

Malformación del uraco en un recién nacido

*Fernando Córdova-Neira¹, Doménica Méndez Abril¹, Yanet Morejón Hernández¹,
Iliana Ortiz Serrano¹, Marcia Patiño Patiño¹*

¹ Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital José Carrasco Arteaga, IESS – Cuenca.

Correspondencia: Dr. Fernando Córdova Neira

Correo electrónico:

fcordova@uazuay.edu.ec

Dirección: Av. 24 de Mayo y Av. de las Américas, Cuenca-Ecuador

Código postal: EC 010101

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1400-2640>

Teléfono: (593) 995734155

Fecha de recepción: 20-04-2025

Fecha de aprobación: 20-06-2025

Fecha de publicación: 30-06-2025

Membrete Bibliográfico

Córdova Neira F, Morejón Hernández J, Ortiz Serrano I, Méndez Abril D, Bravo Aguilar C, Patiño Patiño M. Malformación del uraco en un recién nacido. Rev. Médica Ateneo, 27. (1), pág 117-125. Artículo acceso abierto.

RESUMEN

Introducción: La persistencia del uraco es una anomalía congénita poco frecuente, se manifiesta de diversas formas, desde asintomática hasta causar complicaciones como infecciones, simular una apendicitis o causar un abdomen agudo. Su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno son fundamentales para prevenir complicaciones.

Caso clínico: Recién nacido masculino de 72 horas de vida, sin antecedentes patológicos relevantes, presenta secreción persistente umbilical desde su nacimiento (ombligo húmedo). Ante la persistencia de los síntomas, ausencia de signos de momificación completa del cordón y sospecha clínica se realizaron estudios de imagen confirmándose la persistencia del uraco. Cirugía: escisión quirúrgica del uraco a través del ombligo. El examen histopatológico confirma el diagnóstico. El recién nacido evolucionó favorablemente y fue a casa en

forma temprana. En los controles postoperatorios niño en buenas condiciones.

Discusión: ante un ombligo húmedo o si hubiera salida de líquido claro (orina), debe considerarse la posibilidad de un Uraco, el diagnóstico se basa en la clínica, los estudios de imagen y la anatomía patológica. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son fundamentales para prevenir complicaciones a largo plazo, como infecciones recurrentes, formación de abscesos, abdomen agudo y otros. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica del uraco.

Conclusión: esta es una patología infrecuente, requiere alta sospecha diagnóstica y tratamiento definitivo.

Palabra clave: uraco; persistencia de uraco; quiste de uraco.

ABSTRACT

A clinical case is presented of a 26-year-old patient, with a history of Systemic Lupus Erythematosus with poor adherence to treatment, who presents with dysphagia, requesting evaluation in a Basic Hospital receiving in-hospital treatment without improvement, so it is referred to a more complex health home, receiving evaluation by multiple specialties in search of initially defining the diagnosis with subsequent treatment, however, results of an autoimmune panel compatible with Polymyositis were received, the importance of this case is given by the incidence of this pathology and its timely management.

Keywords: dysphagia, polymyositis

INTRODUCCIÓN

La persistencia del uraco es una anomalía congénita poco frecuente. De acuerdo al estudio en recién nacidos, realizado por Gleason JM et al en Canadá (2015) el 0.3% presentó malformación del uraco. Las formas más comunes fueron quistes uracales (70%) y fístulas (20%), la mayor parte se diagnosticaron en los primeros meses de vida, subrayando la importancia de un diagnóstico temprano. (1)

La incidencia global de las anomalías del uraco aún no está completamente definida. En una revisión retrospectiva de un centro pediátrico de Estados Unidos,

se hallaron anomalías uracales incidentales en 1% de los pacientes sometidos a estudios de imagen abdominal entre 2000 y 2012. Los diagnósticos más comunes fueron restos de uraco (89%), quistes uracales (9%) y uraco permeable (1,5%). De manera similar, en una serie de 103 pacientes de un centro terciario en Chicago (2013) por Naiditch JA, et al: quiste uracal (36.89%), uraco permeable (20.39%), divertículo uracal (12.62%), seno uracal (10.68%) y remanente uracal no específico (19.42%).(1,2)

La resección quirúrgica temprana ha sido ampliamente debatida. Si bien la cirugía puede ser necesaria en algunos casos, como en presencia de infección o riesgo de malignidad, la mayoría de las anomalías uracales son benignas y pueden ser manejadas de forma conservadora con seguimiento regular. La decisión de intervenir quirúrgicamente debe individualizarse según el tipo de anomalía, presencia de síntomas y riesgo de complicaciones a largo plazo (3)

CASO CLÍNICO

Recién nacido masculino, producto de cesárea por estrechez pélvica a las 38 semanas de gestación, peso al nacer 2920 gramos, Apgar 8/9, fue referido a nuestro hospital desde otra provincia, a las 72 horas de vida por presentar secreción amarillenta y salida de líquido por ombligo. A la exploración física se observó cordón con signos de momificación y otra estructura tubular enrojecida de 2 cm de diámetro junto al cordón con salida de líquido claro (figura 1).



Figura 1: Examen físico del ombligo

Fuente: archivo de los autores

Estudios de laboratorio 10.200 blancos, neutrófilos 22.2%, procalcitonina 0.074 mg/ml, examen de orina pH 8.0 cetonas negativo, nitritos negativos, leucocitos en orina negativo y cultivo de secreción umbilical positivo para *Staphylococcus aureus* sensible.

Ecografía: riñones y vejiga de tamaño y ecogenicidad normales, sin dilatación de las vías urinarias.

Uretrocistografía, evidencia de comunicación entre vejiga y ombligo, confirma uraco permeable (figura 2y3).



Figura 2 y 3. Uretrocistografía: comunicación entre vejiga y ombligo

Fuente: archivo de los autores

Intervención Quirúrgica: resección del uraco de 3 cm de longitud, incluida la cúpula vesical, disección muy cuidadosa debido a la adherencia a los vasos umbilicales. El postoperatorio sin complicaciones. Evolución favorable.



Figura 4. Intervención quirúrgica a través del ombligo: escisión del uraco

Fuente: archivo de los autores

Biopsia: cilíndrico de tejido de 3.4 x 1.4 cm superficie grisácea, ligeramente irregular, consistencia elástica con sus extremos permeables, con luz permeable. Diagnóstico: malformación compatible con URACO (Figura 5,6)

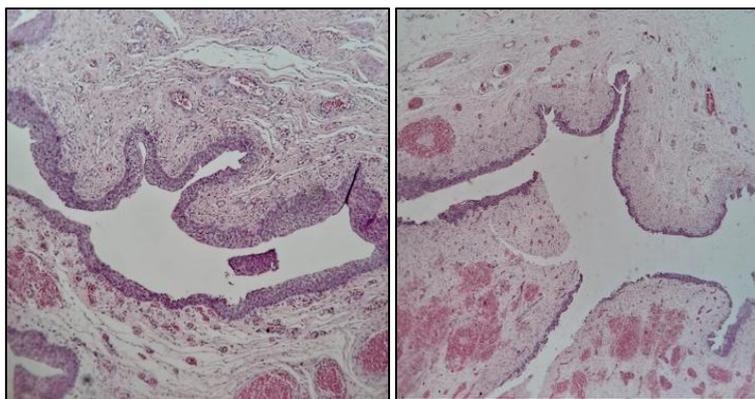


Figura 5 y 6: Biopsia de pieza quirúrgica: URACO

Fuente: archivo de los autores

DISCUSIÓN

La persistencia del uraco es una condición congénita poco frecuente caracterizada por una comunicación anormal entre la vejiga y el ombligo. Aunque la prevalencia es baja, diversos estudios han reportado una incidencia variable, con tasas entre 0.2% y 2% en cohortes neonatales. Esta condición puede presentarse de diversas maneras, desde una simple comunicación umbilical hasta defectos más complejos con lesiones de la pared abdominal y órganos pélvicos, abdomen agudo o sepsis. (5,6)

En Ecuador Córdova et al, registraron cinco casos de niños menores de cinco años con persistencia del uraco entre los años 2006-2014. En esta serie de casos las manifestaciones clínicas fueron de abdomen agudo. Esta presentación clínica es frecuente, lo que puede dificultar el diagnóstico diferencial con otras patologías abdominales más comunes en la infancia, como apendicitis. La clínica suele ser inespecífica, caracterizada por dolor abdominal, masa palpable en la región umbilical, secreción purulenta por el ombligo, signos de abdomen agudo o sepsis.(7,8)

Un uraco permeable se presenta con pérdida continua o intermitente de orina a través el ombligo, provoca granulación y eritema en el área umbilical en los lactantes. Un quiste uracal suele diagnosticarse de manera incidental o cuando se infecta, provocando dolor abdominal, fiebre, simula una apendicitis o provoca una infección urinaria, si drena hacia la vejiga, o masa abdominal palpable con formación de absceso, infección urinaria o sepsis; hay riesgo de malignización: adenocarcinoma. (9,10, 11)

La recomendación de la Asociación Europea de Urología Pediátrica en su guía para el manejo de uraco indica: historia clínica, examen físico cuidadoso, ecografía, uretrocistografía y/o cistoscopia. El tratamiento de elección es quirúrgico y consiste en la escisión completa del uraco. La punción y evacuación del quiste se asocia a 30% de recurrencias, lo cual, unido a la posibilidad de degeneración maligna de este, justifican el tratamiento quirúrgico del uraco, con o sin resección de la cúpula vesical. (12,13,14,15)

La decisión quirúrgica requiere tener en cuenta la edad del paciente, presencia de complicaciones, riesgos y preferencias de los padres. En recién nacidos o niños pequeños, un abordaje abierto generalmente implica incisiones más pequeñas, menos cicatrices y es relativamente fácil desde un punto de vista técnico. El uraco permeable debe researse en su totalidad, incluida la cúpula vesical a la que se adhiere, y la vejiga debe cerrarse en dos capas. Si bien no es obligatorio, en raras ocasiones algunos cirujanos colocan una sonda Foley durante 24 a 72 horas después de la cirugía, en particular si se requiere una reparación de vejiga. (14,15,16)

Los quistes uracales son generalmente asintomáticos y se descubren incidentalmente en la mayoría de los casos, según la literatura existente. En cambio, las fístulas uracales, donde hay una conexión directa con la vejiga, pueden causar infecciones urinarias recurrentes por contaminación externa del tracto urinario. Estos hallazgos subrayan la importancia de una vigilancia clínica más estrecha para identificar complicaciones tempranas en estos pacientes como onfalitis asociada, infección urinaria, abdomen agudo o sepsis. (16,17)

Aunque la persistencia del uraco se asocia comúnmente con pocos problemas, las fístulas uracales pueden generar complicaciones graves si no se identifican y tratan oportunamente. La infección urinaria recurrente es una de las complicaciones más frecuentes en los niños con fístulas uracales. Brown et al. (2020), informaron una tasa de éxito del 95% en el cierre quirúrgico de fístulas uracales, demostrando que el tratamiento quirúrgico es eficaz en estos casos. (18, 19)

CONCLUSIÓN

El diagnóstico temprano y el tratamiento quirúrgico oportuno son fundamentales para prevenir complicaciones como infecciones urinarias recurrentes, abscesos y,

en casos más graves: peritonitis o sepsis, en algunos casos mayor riesgo de malignidad (adenocarcinoma).

Contribución del autor (s)

FC, DO, YM, IO: diagnóstico, tratamiento del paciente, recopilación de la información, revisión bibliográfica y redacción del manuscrito. MP: Diagnóstico histopatológico. Todos los autores realizaron la revisión y análisis crítico del artículo.

Información de los autores:

Fernando Córdova-Neira. Cirujano Pediatra. Hospital José Carrasco, docente de la Universidad del Azuay. fcordova@uazuay.edu.ec. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003--2640>

Doménica Méndez Abril. Médico General. Posgrado de Pediatría. Universidad de Cuenca. domen1ca@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-2747-0885>

Yanet Morejón Hernández. Médico General. Posgrado de Pediatría. Universidad del Azuay. dra.yanetmh@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0164-5746>

Iliana Ortiz Serrano. Médico General. Posgrado de Pediatría. Universidad del Azuay. ilitao87@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2215-6415>

Marcia Patiño Patiño. Anatómo-patólogo. Hospital José Carrasco Arteaga, ORCID: <https://orcid.org/0-0002-7707-6666>

Agradecimientos:

Agradecemos a los Servicios clínicos del Hospital José Carrasco.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado:

Se contó con el consentimiento informado de la familia del recién nacido, para el uso de datos para la publicación.

Conflictos de interés:

Ninguno declarado por los autores.

Fuentes de financiación: autofinanciado

Disponibilidad de datos y materiales:

Los materiales del presente estudio fueron obtenidos a través del sistema institucional AS400, con consentimiento informado...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palazzi L, Debora, Brandt Mary L. Care of the umbilicus and management of umbilical disorders in children - UpToDate [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/care-of-the-umbilicus-and-management-of-umbilical-disorders-in-children?search=patent%20urachus&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
2. Ghattas YS, Gelikman DG, Ibanez KR, Ellsworth P, Seth A. Current management strategies of urachal anomalies in pediatric patients: a scoping review. *Frontiers in Urology*. 2023;3.
3. Jones TL, & RAL. Persistencia del uraco en recién nacidos: Diagnóstico y tratamiento clínico. *Revista Mexicana de Urología Pediátrica*. 2018;87-92.
4. Rojas-Quintero K, Collazos-Malagón M, Velásquez JC, Merchán-Galvis A. Persistencia de uraco en paciente joven. Reporte de caso. *Rev colomb cir [Internet]*.

8 de mayo de 2023 [citado 27 de diciembre de 2024];38(3):549-55. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/2193/1911>

5. Umbilical cord abnormalities: Prenatal diagnosis and management - UpToDate [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/umbilical-cord-abnormalities-prenatal-diagnosis-and-management?search=urachus%20ped&source=search_result&selectedTitle=8%7E22&usage_type=default&display_rank=8

6. Novillo Fernández K, Cobos Castro J, Torres Dávila C, Patiño Patiño M, Córdova Neira F. MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL URACO EN NIÑOS. Revista Médica del Hospital José Carrasco Arteaga. 1 de marzo de 2015;7(1):51-6.

7. Ortiz WilsonGJorgeMMarioRPatricioAJaime. Persistencia de uraco en un recién nacido y un lactante. RevistadelaFacultaddeCienciasMedicasUniversidadCentraldelEcuador. 1991;16.

8. Jones PB, & WSD. Urinary anomalies in neonatal medicine: An overview of urachal abnormalities and their management. J Pediatr Urol. 2020;1-7.

9. Burgu B, Castagnetti M, Dogan H, Quaedackers J, Rawashdeh Y, Silay Guidelines Associates M, et al. Paediatric Urology EAU Guidelines on. 2023;

10. Cabrera-Rivera PA, Guerra Benedetti BR, Pérez-Rivera CJ, Sanabria L, Avendaño SS, Sanabria-Torres P. Urachal abscess and intestinal obstruction in a morbidly obese patient: A case report. Revista Colombiana de Cirugia. 2021;36(2):352-7.

11. Tolaymat LL, Maher JE, Kleinman GE, Stalnaker R, Kea K, Walker A. Persistent patent urachus with allantoic cyst: a case report. Ultrasound Obstet Gynecol [Internet]. 1997 [citado 27 de diciembre de 2024];10(5):366-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9444055/>

12. Gelikman DG, Ibanez KR, Ghattas YS, Craver EC, Casas-Melley AT, Ellsworth P, et al. Management of urachal anomalies in pediatric patients: A comparison of treatment strategies between pediatric urology and general surgery. J Pediatr Urol [Internet]. 1 de febrero de 2024 [citado 27 de diciembre de 2024];20(1):75.e1-75.e8. Disponible en: <http://www.jpuro.com/article/S1477513123004151/fulltext>

13. Briggs KB, Rentea RM. Patent Urachus. StatPearls [Internet]. 10 de abril de 2023 [citado 27 de diciembre de 2024]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557723/>
14. Ghattas YS, Gelikman DG, Ibanez KR, Ellsworth P, Seth A. Current management strategies of urachal anomalies in pediatric patients: A scoping review. *Frontiers in Urology*. 2023;3.
15. Tural S, Hueckstaedt T, Schier F, Fahlenkamp D. Laparoscopic treatment of urachal remnants in children. *J Urol* [Internet]. mayo de 2007 [citado 27 de diciembre de 2024];177(5):1864-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17437837/>
16. Vargas Pérez M, Martínez Martínez L, Baquero-Artigao F, Vargas Pérez M, Martínez Martínez L, Baquero-Artigao F. Anomalia del uraco sobreinfectada como causa de irritabilidad en un lactante. *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2016 [citado 27 de diciembre de 2024];18(71):259-62. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Estrella L, Gamboa C, González S, Castillo S. Onfalitis asociado a malformación del uraco en un neonato: reporte de caso. *Revista Ciencias Básicas en Salud* [Internet]. 16 de mayo de 2024 [citado 13 de diciembre de 2024];2(2):83-90. Disponible en: <https://ojs.unipamplona.edu.co/index.php/cbs/article/view/2930>
18. Queiroz Garcia M, de Queiroz Garcia M, Barral CM. Patent Urachus Presenting as Acute Abdomen. *J Med Ultrasound*. 1 de diciembre de 2015;23(4):189-92.
19. Brown KP, WSL, & GA. Management of urachal anomalies in neonates: Surgical and conservative approaches. *Pediatr Surg Int*. 2020;36(4):451-7.