

Infección de quiste de uraco en adulto

María Minué-Estirado^{1,2} , María Mir-Montero^{2,3} , Alicia Cordero-Hoyo^{2,4} , Agnieszka Awrejcewicz^{2,4}  y Carlos Bibiano-Guillén^{2,3} 

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud José María Llanos, Madrid, España

²Servicio de Urgencias Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

³Profesor Asociado Departamento Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Complutense Madrid, España

⁴Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Ángela Uriarte, Madrid, España

Recibido: 05/02/2023

Aceptado: 11/05/2023

En línea: 31/08/2023

Citar como: Mir-Montero M, Cordero-Hoyo A, Awrejcewicz A, Bibiano-Guillén C. Infección de quiste de uraco en adulto. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2023 (agosto); 8(2): 74-76. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n2a5>.

Cite this as: Minué-Estirado M, Mir-Montero M, Cordero-Hoyo A, Awrejcewicz A, Bibiano-Guillén C. *Urachal cyst infection in an adult*. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2023 (August); 8(2): 74-76. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n2a5>.

Autor para correspondencia: María Mir-Montero. maria.mir@salud.madrid.org

Palabras clave

- ▷ Quiste de uraco
- ▷ Malformaciones congénitas
- ▷ Infección del tracto urinario

Keywords

- ▷ Urachal cyst
- ▷ Congenital abnormalities
- ▷ Urinary tract infections

Resumen

La patología del uraco es infrecuente y se produce por la permeabilización del remanente de uraco. Aunque la mayoría de los casos son asintomáticos, se puede dar el caso de ciertas complicaciones, siendo las más importantes la infección y las neoplasias de uraco. Presentamos el caso de una mujer de 50 años diagnosticada y tratada de infección de uraco con mala evolución por lo que se realizó una tomografía computarizada que mostró colección prevesical compatible con un diagnóstico de quiste de uraco sobreinfectado. La paciente evolucionó favorablemente con drenaje y antibioterapia. Más adelante también se realizó cirugía de exéresis y cistectomía parcial con un resultado favorable.

Abstract

The pathology of the urachus is rare and it is caused by the permeabilization of the urachal remnant. Among the most important complications are infection and neoplasia of the urachus. We showcase a 50-year-old woman who was diagnosed and treated for an urinary tract infection without improvement. The computerized tomography showed a prevesical collection compatible with an infected urachal cyst diagnosis. The treatment was favorable after a course of antibiotics and drainage of the lesion. Later, the patient had an excision surgery and a partial cystectomy with a favorable outcome.

Puntos destacados

- ▷ El quiste de uraco es una patología infrecuente, pero con potenciales complicaciones en forma de infecciones o desarrollo de neoplasias.
- ▷ Debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de la infección de uraco con mala evolución.

Introducción

La patología del uraco es infrecuente y se produce por la permeabilización del remanente de uraco. Aunque la mayoría de los casos son asintomáticos, se puede dar el caso de ciertas complicaciones, siendo las más importantes la infección y las neoplasias de uraco.

Caso clínico

Antecedentes, enfermedad actual y exploración física

Mujer de 50 años sin antecedentes de interés que acudía a urgencias por disuria y dolor hipogástrico y en fosa ilíaca derecha. En la exploración física des-

taaba una fiebre de 38,7°C, sin datos que sugiriesen abdomen agudo. Análiticamente presentaba leucocitosis de 15x10³/mL (3,6-10,5) con PCR de 130,7 mg/L (0-5 mg/L), y con leucocituria y bacteriuria. Ante una clínica compatible con infección de tracto urinario (ITU) se inició antibioterapia con 2 gramos de ceftriaxona intravenosa al día, manteniendo a la paciente en observación para vigilar su evolución.

Pruebas complementarias

A las 24 horas persistía la fiebre de hasta 39°C y dolor hipogástrico en aumento. En la analítica de control persistía leucocitosis de 13x10³/mL y PCR de 117 mg/L, por lo que se solicitó una tomografía computarizada (TC) abdominal.

En la TC se visualizó colección polilobulada en la pared abdominal anterior con una extensión inferior hacia el espacio properitoneal, que imprimaba sobre la vejiga, y era compatible con un posible quiste de uraco sobreinfectado (**figura 1**). La paciente ingresó en la unidad de urología, precisando drenaje percutáneo ecoguiado de material purulento en dos ocasiones. En el cultivo del absceso y hemocultivos se identificó *Staphylococcus aureus* multisensible.

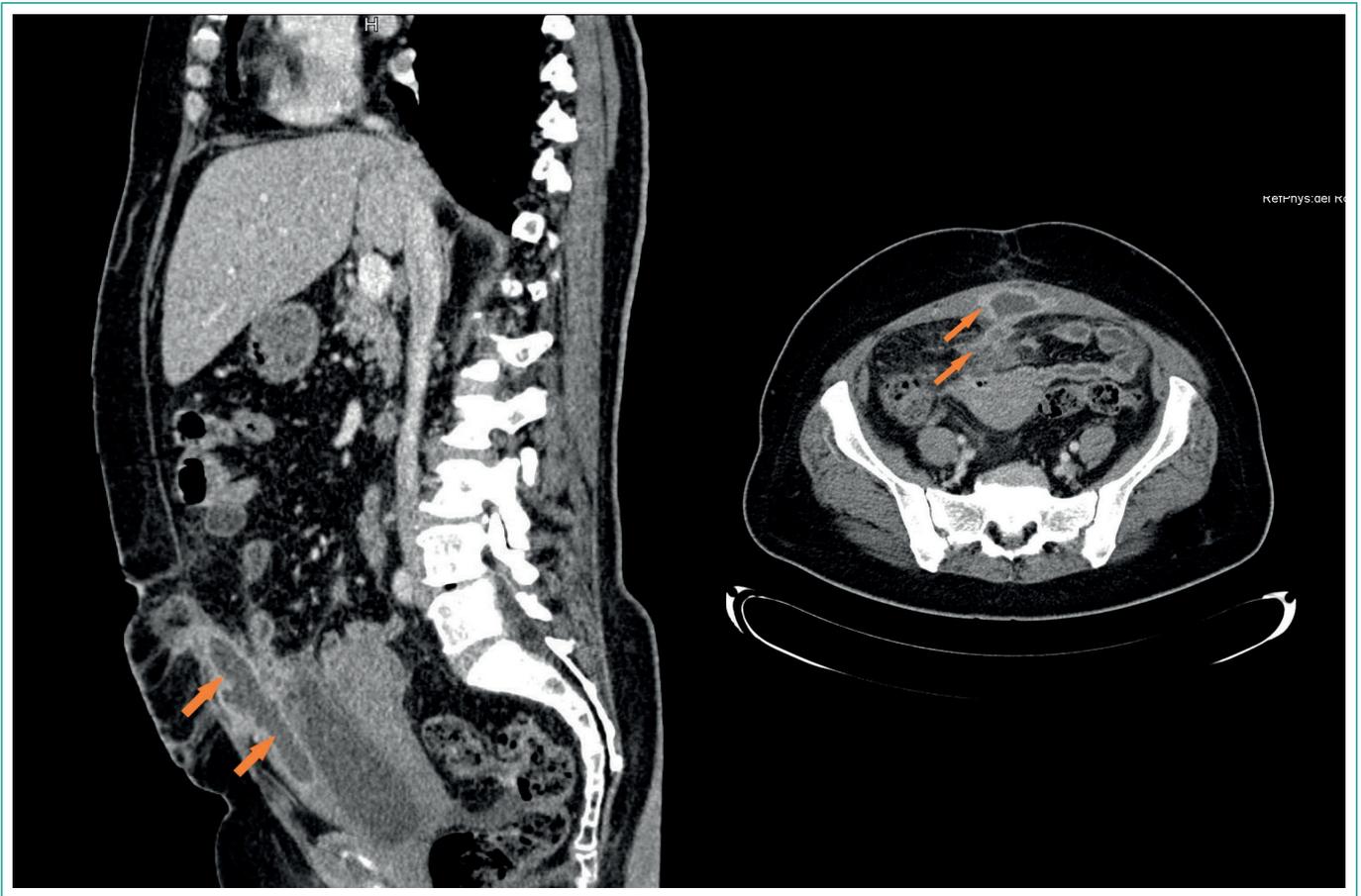


Figura 1. Izquierda, corte sagital de la TC observándose colección polilobulada en pared abdominal anterior. A la derecha, corte transversal de la TC mostrando dicha colección.

Evolución

Se solicitó TAC de control evidenciándose persistencia de contenido, por lo que se programó cirugía de exéresis de quiste de uraco y cistectomía parcial, sin incidencias. La paciente se mantuvo asintomática con buena evolución.

Diagnóstico

Quiste de uraco infectado.

Discusión

El uraco es un cordón fibroso que queda como resto vestigial del desarrollo embrionario. Durante la quinta semana del desarrollo y el plegamiento cefalocaudal y lateral del embrión, la alantoides se incorpora parcialmente en el cuerpo dando lugar a la cloaca. La porción superior de esta formará la vejiga, que durante los primeros meses de desarrollo se encuentra comunicada con la alantoides. El extremo distal de la alantoides se localiza junto a los vasos umbilicales. Finalmente, en torno al cuarto o quinto mes, la alantoides se oblitera quedando como un cordón fibroso que une el vértice de la vejiga con el ombligo, que se denomina uraco o ligamento umbilical medio¹.

La patología del uraco deriva de la anormal permeabilización del conducto, que puede manifestarse a lo largo de toda la vida, aunque la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos, excepto en el caso del uraco patente, que suele dar síntomas en la infancia².

En función del grado de permeabilización del conducto podemos distinguir cuatro grupos de anomalías del uraco (**figura 2**): el uraco patente (47%), el seno umbilical-uracal (18%), el quiste de uraco (30%) y el divertículo vesicouracal (3%)³ (**figura 2**).

Algunos estudios estiman una prevalencia inferior del uraco permeable, que estaría sobreestimado al ser el resto con frecuencia hallazgos casuales. Además, en un estudio reciente el quiste de uraco representaba el 69% del total de los casos⁴. La incidencia global de esta patología no resulta conocida.

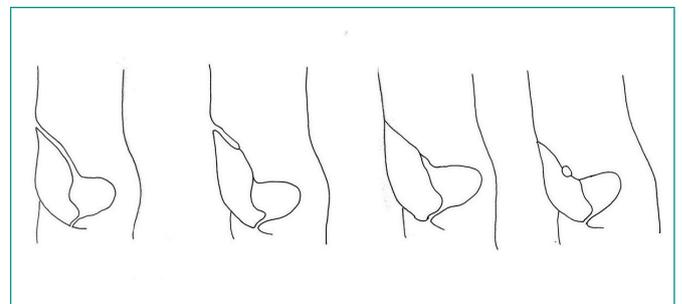


Figura 2. De izquierda a derecha, uraco patente, seno umbilical-uracal, divertículo vesicouracal, y quiste de uraco.

En cuanto a la incidencia, en una serie de autopsias se pudo ver una incidencia en neonatos de 1:5.000, aunque se considera que la incidencia clínicamente relevante es de 1 por cada 300.000 nacimientos⁵. En otro estudio en adultos se encontró una incidencia de 1:5.000, la mayoría hallazgos incidentales⁴.

Además, el uraco patente es el conducto del uraco que se mantiene completamente permeable. Se ubica en el espacio extraperitoneal de Retzius, entre la pared abdominal y el peritoneo parietal⁶. La clínica más frecuente consiste en la secreción a través del ombligo de orina o pus en caso de existir infección, y suele diagnosticarse durante el periodo neonatal⁴. En algunos casos, el conducto es muy estrecho y no se produce salida de orina salvo en caso de aumento de la presión en el sistema secundario a una obstrucción, en cuyo caso podría resultar asintomático. Un tercio de los pacientes asocia también válvula uretral posterior⁶.

En el seno umbilical-uracal se mantiene permeable la porción del conducto que comunica con el ombligo, en cuyo interior pueden acumularse detritus que podrían complicarse en forma de litiasis e infecciones⁴.

El quiste de uraco, por tanto, es una permeabilización del conducto no comunicada ni con el ombligo ni con la vejiga, generalmente situada en el tercio más cercano a la vejiga, próximo a la cúpula vesical. El diagnóstico se produce por hallazgo casual en pruebas de imagen o, más raramente, por complicaciones como la rotura o la infección del quiste³.

Finalmente, en el divertículo vesicouracal la porción permeable es la que comunica con la vejiga, y generalmente es un hallazgo casual asintomático⁴.

Conclusiones

Las principales complicaciones del conducto del uraco permeable son las infecciones, las neoplasias, las infecciones urinarias de repetición, los granulomas y la rotura de quiste, con o sin fístula⁶. La infección es la complicación más común. Puede producirse por vía hematológica, vía linfática y extensión directa desde la vejiga, siendo la primera la más frecuente. Los agentes etiológicos más prevalentes son las Gram-positivas, principalmente la *Staphylococcus aureus*, aunque también pueden producirse infecciones por Gram-negativas⁶.

La presentación clínica del quiste de uraco infectado es inespecífica, pudiendo presentar síntomas similares a otras infecciones abdominales e infecciones del tracto urinario, y puede llegar a presentarse como un abdomen agudo. Si un quiste infectado se rompe, puede dar lugar a complicaciones graves como abscesos, fístulas, peritonitis o sepsis. La fístula alternante es una complicación infrecuente que consiste en el drenaje alterno al intestino y al ombligo, produciendo onfalitis⁶.

Las neoplasias son infrecuentes, pudiendo desarrollarse tumoraciones tanto benignas como malignas a partir del remanente uracal. Las neoplasias malignas de uraco dan cuenta del 1% de las tumoraciones malignas de la vejiga⁶.

El diagnóstico inicial se realiza por ecografía, un método con una alta disponibilidad que no radia al paciente y que es coste-efectivo^{4,6}. Posteriormente, se recomienda la realización de tomografía computarizada y/o resonancia magnética para estudio de extensión y posibles complicaciones. Puede realizarse además una cistoscopia, que valora asimismo el riesgo de malignidad acompañante, o una sinusografía^{4,6}. La ecografía a pie de cama realizada por el clínico

que valora al paciente permite una aproximación diagnóstica rápida para guiar el proceso diagnóstico y terapéutico de los pacientes⁷.

El tratamiento en pacientes sintomáticos es generalmente quirúrgico. En pacientes asintomáticos, sin embargo, existe más controversia. La recomendación clásica es la cirugía con la escisión completa de todo el remanente de uraco⁸. En un estudio observacional realizado con una serie de 103 pacientes pediátricos por Naiditch JA *et al.*, se encontró un elevado porcentaje de resolución espontánea y buena evolución en aquellos pacientes que se manejaron con observación, mientras que en los pacientes operados encontraron un porcentaje de complicaciones postquirúrgicas del 14,7%⁸. Algunos autores, por tanto, consideran que el manejo conservador es razonable dada la baja frecuencia de complicaciones a corto-medio plazo y el alto porcentaje de resolución espontánea, además del riesgo que implica la cirugía⁸. Otros autores, sin embargo, defienden la cirugía, que puede realizarse por laparoscopia, dada la posibilidad de infección y de transformación maligna⁵.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran carecer de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sadler T, Langman J. Langman: embriología médica. 12o. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
2. Wassef SN, Kao SCS, Abu-Yousef M. Infected urachal cyst. *Ultrasound Q*. 2015; 31(3). doi: <https://doi.org/10.1097/RUQ.000000000000154> (último acceso may. 2023).
3. Yu J-S, Kim KW, Lee H-J, Lee Y-J, Yoon C-S, Kim M-J. Urachal remnant diseases: spectrum of CT and US findings. *RadioGraphics*. 2001; 21(2). doi: <https://doi.org/10.1148/radiographics.21.2.g01mr02451> (último acceso may. 2023).
4. Parada Villavicencio C, Adam SZ, Nikolaidis P, Yaghamai V, Miller FH. Imaging of the urachus: anomalies, complications, and mimics. *RadioGraphics*. 2016; 36(7). doi: <https://doi.org/10.1148/rg.2016160062> (último acceso may. 2023).
5. Azurmendi Sastre V, Llarena Iburguren R, Lozano Ortega JL, Martín Bazaco J, Pertusa Peña C. Urachal cyst. Current status. *Arch Esp Urol*. 2003; 56(9): 999–1004.
6. Buddha S, Menias CO, Katabathina VS. Imaging of urachal anomalies. *Abdom Radiol*. 2019; 44(12): 3978–3989. doi: <https://doi.org/10.1007/s00261-019-02205-x> (último acceso may. 2023).
7. James V, Seguin J, Kwan C. Urachal Cyst Diagnosed by Point-of-care Ultrasound. *Clin Pract Cases Emerg Med*. 2017; 1(4): 374–376. doi: <https://doi.org/10.5811/2Fcpem.2017.9.34905> (último acceso may. 2023).
8. Naiditch JA, Radhakrishnan J, Chin AC. Current diagnosis and management of urachal remnants. *J Pediatr Surg*. 2013; 48(10): 2148–2152. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2013.02.069> (último acceso may. 2023).