

# Caso Clínico: Quiste de Uraco en un Paciente Adulto, Resolución Laparoscópica

Juan Carlos Ortiz Calle<sup>1</sup>, Carlos Iván Aguilar Gaibor<sup>2</sup>, Ruth Catalina Regalado Rosas<sup>1</sup>, Dario Anibal Reinoso Barzallo<sup>3</sup>, Marco Vinicio Rivera Ullauri<sup>4</sup>, Carlos Gabriel Flores Enderica<sup>5</sup>.

1. Coordinación General de Docencia. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.
2. Servicio de Cirugía. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.
3. Coordinación General de Trasplantes. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.
4. Coordinación General de Investigación. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Cuenca – Ecuador

## CORRESPONDENCIA:

Juan Carlos Ortiz Calle  
 Correo Electronico: onekdoc@hotmail.com  
 Direccion: Av. Jose Carrasco Arteaga entre Popayan y Pacto Andino. Cuenca, Azuay – Ecuador.  
 Codigo Postal: EC010210  
 Telefono: [593] 072 861 500 Ext: 2053

Fecha de Recepción: 16-01-2017  
 Fecha de Aceptación: 23-02-2017  
 Fecha de Publicación: 31-03-2017

## MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Ortiz J, Aguilar C, Regalado C, Reinoso D, Rivera M, Flores C. Caso Clínico: Quiste de Uraco en un Paciente Adulto, Resolución Laparoscópica. Rev Med HJCA 2017; 9(1): 89-92 . DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2017.9.1.cc.15>

## ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2017 Ortiz et al.; Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-Non Commercial-Share Alike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

\* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La patología por remanente de uraco representa un fracaso en el proceso de obliteración, es una anomalía rara congénita que se diagnostica en el 1.6 % de los niños menores a 15 años y en el 0.063 % de los adultos.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 42 años, sexo masculino, intervenido por laparoscopia por apendicitis aguda complicada. Durante el procedimiento se encontró una masa a nivel de la pared abdominal anterior en contacto con la vejiga. Mediante exámenes complementarios se diagnosticó quiste de uraco.

**EVOLUCIÓN:** Se planificó la exéresis del quiste de uraco por vía laparoscópica, el procedimiento se realizó sin complicaciones obteniéndose un quiste de 6 x 4 cm de diámetro, remanente del ligamento umbilical. No fue necesaria la resección de la cúpula vesical. El posquirúrgico evolucionó de manera favorable y el paciente se mantuvo hospitalizado durante 2 días antes de ser dado de alta.

**CONCLUSIÓN:** La resolución laparoscópica es una técnica segura y efectiva de elección para la exéresis del quiste del uraco en adultos. Presenta ventajas en relación a la cirugía convencional por la disminución del riesgo de infección del sitio quirúrgico, disminuye el dolor posquirúrgico, disminuye la estancia hospitalaria y permite la reincorporación laboral temprana.

**\*DESCRITORES DeCS:** QUISTE DEL URACO, LAPAROSCOPIA, MANEJO DE CASO.

## ABSTRACT

**Case Report:** *Urachal Cyst of an Adult Patient, Laparoscopic Resolution.*

**BACKGROUND:** *Remnant urachal pathology represents an obliteration failure, it is a rare congenital anomaly diagnosed in 1.6 % of under 15-years and 0.063 % of adult patients.*

**CASE REPORT:** *A 42-years old male patient who underwent laparoscopic surgery because of an acute complicated appendicitis. During procedure, a mass was found near to anterior abdominal wall, it had contact with the urinary bladder's wall. Complementary exams were performed and an urachal cyst was found to be an incidental mass at the level of the anterior abdominal wall in contact with the bladder. Urachal cyst was diagnosed based on complementary studies.*

**EVOLUTION:** *Laparoscopic exeresis of the urachal cyst was planned. The procedure had no complications and a 6 x 4 cm urachal cyst was obtained (umbilical ligament remnant). Urinary bladder's dome resection was not required. The postoperative was favorable and the patient stood hospitalized for 2 days before he was discharged.*

**CONCLUSION:** *Laparoscopic resolution is a safe and effective technique to perform an urachal cyst exeresis in adults. It has some advantages over conventional surgery as lower surgical site infection risk, less postoperative pain, shorter hospital stay and early return to work.*

**KEYWORDS:** URACHAL CYST, LAPAROSCOPY, CASE MANAGEMENT.

## INTRODUCCIÓN

El uraco es una estructura tubular evidente durante la gestación, constituye un punto de unión entre la alantoides y el ombligo al domo de la vejiga durante el desarrollo fetal; normalmente el lumen se cierra durante la semana 12 de la gestación y se retrae completamente después del nacimiento, cambio que da lugar a una cuerda fibrosa que se extiende desde el aspecto inferior del ombligo hasta el dorso de la vejiga: el ligamento mediano umbilical. El uraco es extraperitoneal y fácilmente identificable durante la visualización laparoscópica de la cavidad abdominal. La patología por remanente de uraco representa un fracaso en el proceso de obliteración, es una anomalía rara congénita que se diagnostica en el 1.6 % de los niños menores a 15 años y en el 0.063 % de los adultos [1, 2].

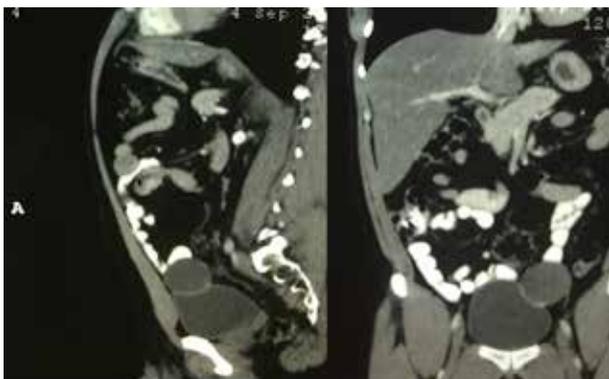
Entre anomalías uracales, la incidencia de quiste uracal representa entre el 30 % y el 54 % según diferentes informes [1]. El quiste de uraco puede presentarse dentro de un rango de desórdenes intraabdominales y pélvicos, generalmente el diagnóstico temprano no es frecuente ni fácil de realizar y se lo detecta de manera incidental; puede cursar con hematuria como único signo urológico [3]. La exéresis completa está indicada en el caso de un remanente sintomático (descarga umbilical, infección recurrente, dolor abdominal, síntomas urinarios recurrentes) y en pacientes asintomáticos por el riesgo asociado de degeneración maligna [1]. El manejo tradicional para extirpar el remanente uracal y para el tratamiento de quistes complicados uracales ha sido la cirugía convencional; sin embargo, la cirugía abierta está asociada con una morbilidad aumentada y un posoperatorio prolongado. Existen reportes de estudios que evalúan el manejo laparoscópico con beneficios en relación al dolor posoperatorio, estancia hospitalaria, disminución de infecciones del sitio quirúrgico, todos a favor de la cirugía laparoscópica, misma que demuestra ser una técnica que ofrece un mejor campo visual y de trabajo, seguridad en el paciente, y que puede ser replicado [4].

## CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de 47 años de edad sin antecedentes clínicos de importancia, que acudió 6 meses después de haberse sometido a una apendicectomía laparoscópica por apendicitis perforada mas peritonitis localizada en la que como hallazgo incidental se reportó una masa de bordes definidos localizada en la pared abdominal anterior de 4 x 5 cm de diámetro, en íntimo contacto con la cúpula de la vejiga urinaria.

Luego de este período y resuelto el problema agudo, el paciente permaneció asintomático, se realizaron los siguientes exámenes complementarios:

**Imagen 1. Tomografía simple y contrastada de abdomen y pelvis. Se evidencia imagen quística redondeada sobre la región lateral izquierda de la cúpula vesical.**



**Imagen 2. Uretrocistografía. No se evidencia comunicación entre el quiste de uraco y la vejiga urinaria.**



**Imagen 3. Imagen por Laparoscopia. Visualización de quiste de uraco.**



## EVOLUCIÓN

Con los resultados de los exámenes complementarios se diagnosticó al paciente con quiste de uraco para posteriormente planificar la exéresis por vía laparoscópica; el procedimiento se realizó sin complicaciones obteniéndose un quiste de uraco de 6 x 4 cm de diámetro, se observó un remanente del ligamento umbilical obliterado a nivel medial y lateral, no fue necesario reseca la cúpula vesical urinaria luego del procedimiento.

Durante el posoperatorio evolucionó de una manera favorable permaneciendo hospitalizado durante 2 días antes de ser dado de alta. El examen de patología reportó un tejido blando fibroelástico de 6 cm de longitud con presencia de vasos congestivos y material mucoso amarillento, consistente con pared de quiste de uraco.

## MATERIAL COMPLEMENTARIO

La resolución quirúrgica documentada en video se puede visualizar en URL: <https://youtu.be/huQ4h-CR3Vw>

## DISCUSIÓN

El quiste de uraco es una patología causada por la presencia de un remanente del cordón umbilical que se extiende desde la porción anterior de la cúpula vesical hasta el ombligo. Existen variaciones anatómicas: persistencia del uraco (50 % de los casos), quiste uracal (30 %), seno uracal (15 %) y divertículo de uraco (5 %) [5].

En el paciente presentado, la particularidad se evidencia en que se trata de un caso con persistencia del uraco adherido a la pared anterior de la vejiga sin evidencia de comunicación con la misma, además de una edad tardía de hallazgo pues generalmente se identifica en edades tempranas [5, 1].

Es importante mencionar también la ausencia de síntomas relacionados ya que el diagnóstico fue incidental durante la resolución quirúrgica del cuadro de apendicitis aguda complicada con peritonitis; la malignización es rara pero posible, situación que motiva la resolución quirúrgica de la patología del uraco [3]. Para el diagnóstico definitivo y según la bibliografía se requieren recursos imagenológicos preferentemente, la uretrocistografía es de utilidad principalmente para diferenciar las patologías de reflujo vesicouretral [2, 3]. En el caso presentado se utilizaron tomografía

abdominal y uretrocistografía para definir al hallazgo como un quiste de uraco adherido a la pared vesical.

En lo referente a la resolución quirúrgica, según la evidencia, para el manejo de la patología uracal se recomienda el tratamiento laparoscópico por su menor tiempo quirúrgico, menor estancia hospitalaria, recuperación más rápida e invasión mínima [2, 3, 6, 7]; el procedimiento realizado en este paciente tuvo buenos resultados sin requerir extirpación de la pared anterior de la vejiga.

## CONCLUSIÓN

El quiste de uraco es una patología infrecuente en el medio, puede ser manejada por varios especialistas según la edad de diagnóstico como cirujanos pediatras, cirujanos generales y/o urólogos. La resolución laparoscópica es una opción segura y efectiva con ventajas en relación a la cirugía convencional como la disminución del dolor posquirúrgico, menor estancia hospitalaria, menor frecuencia infecciones del sitio quirúrgico y menor tiempo para la reincorporación laboral.

## CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

JO, CA y DR: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento del caso. CR y CF: Recolección de información, revisión bibliográfica y redacción del manuscrito. MR: Análisis crítico. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

## INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Juan Carlos Ortiz Calle. Cirujano General, Magíster en Gerencia en Salud. Coordinador General de Docencia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8691-2462>
- Carlos Iván Aguilar Gaibor. Médico Especialista en Cirugía General. Médico Tratante del Servicio de Cirugía del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5225-6687>
- Ruth Catalina Regalado Rosas. Médica General, Jefe de Residentes e Internos del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5535-3191>
- Darío Anibal Reinoso Barzallo. Médico Especialista en Cirugía General y Cirugía de Trasplante. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4198-0212>
- Marco Vinicio Rivera Ullauri. Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Urología, Magíster en Investigación de la Salud. Coordinador General de Investigación y Médico tratante del Servicio de Urología del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9409-0160>
- Carlos Gabriel Flores Enderica. Médico General. Ministerio de Salud Pública. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5843-3883>

## ABREVIATURAS

Cm: centímetros.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos de manera especial al Servicio de Cirugía e Imagenología del Hospital José Carrasco Arteaga por permitirnos llevar a cabo el presente trabajo.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores cuentan con el consentimiento por parte del paciente para la publicación del caso clínico y sus imágenes.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan conflictos de intereses. Carlos Gabriel Flores Enderica, como parte del Comité Editorial de la Revista Médica HJCA, no participó en la revisión, aceptación ni edición final del presente manuscrito.

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Ortiz J, Aguilar C, Regalado C, Reinoso D, Rivera M, Flores C. Caso Clínico: Quiste de Uraco en un Paciente Adulto, Resolución Laparoscópica. Rev Med HJCA 2017; 9(1): 89-92. DOI:10.14410/2017.9.1.cc.15

## PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/review/757622>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chiarenza S, Blevé C. Laparoscopic management of urachal cysts. *Transl Pediatr*. 2016; 5(4): 275-281. doi:10.21037/tp.2016.09.10.
2. Patrzyk M, Glitsch A, Schreiber A, von Bernstorff W, Heideche C. Single-incision laparoscopic surgery as an option for the laparoscopic resection of an urachal fistula: first description of the surgical technique. *Surg Endosc*. 2010; 24(9): 2339-42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20174937>. doi: 10.1007/s00464-010-0922-4.
3. Gami B, Biswas S. An infected urachal cyst. *BMJ Case Reports*. 2013; 2013:bcr2012007105. doi:10.1136/bcr-2012-007105.
4. Kilday PS, Finley DS. Robot-Assisted Excision of a Urachal Cyst Causing Dyspareunia and Dysorgasmia: Report of a Case. *Journal of Endourology Case Reports*. 2016;2(1):3-doi:10.1089/cren.2015.0029.
5. Adefna R, Leal A, Izquierdo F, Ramos N, González J, Rodríguez J. Quiste gigante de uraco en el adulto. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Disponible en: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=281223009007](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281223009007).
6. Siow S, Mahendran H, Hardin M. Laparoscopic management of symptomatic urachal remnants in adulthood. *Asian J Surg* 2015; 38(2): 85-90. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S101595841400058X>. doi: 10.1016/j.asjsur.2014.04.009.
7. Garisto J, Henriquez K, Pimentel E. Single-Incision Laparoscopy Surgery Excision of an Infected Urachal Cyst: Description of the Technique. *J Endourol Case Rep*. 2017; 3(1): 7-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5278813/>. doi: 10.1089/cren.2016.0129.