



Adenocarcinoma do Úraco: Caso Clínico

Adenocarcinoma of the Urachus: Case Report

Samuel Bastos¹; Vítor Oliveira¹; Ana Sabença¹; Rui Maciel¹; Débora Araújo¹; Rui Amorim¹; Luís Xambre¹

Resumo

O adenocarcinoma do úraco é um cancro raro, correspondendo a aproximadamente um terço de todos os adenocarcinomas da bexiga, cerca de 0,01% de todos os tumores do adulto e 0,5% a 2% de todas as neoplasias vesicais.

Apresenta-se o caso de um homem de 70 anos, referenciado por hematuria e mucosúria com dois meses de evolução. A avaliação imagiológica evidenciou uma formação nodular na cúpula vesical, sugestiva de patologia do úraco. A uretroscopia revelou uma lesão exofítica e a biópsia obtida por ressecção transuretral confirmou a presença de um adenocarcinoma do úraco. O doente foi submetido a cistectomia parcial com exérese en bloc do úraco e umbigo, associada a linfadenectomia iliaco-obturadora bilateral laparoscópica, sem intercorrências. O exame anatomopatológico confirmou um adenocarcinoma mucinoso bem diferenciado (pT2bN0M0), com margens negativas e sem envolvimento umbilical ou metastização ganglionar. O doente mantém-se em vigilância clínica e imagiológica periódica com cistoscopia e tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, sem evidência de recorrência.

O adenocarcinoma do úraco, apesar de raro, deve ser considerado no diagnóstico diferencial de lesões da cúpula vesical com hematuria associada. A cistectomia parcial associada à exérese do úraco e linfadenectomia constitui uma abordagem eficaz em doentes selecionados. A decisão sobre terapêutica adjuvante deve ser individualizada, e a vigilância pós-operatória é essencial para detetar recidivas precoces e tratar sintomas urinários residuais, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Adenocarcinoma; Neoplasias da Bexiga Urinária; Úraco

Abstract

Urachal adenocarcinoma is a rare malignancy, accounting for approximately one-third of all bladder adenocarcinomas, about 0.01% of all adult tumors, and 0.5% to 2% of all bladder neoplasms.

1 – Departamento de Urologia, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, Gaia, Portugal

We present the case of a 70-year-old male referred for evaluation due to hematuria and mucosuria with a two-month evolution. Imaging studies revealed a nodular lesion at the bladder dome, suggestive of urachal pathology. Urethroscopy identified an exophytic lesion, and biopsy via transurethral resection confirmed the diagnosis of urachal adenocarcinoma. The patient underwent laparoscopic partial cystectomy with en bloc resection of the urachus and umbilicus, combined with bilateral iliac-obturator lymphadenectomy, without complications. Histopathological analysis confirmed a well-differentiated mucinous adenocarcinoma (pT2bN0M0) with negative surgical margins, no umbilical involvement, and no lymph node metastasis. The patient remains under regular clinical and imaging surveillance, including cystoscopy and thoracoabdominopelvic computed tomography scans, with no evidence of recurrence to date.

Although rare, urachal adenocarcinoma should be considered in the differential diagnosis of bladder dome lesions associated with hematuria. Partial cystectomy with concurrent urachal excision and lymphadenectomy represents an effective treatment approach in selected patients. Decisions regarding adjuvant therapy should be individualized. Postoperative surveillance is essential to detect early recurrences and manage residual urinary symptoms, contributing to improved quality of life.

Keywords: Adenocarcinoma; Urachus; Urinary Bladder Neoplasms

Introdução

O úraco é um remanescente músculo fibroso localizado no espaço de Retzius, rodeado anteriormente pela fáscia transversalis e posteriormente pelo peritонеu, que faz a conexão da bexiga ao cordão umbilical durante a embriogénese.^{1,2}

O adenocarcinoma do úraco é um cancro raro, correspondendo a aproximadamente um terço de todos os adenocarcinomas da bexiga,¹ cerca de 0,01% de todos os tumores do adulto e 0,5% a 2% de todas as neoplasias vesicais.^{2,3}

Caso Clínico

Apresenta-se o caso clínico de um homem de 70 anos, referenciado à consulta de Urologia devido a queixas de hematuria e mucosúria com 2 meses de evolução. O doente negou sintomas do trato urinário inferior (LUTS) de armazenamento ou esvaziamento, pneumaturia ou fecalúria. Entre os antecedentes de relevo destacam-se: litíase renal direita; quadro intestinal oclu-

sivo decorrente de hérnia abdominal com necessidade de correção cirúrgica; cirurgia de prótese de anca esquerda. Sem história prévia de cirurgia vesical ou prostática.

O doente não apresentava alterações clínicas de relevo ao exame físico, nomeadamente, massas abdominais ou suprapúbicas, ou drenagem umbilical. O toque retal apresentava esfínter normotónico, sem palpação de massas retais, próstata de volume ligeiramente aumentado, lisa e regular, sem nódulos suspeitos palpáveis.

Os exames auxiliares de diagnóstico evidenciaram os seguintes resultados: PSA (prostate specific antigen) de 1,18 ng/mL; CEA (antígeno carcinoembrionário) negativo; colonoscopia sem pólipos ou lesões suspeitas do trato gastrointestinal. A ecografia renovesical demonstrou uma “imagem nodular com vascularização periférica da cúpula vesical, de 44x42x34 mm, sugerindo um possível quisto do úraco”.

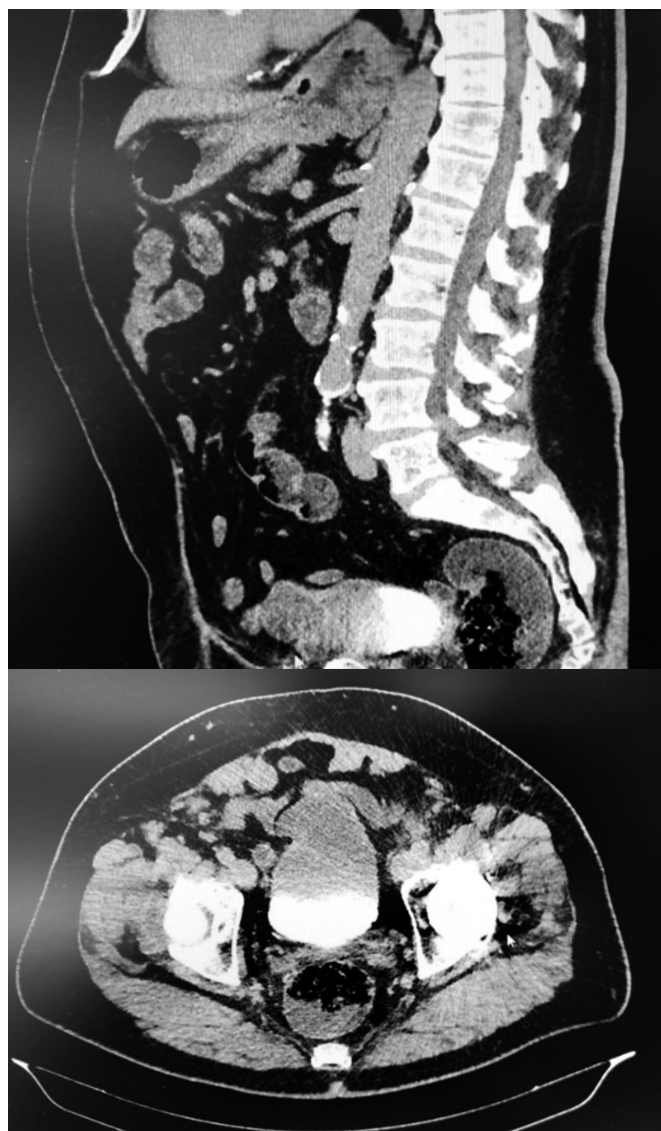


Figura 1 – Formação nodular na cúpula vesical em TC TAP

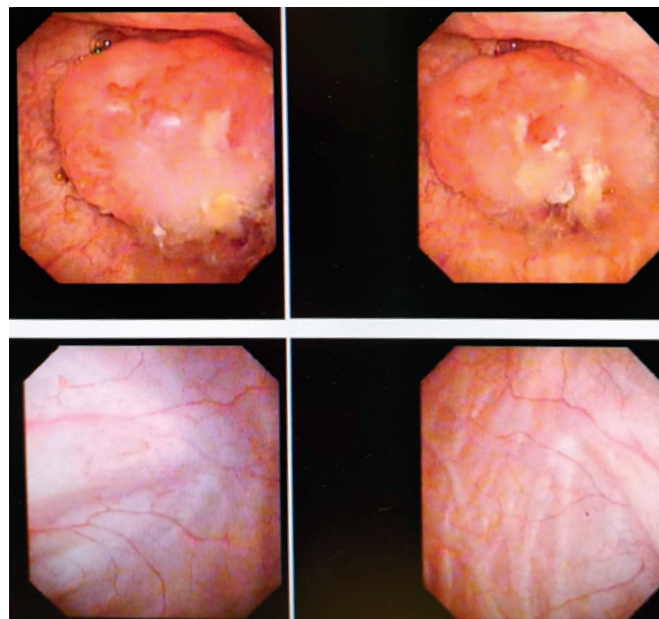


Figura 2 – Uretrocistoscopia – lesão sólida exofítica da cúpula vesical

Com o intuito de esclarecer os achados imagiológicos, foi realizada tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica (TC TAP) a qual demonstrou “formação nodular na cúpula vesical com cerca de 46x39 mm contendo calcificações aparentemente parietais, heterogénea, hipocaptante, (...) sem plano de clivagem com parede vesical” (Fig. 1)

O doente foi submetido a uretrocistoscopia, que revelou “bexiga de boa capacidade, com uma imagem exofítica de aspeto sólido, com base de implantação larga, localizada ao nível da cúpula vesical, com cerca de 4 cm”. A urina colhida para citologia não evidenciou células uroteliais malignas de alto grau (Fig. 2).

Face aos achados clínicos e imagiológicos, foi proposta a realização de ressecção transuretral vesical (RTU-V), para biópsia da lesão. A análise histológica revelou um adenocarcinoma do úraco. Desta forma, considerando a presença de adenocarcinoma do úraco com extensão local vesical, sem evidência de adenopatias ou lesões metastáticas em TC TAP, o doente foi proposto e submetido a cistectomia parcial associada a exérese do úraco e umbigo em bloc com linfadenectomia ilíaco-obturadora bilateral laparoscópica (Figs. 3 e 4).

O procedimento decorreu sem complicações ou intercorrências durante o pós-operatório, tendo removido a sonda vesical ao 10º dia.

O relatório anatomopatológico confirmou a presença de “adenocarcinoma mucinoso bem diferenciado do úraco, com invasão da muscular própria vesical, sem metástases ganglionares regionais, e umbigo sem alterações de natureza neoplásica”. A classificação histológica foi pT2b N0 M0 R0 (Estadio IIIa de Sheldon – Tabela 1)

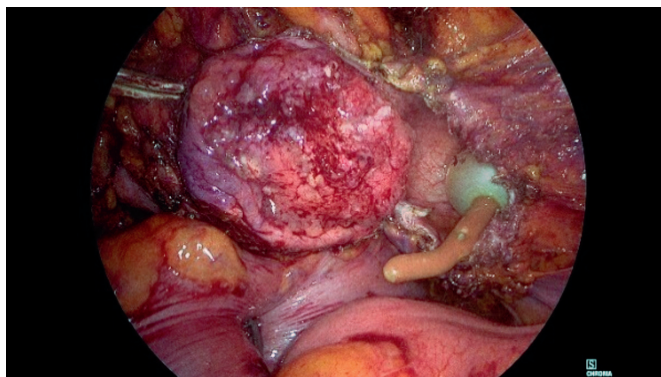


Figura 3 – Cistectomia parcial laparoscópica – exérese de lesão vesical



Figura 4 – Peça anatômica macroscópica – Bexiga e Úraco

Durante o seguimento, o doente referiu um aumento da imperiosidade vesical e um grau ligeiro de incontinência urinária de urgência com bom controlo sintomático após introdução de medicação oral – tansulosina e solifenacina.

Em virtude da ausência de forte evidência científica, optou-se por não realizar quimioterapia adjuvante, mantendo regime de vigilância periódica com cistoscopia e TC TAP. O doente não apresenta sinais de recidiva aos 3 anos de seguimento.

Discussão

O adenocarcinoma do úraco é uma neoplasia rara, representando menos de 1% dos tumores vesicais. Geralmente é diagnosticado em estádios avançados devido à sua localização

extravesical. A maioria dos doentes apresenta uma evolução clínica assintomática nos estádios iniciais. Sintomas como hematúria e mucosúria surgem com a invasão da parede vesical. A apresentação típica envolve uma lesão na cúpula da bexiga, como observado neste caso clínico. O diagnóstico é realizado após cistoscopia, RTU-V e subsequente resultado histológico a demonstrar adenocarcinoma. A TC TAP é o método de imagem usado para sustentar o diagnóstico e realizar estadiamento local e à distância⁴ (Tabela 1).

O tratamento standard para o adenocarcinoma do úraco é a ressecção en bloc da cúpula vesical, úraco e umbigo associada a linfadenectomia iliaco-obturadora. A cistectomia radical poderá ser considerada tendo em conta o atingimento tumoral.^{1,5,6}

O caso descrito é particularmente relevante por envolver um doente de 70 anos, faixa etária menos comum para o diagnóstico precoce deste tumor, considerando que a maioria dos casos ocorre em indivíduos mais jovens ou de meia-idade.⁷ Além disso, a opção cirúrgica por abordagem minimamente invasiva, permitiu a preservação de órgão e uma recuperação rápida e sem complicações, demonstrando a viabilidade desta técnica em doentes selecionados.

A decisão de não realizar quimioterapia adjuvante foi sustentada nos critérios favoráveis da doença apresentada, como a ausência de metastização ganglionar ou à distância, margens cirúrgicas negativas e grau histológico de diferenciação elevado. Esta conduta está de acordo com as orientações atuais, que não recomendam terapêutica adjuvante em casos de doença localizada completamente ressecada.⁶⁻⁹

Contudo, regimes de quimioterapia devem ser considerados em doentes com atingimento ganglionar e/ou metástases à distância.^{7,9}

Este caso reforça a importância de: incluir o adenocarcinoma do úraco no diagnóstico diferencial de lesões da cúpula vesical, especialmente em doentes com hematúria e mucosúria; considerar abordagens cirúrgicas minimamente invasivas e poupa-

Tabela 1 – Estadiamento TNM

Estadio I	Confinado à mucosa do úraco
Estadio II	Confinado ao úraco
Estadio III	Extensão local
Estadio IIIa	Bexiga
Estadio IIIb	Parede abdominal
Estadio IIIc	Peritoneu
Estadio IV	Metastização

Sheldon *et al* 1984



doras de órgão em doentes com bom estado geral; individualizar a decisão sobre quimioterapia adjuvante com base na histologia e estadiamento clínico; assegurar vigilância no seguimento com cistoscopia e TC, dada a possibilidade de recidiva tardia; monitorizar e tratar sintomas urinários pós-operatórios assegurando melhoria da qualidade de vida dos doentes.

O diagnóstico precoce, aliado a uma abordagem cirúrgica adequada e vigilância estruturada, constituem os pilares do tratamento do adenocarcinoma do úraco.

Este caso ilustra uma estratégia terapêutica eficaz e o contributo para a prática clínica de uma doença urológica rara.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: *The authors have no conflicts of interest to declare.*

Financing Support: *This work has not received any contribution, grant or scholarship.*

Confidentiality of Data: *The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.*

Patient Consent: *Consent for publication was obtained.*

Provenance and Peer Review: *Not commissioned; externally peer-reviewed.*

Declaração de Contribuição/ Contributorship Statement:

SB: Responsável pela redação do rascunho inicial, desenvolvimento do manuscrito e revisão crítica de seu conteúdo intelectual

VO, AS, RM, DA, RA e LX: Responsáveis pelo desenvolvimento do manuscrito e revisão crítica de seu conteúdo intelectual.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

SB: Responsible for writing the initial draft, developing the manuscript, and critically reviewing its intellectual content.

VO, AS, RM, DA, RA, and LX: Responsible for developing the

manuscript and critically reviewing its intellectual content.
All authors approved the final version to be published.

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Samuel Bastos

bastos.ssamuel@gmail.com

Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, Rua Conceição Fernandes S/N 4434-502 VILA NOVA DE GAIA, Portugal

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2015-9636>

Recebido/Received: 2024-12-10

Aceite/Accepted: 2025-05-10

Publicado online/Published online: 2025-07-22

Publicado/Published: 2025-12-30

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) Acta Urol Port 2025. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and Acta Urol Port 2025. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Referências

1. Wein AJ. Campbell-Walsh-Wein: Urology. 12th ed. Amsterdam: Elsevier; 2020.
2. Bao B, Hatem M, Wong JK. Urachal adenocarcinoma: a rare case report. Radiol Case Rep. 2017;12:65–69. doi: 10.1016/j.radcr.2016.10.019.
3. World Health Organization. Tumors classification – Urachal Carcinoma 2022. Geneva: WHO; 2022.
4. Sheldon CA, Clayman RV, Gonzalez R, Williams RD, Fraley EE. Malignant urachal lesions. J Urol. 1984;131:1-8. doi: 10.1016/s0022-5347(17)50167-6.
5. Hamilou Z, North S, Canil C, Wood L, Hotte S, Sridhar SS, et al. Management of urachal cancer: A consensus statement by the Canadian Urological Association and Genitourinary Medical Oncologists of Canada. Can Urol Assoc J. 2020;14:E57-E64. doi: 10.5489/cuaj.5946
6. Siefker-Radtke A. Urachal adenocarcinoma: a clinician's guide for treatment. Semin Oncol. 2012;39:619–24. doi: 10.1053/j.seminoncol.2012.08.011
7. Ashley RA, Inman BA, Sebo TJ, Leibovich BC, Blute ML, Kwon ED, Zincke H. Urachal carcinoma: clinicopathologic features and long-term outcomes of an aggressive malignancy. Cancer. 2006;107:712-20. doi: 10.1002/cncr.22060.
8. Lerner SP. Non-urothelial bladder cancer. UpToDate. [accessed Jan 2023] Available at: <https://www.uptodate.com/contents/non-urothelial-bladder-cancer>
9. National Comprehensive Cancer Network Guidelines Version 5. New York: NCCN; 2024.