



■ REPORTE DE CASO

<https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2026.e13142620>

Un residuo del pasado con repercusión actual: quiste uracal en mujer adulta con infecciones urinarias recurrentes

A residue from the past with present repercussions: Urachal cyst in an adult woman with recurrent urinary tract infections

Everlize Grooders Godoy¹ , Marco Antonio Pescador Ruschel¹ 

¹Universidad Nordeste del Paraguay. Facultad de Medicina. Santa Rita, Alto Paraná, Paraguay.

Editor responsable: Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. 

Revisor:

Christian Alberto Noldin Cáceres. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. Asunción, Paraguay. 

Cómo referenciar este artículo: Grooders Godoy E, Pescador Ruschel MA. Un residuo del pasado con repercusión actual: quiste uracal en mujer adulta con infecciones urinarias recurrentes. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2026; 13 (1): e13142620

RESUMEN

El quiste uracal es una anomalía congénita poco frecuente derivada del remanente embrionario del uraco, que conecta la vejiga con el ombligo. Su persistencia en la vida adulta puede predisponer a infecciones recurrentes y, en casos graves, a la ruptura y otras complicaciones, como la malignización.

Presentamos el caso de una mujer de 32 años con historia de infecciones urinarias recurrentes, tratadas de manera empírica, sin una respuesta adecuada hasta la identificación incidental de un quiste uracal durante una exploración laparoscópica por abdomen agudo. La tomografía computarizada y la ecografía iniciales no revelaron hallazgos concluyentes. El diagnóstico final se realizó mediante histopatología, confirmando el quiste uracal. El tratamiento

Artículo recibido: 10 setiembre 2025

Artículo aceptado: 20 marzo 2026

Autor correspondiente:

Everlize Grooders Godoy

Correo electrónico: everlize19@gmail.com

Dictamen:

https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/71_26_dictamen.pdf

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

quirúrgico resolvió los síntomas, y la paciente fue dada de alta con seguimiento infectológico.

Este caso destaca la importancia de considerar el quiste uracal en el diagnóstico diferencial de infecciones urinarias recurrentes, y la relevancia de la intervención quirúrgica en pacientes sintomáticos con el diagnóstico realizado.

Palabras claves: uraco, quiste del uraco, infecciones urinarias, reinfección

ABSTRACT

Urachal cysts are rare congenital anomalies that arise from the embryonic remnant of the urachus, a structure connecting the bladder to the umbilicus. Persistence of this remnant in adulthood can predispose to recurrent infections and, in severe cases, to rupture and even malignancy.

We present the case of a 32-year-old woman with a history of recurrent urinary tract infections, empirically treated without adequate response until an incidental diagnosis of a urachal cyst was made during a laparoscopic exploration for acute abdomen. Initial computed tomography and ultrasound imaging did not reveal conclusive findings. The final diagnosis was confirmed through histopathology, identifying the urachal cyst. Surgical intervention successfully resolved the symptoms, and the patient was discharged with follow-up care.

This case underscores the importance of considering urachal cysts in the differential diagnosis of recurrent urinary infections and highlights the role of surgical treatment in symptomatic diagnosed patients.

Keywords: urachus, urachal cyst, urinary infections, recurrence

INTRODUCCIÓN

El uraco es un remanente del conducto alantoideo que conecta la vejiga con el ombligo durante el desarrollo embrionario ^(1,2). Su persistencia puede dar lugar a cuatro tipos de anomalías: seno uracal, quiste uracal, divertículo uracal y uraco permeable ^(3,4). Las frecuencias reportadas varían entre estudios; en algunas series el uraco permeable es la presentación más común ⁽⁵⁾, mientras que los quistes uracales representan aproximadamente el 30–43 % de los casos ⁽⁶⁾. Estas anomalías pueden predisponer a infecciones y, en casos graves, progresar hacia sepsis o transformación maligna, con riesgo de adenocarcinoma uracal ^(7–9). El diagnóstico temprano y la corrección quirúrgica reducen la probabilidad de complicaciones futuras ^(10,11). Con frecuencia se detectan de manera incidental debido a su presentación asintomática en la mayoría de los casos ⁽³⁾, aunque también pueden causar infecciones urinarias recurrentes, siendo el dolor periumbilical el síntoma principal ⁽¹²⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 32 años acude por un cuadro de pielonefritis aguda izquierda. Refería antecedentes de infecciones recurrentes del tracto urinario inferior desde aproximadamente dos años antes del diagnóstico, con episodios sintomáticos caracterizados por disuria y polaquiuria que fueron tratados de manera empírica en al menos seis ocasiones por año en servicios ambulatorios. La mayoría de estos episodios fueron manejados con antibioticoterapia empírica basada en cefalosporinas orales, sin estudios microbiológicos previos documentados. Durante ese período la paciente presentó intervalos libres de síntomas entre los episodios de tres a cuatro meses de duración, sin estudios etiológicos concluyentes que explicaran la recurrencia

de las infecciones urinarias. La paciente no presentaba antecedentes urológicos conocidos ni cirugías abdominales previas. Negaba antecedentes de litiasis urinaria, malformaciones congénitas diagnosticadas en la infancia o enfermedades urológicas crónicas. Tampoco refería síntomas de disfunción miccional, incontinencia o retención urinarias. No era fumadora ni consumía alcohol de manera habitual. En el episodio actual, tras iniciar antibióticoterapia empírica con cefalosporinas, la paciente presentó evolución clínica desfavorable. Se realizó cultivo de orina que aisló una enterobacteria con perfil de resistencia extendido, sensible únicamente a carbapenémicos, por lo que se inició tratamiento con meropenem, con resolución clínica completa del cuadro infeccioso.

Tres meses después, la paciente se presenta a consulta por un cuadro de abdomen agudo. La ecografía abdominal inicial mostró una vejiga de paredes finas, sin imágenes quísticas supravescicales evidentes ni colecciones en el espacio preperitoneal. Tampoco se observaron signos de dilatación pielocalicial. La tomografía computarizada abdominopélvica simple no evidenció masas supravescicales ni alteraciones en la región del uraco, hallazgos que inicialmente dificultaron el diagnóstico etiológico del cuadro. Por lo tanto, se procede a una exploración laparoscópica en donde se constata una pequeña ruptura vesical espontánea relacionada con un nódulo inespecífico en la cúpula vesical consistente, histológicamente, con una pared quística formada por epitelio columnar estratificado, compatible con un quiste uracal (figura 1). El curso postquirúrgico fue favorable, y la paciente fue dada de alta con planes de seguimiento infectológico cercano. Durante el seguimiento ambulatorio a los tres meses posteriores a la cirugía, la paciente permaneció asintomática, sin nuevos episodios de infección urinaria ni complicaciones

quirúrgicas, con evolución clínica satisfactoria.

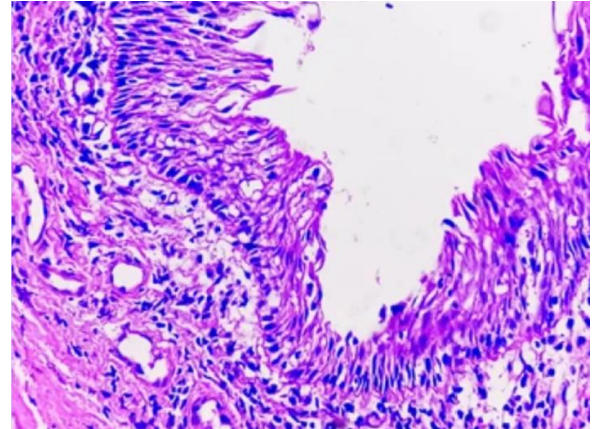


Figura 1. Se ve una pared quística revestida por epitelio columnar estratificado con áreas de diferenciación urotelial madura, sin atipias celulares. Hallazgo compatible con remanente uracal.

DISCUSIÓN

Las infecciones representan la complicación más frecuente de los quistes uracales, los cuales con frecuencia permanecen asintomáticos hasta que ocurre una infección secundaria ⁽¹²⁾. En este caso, la paciente desarrolló infecciones urinarias recurrentes causadas por un microorganismo resistente debido a la exposición repetida a antibióticos. En pacientes con infecciones urinarias recurrentes, los quistes uracales deben considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Desde el punto de vista fisiopatológico, los remanentes uracales persisten debido a una obliteración incompleta del conducto alantoideo durante el desarrollo embrionario ⁽¹⁻³⁾. En los quistes uracales, la acumulación de secreciones epiteliales y el estasis de fluidos favorecen la colonización bacteriana y el desarrollo de inflamación crónica ⁽¹⁴⁾. Este proceso inflamatorio puede debilitar progresivamente la pared del remanente uracal y las estructuras adyacentes, facilitando complicaciones como formación de abscesos, ruptura hacia

estructuras vecinas o, en casos excepcionales, ruptura vesical espontánea (16,17).

La colonización por enterobacterias multirresistentes observada en este caso probablemente se relaciona con la exposición repetida a antibióticos durante episodios previos de infección urinaria (18,19). La tomografía computarizada y la ecografía son herramientas valiosas para identificar esta condición (13,20), aunque, como ocurrió en este caso, no siempre revelan hallazgos concluyentes. Otras complicaciones graves incluyen la ruptura hacia los tejidos preperitoneales, como la fuga urinaria secundaria a ruptura vesical, que incrementa la morbilidad posoperatoria y el riesgo de infección (16).

En casos de quistes uracales infectados o sintomáticos, la intervención quirúrgica constituye el tratamiento de elección (21). El abordaje laparoscópico es preferido debido a su menor invasividad y tiempos de recuperación más rápidos en comparación con la cirugía abierta (21,22). El tratamiento antibiótico previo puede ser necesario para controlar la infección antes de la intervención quirúrgica (10).

Este reporte de caso es relevante porque documenta una complicación poco frecuente: la ruptura vesical espontánea secundaria a un quiste uracal, un hallazgo raramente descrito en adultos (16,17). Este caso aporta evidencia clínica que puede ayudar a los clínicos a considerar anomalías uracales en pacientes con infecciones urinarias recurrentes y estudios de imagen no concluyentes, destacando además la utilidad del abordaje laparoscópico como estrategia diagnóstica y terapéutica eficaz (21,22).

Conflicto de interés

Declaramos que ninguno de los autores posee conflicto de intereses.

Declaración de contribución de los autores

Todos los autores han participado de la redacción de este artículo y han dado su consentimiento para la publicación.

Consentimiento informado

Se obtuvo consentimiento informado escrito de la paciente para la publicación del presente reporte de caso y de las imágenes clínicas correspondientes, garantizando el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Financiamiento

Este reporte de caso fue realizado mediante financiación propia.

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados en este estudio están disponibles previa solicitud al autor correspondiente: Everlize Grooders Godoy
Correo electrónico: everlize19@gmail.com

Revisión por pares

Este artículo fue evaluado mediante proceso de revisión por pares a doble ciego, acorde a las políticas de transparencia editorial de la revista. Los revisores autorizaron que sus nombres y dictámenes fueran publicados. Las observaciones y comentarios emitidos por los revisores fueron considerados por los autores, quienes aplicaron las modificaciones necesarias a la versión final publicada. Los dictámenes de los revisores pueden consultarse en el siguiente enlace:

https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/71_26_dictamen.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cappele O, Sibert L, Descargues J, Delmas V, Grise P. A study of the anatomic features of the duct of the urachus. Surg Radiol Anat [Internet]. 2001 [cited 2024 Feb 4];23(4):229–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11694966/> Subscription required

2. Scheye T, Vanneuvillie G, Amara B, Francannet P, Dechelotte P, Campagne D. Anatomic basis of pathology of the urachus. *Surg Radiol Anat* [Internet]. 1994 [cited 2024 Feb 4];16(2):135–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7940076/> Subscription required
3. Das JP, Vargas HA, Lee A, Hutchinson B, O'Connor E, Kok HK, et al. The urachus revisited: multimodal imaging of benign & malignant urachal pathology. *Br J Radiol* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 4];93(1110):20190118. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10993214/>
4. Parada Villavicencio C, Adam SZ, Nikolaidis P, Yaghamai V, Miller FH. Imaging of the urachus: anomalies, complications, and mimics. *Radiographics* [Internet]. 2016 [cited 2024 Feb 4];36(7):2049–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27831842/>
5. Mesrobian HG, Zacharias A, Balcom AH, Cohen RD. Ten years of experience with isolated urachal anomalies in children. *J Urol* [Internet]. 1997 [cited 2024 Feb 4];158(3 Pt 2):1316–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9258204/> Subscription required
6. Gleason JM, Bowlin PR, Bagli DJ, Lorenzo AJ, Hassouna T, Koyle MA, Farhat WA. A comprehensive review of pediatric urachal anomalies and predictive analysis for adult urachal adenocarcinoma. *J Urol* [Internet]. 2015 [cited 2024 Feb 4];193(2):632–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25219697/>
7. Kumar R, Harilal S, Abdelgawad MA, Ghoneim MM, Kumar A, Mathew B. Urachal carcinoma: the journey so far and the road ahead. *Pathol Res Pract* [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 4];243:154379. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36821941/> Subscription required
8. Guerin M, Miran C, Colomba E, Cabart M, Herrmann T, Pericart S, et al. Urachal carcinoma: a large retrospective multicentric study from the French genito-urinary tumor group. *Front Oncol* [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 4];13:1110003. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36741023/>
9. Olah C, Kubik A, Mátrai P, Engh MA, Barna V, Hegyi P, et al. Estimation of the incidence of urachal cancer: a systematic review and meta-analysis of registry-based studies. *Urol Oncol* [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 4];42(7):221.e1–221.e7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38627107/>
10. Perez D, Neeman B, Kocherov S, Jaber G, Armon Y, Zilber S, Chertin B. Current management of the urachal anomalies (UA): lessons learned from the clinical practice. *Pediatr Surg Int* [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 4];38(11):1619–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35969254/> Subscription required
11. Dethlefs ChR, Abdessalam SF, Raynor SC, Perry DA, Allbery SM, Lyden ER, et al. Conservative management of urachal anomalies. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 4];54(5):1054–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30867097/> Subscription required
12. Tsai IS, Lin LH, Hung SP. An infected urachal cyst presenting as acute abdominal pain in a child: a case report. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 4];99(5): e18884. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32000391/>
13. Buddha S, Menias ChO, Katabathina VS. Imaging of urachal anomalies. *Abdom Radiol (NY)* [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 4];44(12):3978–89. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31478084/> Subscription required
14. Yusuf S, Wassef AC, Schlesinger A. An infected urachal cyst in a 4-year-old girl presenting with recurrent abdominal pain. *J Emerg Med* [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 4];56(4):e51–e54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30879848/> Subscription required
15. Lipskar AM, Glick RD, Rosen NG, Layliev J, Hong AR, Dolgin SE, Samuel Z, Soffer SZ. Nonoperative management of symptomatic urachal anomalies. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2010 [cited 2024 Feb 4];45(5):1016–9. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20438945/> Subscription required

16. Ohgaki M, Higuchi A, Chou H, Takashina K, Kawakami S, Fujita Y, et al. Acute peritonitis caused by intraperitoneal rupture of an infected urachal cyst: report of a case. *Surg Today* [Internet]. 2003 [cited 2024 Feb 4];33(1):75–7. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12560915/> Subscription required

17. Orbatu D, Alaygut D. Evaluation and management of urachal remnants in children. *Pediatr Int* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 4];62(10):1158–61. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32347613/> Subscription required

18. Fromer DL, Cheng WY, Gao Ch, Mahendran M, Hilts A, Duh MS, et al. Likelihood of antimicrobial resistance in urinary *E. coli* isolates among US female patients with recurrent versus non-recurrent uUTI. *Urology* [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 4];190:1–10. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38467284/>

19. Malcolm W, Fletcher E, Kavanagh K, Deshpande A, Wiuff C, Marwick Ch, Bennie M. Risk factors for resistance and MDR in community urine isolates: population-level analysis using the NHS scotland infection intelligence platform. *J Antimicrob Chemother* [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 4];73(1):223–30. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29040608/>

20. Yu JS, Kim KW, Lee HJ, Lee YJ, Yoon CS, Kim MJ. Urachal remnant diseases: spectrum of CT and US findings. *Radiographics* [Internet]. 2001 [cited 2024 Feb 4];21(2):451–61. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11259707/>

21. Liu Z, Yu X, Hu J, Li F, Wang S. Umbilicus-sparing laparoscopic versus open approach for treating symptomatic urachal remnants in adults. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 4];97(26):e11043. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29952943/>

22. Araki M, Saika T, Araki D, Kobayashi Y, Uehara S, Watanabe T, et al. Laparoscopic management of complicated urachal remnants in adults. *World J Urol* [Internet]. 2012 [cited 2024 Feb 4];30(5):647–50. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22290478/> Subscription required