

PERSISTENCIA DE URACO EN UN RECIEN NACIDO Y UN LACTANTE

Dr. Wilson Ortíz Calvache*, Dr. Jorge García Andrade**,
Dr. Mario Moreno Camacho***, Dr. Patricio Reyna Naranjo****
Dr. Jaime Altamirano Alvarado*****

RESUMEN

La siguiente revisión la realizamos en base a dos casos que se presentaron en nuestro servicio; uno de los R.N. (26 días de vida), y un lactante (1 año 8 meses de edad).

Los dos pacientes consultaron por granulomas umbilicales con secreción húmeda, clara. Luego de los estudios diagnósticos en base a EMO, Urocultivo y Uretrocistografía miccional, se exploraron quirúrgicamente, determinando la presencia de URACO persistente en el R.N. y quiste de uraco en forma de reloj de arena en el Lactante.

Introducción

La primera descripción de un URACO persistente se hizo en un adulto en el siglo XVI, aunque esta patología es más frecuente de observar en niños: (1-2).

El uraco constituye una formación tubular embrionaria, que se desarrolla a expensas de la alantoides y se conecta al futuro ombligo, fenómeno que ocurre alrededor de la cuarta a la séptima semana de gestación.

Posteriormente la alantoides forma la vejiga primitiva, la cual almacena orina y la drena al exterior por vía del uraco, función que mantiene hasta que el seno Urogenital conforma totalmente la uretra y genitales. Momento en el cual el uraco pierde función y va estrechando su luz progresivamente hasta fibrosarse. (1-3-4).

Al nacimiento el uraco persiste como cuerda fibrosa que conecta la vejiga al ombligo. Alrededor de los 6 meses con el descenso de la vejiga a la pelvis el uraco desaparece. (3-4).

* Pediatra, Profesor de la Universidad Central y Hospital Ambato.

** Cirujano Pediatra del Hospital Ambato.

*** Pediatra Neonatólogo, Jefe del Servicio de Neonatología. Pediatra Asesor de la OPS.

**** Pediatra Neonatólogo, Tratante del Servicio de Neonatología.

***** Residente Ad-Honorem del Servicio de Neonatología.

Las anomalías del cierre de este conducto puede dar origen a diversas entidades que no siempre se presentan en clínica como fenómenos patológicos y son principalmente: (1-2-5-6) (fig 1).

1. Quiste de uraco
2. Uraco persistente
3. Divertículo de uraco
4. Uraco vesical

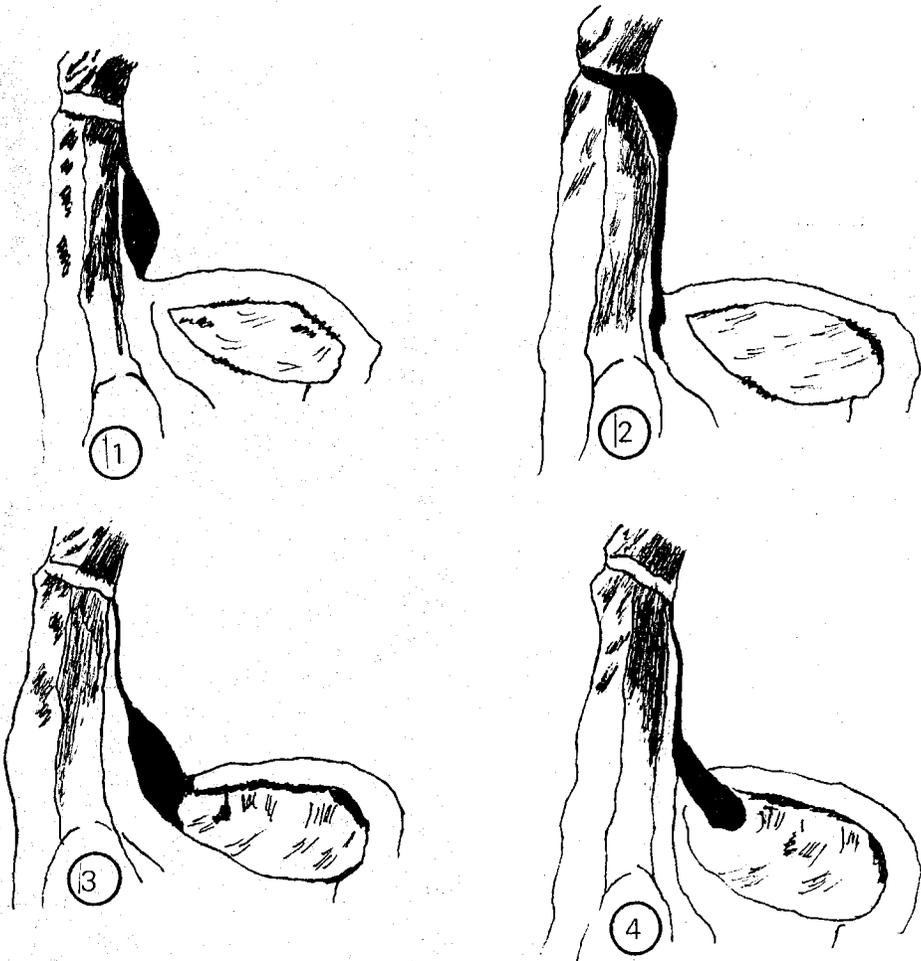
CASOS REPORTADOS

Caso Uno:

Recién nacido a término mujer de 20 días de vida, consulta por masa húmeda umbili-

cal, que mojaba cíclicamente la ropa. Al examen físico llamó la atención la presencia de un ombligo grande con granuloma ancho de 1.5 cms. de diámetro que tenía un orificio central puntiforme, por el cual constatamos la expulsión de chorros de orina con el llanto y maniobras de Valsalva.

Con la impresión diagnóstica de persistencia de uraco permeable, se realizaron los siguientes exámenes: EMO y Urocultivo normales, Uretrocistografía en donde se demostró la comunicación anómala entre vejiga y ombligo. Dicho trayecto fistuloso medía aproximadamente 3 cms de largo por 4 mm. de ancho.



La paciente fue explorada quirúrgicamente a los 28 días de vida, encontrándose el conducto uraco permeable, que se dibujó con azul de metileno. Esta maniobra facilitó la extirpación completa desde la vejiga hasta el ombligo, se suturó la cúpula vesical en dos planos con material reabsorbible.

Con su extirpación el post-operatorio fue satisfactorio, desapareciendo el granuloma umbilical a los 4 días.

Caso dos:

Se trata de un lactante varón de 1 año 8 meses de edad que consultó por granuloma umbilical con secreción transparente persistente. Dicho granuloma fue resistente a varios tratamientos con Nitrato de Plata y Electrocoagulación.

Al examen físico se apreciaba granuloma en el centro del ombligo de menos de 0.5 cms. de diámetro, con la secreción transparente descrita. Se postuló como diagnóstico la presencia de uraco permeable.

Los exámenes de orina con su cultivo fueron normales, de la misma manera la Uretrocistografía no demostró comunicación anómala. Se pidió dosificación de Urea en la secreción umbilical, encontrándola positiva y con valor de 57 mgs o/o.

Hallazgo operatorio: presencia de trayecto fistuloso a manera de reloj de arena entre ombligo y cúpula vesical. Se resecó dicho trayecto fistuloso y se suturó la cúpula vesical en dos planos con material reabsorbible.

Post-operatorio fue satisfactorio, desapareciendo el granuloma al quinto día.

Discusión:

Con el advenimiento de la Cirugía Pediátrica en Ambato en el lapso de un mes cap-

tamos dos pacientes en la consulta privada y los remitimos al Hospital Docente Ambato para su tratamiento y estudio.

En la Literatura mundial los casos reportados son pocos, y de estos observamos que la gran mayoría de publicaciones se realizan en base a complicaciones secundarias a la presencia de quistes de uraco principalmente. (1-2).

Cuando el uraco persiste como conducto, se distinguen tres capas tisulares; la interna como epitelio transicional o cuboidal, la media o submucosa y la externa o muscular gruesa. El lumen es irregular y de diámetro pequeño. (1-5-6).

Los cierres parciales llevan a la formación de quistes que si no se infectan pasan desapercibidos al igual que los divertículos, que dan sintomatología cuando hay cálculos en su interior o es causa de infección urinaria persistente y en el peor de los casos llegar a la formación de Adenocarcinoma de vejiga. (1-2-5-6-7).

El uraco persistente en el R.N. es raro, se presentan en un 2 o/o cualquier tipo de anomalías. La sintomatología es la emisión de gotas de orina por ombligo en forma intermitente; o micciones esporádicas, como en nuestro paciente que se presenta con el llanto y maniobras de Valsalva. Acompañando a esta sintomatología se observa edema e inflamación del ombligo. (1-2-5-8).

El diagnóstico se lo realiza mediante la Uretrocistografía miccional, prueba de azul de metileno y Fistulografía. (6-8).

El diagnóstico diferencial principalmente se lo hace con la onfalitis y la persistencia del Conducto Onfalo-mesentérico o sus restos.

Se citan casos fatales de Fascitis necroti-

zante en el R.N. en los cuales está comprometido como foco persistente de infección el uraco y las arterias umbilicales, razón por la cual se recomienda debridar toda la fascia necrótica y el tejido celular subcutáneo per umbilical, además extirpar las arterias umbilicales junto con el uraco a fin de parar el avance de la infección. (9-10-11-12).

Los quistes de uraco pueden permanecer asintomáticos durante toda la vida, sin embargo se reportan casos de quistes infectados en niños y adultos, los cuales pueden dar sintomatología que asemeje un cuadro de apendicitis aguda. Generalmente se presentan con dolor en zona media suprapúbica, masa palpable, muy pocas veces con secreción seropurulenta por el ombligo. La Radiología y la Ecografía son ayudas diagnósticas de importancia. (8-13-14).

El tratamiento para quiste de uraco infectado constituye la resección quirúrgica. Un simple drenaje tiene como resultado la reacumulación en un 30 o/o de los casos y lo que es peor hay que tener presente que el Adenocarcinoma puede provenir del remanente uraco-vesical, por lo que la resección quirúrgica total de uraco junto con el área vesical comprometida es de extrema importancia. (15-13-14).

SUMMARY

The next revision we have realice in base to two cases, which present our service; one of then N.B. (26 days of life), and one lactant (1 year, 8 months of age).

Two patients asked for granulomas umbilicals with humid secretion light. After umbilicals studies: Urine microscopy examination Urocultive and micturitional urethrocystografy, were explored surgically, determined the presency of a persistent urachus in the N.B. and on urachus cyst in form of sandglas in the lactant.

Es imperioso destacar que ante la presencia de granuloma umbilical con o sin secreción persistente, debemos destacar dos anomalías congénitas como:

1. Persistencia del Conducto Onfalomesentérico o sus restos.
2. Persistencia de Uraco permeable o sus restos.

Por lo que recomendamos observar y estudiar la secreción umbilical.

Pedir en orden de seguimiento los siguientes exámenes diagnósticos: Urocultivo, Uretrocistografía miccional, Tránsito intestinal y en caso de ser negativos esos estudios, es necesaria la exploración quirúrgica por Minilaparotomía infraumbilical.

No está claro todavía como un quiste de uraco se rompe cuando no hay infección, se postula que esto se debe al agrandamiento de la estructura quística secundaria al incremento de líquido secuestrado. (15-14).

Conclusiones

Notamos que nuestros dos pacientes consultaron por la presencia de granuloma y secreción húmeda.

Bibliografía

1. Rosenfeld, R., Vargas, R., Susaeta, S.: "Uraco persistente en el adulto". *Revista Chilena de Urología*. 49:120-122, 1986.
2. Higman, F.: "Surgical disorders of the bladder and umbilicus of urachal origin". *Surg. Gynecol. Obstet.* 113:605, 1961.
3. Hamm, F.M. Water House, K.: "Changing concepts in lower urinary tract obstruction in childhood, *JAMA*. 175:854-857, 1961.
4. Lagman, J.: "Embriología Médica" 3ra. ed. Editorial Panamericana. 153-154, 1976.
5. Válida, V., Conn, M.: "Espontaneous Rupture of a Noninfected Urachal Cyst". *J. Pediatr. Surg.* 26:6:747-748, 1991.
6. Spatero, R., Davis, R., McLochalam, M., et al: "Urachal abnormalities in the adult. *Radiology*. 149:659-663, 1983.
7. Thomford, N., Knight, P., Nusbaum, J.: "Urachal abnormalities in the adult. *Am Surg* 37:405-407, 1971.
8. Kesigsberg, K.: "Infaction of umbilical artery simulating patent urachus. *J. Pediatr.* 86:151, 1975.
9. Kosloske, A., Bartow, S., "Debridement of Periumbilical Necrotizing Fasciitis: Importance of Excision of the Umbilical Vessels and Urachal Remant". *J. Pediatr. Surg.* 26: 7: 808-810., 1991.
10. Farrell, L., Karl, S., Davis., et al: "Postoperative necrotizing fasciitis in children. *Pediatrics* 82:874-879, 1988.
11. Kosloske, A., Cushing, A., Borden, T., et al: "Cellulitis and necrotizing fasciitis of the abdominal wall in pediatric patients. *J. Pediatr Surg* 16:246-251, 1981.
12. Lally, K., Atkinson, J., Woolley, M., et al: "Necrotizing fasciitis: A serious sequela of omphalitis in the newborn. *Ann Surg* 199: 101-103, 1984.
13. Blichert-Toft, M., Nielsen, O.: "Discases of the urachus simulating intra - abdominal di-
14. Agatstein, E., Stabile, B.: "Peritonitis due to intraperitoneal perforation of infected urachal cyst. *Arch Surg* 119:1269-1273, 1984.
15. Blichert-Toft, M., Koch, F., Nielsen, O., "Anatomic variants of the urachus related to clinical appearance and surgical treatment of urachal lesions. *Surg Gynecol Obstet* 137:51-54, 1973.