Asociación Urológica de
Centroamérica y el Caribe

CARCINOMA DE URACO PATOLOGÍA POCO FRECUENTE: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Uraco carcinoma unusual pathology: a case report and literatura review

Autores

María Augusta Velasco Basantes⁽¹⁾, Juan Bernardo Pazmiño Palacios⁽¹⁾, Antonio Miguel Rosales Torres⁽²⁾ & Karen Aileen Girón Orellana⁽³⁾

(1) Cirujano General, Postgradista de Cirugía Oncológica, Universidad San Carlos de Guatemala; Instituto Oncológico INCAN y Hospital Dr. Bernardo Del Valle

(2) Médico y Cirujano, Urólogo; Instituto Oncológico INCAN y Hospital Dr. Bernardo Del Valle

(3) Médico y Cirujano, Cirujano Oncólogo; Instituto Oncológico INCAN y Hospital Dr. Bernardo Del Valle

Correspondencia: 3ra calle 11-05 zona 11 colonia Roosevelt, Código Postal: EC01000, Teléfono: [502] 35952748.

Correo electrónico: mariaaugustavelasco@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.54212/27068048.v9i1.19>

Esta investigación fue financiada con recursos propios. Declaramos no tener ningún conflicto de intereses

Fecha de envío: 16/11/2021

Fecha de aceptación: 03/06/2021

Fecha de publicación: 30/06/2021

RESUMEN

OBJETIVO: Describir las características, tratamiento y evolución del adenocarcinoma de uraco. **MATERIALES Y METODOS:** Paciente de 39 años de edad que fue referido de Hospital Regional de Occidente del Área de Salud de Quetzaltenango, por cuadro de hematuria intermitente con impresión diagnóstica de carcinoma urotelial de alto grado en estudio patológico en biopsia previa por cistoscopia. Recibiendo tratamiento de quimioterapia sin respuesta. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 39 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo II, diagnosticada hace 2 años con tratamiento a base de metformina; que presenta disuria y hematuria intermitente de 1 año de evolución; con 2 cistoscopias que reportan Adenocarcinoma invasor musculo detrusor libre a descartar carcinoma de uraco. Al examen físico del abdomen no hay masas, o adenopatías, Radiografía de tórax normal, TAC abdomen: masa vesical de 8 x 5.5 cm en domo vesical, adherida a pared abdominal.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the characteristics, treatment and evolution of urachal adenocarcinoma. **MATERIALS AND METHODS:** 39-year-old patient who was referred from Hospital Regional de Occidente of the Quetzaltenango Health Area, due to intermittent hematuria with a diagnostic impression of high-grade urothelial carcinoma in a pathological study in a previous cystoscopy biopsy. Receiving chemotherapy treatment without response. **CLINICAL CASE:** 39-year-old male patient with a history of type II diabetes mellitus, diagnosed 2 years ago with metformin-based treatment; presenting dysuria and intermittent hematuria of 1 year of evolution; with 2 cystoscopies that reported invasive adenocarcinoma muscle detrusor free to discard uraco carcinoma. On physical examination of the abdomen there were no masses or lymphadenopathy. Normal chest X-ray, abdomen CT: 8 x 5.5 cm bladder mass in the bladder dome, adhered to the abdominal wall. He was taken to the operating

Fue llevado a sala de operaciones donde se realizó resección amplia de uraco más cistectomía parcial con disección inguinal pélvica bilateral. La patología confirma el diagnóstico con márgenes libres. Fue enviado a radioterapia y recibió 50 Gys al lecho; al momento del estudio no presenta recurrencias. **RESULTADOS:** Es una patología poco frecuente por lo que no existe un consenso sobre el tratamiento adyuvante. **CONCLUSIONES:** La cirugía (cistectomía parcial) más terapia adyuvante con quimioterapia y /o radioterapia están indicados en este tipo de patologías. Es necesario un control y seguimiento riguroso multidisciplinario junto a un amplio plan educacional del paciente y familiares.

room where a wide urachal resection plus partial cystectomy with bilateral pelvic inguinal dissection was performed. The pathology confirms the diagnosis with free margins. He was sent to radiotherapy and received 50 Gys to the bed; at the time of the study there were no recurrences. **RESULTS:** It is a rare disease, so there is no consensus on adjuvant treatment. **CONCLUSIONS:** Surgery (partial cystectomy) plus adjuvant therapy with chemotherapy and/or radiotherapy are indicated in this type of pathology. A rigorous multidisciplinary control and follow-up is necessary along with a broad educational plan for the patient and their families.

PALABRAS CLAVE

tratamiento Quirúrgico, Uraco, Radioterapia

KEYWORDS

surgical Treatment, Uraco, Radiotherapy

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de uraco es una patología muy rara; representa el 0,001 de todos los cánceres de vejiga, más frecuente en hombres con relación 5:1, predominio en la quinta y sexta década de la vida. (1–4)

Su sintomatología usual incluye: hematuria, disuria, dolor en hipogastrio, presencia de moco en orina; el 95 % son adenocarcinomas. (5–7)

Por lo general el diagnóstico es tardío, con pobre pronóstico a corto plazo. Su tratamiento de elección es la cistectomía parcial con exéresis de la lesión. (1,4,8)

de uraco en estadios tempranos en un paciente menor de 40 años.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 39 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus tipo II, diagnosticada hace 2 años con tratamiento a base de metformina; que presenta disuria y hematuria intermitente de un año de evolución; antecedente de cistoscopia y biopsia fuera de la institución con reporte patológico: adenocarcinoma invasor sin especificar grado de invasión del musculo detrusor. Recibió 6 ciclos de quimioterapia con gemcitabina + cisplatino, sin respuesta.

OBJETIVO

Describir las características, el tratamiento quirúrgico y la evolución del adenocarcinoma

Referido a nuestra institución para estudio. Paciente biotipo atlético, signos vitales TA: 110/70; FC: 78 latidos por minuto; FR: 18 por minuto; Saturación de oxígeno aire ambiente: 98%. Al examen físico: cabeza, cuello, tórax de características normales de acuerdo al bio-

tipo, no presencia de adenopatías en áreas linfopórtadoras, abdomen: no presencia de masas palpables.

Exámenes de laboratorio: leucocitos 6.450; neutrófilos:35.4%; hemoglobina 13.2 g/dl; hematocrito: 40.70%; plaquetas: 217.000; glicemia pre pradiat: 137.5 mg/dl; creatinina: 1.39 mg/dl; tiempo de protombina: 16.20 seg.; tiempo de tromboplastina:36 seg. INR: 1.05 %, Grupo sanguíneo: O RH (+).

Uroanálisis: color amarillo, aspecto: turbio; densidad 1015; PH:7; glucosa: 500mg/dl; sangre 200.000mg/dl; células epiteliales: +, bacterias: +; leucocitos: 0-1 x campo; eritrocitos: abundantes; moco, micelios, cristales, levaduras cilindros negativos.

Radiografía de tórax normal, no cuenta con ultrasonografía, sin embargo, se valora tomografía de abdomen completo que evidencia masa vesical de 8 x 5.5 cm en domo vesical, adherida a pared abdominal, sin adenopatías. Se realizó colonoscopia para descartar otro origen del adenocarcinoma (más frecuente colorrectal) la que reportó características anatómicas normales en todo su trayecto, no presencia de lesiones.

Ante información incongruente entre diagnóstico de referencia y hallazgos ya mencionados, se decide realizar nueva cistoscopia más biopsia con reporte transoperatorio que describió fístula de 2 cm, en domo vesical con biopsia

definitiva de adenocarcinoma invasor musculo
detrusor libre a descartar carcinoma de uraco.

Por lo que se realizó resección amplia de neoplasia de uraco más cistectomía parcial con disección inguinal pélvica bilateral; reporte de patología: adenocarcinoma mucinoso tipo intestinal bien diferenciado del uraco 7 x 5 x 4,5 cm, que infiltra la pared de la vejiga sin infiltrar la mucosa, la pared del peritoneo sin atravesarla con calcificaciones distróficas, no permeación linfovascular, pared de vejiga urinaria con fistula con cistitis crónica folicular. margen quirúrgico: libre y alejado de neoplasia. margen el mas cercano 1.8 cm. ganglios negativos para malignidad.

Cuadro se clasifica de acuerdo a Clasificación de la Clínica Mayo como un estadio clínico II (tumores que infiltran de uraco a vejiga o vice-versa) y en la Clasificación de Sheldon como estadio IIIc (extensión local a peritoneo).

Control post quirúrgico: paciente asintomático, recibió radioterapia externa con una dosis de 50 Gys a nivel de lecho tumoral; decisión tomada en sesión clínico quirúrgicos al tratarse de un cuadro de alto riesgo sin márgenes óptimos (descrito en la literatura margen igual o mayor a 2 cm).

Seguimiento clínico: paciente sin signos, ni síntomas de recurrencia; en su control tomográfico de abdomen completo no existen lesiones residuales, ni recidivas.

Imagen 1: TAC Abdomen inferior con masa dependiente del domo

Imagen 2: Cistoscopia evidencia fistula 2 cm con salida de moco en domo vesical

Imagen 3: Vista intra operatoria: Tumoración adherida a peritoneo terminal en fondo de saco ciego

Imagen 4: Vista microscópica: Diferenciación glandular, Urotelio superficial mucinoso

RESULTADOS

Por ser una patología poco frecuente no existe consenso sobre tratamiento adyuvante.

DISCUSIÓN

El carcinoma de uraco constituye una entidad extremadamente rara que representa menos del 1 % de los cánceres vesicales, sin predilección por género, cuya edad media de presentación es de 40 - 50 años. El tipo histológico más común con 63.6 % de los casos son los mucinoso o también denominados entéricos, 4.5% de células transicionales, 4% pueden ser uroteliales puros o sarcomatosos y un 2 % indiferenciados (1,8,10).

Entre los síntomas frecuentes se reseña la presencia de micro o macro hematurias en un 85% de los casos es en ocasiones este signo predominante es la única llamada de alerta como en el presente caso. En el 8-10% se manifiesta dolor en la zona pélvica o periumbilical, la mucosuria reportada en la literatura tiene un valor variable desde 10-17%, cuando hay invasión de la pared abdominal hacia la cicatriz umbilical del remanente embriológico uracal, se manifiesta la eliminación de secreción en un 17% (8,10).

El pronóstico de supervivencia a 5 años en los años 80 no era superior al 15 %, sin embargo, con los avances tecnológicos, un diagnóstico precoz asociado a cirugía como pilar fundamental, se ha elevado su supervivencia al 50 %. El factor pronóstico más importante constituye la resección amplia con márgenes libres (3,11). En el presente caso el margen quirúrgico no fue óptimo.

La utilización de neoadyuvancia a base de quimioterapia con 5 fluoracilo y cisplatino esta guiada a pacientes con metástasis, mientras que la adyuvancia con radioterapia esta indicada para casos donde existe compromiso de márgenes quirúrgicos, como en este caso que

se administró 50 Gys, o presencia de tumores irresecables (12,13).

No existen en la actualidad protocolos establecidos sobre el manejo de esta patología y muchos de los tratamientos están guiados bajo la experiencia de pequeñas series de casos que solo nos permiten realizar someras estimaciones de los resultados y pronósticos (3,11,13) .

Es importante mencionar que en muchas instituciones, por su simplicidad y al ser una clasificación más actual que toma en cuenta su origen y localización extra vesical, ocupan la clasificación de La Clínica Mayo y no la Clasificación de Sheldon que, aunque es la más popular y data de 1985, concuerda solo de forma parcial con la antes mencionada. En la actualidad todavía no está claro el papel de la quimioterapia o radioterapia(1,3,9,14).

CONCLUSIONES

La cistectomía parcial con exeresis amplia y márgenes quirúrgicos negativos ayuda al control loco regional. La adyuvancia con quimioterapia y radioterapia pueden utilizarse en determinados casos como tumores voluminosos que involucran invasión de órganos vecinos o metástasis a distancia, presencia de ganglios positivos y márgenes comprometidos. Es necesario un control y seguimiento riguroso multidisciplinario junto a un amplio plan educacional del paciente y familiares.

REFERENCIAS

1. Busto Martín L, Valbuena L, Busto Castañón L. Adenocarcinoma de uraco, nuestra experiencia en 20 años. Arch Esp Urol [Internet]. 2015 [citado 17 de julio de 2020];68(2):178-82. Disponible en: <https://medes.com/publication/96650>

2. Caballero I, Matos E, González PP, Valdéz M, Fuentes LA, Chong E, et al. Adenocarcinoma del uraco. Acta Médica Cuba [Internet]. 2018 [citado 17 de julio de 2020];19(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84192>
3. Moreno Bencardino C, Fernández Bonilla NJ, Peñaloza IF, Meek E, Torres Castellanos L, García Mayorga A. Gran adenocarcinoma de uraco. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Urol Colomb [Internet]. 1 de septiembre de 2017 [citado 17 de julio de 2020];26(3):239-45.
<https://doi.org/10.1016/j.uroco.2017.03.001>
4. Martín MEGS, Guerra AG, Lite IS, Rodriguez JH. Carcinoma del uraco: una extraña entidad. Rev Urol Colomb Colomb Urol J [Internet]. marzo de 2019 [citado 18 de julio de 2020];28(1):39-42. Disponible en: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0038-1648211>
5. Cruz P, Ramírez M, Iborra I, Rubio J, Pinto F, Gómez-Ferrer A, et al. Adenocarcinoma de uraco: ¿qué tanto sabemos? Rev Mex Urol [Internet]. 1 de septiembre de 2014 [citado 17 de julio de 2020];74(5):301-7.
<https://doi.org/10.1016/j.uromx.2014.09.002>
6. Iglesias EÁ, Calvo FF, Pascual VR. Patología Umbilical Frecuente. :7.
7. MANEJO DE LA PATOLOGIA SINTOMÁTICA DEL URACO. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA [Internet]. HPC. 2013 [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.hpc.org.ar/investigacion/revistas/volumen-16/manejo-de-la-patologia-sintomatica-del-uraco-tratamiento-laparoscopico-y-revision-de-la-literatura/>
8. Sandoval-Téllez JG, Ricardez-Espinosa AA, Suárez-Uriarte MJ. Carcinoma del uraco: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Rev Mex Urol. 2018;5.
<https://doi.org/10.48193/rmu.v78i3.81>
9. Cruz P, Ramírez M, Iborra I, Rubio J, Pinto F, Gómez-Ferrer A, et al. Adenocarcinoma de uraco: ¿qué tanto sabemos? Rev Mex Urol [Internet]. 1 de septiembre de 2014 [citado 11 de agosto de 2020];74(5):301-7.
<https://doi.org/10.1016/j.uromx.2014.09.002>
10. Ojea Calvo A, Núñez López A, Domínguez Freire F, Alonso Rodrigo A, Rodríguez Iglesias B, Benavente Delgado J, et al. Adenocarcinoma mucinoso de uraco. Actas Urol Esp [Internet]. febrero de 2003 [citado 18 de julio de 2020];27(2):142-6.
[https://doi.org/10.1016/S0210-4806\(03\)72892-7](https://doi.org/10.1016/S0210-4806(03)72892-7)
11. Adenocarcinoma de uraco: [Internet]. [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=104031&id_seccion=42&id_ejemplar=10105&id_revista=8
12. Jimenez A, Flores F, Olmos A. TRATAMIENTO MULTIMODAL DEL CARCINOMA DE URACO REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. 2020;85. Disponible en: <https://www.revistachilenadeurologia.cl/urolchi/wp-content/uploads/2020/08/TRATAMIENTO-MULTIMODAL-DEL-CARCINOMA-DE-URACO-REPORTE-DE-CASO-Y-REVISIO%CC%81N-DE-LA-LITERATURA.pdf>
13. Salazar N, Pérez M, Acuña Hernández M. Carcinoma de uraco, una neoplasia maligna poco frecuente CASO CLÍNICO. Rev Medica Urug. 1 de enero de 2018;34:52-5.
<https://doi.org/10.29193/RMU.34.1.6>
14. Gomez J, Olmos L. Revista Chilena de Urología, Adenocarcinoma de uraco: presentación de dos casos. 2018 [citado 7 de diciembre de 2020];83. Disponible en: <https://www.revistachilenadeurologia.cl/adenocarcinoma-de-uraco-presentacion-de-dos-casos/>

Copyright (c) 2021 María Augusta Velasco Basantes, Juan Bernardo Pazmiño Palacios,
Antonio Miguel Rosales Torres & Karen Aileen Girón Orellana

Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, , incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)