



Cistos de úraco mimetizando distúrbios abdominais

Urachal cysts mimicking abdominal disorders

Quistes de uraco que imitam trastornos abdominales

Atsuo Nakanishi¹, Arthur Guilherme Dias Farias¹, Camila Marjory Barbosa Batista¹, Carlos Gonçalves Assunção¹, Edcarlos Santos dos Santos¹, Gilberto Carneiro dos Santos Junior¹, João Paulo Coelho da Silva¹, Jorzen Gabriel Sales Ramos¹, Luana Bergamin Fernandes¹, Luciano Casais Miranda¹.

RESUMO

Objetivo: Identificar padrões clínicos e dificuldades diagnósticas no pré-operatório de cistos de úraco inicialmente confundidos com outras patologias abdominais. **Métodos:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura nas bases PubMed, LILACS, SciELO, Google Acadêmico, BVS, MEDLINE e Cochrane, com os descritores “urachal cyst,” “differential diagnosis” e “acute abdomen”. Incluíram-se artigos entre 2006 e 2025 que abordassem o diagnóstico diferencial de cistos de úraco em adultos. Dos 52 artigos encontrados, 18 foram incluídos após aplicação dos critérios de elegibilidade. **Resultados:** Os cistos de úraco acometeram pacientes de ambos os sexos, com média de idade de 25,8 anos. Os sintomas mais comuns foram dor abdominal (83,3%), febre (33,3%) e disúria (27,8%). Os diagnósticos equivocados mais frequentes foram hérnia umbilical, apendicite aguda, abscesso no reto abdominal e obstrução intestinal. A ultrassonografia foi o principal exame utilizado (77,8%), seguida por tomografia (44,4%) e ressonância magnética (33,3%). A apresentação clínica inespecífica favoreceu erros diagnósticos. **Considerações finais:** O cisto de úraco, embora raro, deve ser considerado em adultos jovens com dor abdominal e secreção umbilical. Exames de imagem são essenciais para o diagnóstico, e a cirurgia minimamente invasiva é recomendada. Destaca-se a necessidade de mais estudos com alto nível de evidência.

Palavras-chave: Cistos de úraco, Diagnóstico diferencial, Abdome agudo.

ABSTRACT

Objective: To identify clinical patterns and diagnostic challenges in the preoperative period of urachal cysts initially misdiagnosed as other abdominal pathologies. **Methods:** An integrative literature review was conducted using PubMed, LILACS, SciELO, Google Scholar, BVS, MEDLINE, and Cochrane databases, with the descriptors “urachal cyst,” “differential diagnosis,” and “acute abdomen.” Articles published between 2006 and 2025 focusing on differential diagnosis of urachal cysts in adults were included. Of the 52 articles identified, 18 met the inclusion criteria. **Results:** Urachal cysts were found in both sexes, with an average age of 25.8 years. The most common symptoms were abdominal pain (83.3%), fever (33.3%), and dysuria (27.8%). Frequent misdiagnoses included umbilical hernia, acute appendicitis, rectus abdominis abscess and bowel obstruction. Ultrasound was the main diagnostic method (77.8%), followed by computed tomography (44.4%) and magnetic resonance imaging (33.3%). The nonspecific clinical presentation contributed to initial diagnostic errors. **Final considerations:** Although rare, urachal cyst should be considered in young adults with abdominal pain and umbilical discharge. Imaging exams are essential for correct diagnosis, and minimally invasive surgery is recommended. Further high-quality studies on the topic are needed.

Keywords: Urachal cyst, Differential diagnosis, Acute abdomen.

¹ Universidade Federal do Pará, Altamira - PA.

RESUMEN

Objetivo: Identificar patrones clínicos y dificultades diagnósticas en el período preoperatorio de quistes de uraco diagnosticados erróneamente como otras patologías abdominales. **Métodos:** Se realizó una revisión integrativa de la literatura en las bases de datos PubMed, LILACS, SciELO, Google Académico, BVS, MEDLINE y Cochrane, utilizando los descriptores “urachal cyst,” “differential diagnosis” y “acute abdomen.” Se incluyeron artículos publicados entre 2006 y 2025 que abordaran el diagnóstico diferencial de quistes de uraco en adultos. De los 52 artículos encontrados, 18 cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Los quistes de uraco afectaron a pacientes de ambos sexos, con una edad media de 25,8 años. Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal (83,3%), fiebre (33,3%) y disuria (27,8%). Los diagnósticos erróneos más comunes fueron hernia umbilical, apendicitis aguda, absceso del recto abdominal y obstrucción intestinal. La ecografía fue el principal método diagnóstico (77,8%), seguida de tomografía computarizada (44,4%) y resonancia magnética (33,3%). La presentación clínica inespecífica favoreció errores diagnósticos. **Consideraciones finales:** Aunque raro, el quiste de uraco debe considerarse en adultos jóvenes con dolor abdominal y secreción umbilical. Los estudios de imagen son esenciales para el diagnóstico correcto, y se recomienda cirugía mínimamente invasiva. Se destaca la necesidad de más estudios con alto nivel de evidencia.

Palabras clave: Quiste de uraco, Diagnóstico diferencial, Abdomen agudo.

INTRODUÇÃO

O úraco é uma estrutura tubular embrionária, derivada do alantoide e da porção ventral da cloaca, que conecta o ápice da bexiga ao umbigo. Possuindo comprimento em torno de 3 a 10 cm e diâmetro entre 8 e 10 mm (MAFRA RSCP, et al., 2016). No início da vida fetal intrauterina, o úraco possui a função de auxiliar na eliminação das escórias nitrogenadas do feto, via cordão umbilical, posteriormente através da placenta, no entanto, com a descida da bexiga no segundo trimestre em direção à cavidade pélvica, ocorre um estiramento significativo do úraco, acarretando na consequente obliteração do lúmen dessa estrutura embrionária, o qual origina uma estrutura anatômica fibrótica conhecida por ligamento umbilical mediano (TORRES LRP, et al., 2020).

Entretanto podem ocorrer falhas no processo de obliteração dessa estrutura, sendo considerada uma anomalia congênita rara, à medida que acomete 1,6% de indivíduos abaixo de 15 anos e 0,063% da população na fase adulta (SIOW SL, et al., 2015). Se o processo de obliteração não acontecer e essa estrutura permanecer patente, pode surgir alguma anomalia, sendo classificada em cinco tipos: 1 - úraco patente (persistência completa com comunicação entre umbigo e bexiga urinária); 2 - cisto de úraco (invólucro das extremidades, mas com persistência da porção medial); 3 - seio externo de úraco (dilatação da extremidade superior, entretanto não há conexão com a bexiga); 4 - divertículo de úraco (seio interno é cego); 5 – seio alterado de úraco (YU JS, et. al, 2001; TORRES LRP, et al., 2020).

No geral, o cisto de úraco é assintomático, entretanto em alguns casos pode haver alguns sintomas, que por muitas vezes são variáveis e inespecíficos, onde a dor abdominal com localização periumbilical e infraumbilical são predominantes, além de poder estar associado com outros sinais e sintomas como: febre, náuseas, vômitos, massas abdominais palpáveis, alteração leucocitária e infecções do trato urinário (MUNIZ WQ, et al., 2024). Sendo, portanto, frequentemente confundido com outras condições, como apendicite ou infecções do trato urinário. A dificuldade no diagnóstico pré-operatório é atribuída à natureza não específica dos sintomas e à limitação dos métodos de imagem convencionais (KWOK CM, 2016). A ultrassonografia e a tomografia computadorizada são as principais modalidades de imagem usadas para diagnosticar essas condições, embora a distinção entre cisto de úraco e outras patologias abdominais não seja sempre clara (NINMONRAT A, et al., 2009).

Atualmente, não existem diretrizes ou protocolos que estabeleçam um consenso sobre o tratamento definitivo do cisto de úraco (MUNIZ WQ, et al., 2024). Apesar dessa condição, a abordagem terapêutica dos cistos de úraco em adultos geralmente envolve a excisão cirúrgica, com preferência por técnicas minimamente invasivas, como a laparoscopia, que têm demonstrado bons resultados em termos de segurança, eficácia, praticidade e menor morbidade em todas as faixas etárias. Além disso, essa técnica apresenta melhor

resultado estético e está associada a um pós-operatório mais favorável ao paciente (MADEIRA JGP, et al., 2018; JADAON AS, 2020). A remoção completa do cisto é essencial para prevenir complicações, como infecções recorrentes ou, em casos raros, transformação maligna (KAYA S, et al., 2015). A malignização, embora rara, pode ocorrer em aproximadamente 0,5% dos casos de cistos de úracos não tratados adequadamente, como o adenocarcinoma sendo o tipo histológico mais comum (TIUTIUCÃ RC, et al., 2022).

Apesar de não ser uma condição comum, o reconhecimento precoce das anomalias do úraco tem implicações clínicas significativas, tanto no manejo adequado quanto na prevenção de complicações graves, auxiliando assim em um bom prognóstico do paciente. Como abordado por Portela AR, et al. (2016) e Sghaier A, et al. (2023) embora o cisto de úraco seja uma condição rara na população adulta, podem ocorrer e apresentam-se como desafios diagnósticos significativos. Esse fato ocorre devido a sua apresentação clínica variável e inespecífica, possuindo semelhança, ou seja, mimetização com outras patologias abdominais, que na prática médica são mais frequentes, o que predispõe a realização de diagnósticos prévios equivocados ao invés do correto diagnóstico e manejo do cisto de úraco. Ainda nesse sentido, o atraso no diagnóstico eleva o risco de complicações graves relacionadas a essa condição, como infecções ou transformação maligna, que podem levar ao óbito. Entre as complicações do cisto de úraco infectado estão a ruptura nos tecidos pré-peritoneais e na cavidade peritoneal, o comprometimento do intestino próximo e o desenvolvimento de fístulas entéricas (ZATERKA S e EISING JN, 2016).

O cisto de úraco, embora raro, deve ser incluído no diagnóstico diferencial de pacientes com dor abdominal inferior e secreção umbilical. Uma compreensão clara das anomalias uracais e suas manifestações clínicas pode evitar atrasos no diagnóstico e condutas inadequadas, destacando a importância da familiarização dos profissionais de saúde com essa condição. Portanto, considerando a escassez de relatos clínicos sobre cistos de úraco em adultos e a dificuldade diagnóstica associada, este estudo busca contribuir com a literatura por meio da descrição de um caso representativo.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa. A priori, realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases PubMed, LILACS, SciELO e Google Acadêmico, com posterior ampliação para BVS, MEDLINE e Cochrane. Foram incluídos na presente revisão artigos publicados entre os anos de 2006 e 2025, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que contivessem os descritores “Urachal cyst” AND “Diagnosis, Differential” OR “Abdome, Acute”, com acesso gratuito ao texto completo. Inicialmente, foram identificados 52 artigos que atendiam aos critérios de inclusão.

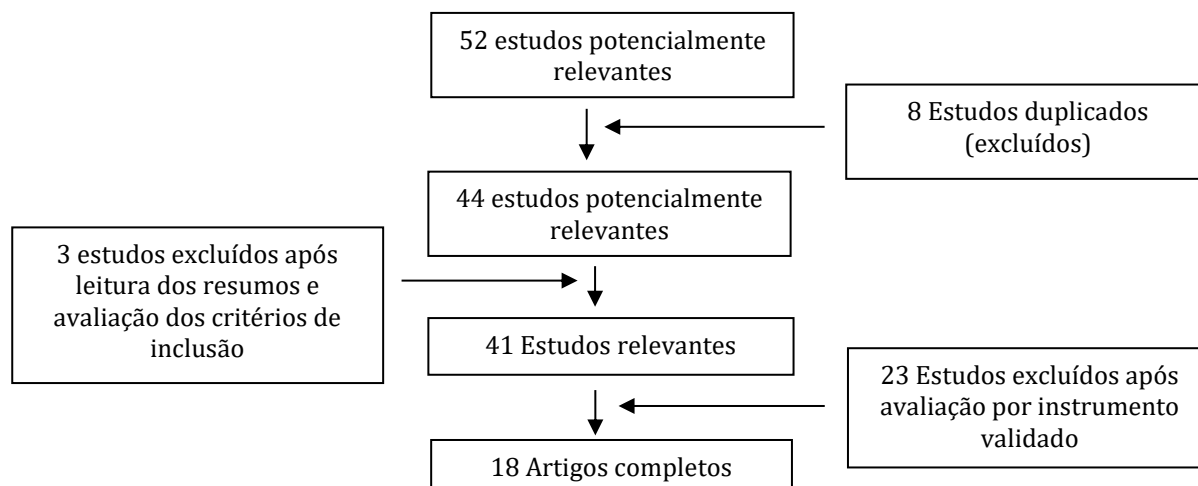
Desses, oito foram excluídos por se tratarem de duplicatas provenientes de diferentes bases de dados, totalizando 44 artigos únicos. Posteriormente, três artigos foram descartados por não corresponderem ao tipo de estudo desejado (relatos de casos ou estudos clínicos relevantes), resultando em 41 publicações elegíveis para avaliação completa.

A leitura integral desses artigos permitiu verificar sua adequação ao objetivo da presente investigação, que consiste em identificar diagnósticos pré-operatórios equivocados incorretos envolvendo os cistos de úraco. Após essa triagem, 23 estudos foram excluídos por não abordarem a temática de forma compatível com a proposta, restando, portanto, 18 artigos compuseram a amostra final desta revisão, os quais não necessitaram de aprovação de comitê de ética em pesquisa por se tratar de uma revisão que não expõe dados identificadores de pacientes.

RESULTADOS

Após a realização da busca nas bases de dados selecionadas, foram inicialmente localizados um total de 52 artigos. Desses, 8 foram excluídos por se tratar de duplicatas, e outros 3 foram descartados por não atenderem aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Assim, restaram 41 artigos considerados elegíveis para a leitura completa. Após essa etapa, a amostra final foi composta por 18 artigos, os quais estão esquematizados de forma detalhada no fluxograma apresentado na **Figura 1**.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos para revisão integrativa.



Fonte: Nakanishi A, et al., 2025.

O **Quadro 1** apresenta de forma resumida e organizada os artigos que foram incluídos na amostra final da pesquisa. Ele contempla, além do nome dos autores e as respectivas datas de publicação, informações detalhadas como o sexo e a idade dos pacientes, o quadro clínico apresentado, o diagnóstico equivocado e os métodos diagnósticos utilizados e descritos nos casos selecionados. Esses dados permitem uma visão geral mais abrangente dos estudos analisados.

Quadro 1 - Artigos selecionados para esta revisão integrativa.

N	Autores/ano	Sexo	Idade	Quadro clínico	Diagnóstico equivocado	Métodos diagnósticos
1	Alyusuf Z, <i>et al</i> (2023)	Homem	2 anos	Disúria e hematúria	Rabdomiosarcoma vesical	USG e RNM
2	Armstrong V, <i>et al</i> (2020)	Mulher	37 anos	Dor abdominal, febre e hematúria	Cistite aguda	TC, RNM e cistoscopia
3	Ekwueme KC e Parr NJ (2009)	Homem	32 anos	Dor hipogástrica e secreção purulenta umbilical	Onfalite	USG, RNM e cistoscopia
4	Elkbuli A, <i>et al</i> (2019)	Homem	20 anos	Dor periumbilical	Hérnia umbilical	TC
5	Ilea C, <i>et al</i> (2022)	Mulher	43 anos	Dor hipogástrica e dismenorreia	Cisto paraovariano	USG e RNM
6	Jayakumar S e Darlington D (2020)	Mulher	32 anos	Dor hipogástrica, febre e tumoração suprapúbica	Abcesso subcutâneo	USG, TC e RNM
7	Kabba MS, <i>et al</i> (2020)	Mulher	38 anos	Dor abdominal, secreção purulenta umbilical e tumoração umbilical	Gossipiboma	USG
8	Yoo KH, <i>et al</i> (2006)	Homem	23 anos	Dor abdominal e disúria	Abcesso no reto abdominal	USG
9	Yoo KH, <i>et al</i> (2006)	Homem	36 anos	Dor abdominal e febre	Colecistite aguda	USG e cistoscopia
10	Kugler A, <i>et al</i> (2025)	Mulher	11 meses	Tumoração umbilical	Hérnia umbilical	USG
11	Monib S, <i>et al</i> (2019)	Homem	19 anos	Dor periumbilical e secreção purulenta umbilical	Cisto sebáceo umbilical	USG e TC
12	Moreno-Alfonso JC, <i>et al</i> (2022)	Homem	6 anos	Dor na FID, febre e disúria	Apendicite aguda	USG
13	Moreno-Alfonso JC, <i>et al</i> (2022)	Homem	11 anos	Dor na FID, febre e disúria	Apendicite aguda	USG
14	O'leary MP, <i>et al</i> (2016)	Homem	64 anos	Dor na FID, distensão abdominal e constipação	Obstrução intestinal	TC
15	Singh A, <i>et al</i> (2018)	Mulher	30 anos	Dor hipogástrica e disúria	Cistite xantogranulomatosa	USG, TC e cistoscopia
16	Song JY e Kim SH (2024)	Homem	3 meses	Anorexia e astenia	Obstrução intestinal	RX, USG e TC
17	Tartar T, <i>et al</i> (2019)	Mulher	12 anos	Dor hipogástrica e tumoração suprapúbica	Cisto mesentérico	RX, USG, RNM e laparoscopia
18	Walker C (2010)	Mulher	59 anos	Dor abdominal, astenia e febre	Abcesso no reto abdominal	TC e cistoscopia

Legenda: FID: Fossa ilíaca direita. USG: Ultrassonografia. RX: Raio-X. TC: Tomografia computadorizada. RNM: Ressonância nuclear magnética.

Fonte: Nakanishi A, *et al.*, 2025.

DISCUSSÃO

Os cistos de úraco, uma patologia rara, apresentaram dados variados nos casos analisados. Alyusuf Z, *et al.* (2023), relataram caso 1 de um menino de 2 anos que deu entrada no serviço de Emergência com quadro de disúria e hematúria há 2 semanas, sem febre. Achados de exame físico abdominal foram negativos.

Exames complementares de ultrassonografia (USG) abdominal e ressonância nuclear magnética (RNM) evidenciaram uma tumoração lobulada com conteúdo cístico da parede vesical antero-superior com a possibilidade da extensão extravesical, com suspeita de rhabdomyosarcoma vesical.

Armstrong V, et al. (2020), relataram caso 2 de uma mulher de 37 anos que deu entrada no serviço de Emergência com quadro de dor abdominal refratária e febre. Ela tinha a história de disúria e hematúria há 10 meses, sendo investigada pelo serviço de Urologia com tomografia computadorizada (TC), RNM e cistoscopia com biópsia obtendo o diagnóstico de massa inflamatória da parede abdominal com a extensão para bexiga, sendo tratado com antibióticos sem melhora significativa. Pela ausência de resposta terapêutica aos antibióticos e persistência de hematúria com a possibilidade de malignidade, foi solicitada a avaliação do serviço de Cirurgia Oncológica, que optou por tratamento operatório em conjunto com equipe da Urologia.

Ekwueme KC e Parr NJ (2009), relataram caso 3 de um homem de 32 anos que deu entrada no serviço de Emergência com história clínica de saída persistente de secreção purulenta umbilical, constante dor hipogástrica, calafrio e alteração do hábito intestinal há 10 dias, após trauma abdominal contuso, sem melhora com uso oral de antibióticos prescritos por médico generalista. Exame físico abdominal apresentou a referida eliminação de secreção purulenta umbilical com eritema ao redor do umbigo e uma massa palpável endurecida infraumbilical. Foram realizadas USG, RNM e cistoscopia com achado sugestivo de onfalite.

Elkbuli A, et al. (2019), relataram caso 4 de um homem de 20 anos que deu entrada no serviço de Emergência com história clínica de dor periumbilical abominável há 4 dias com piora progressiva que teve o início súbito após esforço abdominal excessivo de levantar as caixas pesadas no seu escritório de trabalho. Ao exame físico, apresentava uma massa na região infraumbilical de 1 cm esquisitamente amolecida e irreductível, com impressão diagnóstica clínica de uma hérnia umbilical encarcerada. TC evidenciou o processo inflamatório periumbilical organizado com lucência central.

Ilea C, et al. (2022), relataram caso 5 de uma mulher de 43 anos que deu entrada no serviço de Obstetrícia e Ginecologia com história clínica de dor hipogástrica de moderada intensidade com irradiação para membro inferior esquerdo, alteração do ciclo menstrual e dismenorrea há aproximadamente 3 semanas, sem queixas urinárias ou intestinal. Ela tinha história cirúrgica pregressa de cesárea e colecistectomia vídeo-laparoscópica com complicação séptica pós-operatória. O abdome ao exame físico apresentava abaulamento devido à obesidade e hipersensibilidade no hipogástrico. Exames complementares como USG e RNM abdominal apresentaram o diagnóstico de cisto paraovariano esquerdo.

Jayakumar S e Darlington D (2020), relataram caso 6 de uma mulher de 32 anos que deu entrada no serviço de Emergência com início súbito de dor hipogástrica sem irradiação e febre. Ao exame físico, foi detectada uma tumoração suprapúbica de 5 cm com diagnóstico clínico de abscesso subcutâneo, sendo realizados os exames de USG, TC e RNM que mostraram também a possibilidade de cisto de útero.

Kabba MS, et al. (2020), relataram caso 7 de uma mulher de 38 anos com quadro de dor abdominal crônica, edema na região umbilical e saída de secreção purulenta umbilical há 7 meses, no terceiro mês pós-operatório de apendicectomia laparotômica com a incisão pararectal num hospital privado. Ela não apresentava febre, náusea nem anorexia. Exame físico abdominal revelou abdome flácido sem sinais de peritonite, cicatriz cirúrgica fechada totalmente seca e limpa e umbigo evertido com a eliminação de secreção purulenta e presença de tecido de granulação. Na região infraumbilical apresentou uma massa palpável moderadamente tensa de 20 x 16 cm, fixa ao umbigo. Achados de USG foram sugestivos de abscesso intra-abdominal pós-operatório ou cisto de útero infectado, sendo realizada a laparotomia exploradora com achado de gossipiboma (gazes ou compressas esquecidas na cirurgia prévia).

Kugler A, et al. (2025), relataram caso 10 de uma menina de 11 meses, nascida prematuramente com 34 semanas gestacional, que foi referida ao serviço de Cirurgia Pediátrica pela suspeita clínica de uma hérnia umbilical com granuloma. A mãe relatou que apresentava uma massa umbilical exofítica com saída de secreção com diâmetro de 2 cm desde o nascimento. O tratamento tópico com nitrato de prata realizado por pediatra não foi efetivo. Achados de USG foram sugestivos de hérnia umbilical com fistulização cutânea.

Monib S, et al. (2019), relataram caso 11 de um homem de 19 anos que deu entrada no serviço de Emergência com quadro de dor abdominal periumbilical e saída de secreção purulenta pelo umbigo há 1 semana. Ele não tinha outras queixas e apresentava bom estado geral. Ele tinha realizado o tratamento ambulatorial com uso de Flucloxacilina via oral por 5 dias sem resultado aparente. Ao exame físico abdominal, apresentava aumento da resistência ao redor do umbigo e eliminação espontânea de secreção purulenta levemente esverdeada pelo umbigo, porém sem eritema ou sinais de celulite ao redor. Achados de USG e TC foram sugestivos de cisto sebáceo umbilical infectado com abscesso.

Moreno-Alfonso JC, et al. (2022), relataram caso 12 de um menino de 6 anos com quadro de dor na fossa ilíaca direita, febre e disúria há 4 dias. Abdome ao exame físico mostrou defesa na fossa ilíaca direita com sinais de irritação peritoneal. USG mostrou plastrão apendicular.

Os mesmos autores relataram caso 13 de um menino de 11 anos com quadro de dor na fossa ilíaca direita, febre e disúria há 7 dias, com defesa na fossa ilíaca direita, porém sem sinais de irritação peritoneal. USG também mostrou plastrão apendicular.

O'leary MP, et al. (2016), relataram caso 14 de um homem de 64 anos que deu entrada no serviço de Emergência com quadro de dor na fossa ilíaca direita, distensão abdominal, vômitos e constipação. Ao exame físico, abdome era distendido, pouco tenso no baixo ventre e timpânico à percussão. Achados de TC foram sugestivos de obstrução intestinal de delgado com coleção líquida no tecido adiposo entre umbigo e bexiga.

Singh A, et al. (2018), relataram caso 15 de uma mulher de 30 anos que apresentou disúria e dor hipogástrica. No exame físico abdominal, apresentou uma massa palpável endurecida no hipogástrico fixa no músculo reto abdominal. Hemograma e exame de urina rotina foram normais. Urocultura com antibiograma não mostrou crescimento bacteriano. Após a realização de exames complementares como USG, TC e cistoscopia, obteve a hipótese diagnóstica de cistite xantogranulomatosa que normalmente não responde ao tratamento conservador, com a indicação de ressecção cirúrgica.

Song JY e Kim SH (2024), relataram caso 16 de um menino de 3 meses que deu entrada no serviço de Emergência com quadro de anorexia e astenia. Ao exame físico, abdome era plano e flácido. Hemograma mostrou leucocitose de 23.400, urina rotina com piócitos de 10 a 19 por campo e urocultura revelou crescimento de *Klebsiella aerogenes*. Iniciado o tratamento parenteral de antimicrobianos, porém no segundo dia da internação, houve a piora do quadro com oligúria e íleo paralítico, sendo realizados os exames complementares de radiografia (RX) abdominal, USG e TC, que evidenciaram padrão de íleo paralítico, sendo realizada laparotomia com achados de obstrução intestinal de alça de delgado aderida a massa de remanescente uracal.

Tartar T, et al. (2019), relataram caso 17 de uma menina de 12 anos deu entrada no serviço de Cirurgia Pediátrica com quadro de dor hipogástrica há 1 semana. No exame abdominal, foi detectada uma tumoração suprapúbica de cerca de 10 cm parcialmente firme com mobilidade. Os exames complementares de RX abdominal, USG e RNM sugeriram o diagnóstico de cisto mesentérico.

Walker C (2010), relatou caso 18 de uma mulher de 59 anos que teve o início insidioso de anorexia, astenia, dor abdominal vaga há alguns meses com piora progressiva tendo alguns períodos intermitente de febre, disúria e piora da incontinência urinária previamente existente. Ao exame físico, abdome apresentou flácido com certa defesa muscular no baixo ventre sem massa palpável. Exames laboratoriais de leucocitose de 26.100 e normalidade de urina rotina foram observados. Cistoscopia foi realizada com resultado normal. TC abdominal evidenciou os achados sugestivos de abscesso do reto abdominal.

Em relação à distribuição por sexo, foram registrados 10 casos em homens (55,6%) e 8 casos em mulheres (44,4%), indicando que a prevalência dessa condição não apresenta predileção significativa por gênero. Já quanto à idade, observou-se uma ampla variação, com pacientes entre 3 meses e 64 anos. A média de idade foi de 25,8 anos, indicando que a condição é mais comumente identificada em adultos jovens. A maioria dos casos (9/18; 50%) ocorreu em pacientes na faixa etária entre 18 e 40 anos.

Do ponto de vista clínico, os sintomas mais relatados foram dor abdominal, presente em 15 casos (83,3%), seguida por febre, observada em 6 casos (33,3%). Disúria ocorreu em 5 pacientes (27,8%), enquanto manifestações menos frequentes, como tumoração umbilical ou suprapúbica (4 casos; 22,2%), secreção purulenta umbilical (3 casos; 16,7%), estiveram associadas a complicações, como infecção ou compressão de estruturas adjacentes. Esses dados reforçam a diversidade das apresentações clínicas dos cistos de úraco, que frequentemente mimetizam outras condições abdominais.

Os diagnósticos pré-operatórios apresentaram uma ampla variação. Hérnia umbilical foi diagnosticada em 2 casos (11,1%), abscesso no reto abdominal em 2 casos (11,1%) e apendicite aguda também em 2 casos (11,1%). obstrução intestinal em 2 casos (11,1%) e outros diagnósticos menos frequentes incluíram abscesso subcutâneo, cistite aguda, cistite xantogranulomatosa, cisto mesentérico, cisto paraovariano, cisto sebáceo umbilical, colecistite aguda, onfalite e rabdomiosarcoma. Esses números refletem a dificuldade de um diagnóstico inicial preciso devido à sobreposição de sintomas de outras patologias abdominais.

Quanto aos métodos diagnósticos, a USG foi mais utilizada, presente em 14 casos (77,8%). A TC foi utilizada em 8 casos (44,4%), e a RNM foi utilizada em 6 casos (33,3%). A cistoscopia foi aplicada em 5 casos (27,8%). Em 11 casos (61,1%), mais de um método foi empregado, refletindo a necessidade de exames complementares para confirmação diagnóstica em situações mais complexas. Esses dados mostram que a USG é uma ferramenta essencial para a triagem inicial, enquanto exames como TC e RNM são frequentemente associados para maior detalhamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, evidencia-se que o cisto de úraco é uma anomalia congênita que faz parte de quatro possíveis desfechos anormais da obliteração do mesmo. Nesse sentido, após a revisão integrativa, foi identificado que pode acometer crianças, porém se mostrou mais presente em adultos de até 40 anos. Somado a isso, os sinais e sintomas mais comuns são dor abdominal inferior, febre, disúria, secreção purulenta umbilical e tumoração suprapúbica. Entretanto, devido à sua topografia e diversidade de apresentações clínicas pode, facilmente, ser confundido com outras patologias abdominais. Assim, observou-se que, para um melhor diagnóstico, faz-se necessário que haja complemento com exames de imagens como a ultrassonografia e, se necessário, tomografia e ressonância magnética. Ademais, a abordagem cirúrgica minimamente invasiva é a mais indicada para tratar o cisto de úraco, por prevenir infecções e possíveis malignizações. A insuficiência de estudos de alta evidência destaca a necessidade de mais pesquisas sobre o tema. Conclui-se que, mesmo sendo raro, o cisto de úraco deve ser considerado em casos de dor abdominal atípica e secreção umbilical em adultos, sendo o conhecimento atualizado essencial para um diagnóstico e tratamento adequados.

REFERÊNCIAS

1. ALYUSUF Z, et al. Intravesical urachal cyst masquerading as a bladder malignancy: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 2023; 17(1): 364.
2. ARMSTRONG V, et al. Inflammatory pseudotumor secondary to urachal cyst: A challenging clinical case report. *Int J Surg Case Rep*, 2020; 66: 360-364.
3. EKWUEME KC, PARR NJ. Infected urachal cyst in an adult: a case report and review of the literature. *Cases J*. 2009; 2: 6422.
4. ELKBULI A, et al. Surgical management for an infected urachal cyst in an adult: Case report and literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2019; 57: 130-133.
5. ILEA C, et al. An Unusual Case of Urachal Cyst Misdiagnosed as a Paraovarian Cyst: Ultrasound Assessment and Differential Diagnosis. *Diagnostics*, 2022; 12: 3166.
6. JADAON AS. Urachal cyst in adulthood: case report with detailed laparoscopic management and review of literature. *International Surgery Journal*, 2020; 7(9): 3124–3126.
7. JAYAKUMAR S, DARLINGTON D. Acute Presentation of Urachal Cyst: A Case Report. *Cureus*, 2020; 12(5): 8220.

8. KABBA MS, et al. Gossypiboma with perforation of the umbilicus mimicking a complicated urachal cyst: a case report. *BMC Surg*, 2020; 20(1): 242.
9. KAYA S, et al. An infected urachal cyst in an adult woman. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*, 2015; 2015: 791408.
10. KUGLER A, et al. Pseudoaneurysm in the abdominal wall as a rare complication following surgery of a chronically superinfected urachal malformation — An exceptional case in congenital malformation surgery. *Int J Surg Case Rep*. 2025; 127: 110979.
11. KWOK CM, et al. Infected urachal cyst in an adult: a laparoscopic approach. *Case Reports in Gastroenterology*, 2016; 10(2): 269–274.
12. MADEIRA JGP, et al. Ressecção laparoscópica de persistência completa de úraco com cistectomia parcial. *Revista UROMINAS*, 2018; (número não informado): 2318-0021.
13. MAFRA RSCP, et al. Tratamento cirúrgico de cisto de úraco – relato de caso. *Revista Urominas [Internet]*, 2016; 3(9): 1–4.
14. MONIB S, et al. Umbilical Sebaceous Cyst Mimicking Infected Urachal Sinus. *Eur J Case Rep Intern Med*, 2019; 6(5): 001098.
15. MORENO-ALFONSO JC, et al. Urachal remnant and acute abdomen: when it's not what it seems. *An Sist Sanit Navar*, 2022; 45(3): 1026.
16. MUNIZ WQ, et al. Abscesso de cisto de úraco em adulto: um relato de caso. *Observatório de la Economía Latinoamericana*, 2024; 22(2): e3329.
17. NINMONRAT A, et al. Urachal abnormalities: clinical and imaging features. *Journal of Clinical Ultrasound*, 2009; 37(5): 271–278.
18. O'LEARY MP, et al. Urachal Cyst Causing Small Bowel Obstruction in an Adult with a Virgin Abdomen. *Case Reports in Surgery*, 2016; 2016: 3247087.
19. PORTELA AR, et al. Cisto de úraco infectado como diagnóstico diferencial na dor abdominal e abordagens terapêuticas. *CEP*, 2016; 30310: 580.
20. SGHAIER A, et al. Surgical management of benign noninfected urachal cysts in adult patients: two case reports. *Journal of Medical Case Reports*, 2023; 17(1): 214.
21. SINGH A, et al. Urachal cyst with xanthogranulomatous cystitis: A rare case report. *Urol Ann*, 2018; 10(2): 219-221.
22. SIOW SL, et al. Laparoscopic management of symptomatic urachal remnants in adulthood. *Asian Journal of Surgery*, 2015; 38(2): 85–90.
23. SONG JY, KIM SH. A rare case of infected urachal cyst leading to intestinal obstruction in a 3-month-old boy with febrile urinary tract infection. *Case report. Medicine (Baltimore)*, 2024; 103(24): 38615.
24. TARTAR T, et al. Primary Urachal Hydatid Cyst in a Child: A Case Report. *Iran J Parasitol*, 2019; 14(2): 352-355.
25. TIUTIUCĂ RC, et al. Urachal carcinoma, an unusual possibility of hematuria: case report and literature review. *Journal of Clinical Medicine*, 2022; 11(3): 662.
26. TORRES LRP, et al. Remanescentes do úraco: uma revisão da literatura direcionada à abordagem cirúrgica. *Integrantes da coordenação científica*, 2020; 1: 7.
27. WALKER C. A Case Report of Urachal Abscess: A Rare Differential in Adult Abdominal Pain. *Hawaii Med J*, 2010; 69(2): 35-36.
28. YOO KH, et al. Treatment of Infected Urachal Cysts. *Yonsei Med J*, 2006; 47(3): 423-7.
29. YU JS, et al. Urachal remnant diseases: spectrum of CT and US findings. *RadioGraphics*, 2001; 21(2): 451–461.
30. ZATERKA S, EISIG JN. *Gastroenterologia: tratado de gastroenterologia - da graduação à pós-graduação*. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2016; 425p.