



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-617 - MANEJO QUIRÚRGICO DE QUISTE DE URACO INFECTADO EN EL ADULTO, UNA RARA CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

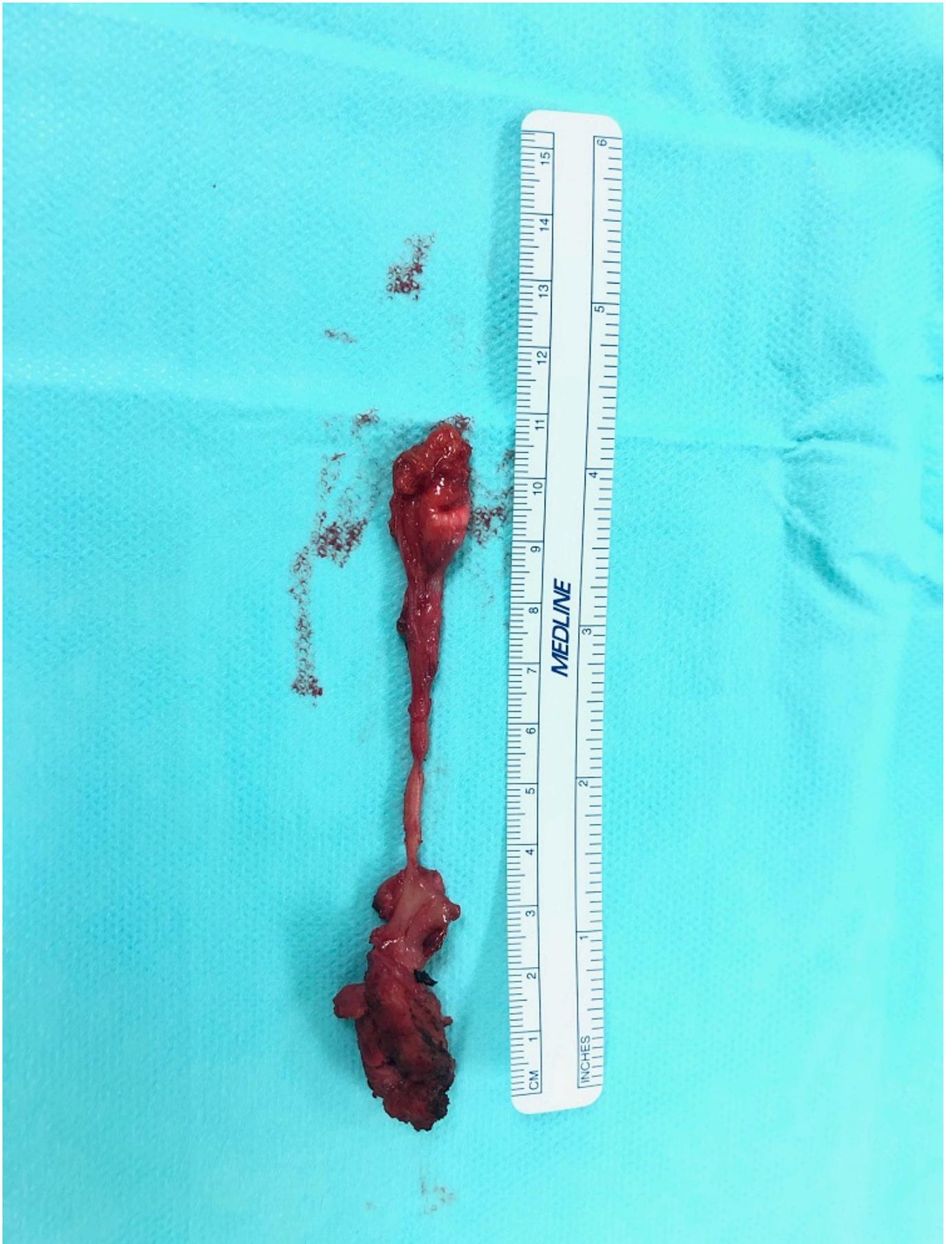
Ramiro Pérez, Carmen; Latorre Fragua, Raquel; Gorini, Ludovica; Picardo Gomendio, María Dolores; Díaz Candelas, Daniel Alejandro; González Sierra, Begoña; López López, Antonio; de la Plaza Llamas, Roberto

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: La obliteración incompleta del uraco durante el desarrollo fetal da lugar a distintas malformaciones del ligamento umbilical medio. La mayoría son asintomáticas y se resuelven durante la primera infancia, pero algunas pasan desapercibidas hasta la edad adulta. Estos raros casos pueden presentarse con sintomatología abdominal aguda secundaria a restos de uraco infectados, simulando otras causas de abdomen agudo como apendicitis o hernia incarcerada. El TAC abdominal es la prueba de elección para detectar anomalías uracales y establecer la relación espacial con las estructuras vecinas. El reconocimiento precoz de esta entidad disminuye el riesgo de complicaciones como fistulas o rotura, cuya aparición puede acabar derivando en abscesos intraabdominales o peritonitis.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 25 años que consulta por supuración purulenta escasa por ombligo y dolor abdominal. A la exploración se palpa una masa infraumbilical dolorosa de unos 2 cm, sin celulitis ni fluctuación. En la ecografía se evidencia una pequeña colección densa heterogénea de unos 2 cm fistulizada al ombligo, compatible con probable quiste onfalomesentérico o uracal. Se toma muestra para cultivo y se instaura tratamiento antibiótico empírico, siendo citada a los 3 días para revisión. La paciente refiere empeoramiento del dolor y aumento de tamaño de la masa, que ahora es de 4 cm, con dolor intenso a la palpación en mesogastrio, y defensa localizada. Analíticamente presentaba leucocitosis de 15.000 con neutrofilia y PCR de 52 mg/L. En el TAC abdominopélvico se evidencia una colección infraumbilical en espacio preperitoneal, y no se ve clara comunicación con vejiga. Se decide cirugía urgente, y se realiza una minilaparotomía infraumbilical, en la que se evidencia un quiste en línea media, preperitoneal, fistulizado a la piel umbilical, por el que sale material purulento. Se libera de ambos rectos del abdomen, y en la disección caudal se evidencia continuidad del quiste con un conducto preperitoneal fibroso que se dirige hacia la vejiga, compatible con quiste de uraco. Se realiza exéresis completa, con ligadura y sección a nivel de su inserción en vejiga. Se hace adhesiolisis de un segmento de colon adherido, cierre primario de la pared y onfaloplastia. La paciente evoluciona favorablemente siendo dada del alta el segundo día posoperatorio. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de quiste de uraco infectado, sin evidencia de malignidad.



Discusión: La escisión quirúrgica de las anomalías del uraco en adultos es curativa y preventiva contra la infección recurrente y la malignidad, pero el tratamiento en caso de complicación infecciosa no está estandarizado actualmente. La literatura actual recomienda un enfoque en dos fases, caracterizado por la administración de antibióticos preoperatorios y la incisión y el drenaje del

quiste, seguidos de la escisión quirúrgica completa. Nuestra paciente fue sometida a un único enfoque terapéutico con antibióticos preoperatorios y escisión quirúrgica definitiva. Nuestra paciente tuvo un resultado comparable, sin complicaciones y con una corta hospitalización. Se recomienda la escisión del remanente uracal en adultos para prevenir futuras malignidades.