

## Carcinoma de úraco

WILSON FRANCISCO SCHREINER BUSATO Jr.<sup>1</sup>, CARLOS TEODÓSIO DA ROS<sup>1</sup>, FERNANDO AUGUSTO ROEHE VACCARO<sup>2</sup>, JOSÉ FRANCISCO LISBOA<sup>3</sup>, CARLOS ARY VARGAS SOUTO<sup>4</sup>

Serviço de Urologia da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre  
- Porto Alegre - RS

### Resumo

*O carcinoma de úraco é uma rara neoplasia que costuma se manifestar quando já está avançada. Além disso, pode causar dificuldade diagnóstica com o adenocarcinoma de origem vesical, o que pode ocasionar o tratamento inadequado do mesmo. Descrevemos o caso de uma paciente em que o diagnóstico do adenocarcinoma de úraco foi feito através de tomografia computadorizada e o tratamento realizado através de ressecção em bloco das estruturas comprometidas, com um seguimento de 13 meses, sem evidência de recidiva da neoplasia.*

**Unitermos:** úraco; carcinoma de úraco; neoplasias vesicais

### Introdução

O carcinoma de úraco é uma rara neoplasia responsável por 0,34% dos cânceres vesicais [1]. Costuma se manifestar quando a doença já se apresenta em estágio avançado e pode ser confundido com o adenocarcinoma primário de bexiga. Daí decorre, por vezes, a excisão incompleta de neoplasia, aumentando ainda mais a taxa de recidiva local e agravando o já sombrio prognóstico [2]. A diferenciação com o adenocarcinoma vesical nem sempre é fácil, e os métodos tradicionais de estadiamento de uma lesão vesical, como a urografia excretora, a cistoscopia com biópsia e a palpação bimanual sob anestesia, associam-se a uma taxa de erro de 20 a 50% [3].

Recentemente, uma ampla revisão reuniu 160 casos já descritos na literatura [1]. Este trabalho visa a apresentar mais um caso, aproveitando para revisar a embriologia e a anatomia do úraco, bem como os aspectos da epidemiologia, diagnóstico e tratamento desta neoplasia.

### Relato do caso

Paciente feminina, 54 anos, branca, veio à consulta por apresentar hematúria macroscópica, indolor, desconforto na região suprapúbica durante a micção, além de emagrecimento de sete quilos, com sintomatologia iniciada um mês antes. Foi realizada cistoscopia com biópsia, que demonstrou uma lesão vegetante, no ápice vesical, cuja microscopia revelou ser um adenocarcinoma que comprometia a musculatura vesical. A ecografia identificou a lesão no domo vesical, porém não demonstrou comprometimento do úraco (Figura 1). A tomografia computadorizada demonstrou o envolvimento uracal e da bainha posterior do reto abdominal (Figuras 2 e 3). A paciente foi submetida à ressecção em bloco da bexiga, do úraco e dos linfonodos pélvicos bilaterais. Optou-se pela confecção de neobexiga utilizando-se o ceco e o íleo terminal (segundo a técnica "Le Bag"). O exame anatomopatológico confirmou o adenocarcinoma uracal, apresentando as margens cirúrgicas livres da neo-

<sup>1</sup>Médico Residente do Serviço de Urologia da ISCMPA; <sup>2</sup>Doutorando da Sexta Série da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre; <sup>3</sup>Médico do Serviço de Urologia da ISCMPA; <sup>4</sup>Professor Titular de Urologia da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre e Chefe do Serviço de Urologia da ISCMPA. Endereço do autor para correspondência: Av. Osvaldo Aranha, 1120/Apto. 2 - Porto Alegre - RS - CEP 90033-191.

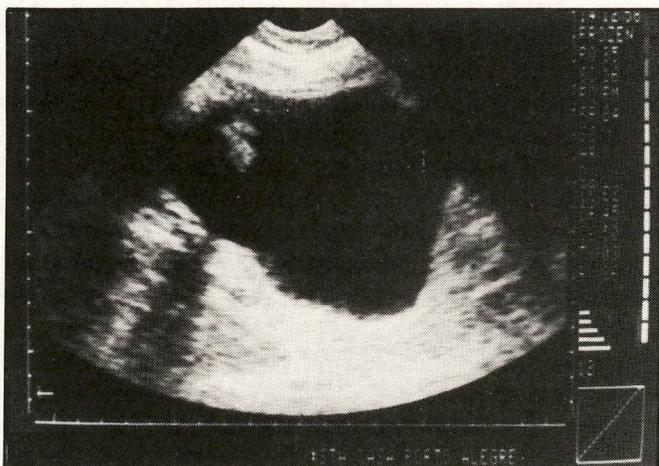
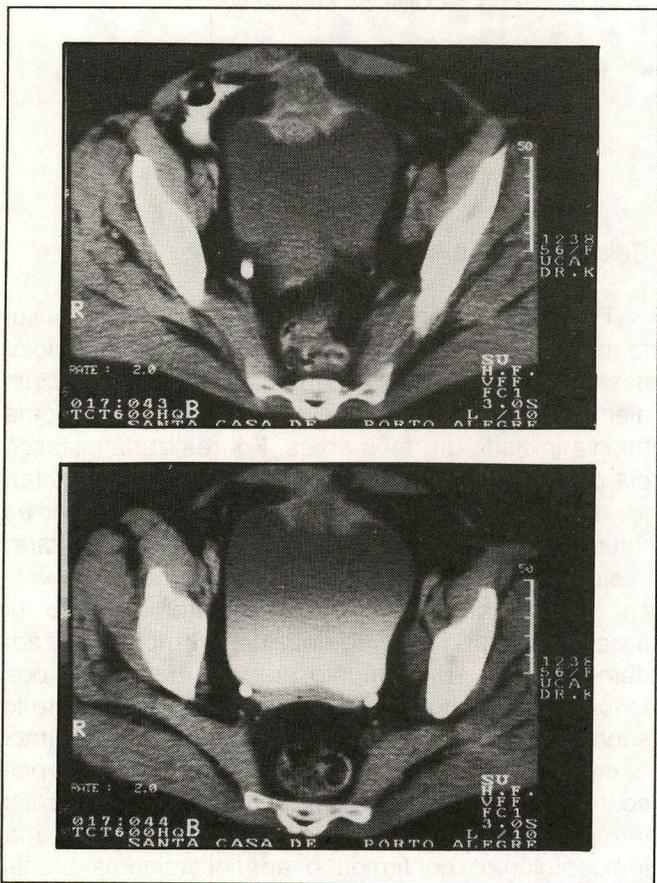


Figura 1. Ecografia da bexiga mostrando uma lesão vegetante no ápice vesical.



Figuras 2 e 3. Tomografia computadorizada com lesão na parede vesical anterior comprometendo a bainha posterior do reto abdominal.

## Comentários

O úraco é uma estrutura remanescente do alantóide fetal. Em suas paredes ocorre a formação de sangue entre a terceira e quinta semanas de desenvolvimento, além do que seus vasos sanguíneos se transformam na veia e artérias umbilicais [4]. O úraco é uma estrutura extraperitoneal, localizada no espaço de Retzius, posicionando-se anteriormente ao peritônio e posteriormente à *fascia transversalis*. Tipicamente, se inicia na parede vesical anterior, terminando na cicatriz umbilical, medialmente, apresentando, de cada lado, uma artéria umbilical. No entanto, outras três variantes anatômicas são descritas: a união com uma das artérias umbilicais, com deslocamento lateral do úraco; união com ambas as artérias, formando um cordão único; e atrofia proximal do úraco, onde se funde com ambas as artérias umbilicais, formando o plexo de Luschka [5]. No adulto, o úraco pode ter de dois até 15 cm (em média 5 cm), apresentando-se com lúmen em mais de 70% dos casos [6].

A maior incidência dessa patologia é em torno da quinta e sexta décadas de vida [7], com um nítido predomínio sobre o sexo masculino [8]. Sob o ponto de vista histológico, o úraco é constituído por uma camada interna de epitélio de transição ou cuboidal, uma camada de tecido conectivo submucoso e uma camada externa de músculo liso. É coberto por serosa somente na sua face posterior. Ainda que revestido por uma camada de células de transição, aproximadamente 90-95% dos tumores dessa estrutura são adenocarcinomas, sendo que 70% desses são do tipo mucinoso [7, 9]. O restante é representado por sarcomas e carcinomas de células escamosas e transicionais.

A disseminação se dá, preferencialmente, para estruturas contíguas, como a gordura presente no espaço de Retzius, parede abdominal e bexiga. Também podem estar comprometidos os linfonodos regionais, sendo que a via hematogênica responde pela ocupação dos pulmões, ossos e fígado [6]. Com relação à bexiga, o carcinoma pode ser intramucoso, intramuscular ou supravesical. Este último está presente em até 90% dos casos [10].

A rara ocorrência dessa neoplasia tem sido um fator limitante na confecção de um sistema de estadiamento uniforme. Sendo assim, parece razoável basear-se nos critérios de estadiamento sugeridos por Sheldon [1]: Estádio I, quando a neoplasia está confinada à mucosa uracal; Estádio II, quando limitada ao úraco; Estádio III "a", quando há extensão à parede abdominal; Estádio III "b", com extensão peritoneal; finalmente, Estádio III "c", quando houver metástases.

Um ponto crucial no estudo das neoplasias é o diagnóstico precoce, dificilmente obtido neste tipo de

plasia. O seguimento atual é de 10 meses, mediante entrevistas regulares, além da realização de tomografias torácica e abdominal. Atualmente, a paciente encontra-se com incontinência urinária de estresse, contudo sem evidência do curso da neoplasia.

lesão [1, 7]. Primeiro, porque os sintomas aparecem quando a doença já se encontra avançada, além de serem inespecíficos. O sinal mais freqüente é a hematuria, presente em até 71% dos pacientes [9], seguido pela presença de tumoração suprapúbica, disúria e saída de sangue, pus ou muco através da cicatriz umbilical. Frente a um paciente com tumoração vesical e biópsia com o diagnóstico de adenocarcinoma, a determinação da origem da neoplasia pode ser difícil. Nestas circunstâncias, alguns critérios podem sugerir a origem como sendo uracal [7]. Esses incluem a presença do tumor no ápice ou na parede anterior da bexiga; tumoração vesical intramural ou suprapúbica; mucosa vesical adjacente ao tumor com aspecto normal, sem evidência de adenocarcinoma em outro local e ausência de cistite cística. Este último com implicação direta na etiopatogenia do adenocarcinoma de origem vesical [11].

A diferenciação quanto à origem tumoral tem implicações terapêuticas. Um diagnóstico equivocado de adenocarcinoma vesical pode determinar a exérese incompleta da neoplasia [3]. A radiografia simples de abdome e a urografia excretora podem, eventualmente, identificar uma tumoração suprapúbica, na linha média, com calcificações [7]. A ultra-sonografia abdominal (US) e, principalmente, a tomografia computadorizada (CT) do abdome representam excelentes modalidades de diagnóstico e de estadiamento para o carcinoma de úraco [9]. A ressonância nuclear magnética parece ter alguma vantagem sobre os anteriores, à medida que permite uma melhor avaliação da extensão local [12]. Em termos práticos, a US e a CT podem não demonstrar a extensão tumoral na gordura do espaço de Retzius em até 50% dos casos [9]. Porém, esse dado não modifica a conduta pré-operatória, já que a CT permite demonstrar a invasão da parede abdominal e do peritônio de modo mais confiável [9]. Vale lembrar que a integridade da mucosa é melhor avaliada por meio de cistoscopia e biópsia, mesmo que recentes relatos [13] apontem uma melhor detecção da infiltração tumoral com o uso de ultra-sonografia endovesical. Mesmo que o aspecto típico seja o de um tumor na linha média, alterações na anatomia do úraco podem produzir desvios laterais da neoplasia.

O tratamento atualmente recomendado é a remoção cirúrgica em bloco, parcial ou total da bexiga, do úraco e, se houver comprometimento, da parede vesical, da bainha posterior dos retos abdominais e da cicatriz umbilical [14]. Estes tumores são rádio e quimiorresistentes [15], de modo que estes métodos terapêuticos não alteram a evolução da neoplasia [16, 17].

O prognóstico é pobre e semelhante àquele encontrado nos adenocarcinomas vesicais, em torno de

6,5 a 18% [15] de sobrevida em cinco anos, com uma taxa de recidiva local na ordem de 30% [3].

### Summary

*Urachal carcinoma is a rare neoplasm which usually is present at an advanced stage. Furthermore, it may be difficult to establish a differential diagnosis in relation to adenocarcinoma originating in the bladder. This may lead to inadequate treatment. We describe the case of a patient in whom the diagnosis of urachal adenocarcinoma was made after Computed Tomography, and the treatment performed using block resection of the structures involved, with 13 month follow-up and no evidence of recurrence of the neoplasm.*

**Key words:** *urachus; urachal carcinoma; bladder neoplasm*

### Referências bibliográficas

1. SHELDON CA, CLAYMAN RV, GONZALEZ R, WILLIAMS RD, FRALEY EE. Malignant urachal lesions. *J Urol* 1984; 131: 1-8.
2. JOHNOSON DE, HODGE GB, ABDUL-KARIN FW, AYALA AG. Urachal carcinoma. *Urology* 1985; 26: 218-221.
3. WISHNOW KI. Endovesical ultrasonography or urachal carcinoma. *Urol Radiol* 1989; 11: 53-54.
4. MOORE KL. Embriologia clínica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1990.
5. DUCKETT JW, CALDAMONE AA. Congenital disorders of the bladder, in whitfield HN, Hendry WF. Textbook of genito-urinary surgery. London: Churchill Livingstone, 1985: 178-202.
6. KWOK-LIU JP, ZIKMAN JN, COCKSHOTT WP. Carcinoma of the urachus: the role of computed tomography. *Radiology* 1980; 137: 731-734.
7. ROSEN L, HODDICK WK, HRICAK H, LUE TF. Urachal carcinoma. *Urol Radiol* 1985; 7: 174-177.
8. BECK AD, GANDIN HJ, BONHAM DG. Carcinoma of the urachus. *Br J Urol* 1970; 135: 555-562.
9. BRICK SH, FRIEDMAN AC, POLLACK HM, FISHMAN EK, RADECKI MH, MITCHELL DG, LEV-TOAFF AS, CAROLINE DF. Urachal carcinoma: ct findings. *Radiology* 1988; 169: 377-381.
10. COOPERMAN LR. Carcinoma of the urachus with extensive abdominal calcification. *Urology* 1978; 12: 614-616.
11. MOSTOFI FK. Potentialities of bladder epithelium. *J Urol* 1984; 71: 705-711.
12. RHOLL KS, LEE JKT, HEIKEN JP, LING D, GLAZER HS. Primary bladder carcinoma: evaluation with MR imaging. *Radiology* 1987; 163: 117-121.
13. JAEGER N, RADEKE HW, ADOPHS HD, PENKERT A, BERTERMANN H, VAHLENSIECK W. Value of intravesical sonography in tumor classification of bladder carcinoma. *Eur Urol* 1986; 12: 76-84.
14. SROUGI M. Tumores não-transicionais da bexiga. In Srougi M, Simon SD. Câncer Urológico. São Paulo: Platina, 1990: 241-254.
15. SCULLY RE, GALDABINI JJ, MCNELLY BU. Urachal adenocarcinoma. *New Engl J Med* 1981; 304: 469-471.
16. ANDERSTRON C, JOHANSSON SL, VON SCHULTZ L. Primary adenocarcinoma of the urinary bladder: a clinicopathologic and prognostic study. *Cancer* 1983; 52: 1273-1276.
17. JONES WA, GIBBONS RP, CORREA RJ Jr., CUMMINGS KB, MASON JT. Primary adenocarcinoma of bladder. *Urology* 1980; 15: 119-123.