



Ressecção de úraco patente infectado em uma paciente jovem

Daniel Carvalho Ribeiro (1), Raison Antunes Boone (2), João Liparizi Neto (3), Marina Fernandes Cordeiro (3), Gabriela Leis do Espírito Santo Azevedo (4), Angelo Maurilio Fosse Junior (5), José Scheinkman (6)

(1) Urologista do Hospital de Câncer de Muriaé da Fundação Cristiano Varella - Minas Gerais; (2) Residente(R5) do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Antônio Pedro - HUAP - Niterói – RJ; (3) Aluno da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, Niterói – RJ; (4) Médica Residente(R1) do Serviço de Anestesiologia do Hospital Universitário Antônio Pedro - HUAP - Niterói-RJ; (5) Professor do Serviço de Urologia da Universidade Federal Fluminense, Coordenador da Residência Médica do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Antônio Pedro - HUAP - Niterói – RJ; (6) Professor do Serviço de Urologia da Universidade Federal Fluminense, Chefe do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Antônio Pedro - HUAP - Niterói - RJ

»» Resumo

O úraco é um remanescente embriológico da cloaca, o qual em adultos conecta a cúpula da bexiga a cicatriz umbilical. Após o nascimento, oblitera e se apresenta como ligamento umbilical mediano. As anomalias uracais são geralmente detectadas na infância. Em adultos, elas ocorrem muito raramente tornando o diagnóstico desafiador. Apresentamos e discutimos o caso de um cisto de uraco infectado encontrado em uma paciente de 21 anos de idade.

Palavras chaves:

abdômen agudo, uraco patente, cisto de uraco infectado, relato de caso

INTRODUÇÃO

O úraco ou ligamento umbilical mediano é um cordão fibroso, que se estende do umbigo ao ápice da bexiga, embriologicamente derivado do alantóide e da porção ventral da cloaca, ocluindo-se em torno da 5ª semana de gestação (1). É composto por um tecido fibromuscular cujo lúmen é recoberto por epitélio transicional modificado ou por epitélio colunar semelhante ao do intestino. Localiza-se entre o peritônio e a fáscia transversal, no denominado espaço de Retzius (2).

Até 2% da população pode apresentar anomalias de úraco mas a grande maioria permanece assintomática (3). Alguns dos sintomas presentes incluem descarga umbilical, hematúria e dor (4, 5).

Os remanescentes embriológicos do úraco resultam de sua incompleta obliteração e podem ser classificados segundo o tipo e a ordem de frequência em: úraco patente (trajecto comunicando o umbigo e a bexiga - 50%); cisto do úraco (somente a parte central do trajecto é patente e preenchida por líquido - 30%); seio do úraco (a extremidade do cordão umbilical encontra-se aberta mas não há comunicação com a bexiga - 15%); divertículo do úraco (formação de uma reentrância na cúpula vesical - 5%). A possibilidade de complicações como infecção ou degeneração maligna (adenocarcinoma) torna o diagnóstico imprescindível, embora nem sempre a remoção cirúrgica seja recomendada, principalmente naqueles casos descobertos de forma incidental ou assintomáticos (6-9).

O objetivo do presente artigo é relatar um caso de úraco patente infectado em uma paciente jovem do sexo feminino, abordando os aspectos relacionados aos seus achados clínicos e abordagem terapêutica.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 21 anos, branca, referindo dor abdominal em região periumbilical, de caráter crônico e intermitente há aproximadamente 10 anos. Apresentou piora progressiva e descarga purulenta e fétida pela cicatriz umbilical há cerca de 2 anos. Quando havia piora do quadro, procurava assistência médica ambulatorial e eram prescritos analgesia e antibioticoterapia para infecções de pele e trato urinário.

Há cerca de 6 meses procurou a emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro devido a piora considerável da dor abdominal, que a incapacitava para suas atividades laborativas. Ao exame físico apresentava-se taquicárdica, normotensa e afebril. O abdome era plano, peristáltico, doloroso à palpação superficial em quadrantes inferiores e apresentava massa palpável em cicatriz umbilical com descarga purulenta.

Foram feitos exames laboratoriais sem alterações importantes, entretanto, o exame do sedimento urinário (EAS) demonstrou piúria e hematúria associadas.

Realizou ultrassonografia (USG) que demonstrou trajecto fistuloso hipocogênico anterossuperior à bexiga. Complementou estudo radiológico com tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve, Figuras 1 e 2, que revelou imagem linear anterossuperior à bexiga com trajecto cranial, parcialmente individualizada, corroborando o diagnóstico de úraco patente. Observou-se

Figura 1



Figura 2

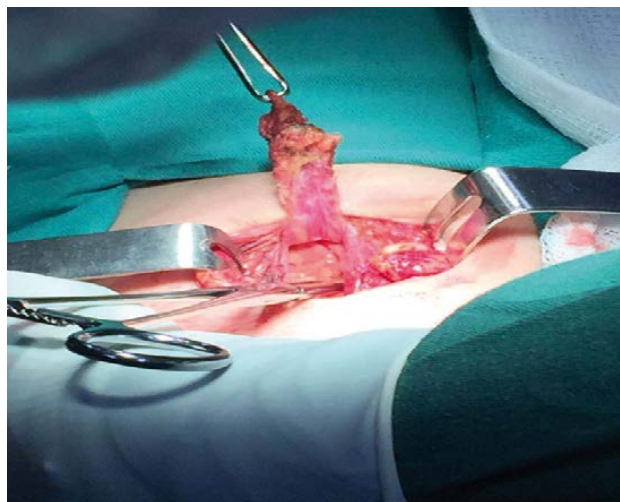
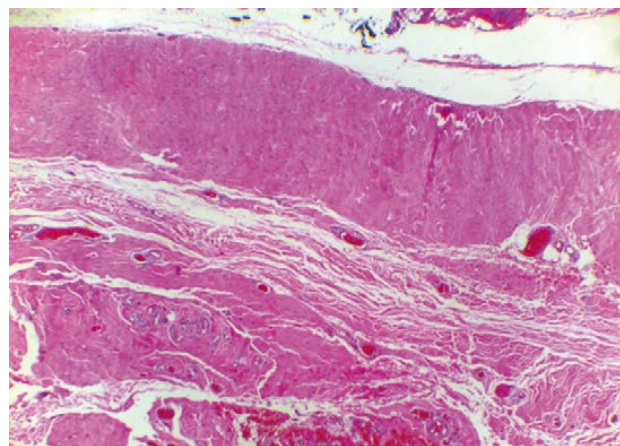


ainda densificação da gordura periumbilical, indicando processo infeccioso / inflamatório associado.

O tratamento proposto foi abordagem cirúrgica convencional (laparotomia exploradora) Figura-3, com a ressecção completa do úraco patente, devido a infecção crônica do mesmo.

A revisão de rotina realizada aos 7 e 30 dias pós-operatório demonstrou boa evolução clínica do paciente, com cicatrização completa da ferida operatória.

A análise histopatológica da peça cirúrgica, Figura-4, confirmou a presença de úraco patente em vigência de processo infeccioso agudo, sem focos de degeneração neoplásica associados.

Figura 3**Figura 4****DISCUSSÃO**

O úraco é um remanescente fibroso da cloaca e do alantóide, fazendo a ligação entre a cúpula vesical e a parede abdominal anterior (região umbilical) nos indivíduos adultos. O alantóide é uma projeção do saco vitelino contíguo à cloaca ventral. A cloaca, na idade fetal, é a extensão cefálica do seio urogenital, constituindo-se em um precursor da bexiga. A porção ventral da cloaca se desenvolve na bexiga após a divisão cloacal pelo septo urogenital. Entre o 4º e 5º meses de idade gestacional, a bexiga migra em direção a pelve e o úraco prolonga-se e se estreita até se transformar em um

cordão fibromuscular. Encontra-se entre a fáscia transversal e o peritônio parietal, no espaço de Retzius. É tangenciado lateralmente pelas artérias umbilicais obliteradas (ligamentos umbilicais medianos) (10). O comprimento do úraco pode variar entre 3 cm e 10 cm, e o diâmetro entre 8 mm e 10 mm. Eventualmente, o úraco pode fundir-se com um ou ambos os ligamentos umbilicais e desviar-se da linha média (11).

Bartholomaeus Cabrolius fez a primeira descrição de persistência de úraco em 1550 (12). Sabe-se que as anomalias congênitas de úraco em crianças são relativamente incomuns, em geral apresentando-se de forma incidental ou com sintomas benignos (3). São duas vezes mais comuns na população masculina e raros em indivíduos adultos (11).

As anomalias congênitas consistem em defeitos na obliteração do úraco e são de quatro tipos: úraco patente, cisto de úraco, seio de úraco e divertículo de úraco. Anomalias adquiridas constituem os casos relacionados a infecções e degeneração maligna. Qualquer uma das anomalias congênitas pode ser infectada por via linfática, hematogênica ou vesical.

Remanescentes uracais encontrados em crianças com menos de 6 meses de idade apresentam resolução espontânea e, em geral, não demandam tratamento cirúrgico (13). Nos pacientes de maior idade se faz necessário observação clínica rigorosa e, por vezes, ressecção cirúrgica uma vez que a exposição crônica à estase urinária cursa com maior risco de infecção e inflamação, bem como aumento do risco de degeneração neoplásica (14). O adenocarcinoma de úraco tem uma incidência anual estimada em 0.18 para cada 100 mil indivíduos (15). Estes casos representam um total de 0.1% a 0.3% dos casos de neoplasia vesical e 20% a 39% dos casos de adenocarcinoma de bexiga (16).

Os achados clínicos mais comumente encontrados em crianças são descarga umbilical com ou sem onfalite presente (3). Outros sintomas clínicos relacionados aos pacientes com infecção associada são febre, dor abdominal em baixo ventre ou em região periumbilical, sintomas urinários e massa suprapúbica palpável, bem como peritonite, obstrução intestinal e as fístulas intestinais nos casos mais graves (17).

O diagnóstico deve ser baseado na clínica apresentada aliado a um bom exame físico. Nos casos mais duvidosos, exames complementares podem ajudar a confirmar a suspeita diagnóstica. A USG é o método de escolha para o diagnóstico em mais de 90% dos casos. Estudos adicionais, incluindo uretrocistografia miccional ou cistoscopia, desempenham papéis secundários (10). Nos pacientes adultos com massa palpável e sintomas urinários como hematúria, por exemplo, faz-se necessário realizar TC pelo maior risco de malignidade (18).

No caso relatado, a USG demonstrou trajeto fistuloso linear hipocogênico anterossuperior a bexiga, suspeitando-se da patência do úraco. Por se tratar de um indivíduo adulto com lesão cronicamente infectada, complementou-se o estudo de imagem com uma TC abdominal. Esse exame ratificou o diagnóstico ao mesmo tempo em que não demonstrou presença de estruturas sólidas, possíveis indicadores de degeneração maligna.

Historicamente, o manejo terapêutico das anomalias uracais é cirúrgico (19, 20). Entretanto, com o aumento do diagnóstico incidental em virtude do incremento tecnológico no diagnóstico por imagem, o manejo do paciente assintomático tornou-se um desafio. Compreender a história natural deste tipo de paciente pode contribuir sobremaneira para evitar intervenções cirúrgicas desnecessárias.

Naiditch et al. relatou, em revisão retrospectiva, que os pacientes com remanescentes uracais incidentalmente diagnosticados e assintomáticos podem ser acompanhados de forma conservadora e segura no curto prazo, com bastante probabilidade de resolução espontânea, independente do tipo de anomalia uracal encontrada (14).

Ueno et al. revisou laudos ultrassonográficos de 3400 pacientes e encontrou 56 crianças com alguma anomalia uracal. Destes, 44 pacientes, incluindo 11 casos sintomáticos e 33 casos assintomáticos foram acompanhados de maneira conservadora. Apenas um paciente apresentou sintomas recorrentes que foram tratados com sucesso e somente com antibioticoterapia (21).

O tratamento de remanescentes uracais sintomáticos permanece sendo cirúrgico (10). Estudo da Mayo Clinic demonstrou que remanescentes uracais com sinais de infecção crônica são frequentemente associados a degeneração neoplásica se não tratados cirurgicamente (22). Recomenda-se, como sendo suficiente, a excisão completa do trato uracal desde a base do umbigo até a cúpula da bexiga, com ressecção de cuff vesical e fechamento em dois planos com sutura absorvível. Eventualmente pode-se fazer o tratamento em dois tempos, com administração de antibióticos associado ou não a drenagem incisional do cisto ou coleção purulenta, seguido de remoção cirúrgica (13). O tratamento cirúrgico previne a possibilidade de degeneração maligna para carcinoma de células transicionais ou mesmo tipos histológicos mais agressivos

como adenocarcinoma e sarcoma. Nestes casos, a cistectomia parcial ou radical deve ser considerada. A cistectomia parcial com ressecção em bloco do úraco e da cúpula vesical englobando a lesão apresenta resultados oncológicos semelhantes aos da cistectomia total. A via laparoscópica também se mostra factível para a realização do procedimento (13). É uma opção que apresenta como resultados menor tempo de internação hospitalar, menos dor pós-operatória e melhor resultado estético.

A literatura é escassa no que diz respeito a complicações pós-operatórias. As mais comuns são infecção da ferida operatória e fístula vesical. Alguns trabalhos citam taxas de complicações em torno de 14% (14).

Por se tratar de indivíduo adulto com diagnóstico tardio e infecção crônica e recorrente, optou-se tratar o paciente em questão com abordagem cirúrgica convencional através de incisão transversa infraumbilical, com bom acesso a todo o trajeto uracal e permitindo ressecção completa do mesmo. O paciente não apresentou complicação pós-operatória.

CONCLUSÃO

Apesar de ser raro na idade adulta, as anomalias do úraco devem ser pensadas e o diagnóstico suspeitado em casos de dor abdominal e infecções pélvicas. A drenagem de secreção purulenta e fétida pela cicatriz umbilical leva a maior suspeita diagnóstica. Os sintomas podem variar com o tipo de anomalia do úraco e a presença ou não de infecção. O exame complementar de escolha para o diagnóstico é a USG, sendo a TC de fundamental importância nos casos onde há maior possibilidade de degeneração neoplásica associada.

Pacientes adultos apresentam risco progressivo para carcinogênese, sobretudo nos casos com infecção associada e de caráter crônico. Exigem tratamento invasivo com a remoção cirúrgica do úraco patente infectado precedida por antibioticoterapia. O tratamento mostra-se seguro e eficaz, com mínima morbidade.

CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum declarado.

REFERÊNCIAS

1. Cornil C, Reynolds CT, Kickham CJ. Carcinoma of the urachus. *J Urol*. 1967;98:93-5.
2. Hammond G, Yglesias L, Davis J. The urachus, its anatomy and associated fasciae. *Anat Rec* 1941;80:271-274.
3. Mahoney PJ, Ennis DA. Congenital patent urachus. *N Engl J Med* 1936;215:193-202.
5. MacNeily AE, Koleilat N, Kiruluta HG, Homsy YL. Urachal abscesses: protean manifestations, their recognition, and management. *Urology*. 1992;40:530-5.
6. Upadhyay V, Kukkady A. Urachal remnants: an enigma. *Eur J Pediatr Surg*. 2003;13:372-6.
7. Zieger B, Sokol B, Rohrschneider WK, Darge K, Tröger J. Sonomorphology and involution of the normal urachus in asymptomatic newborns. *Pediatr Radiol*. 1998;28:156-61.
8. Galati V, Donovan B, Ramji F, Campbell J, Kropp BP, Frimberger D. Management of urachal remnants in early childhood. *J Urol*. 2008;180(4 Suppl):1824-6.
9. Huang CS, Luo CC, Chao HC, Chen HM, Chu SM. Urachal anomalies in children: experience at one institution. *Chang Gung Med J*. 2003;26:412-6.
10. Cuda SP, Vanasupa BP, Sutherland RS. Nonoperative management of a patent urachus. *Urology*. 2005;66:1320.
11. McCollum MO, Macneily AE, Blair GK. Surgical implications of urachal remnants: Presentation and management. *J Pediatr Surg*. 2003;38:798-803.
12. Yu JS, Kim KW, Lee HJ, Lee YJ, Yoon CS, Kim MJ. Urachal remnant diseases: spectrum of CT and US findings. *Radiographics*. 2001;21:451-61.
13. Begg RC. The Urachus: its Anatomy, Histology and Development. *J Anat*. 1930;64(Pt 2):170-83.
14. Muško N, Dobruch J, Piotrowicz S, Szostek P, Borówka A. Infected urachal cyst in a young adult. *Cent European J Urol*. 2014;67:199-201.
15. Naiditch JA, Radhakrishnan J, Chin AC. Current diagnosis and management of urachal remnants. *J Pediatr Surg*. 2013;48:2148-52.
16. Pinthus JH, Haddad R, Trachtenberg J, Holowaty E, Bowler J, Herzenberg AM, et al. Population based survival data on urachal tumors. *J Urol*. 2006;175:2042-7.
17. Sheldon CA, Clayman RV, Gonzalez R, Williams RD, Fraley EE. Malignant urachal lesions. *J Urol*. 1984;131:1-8.
18. Mesrobian HG, Zacharias A, Balcom AH, Cohen RD. Ten years of experience with isolated urachal anomalies in children. *J Urol*. 1997;158(3 Pt 2):1316-8.
19. Ashley RA, Inman BA, Sebo TJ, Leibovich BC, Blute ML, Kwon ED, et al. Urachal carcinoma: clinicopathologic features and long-term outcomes of an aggressive malignancy. *Cancer*. 2006;107:712-20.
20. Rich RH, Hardy BE, Filler RM. Surgery for anomalies of the urachus. *J Pediatr Surg*. 1983;18:370-2.
21. Blichert-Toft M, Koch F, Nielsen OV. Anatomic variants of the urachus related to clinical appearance and surgical treatment of urachal lesions. *Surg Gynecol Obstet*. 1973;137:51-4.
22. Ueno T, Hashimoto H, Yokoyama H, Ito M, Kouda K, Kanamaru H. Urachal anomalies: ultrasonography and management. *J Pediatr Surg*. 2003;38:1203-7.
23. Ashley RA, Inman BA, Routh JC, Rohlinger AL, Husmann DA, Kramer SA. Urachal anomalies: a longitudinal study of urachal remnants in children and adults. *J Urol*. 2007;178(4 Pt 2):1615-8.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Daniel Carvalho Ribeiro

Urologista do Hospital de Câncer de Muriaé da Fundação

Cristiano Varella - Minas Gerais

Mestrando pela Universidade Federal Fluminense,

Niterói, Rio de Janeiro

CEP: 24033-900

E-mail: danielcr@hotmail.com /

carvalho_daniel@id.uff.br

Submissão para publicação:

11 de outubro de 2017

Aceito após revisão:

19 de fevereiro de 2018

