

Error en el diagnóstico de un quiste de uraco. Reporte de caso

Mayor M.C. Filiberto **Dávila-Serapio**,* Tte. Cor. M.C. Ret. José María **Rivera-Cruz**,** Mayor M.C. Julio César **Rosiles-Domínguez*****

Laboratorio de Adiestramiento e Investigación Quirúrgica, Escuela Médico Militar. Enfermería del Campo Militar 1-A. México, D.F.

RESUMEN

A pesar de que en la literatura biomédica se afirma que la patología del uraco es rara o infrecuente, en la población que atendemos no es así. Presentamos el caso de un paciente adulto al que se le reseco un quiste uracal complicado con formación de absceso, en el que se cometió un error en el diagnóstico preoperatorio, pues inicialmente se había diagnosticado un uraco permeable complicado con infección. Debido a que los autores operan con frecuencia a pacientes con patología uracal, el error se debió a exceso de confianza al hacer el diagnóstico preoperatorio. Durante la intervención quirúrgica se encontró una situación inesperada, lo cual pudo haberse evitado. No hubo secuela alguna en el paciente.

Palabras clave: absceso, quiste de uraco, ultrasonido.

Urachal abscess misdiagnosis. Case report

SUMMARY

In spite of the fact in medical literature urachal pathology is a rare disease, in the population that we attend it is not like that. We present the case of an urachal abscess resection in a 22 year old man. We committed a mistake in the diagnosis: we didn't make a careful evaluation, because urachal pathology is a common disease in our practice. During the surgical intervention we found an unexpected situation, which could have been avoided. The patient had no subsequent problems.

Key words: abscess, urachal cyst, ultrasonic diagnosis.

Introducción

La persistencia del uraco es una anomalía congénita poco frecuente, que se presenta en cuatro variantes, las cuales, de acuerdo con su orden de frecuencia son: uraco permeable (50%), quiste uracal (30%), seno uracal (15%) y divertículo uracal (5%).¹

En la población que atendemos (militares y sus derechohabientes), la patología del uraco en adultos no es rara y observamos sobre todo uraco permeable.

Presentamos el caso de un paciente al que se le realizó resección de un quiste uracal complicado con formación de absceso, en el que se cometió un error en el diagnóstico preoperatorio.

Caso clínico

Masculino de 22 años de edad, militar en servicio activo, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos. Acudió a consulta al Servicio de Urgencias de la Enfermería del Campo Mili-

tar 1-A (unidad médica de segundo nivel de atención) en abril de 2003 por padecer dolor, aumento de volumen y secreción en la cicatriz umbilical.

Durante la exploración física se le encontró cicatriz umbilical con aumento de volumen, secreción seropurulenta blanca fétida y dolor durante la palpación (*Figura 1*).

Se hizo el diagnóstico de persistencia del conducto uraco, consistente en uraco permeable complicado con infección; se le encamó en la sala de hospitalización para tratamiento con un antibiótico (cefalotina 500 mg por vía intravenosa cada seis horas) y se le programó intervención quirúrgica para el día siguiente, planeándose hacer resección simple del uraco permeable.

Se le realizó preoperatoriamente biometría hemática, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial activada y examen general de orina: todos los resultados fueron normales.

Al día siguiente fue intervenido quirúrgicamente. Se le realizó una incisión transversa infraumbilical de aproximadamente 4 cm; no se pudo localizar el remanente embriona-

* Profesor titular de Cirugía I y II y Jefe del Laboratorio de Adiestramiento e Investigación Quirúrgica, Escuela Médico Militar. ** Profesor adjunto de Cirugía I y II, Escuela Médico Militar. *** Residente rotario de pregrado, Hospital Central Militar.

Correspondencia:

Dr. Filiberto Dávila-Serapio

Blvd. Manuel Ávila Camacho y Cerrada de Palomas, s/n, Col. Lomas de Sotelo, Del. Miguel Hidalgo, 11650, México, D.F. Tel.: 01 (55) 5540-7728, Ext. 173. Correo electrónico: thebossdavila@yahoo.com.mx

Recibido: Junio 12, 2009.

Aceptado: Agosto 3, 2009.



Figura 1. Aspecto de la cicatriz umbilical en el momento de la consulta inicial.



Figura 2. Quiste de uraco, abierto en la región superior.



Figura 3. Quiste de uraco disecado, aún adherido a la vejiga urinaria. Vista anterior.



Figura 4. Quiste de uraco disecado, aún adherido a la vejiga urinaria. Vista posterior.

de otros siete días y se le realizó una urografía excretora, la cual no reveló patologías. El reporte histopatológico fue: “Fragmentos de tejido fibroadiposo y una zona sugestiva de pared de quiste, con necrosis, hemorragia, inflamación crónica y aguda severa, compatible con el diagnóstico clínico” (reporte Q-3260-03, Departamento de Patología, Hospital Central Militar).

Discusión

Las patologías del uraco se presentan a cualquier edad, pero son más frecuentes en edades pediátricas; son raras en los adultos; es difícil establecer su frecuencia y pasan desapercibidas en la práctica médica, porque usualmente son asintomáticas, no se piensa en ellas y sus signos diagnósticos no son relevantes si no hay infección.¹⁻⁴

En la población que atiende los autores, la patología del uraco en adultos no es rara ni poco frecuente. Durante un

rio, por lo que se amplió la incisión en sentido vertical desde la incisión original (se formó una “T”); se continuó disecando hasta llegar a lo que en un principio el cirujano pensó que era la cavidad abdominal: en realidad se había abordado la cavidad de un quiste uracal complicado con formación de absceso, de localización alta; al percatarse de ello, se disecó el absceso hasta liberarlo; medía aproximadamente 10 cm de diámetro; límite superior libre al nivel de la cicatriz umbilical y límite inferior adherido a la porción superior de la vejiga urinaria (Figuras 2-4); se reseco la totalidad del absceso; fue necesario reforzar la serosa de la vejiga debido a despulimiento (no hubo evidencia de perforación), con puntos simples de catgut crómico 3-0. Lavado, hemostasia y cierre por planos. Al finalizar el procedimiento se le colocó al paciente sonda urinaria. Se envió la pieza a estudio histopatológico. En el postoperatorio se siguió con el mismo antibiótico y se agregó analgesia; se le retiró la sonda urinaria luego de 72 horas; no se presentó complicación alguna luego de siete días y fue egresado; se le revisó luego

año antes de operar al paciente que se presenta en este trabajo, en la unidad médica en donde se le intervino, el autor principal de este artículo realizó nueve cirugías en adultos para resolver igual número de uracos permeables. Sin embargo, esta apreciación sobre la frecuencia es subjetiva, ya que no la hemos estudiado ni analizado y tampoco la hemos publicado.

Se encuentra bien establecido en la literatura biomédica que a todo paciente con patología del uraco se le debe realizar de manera preoperatoria por lo menos un estudio de ultrasonido: gracias a la accesibilidad del uraco, localizado en la pared anterior del abdomen, lejos de la interferencia del gas intestinal, la ecografía es una técnica muy apropiada para una buena aproximación diagnóstica² y puede llegar a confirmar el diagnóstico por sí sola.⁵⁻⁸

Ante la duda se puede recurrir a la tomografía axial computarizada (TAC), ya sea simple o contrastada, que puede definir en diferentes planos la localización y el contenido de la masa tumoral con mayor exactitud.⁷ La TAC es la prueba de imagen que proporciona mayor exactitud, tanto para la visualización y delimitación de la cavidad quística uracal, como para el estudio de las estructuras adyacentes, permitiendo realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías abdominopélvicas.³

A todos los pacientes se les debe realizar un urograma excretor, por la posibilidad de anomalías asociadas del tracto urinario: 43% de los pacientes con anomalías uracales presentan alteraciones genitourinarias asociadas, como reflujo vesicoureteral, riñón único, criptorquidia, síndrome de la unión pieloureteral o hidronefrosis.^{3,9}

La cistouretrografía miccional se solicita en aquellos casos en los que se sospecha patología vesical concomitante,⁵ para analizar la zona de comunicación entre la vejiga y el uraco y la posible compresión de la cúpula vesical.³

Algunos autores recomiendan realizar cistoscopia^{1,2} y fistulografía.⁴

En el caso que presentamos se encontró una patología inesperada debido a que hubo exceso de confianza al hacer el diagnóstico preoperatorio: no se utilizaron los recursos diagnósticos auxiliares debidos, que sí estuvieron disponibles, y se realizó una intervención quirúrgica de manera precipitada. Esto ocasionó que se realizara un plan equivocado para alcanzar un objetivo, ya que el diagnóstico inicial fue poco preciso, aunque no erróneo. Sin embargo, si se hubiera llegado a un diagnóstico preoperatorio fino, el plan terapéutico habría sido el mismo y sólo habría cambiado el abordaje inicial: finalmente, en este caso no hubo complicación alguna, sino sólo un cambio de abordaje en el mismo tiempo quirúrgico.

No hubo falla para conseguir un resultado en salud, pues se resolvió el problema del paciente y no se le ocasionó daño alguno.

Los errores médicos existen y seguirán existiendo, por lo que debemos analizar permanentemente sus causas y evitar en la medida de lo posible su aparición.

Casi ningún acto médico está exento de riesgo, por lo que debe de buscarse sistemáticamente la prevención de los errores.

No se debe de olvidar que a pesar de que en la práctica diaria alguna patología se presente de manera frecuente, nunca debe de obrarse con precipitación o con exceso de confianza al hacer un diagnóstico y al someter a un paciente a un tratamiento.

Conclusiones

Debido a la elevada frecuencia de anomalías asociadas con la patología del uraco y a que su tratamiento en adultos es sobre todo quirúrgico, a todo paciente se le debe realizar preoperatoriamente por lo menos un estudio de ultrasonografía y un urograma excretor. Dependiendo de los hallazgos es posible que se deba realizar otros estudios como TAC, cistouretrografía miccional, cistoscopia o fistulografía.

Referencias

1. García GA, Ponce de León BF, Farfán CFA. Quiste uracal. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Urología* 2005; 65(6): 459-62.
2. Donate MMJ, Giménez BJM, Salinas SAS, Lorenzo RJG, Segura MM, Hernández MI, et al. Patología del uraco: revisión de conjunto y presentación de tres casos. *Actas Urol Esp* 2005; 29(3): 332-6.
3. Orri VM, Mus M, Gutiérrez S, Sala O, Conte V, Ozonas M. Patología benigna del uraco en el adulto: a propósito de dos observaciones. *Actas Urol Esp* 1990; 14(3): 217-20.
4. Villatoro MC, Quiroz LJA, García CD, Terrazas RD, Ortiz MBL, Medina GR, et al. Anomalías del uraco: seno uracal. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Expresiones Médicas* 2003; 2(6): 8-11.
5. Burgues GJP, Domínguez HC, Serrano DA, Estornell MF, Martínez VM, García IF. Divertículos de uraco. Diagnóstico y tratamiento. *Arch Esp Urol* 2002; 55(3): 285-91.
6. Milotic F, Fuckar Z, Gazdik M, Cicvaric T, Milotic I, Zauhar G. Inflamed urachal cyst containing calculi in an adult. *J Clin Ultrasound* 2002; 30(4): 253-5.
7. Mesrobian HG, Zacharias A, Balcom AH, Cohen RD. Ten years of experience with isolated urachal anomalies in children. *J Urol* 1997; 158(3): 1316-8.
8. Ueno T, Hashimoto H, Yokoyama H, Ito M, Kouda K, Kanamaru H. Urachal anomalies: ultrasonography and management. *J Pediatr Surg* 2003; 38(8): 1203-7.
9. MacNeily AE, Koleilat N, Kiruluta HG, Homys YL. Urachal abscesses: protean manifestations, their recognition and management. *Urology* 1992; 40(6): 530-5.