

Ressecção Laparoscópica de Persistência Completa de Úraco com Cistectomia Parcial

João Gabriel Piccirilli Madeira, Júlia Calixto Guimarães Giffoni, Kaio Rodrigues Garcia França*, Leandro Carvalho Vitorino, Rogério Menezes da Silva e Tiago Moraes Araújo.

Departamento de Urologia Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, GO

Correspondência*: Av. Vinte e um de abril, 378
Ap 904, Centro.
Divinópolis/MG
E-mail: drkaiogarcia@gmail.com
Tel: (37) 99855-3235

INTRODUÇÃO

O úraco é uma estrutura tubular, remanescente embriológico do alantóide e porção ventral da cloaca, que evolui durante o quarto e o quinto mês gestacional para atrofia e obliteração, dando origem ao ligamento umbilical mediano¹.

Está localizado no espaço pré-peritoneal, assumindo um formato triangular, com a base na cúpula vesical, delimitado lateralmente pelas artérias umbilicais obliteradas apontadas para o umbigo¹.

A falha do processo de obliteração uracal pode ocorrer em diferentes locais ao longo de sua extensão, originando diversas anomalias com manifestações clínicas variadas¹.

Apresentamos neste caso, a abordagem videolaparoscópica da patência completa de úraco sintomática, enfatizando a factibilidade e menor morbidade no tratamento cirúrgico.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 12 anos, estudante, foi encaminhado ao Setor de Urologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, com relato de drenagem de secreção clara acompanhado de abaulamento de cicatriz umbilical desde o nascimento. Evoluiu há 2 anos com dores abdominais e infecção do trato urinário de repetição após cauterização de orifício no umbigo em outro serviço.

Ao exame físico, apresentou umbigo abaulado, com discreta dor e sem drenagem de secreção à palpação, sendo observado apenas uma falha da aponeurose em cicatriz umbilical (Figura 1).

FIGURA 1

Ectoscopia ao exame físico.



Fonte: Arquivo Pessoal.

Posteriormente, foi realizado uma ultrassonografia de Abdome com achado apenas de hérnia umbilical. A uretrocistografia retrógrada e miccional demonstrou uma opacificação do canal do úraco até a cicatriz umbilical, sem extravasamento de contraste (Figura 2).

FIGURA 2

Uretrocistografia miccional com evidência de opacificação de persistência de úraco.



Fonte: Arquivo Pessoal.

A investigação diagnóstica prosseguiu com a realização de tomografia computadorizada da pelve com confirmação de trajeto fistuloso vesico-cutâneo sem espessamento ou calcificações vesicais.

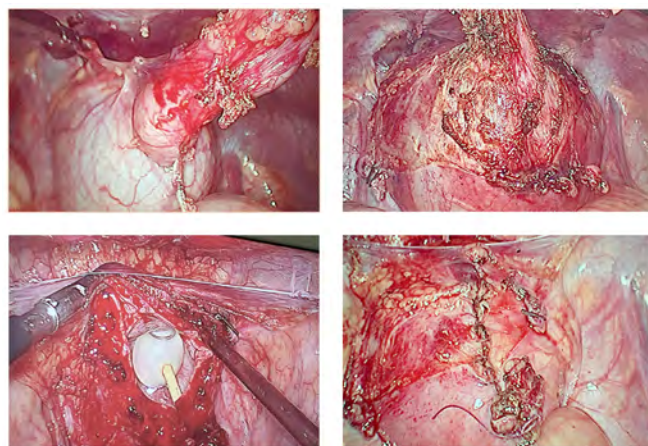
Realizado cistoscopia com achado de óstio com colo estreito, revestido por mucosa com aspecto normal em cúpula vesical, sem lesões associadas.

Optado por cistectomia parcial com ressecção completa de úraco videolaparoscópica e reconstrução umbilical sem intercorrências. Paciente evoluiu bem, com alta e retirada de dreno

no segundo dia (Figura 3). O anatomopatológico confirmou a persistência de úraco, com dilatação do canal e ausência de sinais de malignidade (Figura 4). Foi retirada a sonda vesical no oitavo dia após cistografia de controle e o mesmo segue em acompanhamento ambulatorial assintomático.

FIGURA 3

Passo a passo da cistectomia parcial com ressecção completa de úraco videolaparoscópica. A - Dissecção ampla do trajeto de úraco até cúpula vesical. B - Detrussotomia na inserção úraco-vesical previamente a cistectomia parcial. C-Cistectomia parcial com ressecção completa de úraco. D - Sutura vesical, pontos contínuos, em dois planos.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 4

Peça cirúrgica de persistência de úraco com cúpula vesical.



Fonte: Arquivo Pessoal.

DISCUSSÃO

Anomalias uracais são raras, mantendo aberta a comunicação entre a bexiga e o umbigo, com um curso benigno e sintomático mais frequente na infância².

De acordo com o grau e localização da falha de obliteração uracal pode dar origem a patologias diferentes como o seio umbilico-uracal (15%), cisto de Uraco (30%), divertículo vesico-uracal (3-5%) e o mais comum a patência completa de cisto de úracó (50%)¹.

A persistência completa de úracó apresenta etiologia incerta, tendo a obstrução vesical durante o desenvolvimento fetal e a retubulação tardia como as principais hipóteses¹.

A suspeita diagnóstica pode ser realizada através do relato familiar de infecções urinárias de repetição e drenagem contínua ou intermitente de secreção clara ou purulenta pela cicatriz umbilical associado com umbigo edematoso e amplo ao exame físico^{1,5}.

Os exames de imagem confirmam com detalhes a patência, sendo a Ultrassonografia muito utilizada, apresentando um canal fluidificado. A uretrocistografia miccional e retrógrada demonstra o preenchimento de contraste da fístula vesico-cutânea. A TC e RNM são úteis nos casos de hematuria associada, suspeita de degeneração neoplásica ou concomitância de ducto onfalomesentérico^{1,5}.

Por muito tempo o tratamento padrão foi a cirurgia aberta, principalmente em crianças com menos de 06 meses de idade⁴. Porém a Ressecção laparoscópica da persistência de úracó com cistectomia parcial tem-se mostrado a melhor abordagem, com alta segurança, praticidade e menor morbidade em todas as idades¹.

Por utilizar o espaço intra-abdominal, tem como desvantagens, em casos complicados, o maior risco de extravasamento de material infectado ou neoplásico na cavidade abdominal¹.

Além de melhor resultado estético, com menor dor pós-operatória, com rápida recuperação e internações mais breves, a abordagem laparoscópica oferece excelente apresentação de todo o trajeto do úracó até a sua inserção na cúpula da bexiga, proporcionando um bom campo de dissecação com técnicas minimamente invasivas.

REFERÊNCIAS

1. Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, et al. CampbellWalshUrology 10th Ed. Saunders Elsevier: Estados Unidos, 2012
2. Yohannes P, Bruno T, Pathan M, Baltaro R. Laparoscopic radical excision of urachal sinus. J Endourol. 2003 Sep;17(7):475-9; discussion 479.
3. Renard O, Robert G, Guillot P, Pasticier G, Roche JB, Bernhard JC, Azizi A, Ferrière JM, Wallerand H. Benign urachal abnormalities: embryology, diagnosis and treatment. Progurol. 2008 nov;18(10):634-41.
4. Yu JS, Kim KW, Lee HJ, Lee YJ, Yoon CS, Kim MJ. Urachal remnant diseases: Spectrum of CT and US findings. Radiographics 2001; 21: 451-461.
5. Galifer RB, Kalfa N, Veyrac C, Lopez C. Rare vesical malformations. Ann urol (Paris) 2003; 37 (6): 304-321.