

EL PROBLEMA NO ERA EL APÉNDICE, ERA EL URACO

Teresa Rama Martínez ¹, Roser Rodó Bernadó ¹, Rosa M Alcolea García ², Víctor López-Marina ³, Idaira Damas Pérez ¹, Gregorio Pizarro Romero ⁴.

¹CAP El Masnou, ²CAP Besòs, ³CAP Piera, ⁴CAP Llefià. Badalona. Barcelona.



Introducción:

El uraco es un vestigio embrionario en forma de cordón fibroso que transcurre por la línea media desde la cúpula vesical hasta el ombligo, entre la lámina posterior de la vaina de los rectos por delante y la pared del peritoneo por detrás (figura 1). El **adenocarcinoma de uraco** es una patología infrecuente y asintomática hasta estadios avanzados, por lo que se suele diagnosticar en fase tardía, comportando mal pronóstico.

Descripción sucinta del caso:

Varón de 35 años que acude al Centro de Salud por presentar desde hace 24 horas dolor abdominal cólico. **Antecedentes personales:** Asma bronquial y rinitis alérgica. **Exploración física:** Dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha y Blumberg positivo. Se deriva a **urgencias hospitalarias**, donde se interviene por sospecha de apendicitis aguda, encontrándose una tumoración quística perforada y necrosada en uraco-cúpula vesical, informada por anatomía patológica de adenocarcinoma mucinoso. Se realiza resección transuretral (RTU) vesical con biopsias múltiples sin evidenciar neoplasia. Se completa estudio con Tomografía (TC) toracoabdominopelvis, informada como normal. Al mes se interviene, realizándose resección umbilical, del uraco, peritoneo, vaina posterior de los rectos anteriores, parte de íleon, cistectomía parcial (cúpula) y linfadenectomía ilioabdominal bilateral.

Estrategia práctica de actuación:

Epidemiología: La incidencia del carcinoma de uraco es de 1 caso por cada 5×10^6 habitantes. Comporta del 0,2 al 1% de tumores vesicales. La mayoría son adenocarcinomas mucinosos. Afecta más a varones que a mujeres (4 a 1), sobretodo entre los 50 y 70 años.

Clínica: Al invadir estructuras vecinas con hematuria principalmente por erosión de la cúpula vesical. Otros: disuria, dolor hipogástrico o mucosuria. Las metástasis afectan al pulmón, cerebro, hígado y huesos.

Diagnóstico: La cistoscopia y la RTU son fundamentales, con TC abdominopelvis (figuras 2 y 3), o RNM.

Diagnóstico diferencial: Quiste de uraco, adenocarcinoma primario de vejiga, adenocarcinoma de colon que invada por contigüidad o tumores del tracto genital femenino.

Tratamiento: La cirugía es la mejor opción, siendo la más practicada la cistectomía parcial extensa con excisión en bloque del uraco, la lámina posterior de la vaina de los rectos y linfadenectomía pélvica bilateral.

Pronóstico: Tras cirugía sobreviven el 40-50% a los 5 años.

Palabras-clave: Urachal adenocarcinoma, urachus, bladder cancer, urachal pathology.

Bibliografía:

- Siefker-Radtke A. Urachal adenocarcinoma: a clinician's guide for treatment. Semin Oncol 2012;39:619-24.
- Cruz P, Ramírez M, Iborra I, Rubio J, Pinto F, Gómez-Ferrer A, et al. Adenocarcinoma de uraco: ¿qué tanto sabemos? Rev Mex Urol.2014;74:301-7.
- Monteiro V, Cunha TM. Urachal carcinoma: imaging findings. Acta Radiologica Short Reports 2012;1:4.
- Ogaya G, Herranz F, Escribano G, Lledó E, Molina R, Husillos A, et al. Adenocarcinoma de uraco. Presentación de 2 casos y revisión de la literatura. Arch. Esp.Urol.2012;65(4):498-501.

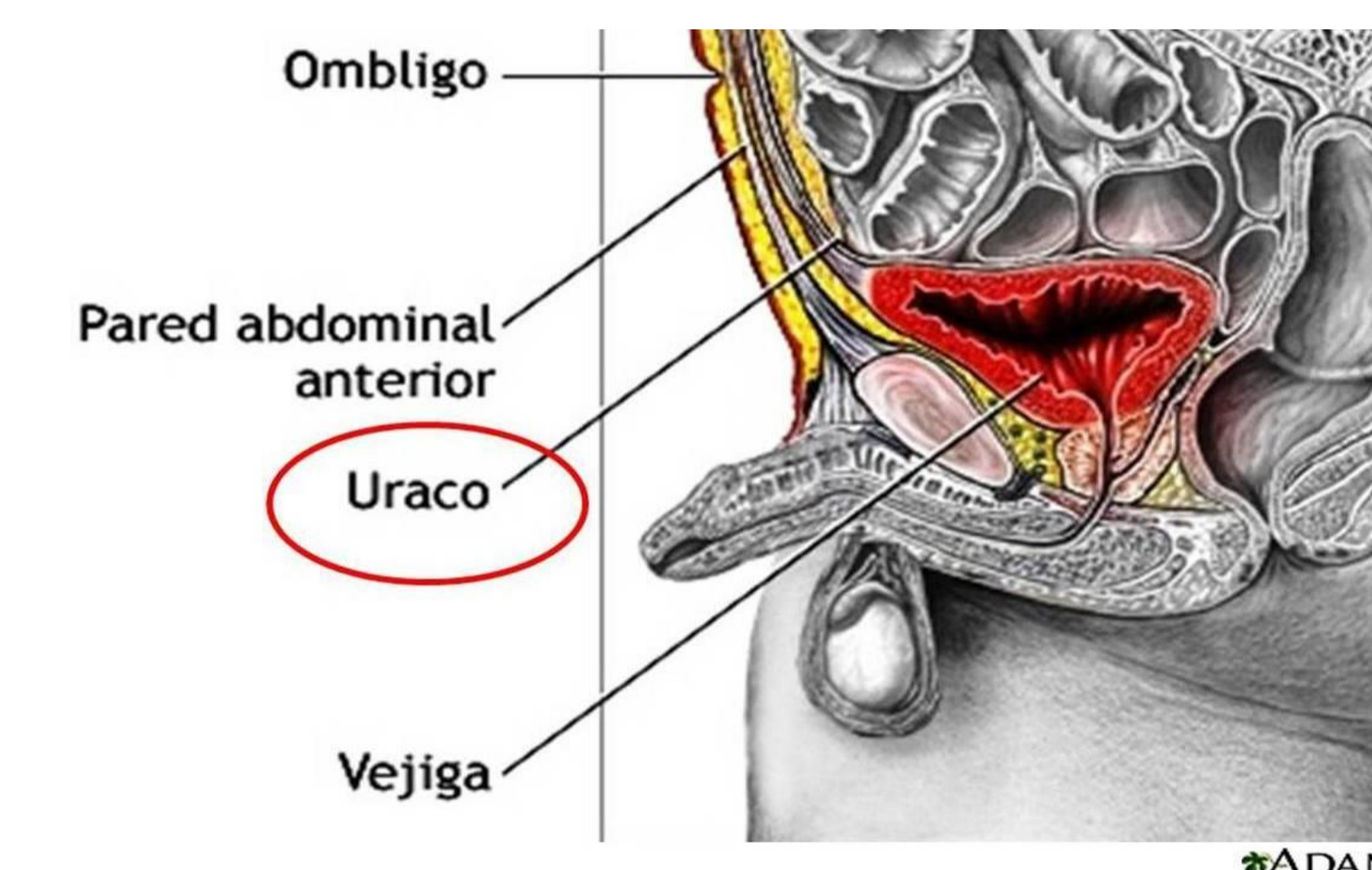


Figura 1.



Ogaya G, et al.
Figura 2.



Ogaya G, et al.
Figura 3.