Relato de caso

Quisto do úraco – a propósito de um caso clínico

por Joana M. Pontes[1], Maria João Sá[1], Alberta Magalhães[2]
1. Médica interna de formação específica de MGF na USF Lidador, ACeS Maia/Valongo
2. Médica Assistente de MGF na USF Lidador, ACeS Maia/Valongo

RESUMO

Introdução: O úraco é um remanescente embrionário da cloaca e da alantoide. Se a obliteração do úraco não decorrer normalmente após o nascimento, o úraco persiste, podendo resultar em diversos problemas clínicos. Os quistos do úraco são patologias raras e quase sempre assintomáticas, pelo que o seu diagnóstico é feito na maioria dos casos acidentalmente, no decurso de um exame físico cuidadoso e atento.
Descrição do caso: Apresenta-se o caso de uma mulher de 57 anos, raça caucasiana.
Recorreu ao Médico de Família a 25 de novembro de 2013 por surgimento de tumefação umbilical, polaquiúria, urina espumosa e sensação de aumento do volume abdominal desde há algumas semanas. A ecografia realizada revelou volumoso quisto a esclarecer por tomografia computorizada abdominal, que mostrou "volumosa massa de conteúdo líquido…provável que corresponda a um quisto do úraco".
A utente foi referenciada à consulta de Urologia. Foi submetida a tratamento cirúrgico.
Comentário: Trata-se de uma patologia rara, mas por se apresentar muitas vezes com complicações severas, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de dor abdominal e queixas urinárias. A valorização de queixas inespecíficas, um exame físico atento e a realização de exames complementares de diagnóstico dirigidos foram essenciais na orientação deste caso.

Palavras-chave: quisto do úraco, hérnia umbilical

INTRODUÇÃO

O úraco é um remanescente embrionário da cloaca e da alantoide que está presente após o nascimento como uma estrutura tubular fibrótica, que se estende da cúpula anterior da bexiga ao umbigo constituindo o ligamento medial.[1,2]
Se a obliteração do úraco não decorrer normalmente após o nascimento, o úraco persiste, podendo resultar em diversos problemas clínicos, tais como: úraco patente (persistência completa), quisto do úraco, seio externo do úraco e divertículo do úraco.[3]
Os quistos do úraco são patologias raras e quase sempre assintomáticas, pelo que o seu diagnóstico é feito na maioria dos casos acidentalmente, no decurso de um exame físico cuidadoso e atento ou quando surgem complicações como a rotura e a infeção.
Apresenta-se um caso clínico de um quisto do úraco.

DESCRIÇÃO DO CASO

Apresenta-se o caso de uma mulher de 57 anos, solteira, raça caucasiana, natural e residente de Gueifães. Professora de espanhol, desempregada, atualmente a frequentar o mestrado de Psicologia. O seu agregado familiar é constituído pelo pai e pelo filho. Está inserida numa família alargada, funcional e classe III de Graffar. Como principais antecedentes familiares tem o pai com diabetes *mellitus* do tipo 2. A mãe faleceu aos 65 anos, mas desconhece a causa da morte.
Apresenta como antecedentes pessoais relevantes uma colecistite aguda não complicada em 2000 em que foi submetida a colecistectomia. No ano de 2002 por uma apendicite aguda não complicada foi submetida a uma apendicectomia laparoscópica. Antecedentes ginecológicos: menarca aos 12 anos, interlúnios de 28 dias, cataménios de 4/5 dias. Teve uma gestação e um parto eutócico. Menopausa aos 51 anos, sem terapêutica hormonal de substituição.

Figura 1. **Inspeção abdominal: aumento do volume abdominal e hérnia umbilical**

Recorreu a uma consulta não programada do Médico de Família a 25 de novembro de 2013 por surgimento de tumefação umbilical, polaquiúria, urina espumosa e sensação de aumento do volume abdominal desde há algumas semanas. Ao exame físico destacava-se uma hérnia umbilical, com cerca de 30mm, de cor violácea, sem sinais de estrangulamento (Figura 1).

À palpação abdominal constatou-se uma massa ocupante dos quadrantes direitos e região umbilical, maciço à percussão e sem ruídos hidroaéreos na localização descrita. Foi solicitado um estudo analítico (hemograma com plaquetas, creatinina, glicose, função hepática e sedimento urinário) e uma ecografia abdominal.

A 23 de janeiro de 2014, na consulta programada, a utente apresentava manutenção das queixas prévias. O estudo analítico e sedimento urinário não apresentaram alterações. A ecografia abdominal revelou volumoso quisto de aproximadamente 60mm a esclarecer por tomografia computorizada abdominal.

A 20 de fevereiro de 2014 recorreu à consulta com resultado da tomografia computorizada abdominal que revelava "volumosa massa de conteúdo líquido ocupando grande parte do abdómen de configuração esferoide e tendo aproximadamente 67mm de diâmetro, pela localização em relação à bexiga é provável que corresponda a um quisto do úraco" (Figura 2).

Figura 2. Tomografia computorizada abdominal com volumosa massa correspondendo a um quisto do úraco

A utente foi referenciada à consulta de Urologia do hospital de referência. Nesta, a utente foi avaliada e orientada para excisão do quisto.

A utente recorreu a consulta do Médico de Família com carta de alta do Serviço de internamento de Urologia com programação de consulta externa. Encontrava-se assintomática e ao exame físico apresentava cicatriz com evolução favorável, diminuição do volume abdominal e palpação abdominal sem alterações.

COMENTÁRIO

As anomalias congénitas do úraco são raras, com uma incidência na população adulta de 1:5.000.[4] Os remanescentes do úraco podem ser um dilema diagnóstico e terapêutico.

Os quistos do úraco são habitualmente assintomáticos. A infeção constitui a complicação mais frequente. As complicações mais frequentes de um quisto do úraco infetado são a rotura para tecidos e áreas envolventes, a formação de fístulas entéricas e, como complicação tardia, o adenocarcinoma.[1] O diagnóstico do quisto do úraco é confirmado por ecografia, tomografia computorizada ou por cistoscopia.[5,6]

Deste modo, o quisto do úraco trata-se de uma patologia rara, mas por se apresentar muitas vezes com complicações severas, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de dor abdominal e queixas urinárias. A valorização de queixas inespecíficas, um exame físico atento e a realização de exames complementares de diagnóstico dirigidos foram essenciais na orientação deste caso.

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, *et al.* 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. Galifer RB, Kalfa N, Veyrac C, Lopez C. Rare Vesical Malformations. Ann Urol (Paris). 2003; 37 (6): 304-321.

6. Diaz ME, Ruiz JI, Sfulcini JC, Barredo JM. Urachal Cysts During Childhood. Arch Esp Urol. 2003; 56 (3): 300-302.

CONFLITOS DE INTERESSES

As autoras negam quaisquer conflitos de interesses.