006.
7. Siegel JF, Winfield HN, Valderrama E, Smith A. Laparoscopic excision of urachal cyst. *J Urol.* 1994;151:1631.