

Casos Clínicos

Quisto do Úraco Infectado – Caso clínico e revisão da literatura

V. Oliveira¹, L. Costa¹, C. Amaral², M. Pereira², L. Ferraz³

1 – Interno Complementar de Urologia

2 – Assistente Hospitalar Graduado de Urologia

3 – Chefe de Serviço de Urologia

Serviço de Urologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Director – Dr. Luís Ferraz

Resumo

Os quistos do úraco são raros e geralmente assintomáticos. Quase sempre o seu diagnóstico é feito acidentalmente durante a realização de um exame de rotina, ou então quando complicam com infecção ou malignização. A Ecografia e a Tomografia Computorizada identificam a maioria das patologias com origem no úraco. O tratamento do quisto do úraco infectado consiste na exérese total com um segmento de bexiga, para evitar o risco de degeneração maligna. Os autores apresentam um caso clínico de um quisto do úraco infectado num homem de 56 anos de idade, cujos sintomas eram uma dor supra púbica e ardor miccional com longo tempo de evolução. A cistoscopia revelou-se valiosa no diagnóstico, uma vez que demonstrou drenagem purulenta pela cúpula da bexiga durante a compressão manual. O tratamento foi faseado, com drenagem inicial percutânea e exérese da massa cística após diminuição do processo inflamatório.

Palavras-chave: Úraco; quisto; quisto do úraco infectado.

Summary

Urachal cysts are rare, but not exceptional. If complicated with infection they become symptomatic. Ultrasound and CT scan identify most disease entities originating from urachal remnant. Treatment consists on total exeresis with a cuff of bladder, because there is a risk of malignant degeneration. The authors report a case of infected urachal cyst revealing in a 56-year-old male. He complained of suprapubic pain and urinary burning over a three-year period. Cystoscopy was of great value as it showed pus discharge from the bladder dome. Treatment was made first with percutaneous drainage, and then exeresis of the urachal mass after the diminishing of the inflammatory process.

Key-words: Urachus; cyst; infected urachal cyst

Correspondência:

Vitor oliveira

E-mail:

vitorolive@gmail.com

Introdução

Embriologicamente o úraco está localizado entre o peritoneu e a fascia transversalis. Estende-se desde a cúpula da bexiga até ao umbigo. É constituído por três camadas: a mais interna é um canal epitelial com epitélio cubóide ou de transição; a intermédia é uma camada de tecido conjuntivo submucoso e a camada externa é constituída por músculo liso^(1,2). O úraco comunica a superfície anterior do feto, a nível da cloaca, com a cavidade alantóide extraembrionária. Com a descida da bexiga para a pelve durante o desenvolvimento embrionário, o úraco alonga-se e durante a 4ª e a 5ª semanas de gestação torna-se uma estrutura tubular fibrótica^(1,2,3).

Quando o processo de obliteração não ocorre surge uma das quatro seguintes situações: 1-úraco patente (persistência completa), em 15% dos casos; 2-Quisto do úraco (vestigio de alantóide), em 36%; 3-seio externo do úraco (dilatação da extremidade superior), em 49%; 4-divertículo do úraco (seio interno cego), em 3-5%⁽³⁾.

Os quistos do úraco são patologias raras e quase sempre assintomáticas, pelo que o seu diagnóstico é feito acidentalmente no decurso de uma ecografia ou então porque infectam. Mesmo assim, quando a drenagem é feita para a bexiga nem sempre o diagnóstico é rápido como confirma o caso que apresentamos.

Caso clínico

Paciente do sexo masculino, 56 anos de idade, caucasiano, referenciado à consulta de Urologia por dor suprapúbica e ardor miccional com 3 anos de evolução. Durante este período consultou várias vezes o médico de família e fez diversos ciclos de antibioterapia, sem sucesso. Negava sintomas urinários obstrutivos.

Ao exame objectivo não se notavam alterações, verificando-se ausência de tumefacções abdominais, umbigo normalmente encerrado, e genitais externos normais. O toque rectal revelava uma próstata pequena, indolor, de superfície lisa e contorno regular.

Os resultados dos exames complementares de diagnóstico mostraram um hemograma sem leucocitose ou neutrofilia, uma creatinina com 1,1 mg/dl, um sedimento urinário com >25 leucócitos/campo e uma urocultura negativa.

A Ecografia vesicoprostatica evidenciou quisto simples contíguo ao pólo superior da bexiga, com 4,3 cm de maior diâmetro (Figura 1).



Figura 1 – Ecografia abdominal: quisto adjacente à cúpula da bexiga.

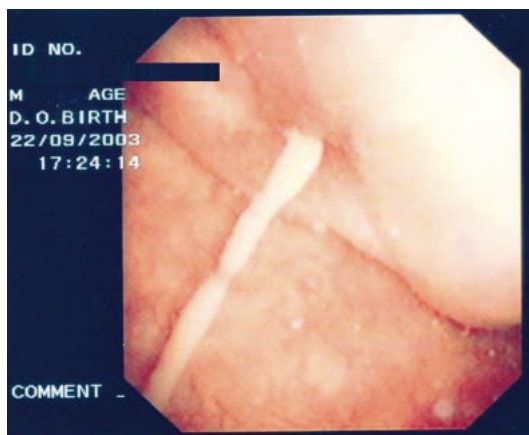


Figura 2 – Cistoscopia: drenagem purulenta durante a compressão manual suprapúbica

A uretrrocistografia retrógrada revelou ausência de estenose uretral, bexiga de capacidade normal, sem fuga de contraste, e ausência de defeitos de repleção.

A Cistoscopia mostrou abaulamento da cúpula vesical, onde se destacava uma pequena área de mucosa eritematosa apresentando no seu centro um pequeno orifício que dava saída a um líquido purulento quando se efectuava a palpação suprapúbica (Figura 2).

A Tomografia computadorizada confirmou a existência de uma estrutura quística, de parede ligeiramente espessada, contígua à cúpula da bexiga, com 4x3 cm de dimensões, e sem planos seguros de clivagem (figura 3).

Com o diagnóstico clínico de quisto do úraco infectado, procedeu-se a punção suprapúbica percutânea dirigida por ecografia. Foram drenados 150 ml de líquido citrino com sedimento denso. Optou-se por manter um cateter em drenagem até à cirurgia. O exame microbiológico do líquido foi inconclusivo (3 agentes isolados, 10^3 - 10^4 UFC/ml).



Figura 3 – TC – Lesão cística de paredes espessadas (quisto do úraco) anterior à bexiga.

Catorze dias depois procedeu-se à exérese cirúrgica do quisto, através de uma incisão pubo-umbilical mediana. Constatou-se uma formação de paredes densamente aderentes à bexiga e ao peritoneu parietal. Após libertar o úraco da inserção peritoneal ao nível do umbigo, efectuou-se dissecação das margens do quisto, e cistectomia parcial na zona de inserção do úraco para remover todo o trajecto fistuloso.

A análise microscópica revelou tecido constituído por parede fibroadiposa espessada, congestionado, e de revestimento interno rugoso. As características histológicas do quisto eram compatíveis com processo inflamatório agudo necrosante. Não foram identificadas estruturas de natureza neoplásica.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências e o doente teve alta ao 7º dia sem cateter vesical.

Discussão

As anomalias congénitas do úraco são raras, com uma incidência de 2:300.000 em crianças e de 1:5.000 em adultos⁽⁴⁾. Os remanescentes do úraco podem representar um dilema diagnóstico e terapêutico.

O quisto forma-se quando o lúmen do úraco é preenchido e distendido por descamação epitelial e degeneração. Como existe frequentemente conexão com a bexiga, a infecção bacteriana pode ocorrer.

Os quistos infectados são mais comuns no adulto sendo o organismo responsável mais frequente o *Estafilococos aureus*. O quisto do úraco infectado pode drenar para a bexiga ou para o umbigo, ou intermitentemente para ambos os lados, de que resulta o chamado seio alternante.⁽¹⁾

Estes quistos são mais comuns no terço inferior do úraco, junto à bexiga^(1,5) e são habitualmente assintomá-

ticos^(1,5,6). A infecção constitui a complicação mais frequente ocorrendo em 23% dos casos⁽⁵⁾. Quando infectam, manifestam-se através de sintomas e sinais inespecíficos, como: dor no hipogastro, febre (que pode ser crónica), sintomas miccionais^(1,8), sensibilidade ao nível do hipogastro^(1,9), massa palpável (sinal frequente)^(1,10), e ITU evidente^(1,8).

As complicações do quisto do úraco infectado são: 1. Ruptura para os tecidos préperitoneais; 2. Ruptura para a cavidade peritoneal (e peritonite)^(1,6); 3. Envolvimento inflamatório do intestino adjacente (raro) e formação de fistula entérica; 4. Adenocarcinoma (complicação tardia).⁽¹⁾

O adenocarcinoma é responsável por 90% dos tumores malignos do úraco. O adenocarcinoma do úraco constitui 20-40% dos adenocarcinomas da bexiga⁽²⁾, e 0,35% de todos os cânceros da bexiga⁽⁵⁾. Apresenta uma incidência de 1:5.000.000^(5,7). O diagnóstico diferencial entre adenocarcinoma do úraco e remanescente do úraco infectado é difícil. O adenocarcinoma do úraco é tipicamente silencioso, devido à sua localização extra-peritoneal, até uma fase avançada de doença metastática ou de invasão local^(2,3).

O diagnóstico de quisto do úraco é dado por ecografia, tomografia computadorizada, ou cistoscopia. A ecografia, por si só, é diagnóstica em mais de 90% dos casos^(8,11). Revela uma cavidade preenchida por líquido ao nível do hipogastro na linha média. Os quistos do úraco infectados revelam espessamento da parede com componente de tecidos moles e ecogenicidade mista na ecografia⁽³⁾.

A tomografia computadorizada serve para delinear melhor a extensão e a relação do quisto com as estruturas vizinhas, dados importantes para o planeamento cirúrgico. A tomografia demonstra uma atenuação do conteúdo do quisto infectado maior do que a da água.⁽³⁾

A urografia intravenosa não é necessária para o diagnóstico, uma vez que a maioria destes pacientes não revela patologia urinária associada.

A cistoscopia, pelo contrário, é útil no diagnóstico, visto que demonstra habitualmente uma área de mucosa eritematosa e edema ao nível da cúpula vesical. A cistoscopia pode revelar drenagem purulenta a esse nível, como ficou demonstrado no nosso paciente.

O tratamento do quisto do úraco depende dos sintomas. Nas crianças, com massas quísticas pequenas, e assintomáticas, preconiza-se a vigilância^(1,9).

Nos adultos, actualmente, defende-se uma abordagem terapêutica faseada, com drenagem percutânea inicial e posteriormente excisão cirúrgica, após resolução da inflamação. As vantagens do tratamento fasea-

do são: 1. Limitar a parede vesical a ressecar; 2. Diminuir o risco de lesão de estruturas adjacentes; 3. Evitar complicações desnecessárias (como por exemplo a infecção ou a peritonite)^(1, 11). A primeira fase do tratamento consiste de uma das 3 opções: incisão e drenagem do quisto (30% de recorrência^(3, 10)), marsupialização ou drenagem percutânea (diagnóstica e terapêutica)^(1, 3, 9, 11).

O tratamento definitivo do quisto do úraco infectado implica a excisão cirúrgica completa do tecido anómalo e de uma pequena porção da parede vesical adjacente^(1, 3, 10). Esta excisão pode ser efectuada através de uma incisão transversa a meio do hipogastro, ou de incisão mediana infraumbilical quando os ligamentos umbilicais e o peritoneu estão aderentes (e devem ser removidos com a lesão)⁽¹⁾. Uma outra alternativa de tratamento cirúrgico do quisto do úraco é a excisão por laparoscopia^(4, 5).

Conclusão

Os quistos do úraco infectados não são comuns para a maioria dos urologistas. Geralmente são assintomáticos, excepto quando infectam. A ecografia transabdominal sugere o diagnóstico. A tomografia realiza um diagnóstico mais preciso, importante para a programação da cirurgia. A cistoscopia pode demonstrar drenagem purulenta quando existe fístula uraco-vesical patente. O tratamento faseado, com drenagem percutânea inicial e excisão cirúrgica completa revela-se uma excelente opção terapêutica.

Bibliografia

1. Gearhart JP. Exstrophy, epispadias, and other bladder anomalies. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, editors. *Campbell's Urology*. 8th Ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 2002: 2189-2193.
2. Wang BY, Boag AH, Idrees M, Young ID, Unger PD. Urachal Malignant Fibrous Histiocytoma. *Arch Pathol Lab Med* 2004; 128: 456-459.
3. Yu JS, Kim KW, Lee HJ, Lee YJ, Yoon CS, Kim MJ. Urachal Remnant Diseases: Spectrum of CT and US Findings. *Radiographics* 2001; 21: 451-461.
4. Yohannes P, Bruno T, Pathan M, Baltaro R. Techniques in Endourology, Laparoscopic Radical Excision of Urachal Sinus. *J Endourol* 2003; 17: 475-479.
5. Kamel RE, Ounaies A, Saadan H, Hlila M, Jemni M. Le Kyst de L'Ouraque, A Propos de Trois Observations. *Progrès en Urologie* 2001; 11: 314-318.
6. Kojima Y, Miyake O, Taniwaki H, Morimoto A, Takahashi S, Fugiwara I. Infected Urachal Cyst Ruptured During Medical Palliation. *Int J Urol* 2003; 10(3): 174-6.
7. Calvo AO, López AN, Freire FD, Rodrigo AA, Iglesias BR, Delgado JB, et al. Adenocarcinoma Mucinoso de Úraco. *Actas Urol Esp* 2003; 27 (2): 142-146.
8. Galifer RB, Kalfa N, Veyrac C, Lopez C. Rare Vesical Malformations. *Ann Urol (Paris)* 2003; 37 (6): 304-321.
9. Diaz ME, Ruiz JI, Sfulcini JC, Barredo JM. Urachal Cysts During Childhood. *Arch Esp Urol* 2003; 56 (3): 300-302.
10. Monzón AJ, Faba OR, Rodríguez JG, Sotres MD, Gómez JF, Barmadan SE, et al. Actinomicosis Uracal: A Propósito de Un Caso. *Actas Urol Esp* 2002; 26 (7): 519-522.
11. McCollum MO, MacNeily AE, Blair GK. Surgical Implications of Urachal Remnants: Presentation and Management. *J Ped Surg* 2003; 38: 798-803.