

URACHAL ADENOCARCINOMA

FERNANDO P. ESTEVES, ANTÔNIO C. PINTO, ADRIANO F. C. PINTO

Department of Morphology, Medical School, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil

ABSTRACT

Introduction: Urachal adenocarcinoma is a relatively rare neoplasia, representing 0.5 to 2.0% of all primary malignant tumors of the bladder. The tumor is originated from the proximal segment of the urachus, close to the bladder, which occasionally can be involved, resulting in hematuria and irritative voiding symptoms.

Case Report: A 45-year-old woman presented with a history of an inflammatory process in the hypogastric area. After surgical drainage, the inflammatory process diminished, but a cutaneous fistula developed. A magnetic resonance imaging demonstrated the presence of an intrapelvic lesion, close to the inferior abdominal wall. The patient underwent a partial cystectomy and the histopathological examination of the excised mass revealed an adenocarcinoma arising from the urachus. At 18 months follow-up the patient has been clinically stable, with no signs of local or systemic recurrence.

Discussion: Recent studies demonstrated that the best surgical option for urachal adenocarcinoma is partial cystectomy with excision of the umbilicus. This procedure presented the same recurrence rates of radical cystectomy with less morbidity and better quality of life.

Key words: urachus; adenocarcinoma; bladder; bladder neoplasms

Braz J Urol, 27: 560-562, 2001

INTRODUÇÃO

O adenocarcinoma de úraco é uma neoplasia incomum, que se origina na porção justavesical do úraco e muitas vezes invade o teto da bexiga (1). Dentre os tumores malignos primários de bexiga os adenocarcinomas são os mais raros, representando apenas 0.5 a 2% do total. Destes, 20 a 30% se originam no úraco, sendo responsáveis por 95% de todas as neoplasias primárias de úraco (1). A doença se apresenta principalmente nas faixas etárias de 40 a 70 anos e em indivíduos do sexo masculino (65%) (2). O presente artigo tem o objetivo de relatar o diagnóstico e tratamento de uma paciente com adenocarcinoma de úraco.

RELATO DO CASO

MMPJ, 45 anos, feminina, branca, com história de processo inflamatório em parede

abdominal, acompanhado de dor e abaulamento no hipogástrico. Após drenagem da região, evoluiu com melhora do quadro inflamatório, porém com manutenção da dor e formação de fístula cutânea. A ultra-sonografia evidenciou lesão cística e a ressonância magnética nuclear (Figure-1) mostrou lesão expansiva de aspecto nodular intrapélvica junto à parede abdominal inferior, comprimindo a parede anterior da bexiga.

A paciente foi submetida à exploração cirúrgica, sendo encontrado uma massa de arranjo cístico, medindo 8.5 x 5 x 3.8 cm, que foi ressecada juntamente com a cúpula da bexiga. O diagnóstico anátomo-patológico demonstrou adenocarcinoma de úraco, moderadamente diferenciado, produtor de muco, grau-II de diferenciação (Figure-2). Dezoito meses após o tratamento a paciente mantém-se clinicamente estável, sem evidências de recidiva local ou sistêmica da doença.

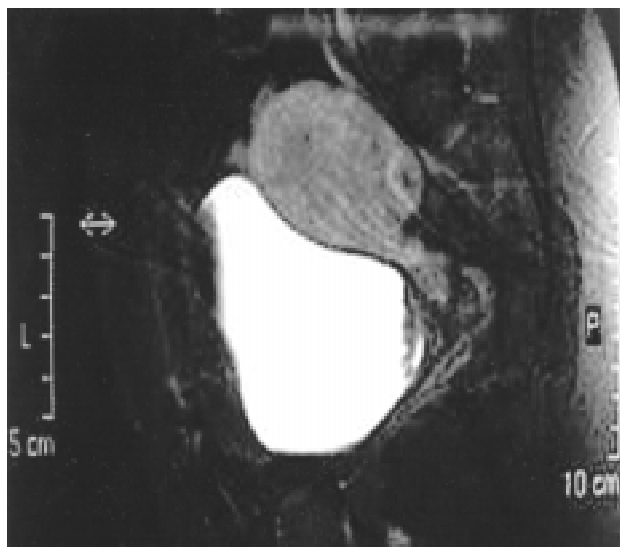


Figure 1 - Magnetic resonance imaging demonstrating an intrapelvic lesion, close to the inferior abdominal wall and contiguous with the bladder dome.

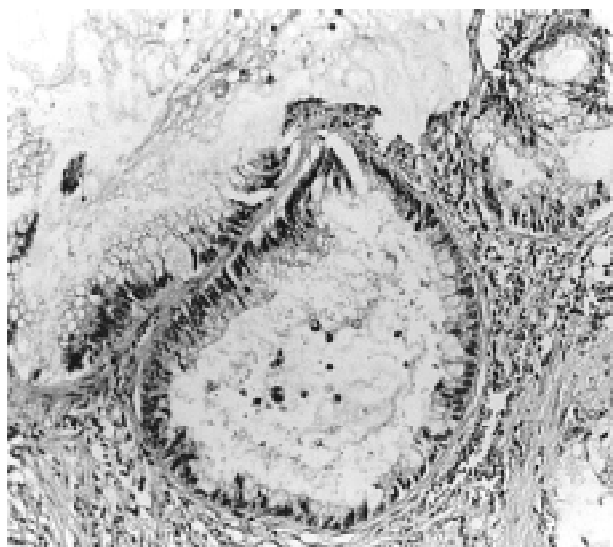


Figure 2 - Histological aspect of the urachal adenocarcinoma (HE, X400).

DISCUSSÃO

Os adenocarcinomas de úracos estão geralmente associados a mau prognóstico, já que sua localização permite a proliferação silenciosa da doença antes de sua detecção (2). A origem desses tumores é incerta; uma das teorias descreve que células transicionais do úraco podem sofrer metaplasia gerando o adenocarcinoma; a outra defende que este tumor pode se originar de inclusões de epitélio intestinal que permaneceram no úraco após o desenvolvimento embriológico (1).

Os principais sintomas encontrados nos pacientes com este tipo de tumor são hematúria, dor, sintomas irritativos e mucosúria (2). Os casos com invasão vesical são geralmente visíveis a cistoscopia, ao passo que os casos confinados ao úraco podem ser evidenciados por exames de imagem, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética nuclear, estes realizados a partir de achados clínicos como dor ou abaulamento local, presentes no relato de caso em questão.

O estadiamento existente foi proposto por Sheldon et al.(2): Grau I – confinado à mucosa; Grau II – invasivo, mas confinado ao úraco; Grau III –

invasivo para bexiga (IIIA), parede abdominal (IIIB), peritônio (IIIC) ou outras vísceras (IIID); IV – metástases linfonodais; Grau V – metástases à distância.

Com relação ao tratamento, este deve ser cirúrgico uma vez que não existe utilidade comprovada do uso de terapias adjuvantes (quimio ou radioterapia). Existem controvérsias a respeito do melhor procedimento cirúrgico; apesar de estudos mais antigos (2) sugerirem a cistectomia radical como melhor opção de tratamento, os trabalhos mais atuais mostram ser factível a opção pela cistectomia parcial com excisão do umbigo (principalmente no tratamento de adenocarcinomas em estágio inicial). Esta conduta cirúrgica, ao mesmo tempo em que proporciona melhor qualidade de vida para o paciente, apresenta taxas de morbidade e mortalidade semelhantes às da cistectomia total (1,3).

REFERÊNCIAS

1. Henly DR, Farrow GM, Zincke H: Urachal cancer: role of conservative surgery. *Urology*, 42: 635-639, 1993.

2. Sheldon CA, Clayman RV, Gonzalez R: Malignant urachal lesions. J Urol, 131: 1-8, 1983.
3. Herr HW: Urachal carcinoma: the case for extended partial cystectomy. J Urol, 151: 365-366, 1994.

Received: April 19, 2001

Accepted after revision: October 26, 2001

Correspondence address:

Dr. Antônio Cardoso Pinto
Rua Cerro Corá, 1917
São Paulo, SP, 05061-350, Brazil
E-mail: tosojuca@uol.com.br