

Presentación inusual del adenocarcinoma de uraco

Unusual presentation of adenocarcinoma of the urachus

Raquel Navas Campo^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2847-4035>

Raquel Morellón Baquera¹ <https://orcid.org/0000-0002-8912-1356>

Inés Suñén Amador¹ <https://orcid.org/0000-0001-6335-797X>

¹Hospital "Nuestra Señora de Gracia". Zaragoza, España.

*Autor para la correspondencia: raquelnavascampo@gmail.com

Recibido: 17/08/2022, Aceptado: 31/08/2022

Exposición breve del caso clínico

Paciente del sexo femenino de 19 años, con antecedentes de resección de cistoadenoma mucinoso de ovario derecho, que acudió al Servicio de Radiología por aparición de una masa en la pared abdominal anterior a nivel infraumbilical. La ecografía ([figura 1](#)) mostró una masa sólida, heterogénea, de predominio hipoecogénico, de 8 x 4 x 4 cm (craneocaudal x anteroposterior x transversal) (asterisco blanco) de localización intramuscular, en línea media, que afectaba a ambos músculos rectos abdominales (puntas de flechas blancas), con compromiso del tejido celular subcutáneo (flecha blanca).

Se completó el estudio mediante una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con contraste intravenoso (CIV) ([figura 2](#)), que mostró una masa sólida, mal definida (flechas blancas), nodular y heterogénea, sin contenido graso, con calcificaciones aisladas (punta de flecha blanca). Esta masa captaba contraste, infiltraba el tejido celular subcutáneo y asociaba rarefacción de la grasa superficial. También se visualizó un remanente del uraco (asterisco blanco), que conectaba la vejiga con el ombligo, a nivel distal media 12 mm de diámetro y contactaba con la superficie interna de la masa anteriormente descrita.

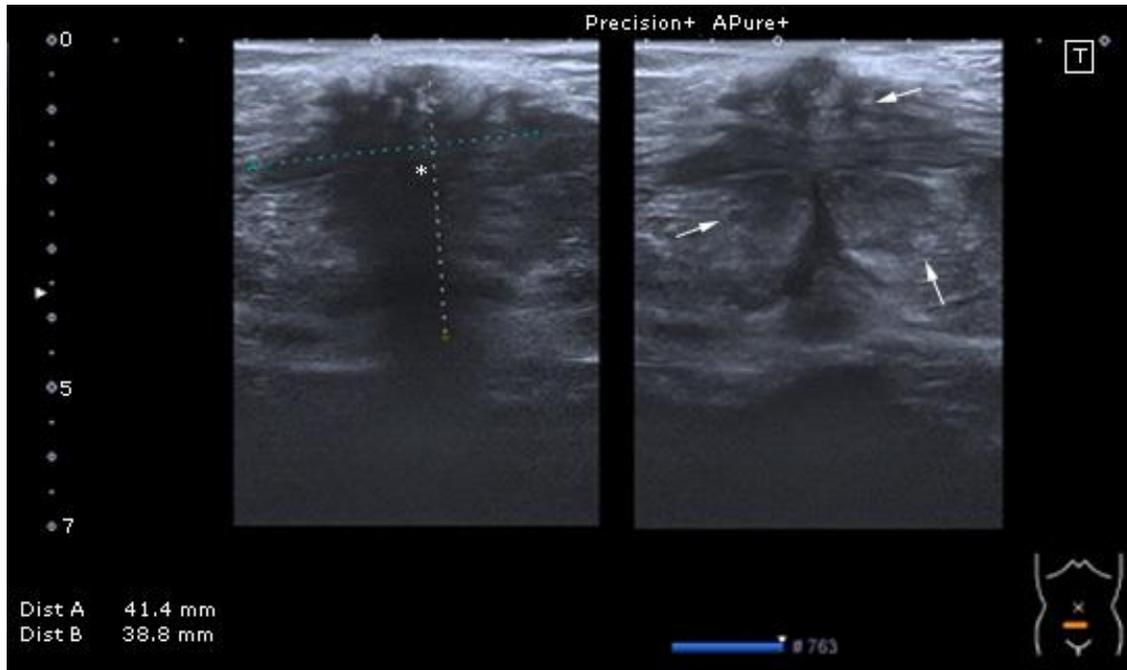


Fig. 1 - Ecografía de partes blandas de la pared abdominal infraumbilical.

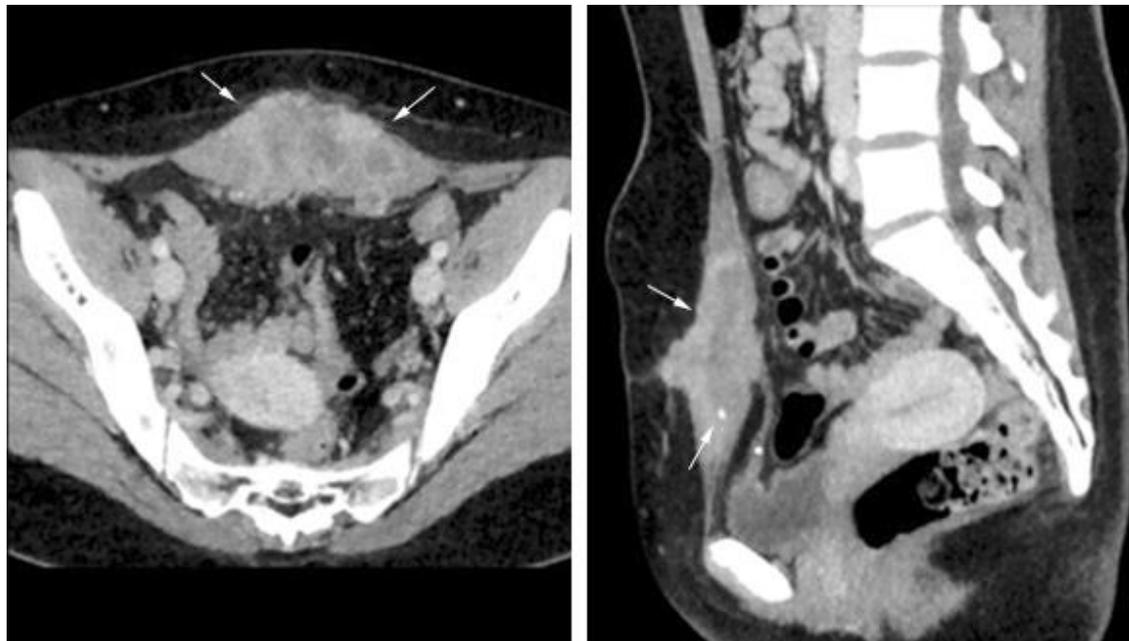


Fig. 2 - TC abdominopélvica con CIV en fase portal, corte axial y reconstrucción MPR sagital.

Se realizó una biopsia con aguja gruesa (BAG, 14G) de la masa guiada por ecografía. La anatomía patológica (figura 3) mostró cilindros de tejido fibroconectivo y adiposo, masivamente infiltrados por una neoformación epitelial atípica, que adoptaba una disposición en nidos y células sueltas con áreas

focales de diferenciación glandular (flechas negras) e invasión linfovascular (círculo negro), visibles en la imagen microscópica a 10 x (figura 3 A). En la imagen microscópica a 40 x (figura 3 B) se puede ver cómo las células mostraban un núcleo ovoideo hiper cromático, de contornos angulosos, con evidente anisocitosis y anisocariosis, sin nucleolo, citoplasma en general vacuolado, y focalmente eosinófilo, con macro y microvacuolas. Se observaron también células en anillo de sello.

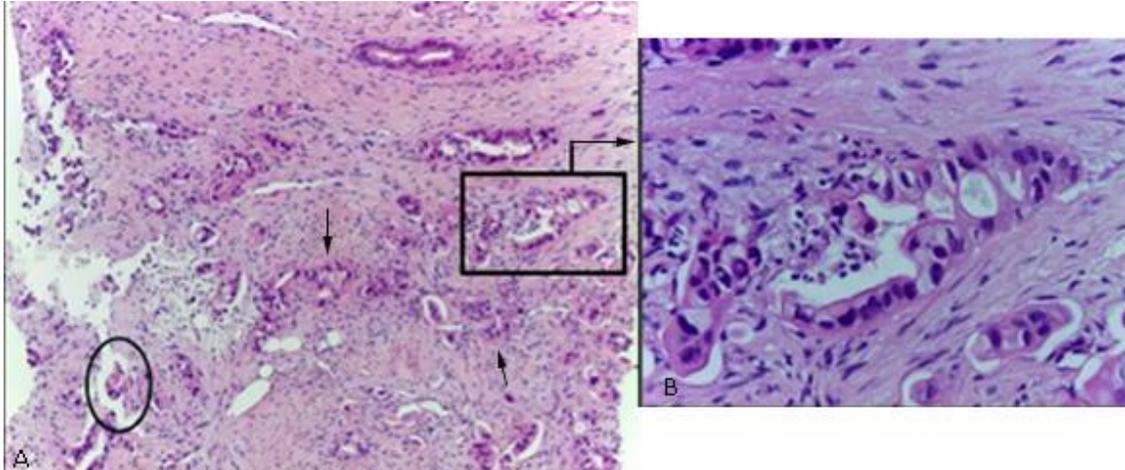


Fig. 3 - A Imagen microscópica a 10 x de la muestra obtenida mediante BAG ecoguiada. B Imagen microscópica a 40 x de la muestra.

Los hallazgos fueron sugestivos de adenocarcinoma mucosecretor con componente de células en anillo de sello del uraco, estadio III B, debido a la afectación de la pared abdominal.

La paciente fue tratada quirúrgicamente mediante resección en bloque de la pared abdominal, del uraco y de la cúpula vesical con amplio margen desde la tumoración, y posterior reconstrucción de la pared abdominal.

Comentario

El uraco es un remanente embriológico del alantoides situado en el espacio extraperitoneal de Retzius entre la *fascia transversalis* como límite anterior, el peritoneo como límite posterior, y los ligamentos umbilicales (remanentes de las arterias umbilicales involucionadas) como límite lateral, que conecta la vejiga con el ombligo. Suele cerrarse antes del nacimiento convirtiéndose en un cordón fibroso conocido como ligamento umbilical medio. Como consecuencia del fallo en el proceso de obliteración de la luz uracal se producen los diferentes tipos de anomalías del uraco: uraco permeable congénito, fístula uracal, divertículo uraco-vesical, quiste de uraco y *sinus* alternante.⁽¹⁾

Los carcinomas de uraco son tumores muy poco frecuentes que representan del 0,35-0,7 % de los cánceres de vejiga y aproximadamente del 22-35 % de los adenocarcinomas vesicales. Fueron descritos

por primera vez por Begg en 1931. Afecta con mayor frecuencia a los hombres (1,8:1) entre 50 y 60 años de edad. Los adenocarcinomas son el tipo histológico más frecuente.^(1,2)

Las manifestaciones clínicas suelen ser tardías y se derivan de la invasión de estructuras vecinas por el tumor. El síntoma más frecuente es la hematuria seguido de la disuria, el dolor periumbilical, la secreción por el ombligo y la palpación de masas.⁽²⁾

El diagnóstico inicial se establece mediante imágenes. La ecografía permite identificar la masa supraumbilical. La TC y la resonancia magnética permiten evaluar la posible invasión de estructuras vecinas y la existencia de adenopatías locorregionales, lo que es fundamental para la planificación del tratamiento quirúrgico. La cistoscopia permite identificar la tumoración vesical. Puede existir elevación del antígeno carcinoembrionario, Ca 19-9 y del Ca-125, principalmente cuando el origen de estos tumores es entérico. La inmunohistoquímica expresa marcadores para CK20, CK7 y el gen CDX-2.^(1,2)

Sheldon y otros⁽³⁾ propusieron una clasificación de estadiaje de los adenocarcinomas de uraco. Estadio I: el tumor se localiza en la mucosa uracal; estadio II: el tumor invade la submucosa o la capa muscular del uraco pero se encuentra localizado en el uraco; estadio III: el tumor se extiende fuera del uraco, III A a la vejiga, III B a la pared abdominal, III C al peritoneo y III D a alguna víscera diferente; estadio IV: tumor con metástasis a distancia, IV A invasión de ganglios linfáticos regionales y IV B metástasis a distancia.

El tratamiento de elección consiste en la cistectomía parcial extensa, con resección completa del uraco desde la vejiga hasta el ombligo y de la lámina posterior de la vaina de los rectos. El tratamiento coadyuvante con quimioterapia es imprescindible en los casos de afectación ganglionar regional.⁽²⁾

Los factores de mal pronóstico incluyen: coexistencia de adenopatías, metástasis a distancia, márgenes quirúrgicos positivos, tamaño tumoral, diferenciación de células en anillo de sello, producción de mucina y afectación peritoneal.⁽²⁾

Referencias bibliográficas

1. Aizcorbe Gómez M; Gutiérrez Zurimendi G; Arruza Echevarría A. Análisis clínicopatológico de 5 casos de adenocarcinomas de uraco. Arch Esp Urol. 2021 [acceso 12/05/2022];74(5):535-40. Disponible en: <https://www.aeurologia.com/EN/Y2021/V74/I5/535#2>
2. Sandoval Téllez JG; Ricardez Espinosa AA; Suárez Uriarte MJ; Reyes de la Garza I; Jiménez López LA. Carcinoma del uraco: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Rev Mex Urol. 2018;78:215-9. DOI: [10.24245/revmexurol.v78i3.1808](https://doi.org/10.24245/revmexurol.v78i3.1808)

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.