

Adenocarcinoma de Úraco: Relato de Caso de Um Tumor Incidental

Thiago Milani Costa, Ronny Mota Santana, André Fernandes de Souza, Munir Zaim, Antônio Carlos Heider Mariotti, Ravísio Israel dos Santos J.

Departamento de Uro-oncologia do Hospital Regional de Presidente Prudente, SP

Correspondência*: E-mail: ronnymota@msn.com
Presidente Prudente, SP

INTRODUÇÃO

O carcinoma de úraco é uma doença extremamente rara e na maioria das vezes se apresenta como uma doença letal. Ocorre geralmente na junção remanescente do úraco com o domo vesical e, a despeito de sua mucosa composta por células transicionais, a maioria dos carcinomas do úraco são adenocarcinomas. Isso se deve à provável metaplasia deste epitélio transicional, com subsequente malignização do mesmo¹.

O presente caso descreve o diagnóstico do adenocarcinoma de úraco feito de forma incidental, através de triagem por ecografia de abdome após politrauma e em seguida melhor evidenciado com tomografia computadorizada, bem como estadiamento e o tratamento, realizados através de ressecção em bloco das estruturas comprometidas e análise anatomo patológica.

MÉTODOS E RESULTADOS

Paciente SVS, 45 anos, natural de Presidente Prudente, deu entrada no Pronto Socorro do Hospital Regional vítima de politrauma após queda de altura com dores abdominais.

Ao Exame Físico

Apresentava em bom estado geral estável hemodinamicamente, hidratado, corado, acianótico, anictérico, afebril, eupnéico, consciente e orientado. Exame abdominal: ruídos hidroaéreos presentes, flácido, doloroso a palpação, ausência de massa e equimose periumbilical, sinal de Blumberg ausente.

Ecografia de Abdômen Total

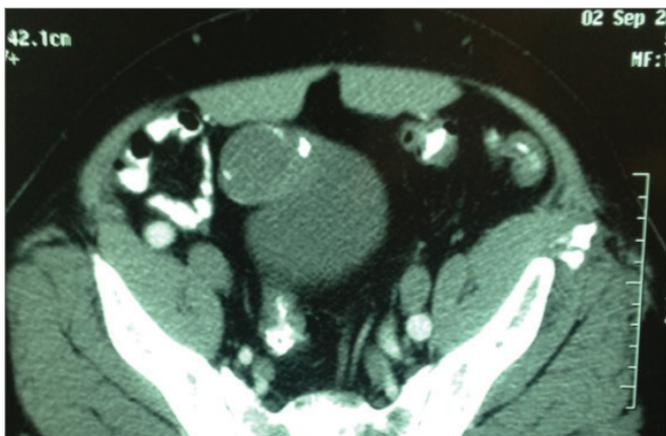
Achado incidental de lesão perivesical à direita da bexiga, na fossa ilíaca desse lado, formação ovalada hipocóica de aspecto expansivo, com focos ecogênicos em seu interior sugerindo calcificações.

Tomografia Computadorizada de Abdômen Total

Presença de uma formação expansiva heterogênea e hipodensa de contornos lobulados com calcificações grosseiras parietais, localizada na região pélvica para-mediana a direita, medindo aproximadamente 5,8 x 4,1 cm, estando em íntimo contato com a parede anterossuperior da bexiga e também com segmento de alça intestinal adjacente de etiologia à esclarecer.

FIGURA 1

Tomografia Computadorizada Corte Axial e Coronal : presença de tumoração localizada em região para-mediana a direita.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

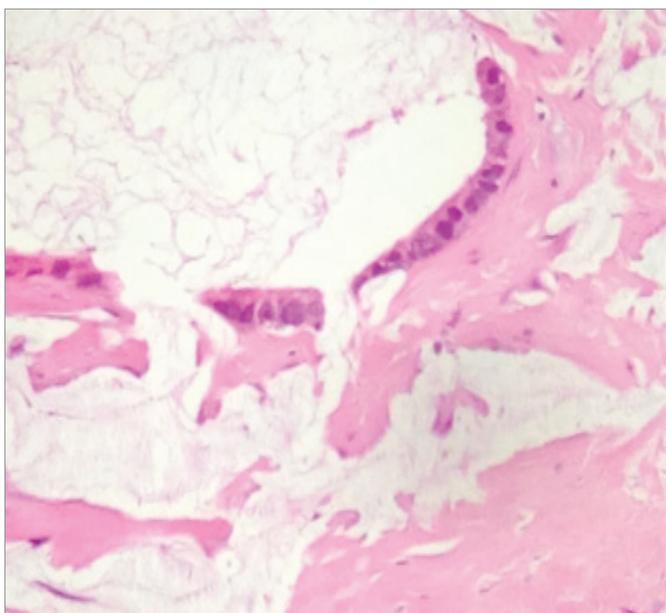
Formação nodular medindo 10,0 x 6,0 x 5,0 cm, máximo, com superfície externa lobulada de coloração castanha clara, parcialmente recoberta por muco amarelado de consistência gelatinosa.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 3

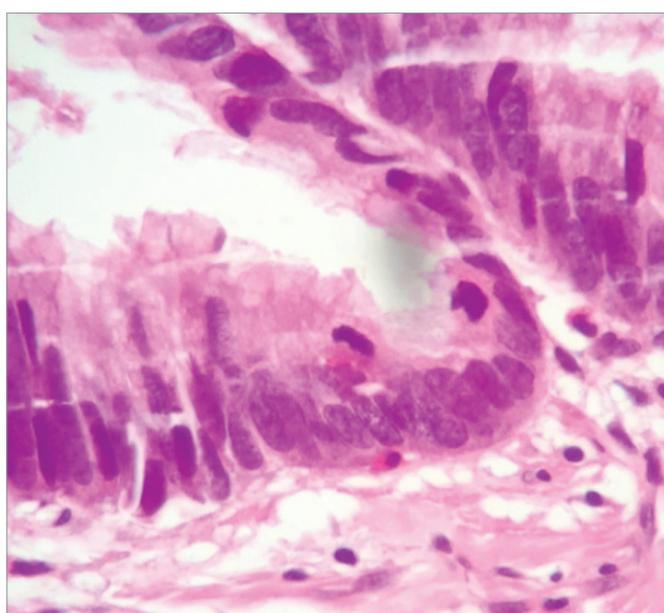
Úraco com arquitetura alterada por neoplasia de crescimento infiltrativo, constituída por células epiteliais, com núcleos aumentados de volume, nucléolos evidentes, formando arranjos glanduliformes, algumas delas contendo muco no seu interior.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 4

Úraco com arquitetura alterada por neoplasia de crescimento infiltrativo, constituída por células epiteliais, com núcleos aumentados de volume, nucléolos evidentes, formando arranjos glanduliformes, algumas delas contendo muco no seu interior, em maior aumento.



Fonte: Arquivo Pessoal.

Optado pela abordagem cirúrgica de laparotomia exploradora com a possibilidade de exérese de possível tumor de úraco. A cirurgia foi realizada sem intercorrências com dissecação de tumor sólido de 10 cm de diâmetro, associado a cistectomia parcial de cúpula. O material retirado foi enviado para exame anatomopatológico que demonstrou adenocarcinoma de úraco, moderadamente diferenciado, mucossecretor. (grau-IIIa de Sheldon e II de Henly).

DISCUSSÃO

O úraco é um cordão fibroso, resultado da contração e obliteração do alantóide, que liga o ápice da bexiga ao umbigo. Durante o quarto e o quinto mês de desenvolvimento intrauterino, a bexiga desce para a pelve, enquanto o lúmen do úraco é progressivamente obliterado. Na fase adulta, transforma-se num resquício fibroso e o ligamento umbilical mediano que coberto pelo peritônio parietal anterior forma a prega umbilical mediana. A persistência do trajeto do úraco pode resultar em anomalias, sendo a neoplasia primária do úraco extremamente rara³.

Os principais sintomas encontrados nos pacientes com este tipo de tumor são hematuria, dor, sintomas irritativos e mucosúria⁴. Pode ocasionar descarga mucóide ou sanguinolenta no umbigo e, eventualmente, massa abdominal palpável⁵. Dada a sua localização extraperitoneal, o diagnóstico é geralmente tardio. O diagnóstico de câncer úraco melhor se faz por cistoscopia, embora a citologia urinária é positivo em 38% dos casos. O ultrassom e tomografia são úteis para avaliar a extensão da doença local e distante⁶.

Com relação ao tratamento, a cirurgia radical é o mais eficaz e que corresponde ao melhor controle da doença, embora as patologias não malignas do úraco possam ser ressecadas por videolaparoscopia, no adenocarcinoma se recomenda a cirurgia aberta, até pela necessidade de ressecção da cicatriz umbilical³.

CONCLUSÃO

O adenocarcinoma de úraco tem sua etiopatogenia ainda não totalmente compreendida, tornando seu diagnóstico e tratamento um desafio médico. Esse trabalho difere dos demais, pelo fato do paciente ser assintomático, não apresentar nenhuma queixa relacionada à existência de tumor, sendo diagnosticado incidentalmente por exames de protocolo de atendimento ao politraumatizado.

REFERÊNCIAS

1. Krebs R K , et al. "Adenocarcinoma de úraco." Sinopse de urologia—Disciplina de Urologia da Escola Paulista de Medicina. São Paulo, SP: Grupo Editorial Moreira Júnior (2008): 48-51.
2. NeoUro. Núcleo de Estudos em Onco-Urologia. Desenvolvido por ESaude. Disponível em:<<http://neouro.com.br/tratamentos/tumores-de-uraco>>. Acesso em: 13.fev.2015.
3. Furtado et al. Adenocarcinoma de úraco: Relato de caso e Revisão da Literatura-- Revista da AMRIGS, Porto Alegre, Vol. 56 (4): 335-9, out.-dez. 2012.
4. Esteves FP, Pinto AC, Pinto AFC. Urachal adenocarcinoma – Official Journal of the Brazilian Society of Urology, São Paulo, Vol. 27 (6): 560-2, November – December, 2001.
5. MANU: Manual de Urologia / editores Archimedes
6. Nardoza Júnior, Rodolfo Borges dos Reis, Rodrigo Sousa Madeira Campos; [coordenadora editorial Sonnini Ruiz].
7. São Paulo: PlanMark, 2010. Cap. 6; pg 56.
8. Dekoninck J, Demetter P, Geurs F, De Loecker R. Urachal carcinoma with liver, lung, and brain metastases: benefit of a new combination chemotherapy (bevacizumab, 5 – fluoracil, irinotecan) – case report. Clinical Oncology in Adolescents and Young Adults – 2011:1 11-15.