

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alejandro\\_mq@yahoo.es](mailto:alejandro_mq@yahoo.es)  
(A.A. Marcacuzco Quinto).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.11.015>

## Diagnóstico diferencial de masa quística abdominal: el quiste de uraco malignizado<sup>☆</sup>

### Differential diagnosis of a cystic abdominal mass: Malignant transformation of the urachal cyst

La degeneración maligna del quiste de uraco es una entidad rara, menos del 0,5% de los tumores vesicales, de curso clínico indolente y diagnóstico tardío<sup>1</sup>. Presentamos el caso de un adenocarcinoma de uraco de tipo mucosecretor que planteó como diagnóstico diferencial el quiste mesentérico y el cistoadenoma ovárico.

Se trataba de una mujer de 74 años, con antecedentes de cardiopatía hipertensiva y dislipidemia, que acudió a consulta de Cirugía General y Digestiva, derivada de Atención Primaria, por aumento del perímetro abdominal de 2 años de evolución y disminución progresiva de la diuresis y del tránsito intestinal, sin pérdida de peso. A la exploración, presentaba una masa abdominal que ocupaba el hemiabdomen inferior hasta la región umbilical. La exploración ginecológica descartó afección a ese nivel. Aportó un informe de ecografía en el que se evidenciaba una masa hipogástrica heterogénea de 17 × 15 × 12 cm, de aspecto quístico, con calcificaciones en superficie y contenido denso, sin evidencia de vascularización interna. Se realizó TC abdominopélvico demostrando lesión hipodensa de apariencia quística en mesenterio, de 17 × 15 cm, con pared engrosada y calcificaciones en la misma, sin continuidad con útero, ovarios ni vejiga aunque desplazaba a esta última (fig. 1).

Se decidió intervención quirúrgica realizándose laparotomía media suprainfraumbilical y exéresis de la masa con resección en bloque de pared anterior y cúpula vesical (fig. 2). En el resultado anatomopatológico se informó de quiste de uraco malignizado con adenocarcinoma de tipo mucosecretor, infiltrando la pared vesical.

La paciente fue remitida a consulta de Urología, donde se le realizó cistografía de control a los 20 días de la intervención, con defecto de repleción en cara superior derecha sin fuga de contraste, por lo que se retiró la sonda vesical, sin incidencias. Se realizó TC abdominopélvica y radiografía de tórax de control, sin alteraciones. Por último acudió a la consulta de Oncología donde se decidió seguimiento.

El quiste de uraco es una anomalía consecuencia de la obliteración de ambos extremos uracales, persistiendo contenido líquido seroso o mucinoso en su parte media.

Habitualmente asintomáticos, se diagnostican al presentar complicaciones<sup>1</sup>. Una forma inusual de presentación es la degeneración maligna. La incidencia anual del carcinoma de uraco es del 0,01% de todos los cánceres en adultos y comprende entre el 0,17 y el 0,34% de los cánceres de vejiga<sup>2-4</sup>. Es más frecuente en varones de 40 a 60 años<sup>1</sup>. Histopatológicamente, el adenocarcinoma constituye el 80-90%, fundamentalmente de tipo mucinoso<sup>2</sup>, y se presenta en forma de masa palpable en línea media infraumbilical y hematuria. La TC aporta el diagnóstico definitivo, de manera que una masa en línea media supravescical con calcificaciones en su interior es altamente sugestiva de carcinoma de uraco<sup>1,5</sup>. El pronóstico es malo debido a que los síntomas son de presentación tardía por la localización extraperitoneal, la tendencia a la invasión local temprana y a metástasis a distancia<sup>2</sup>. En nuestro caso, los diagnósticos diferenciales que se plantearon fueron el quiste mesentérico, más frecuente en la cuarta década de la vida, que se presenta como masa abdominal compresible que puede causar dolor y distensión<sup>6</sup>, y el



**Figura 1 – Imagen de TC donde apreciamos la lesión quística que ocupa buena parte del contenido abdominal e imágenes calcificadas en su interior.**



**Figura 2 – Masa quística en el campo quirúrgico (flecha blanca discontinua), con parte de la pared vesical adherida (resección en bloque) y la vejiga abierta (flecha blanca continua).**

cistoadenocarcinoma ovárico, propio de mujeres posmenopáusicas y que justificaba la clínica de la paciente, pese a una exploración ginecológica normal. El diagnóstico preoperatorio era complicado, por lo que fue la anatomía patológica la que aportó el diagnóstico definitivo.

Importante a la hora de la exéresis completa es que la disección ha de iniciarse a nivel umbilical para resecaer todo el posible trayecto.

En conclusión, el quiste de uraco malignizado es una entidad rara, a tener en cuenta ante el hallazgo de una masa

abdominal, dado su mal pronóstico cuando se retrasa el diagnóstico.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Quicios C, Fernández E, Gómez I. Retención aguda de orina, RAO, como presentación de un quiste de uraco. *Act Urol Esp.* 2005;29:909-12.
2. Scabini S, Rimini E, Romairone E, Scordamaglia R, Vallarino L, Giasotto V, et al. Urachal tumour: case report of a poorly understood carcinoma. *World J Surg Onc.* 2009;7:82.
3. Sheldon CA, Clayman RV, González R, Williams RD, Fraley EE. Malignant urachal lesions. *J Urol.* 1984;131:1-8.
4. Gopalan A, Sharp D, Tickoo S, Herr H. Urachal carcinoma: a clinicopathologic analysis of 24 cases with outcome correlation. *The Am J Surg Path.* 2009;33:659.
5. Cilento B, Bauer B, Retik A, Peters C, Atala A. Urachal anomalies: defining the best diagnostic modality. *Urology.* 1998;52:120-2.
6. Long CY, Wang CL, Tsai EM. Incidental diagnosis of a mesenteric cyst mimicking an ovarian cyst during laparoscopy. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2011;50:388-9.

Manuel Ruiz López\*, Lydia Flores Sirvent, Santiago Mera Velasco, Iván González Poveda y Julio Santoyo Santoyo

Unidad de Coloproctología, Unidad de Gestión Clínica Cirugía General, Digestivo y Trasplantes, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [manuel.ruiz.lop@gmail.com](mailto:manuel.ruiz.lop@gmail.com) (M. Ruiz López).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.08.005>