

BIBLIOGRAFIA

- Brannam W., Miller W. and Chisler M.*: "Coexistence of renal".
Ercole R.: "Tumores de pelvis renal". *Rev. Arg. Urol.* 10: 261-292, 1941.
Ercole R. y Cid J.: "Leucoplasia y epiteloma epidermoide de la palvis renal". *Rev. Arg. Urol.* 10: 293-306, 1941.
Kutzmann A.: "Squamous cell carcinoma of the renal pelvis, with special consideration as to etiology". *J. Urol.* 39: 487-505, 1938.
Melicow W. M.: "Classification of renal neoplasms, a clinical and Pathological study based on 199 cases". *J. Urol.* 51: 333-385, 1944.
Montserrat J. y García A.: "Sarcoma de riñón en un adulto". *Reg. Arg. Urol.* 2: 28-41, 1933.
Rehn R., Taylor W. and Taylor J.: "Renal cyst. Rena lcyst associated with carcinoma". *J. Urol.* 86: 307, 1961.
Salleras J. y Monserrat J.: "Tumor maligno de la cápsula renal". *Rev. Arg. Urol.* 2: 63-79, 1933.

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 42. Año 1973

TUMOR EN UN DIVERTICULO VESICAL

Dres. ROBERTO BARISIO y JOSE M. DE MARCO

La asociación de una neoplasia a una alteración de la pared vesical no es una entidad patológica frecuente según las estadísticas, si se considera la incidencia de los tumores vesicales y el número de divertículos. Las cifras en ningún caso superan al 10 %.

En nuestro medio han sido descriptos por García y González Martín, Rochi y Casal, Bernardi, Monserrat, Trabucco y Márquez, Rochman y otros.

Según el concepto clásico los divertículos son hernias de la mucosa vesical a través de un punto débil de la pared (Couvelaire) y que habitualmente se hallan ubicados en la proximidad de los meatos ureterales, detrás del músculo interureteral o bien en la inserción del uraco.

El examen histopatológico demuestra la presencia de fibras musculares en la pared diverticular casi siempre alteradas y con fibrosis, aunque para diferenciarlos se establece que la mucosa cubierta de músculo corresponde a divertículo congénito, mientras la que lleva abundante tejido escleroso pertenece al tipo adquirido.

Esta evaginación de la pared está sujeta a sufrir procesos infecciosos que modifican su periferia y en muchas oportunidades producen adherencias fibrosas o esclerolipomatosas a los órganos pelvianos que se relacionan con la vejiga.

Su fisiopatología está vinculada directamente a la disectasia del cuello o a la obstrucción en la luz de la uretra, que llevando aparejados un aumento de la presión endovesical se asocian a un punto débil de la pared para desencadenar la patología que nos ocupa.

La instalación de la disectasia influye, ya que una aparición lenta suele producir cuellos estrechos en los divertículos, mientras que el cuello amplio corresponde a una instalación brusca de la disectasia.

La retención de orina dentro del divertículo es causa de infección, litiasis, y peridiverticulitis y también de neoplasias vinculadas siempre a la obstrucción y retención.

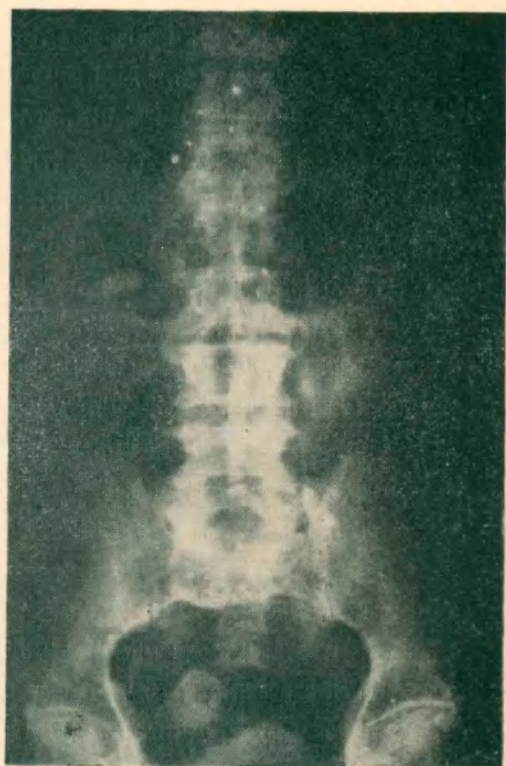
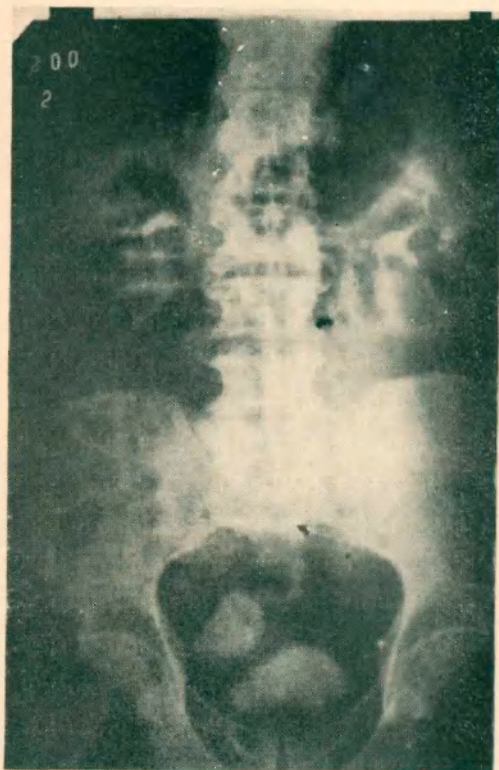
Igual que en todos los tumores vesicales la hematuria es el signo más frecuente. El examen cistoscópico puede detectar el cuello del divertículo siendo menos probable observar el tumor, salvo que éste haga prociencia a través del orificio.

El cistograma —por relleno o por urograma excretor— suele revelar imá-

genes lacunares aunque éstas pueden ser dadas por coágulos y litiasis radio-transparentes.

El examen citológico del sedimento urinario también contribuye al diagnóstico, pero en la mayoría de los casos éste se hace por la exploración quirúrgica.

La frecuencia —como todo tumor vesical— es mayor en el hombre que en la mujer en proporción de 30 a 1 según Smith y Suder.



El pronóstico es malo, peor aún que otras neoplasias de la vejiga, posiblemente a causa de la escasa y débil túnica muscular que permite la fácil invasión del peritoneo y tejidos perivesicales y que normalmente debiera ofrecer una barrera a la difusión tumoral.

El caso que nos ocupa corresponde a F. R., italiano, de 74 años, que ingresó en el servicio de Urología del Hospital Piñero el 3 de mayo de 1971.

Antecedentes: hematuria y disuria.

Examen urológico: genitales externos s/p.

Tacto rectal: próstata hipertrofiada a expensas de sus lóbulos laterales, lisa, elástica, limitada e indolora.

Urograma excreor: imágenes renoureterales s/p. El cistograma revela un divertículo que incluye una imagen lacunar en el centro. Fig. 1 y 2.

Cistoscopia: vejiga con buena capacidad. En el cuello vesical hacen prociencia los lóbulos laterales de la próstata. En la base de vejiga, en horas siete se halla el orificio correspondiente al cuello de un divertículo.

Exámenes complementarios: albuminuria, hematuria microscópica.

Eritrosedimentación: moderadamente elevada y anemia.

27-5-71. Bajo anestesia peridural se efectúa incisión mediana infraumbilical, procediéndose a la extraperitonización de la vejiga y a la liberación de las adherencias diverticulares. Se realizó una cistectomía parcial que incluyó al divertículo con un tumor en su interior. Adenomectomía de la próstata. Sonda Foley en la loge; sonda Pezzer hipogástrica. Cierre de la vejiga y la pared según técnica. Drenaje del Retzius.

Anatomía patológica: carcinoma epidermoide grado dos de un divertículo vesical

Post-operatorio: El post-operatorio inmediato fue normal, pero a los tres meses debió ser reintervenido por una eventración infraumbilical.

En marzo de 1972 es asistido de urgencia en el Servicio de Guardia con un cuadro de abdomen agudo. Una laparotomía exploradora reveló carcinomatosis diseminada y líquido ascítico en la cavidad.

El paciente fallece en estado de shock post-quirúrgico.

Anatomía patológica: metástasis peritoneales de un carcinoma epidermoide.

Conclusión:

Se aporta un caso de tumor en un divertículo de vejiga, demostrando en esta oportunidad las características clínicas, su malignidad y la pronta invasión del peritoneo.

BIBLIOGRAFIA

Trabuco A.: R.A.U., año 1933.

Rochi y Casal: R.A.U., año 1946.

Trabuco y Márquez: R.A.U., año 1947.

Mcnserrat J. M.: R.A.U., año 1955 .

García A.: Congreso Americano y Argentino de Urología. Mar del Plata, año 1956.

Rochman E.: R.A.U., año 1969.

Abeshouse y Coldstein: J. Urology, año 1943.

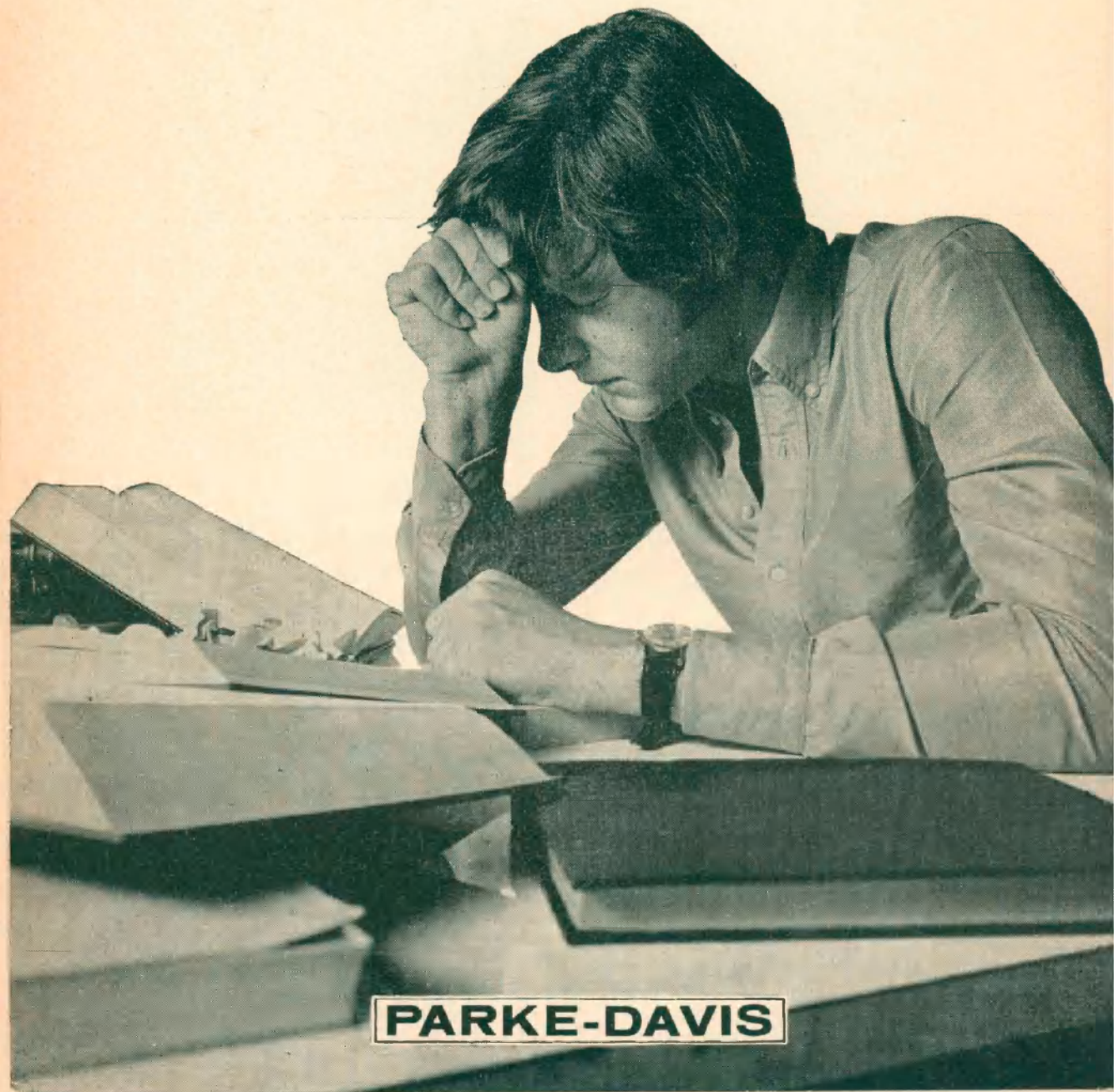
Bueno Rodrigo: Arch. Soc. Esp. de Urología, año 1951.

Boylan y colaboradores: J. Urology, año 1951.

Cuando el esfuerzo
resulta agotador...

VIFORTOL con minerales

suplemento vitamínico
con minerales
de **alta potencia**



PARKE-DAVIS

Doctor

**esto hicimos...
pero
pensamos seguir**

**Forlano
2000**

Bolsa para drenaje. Esterilizada⁽¹⁾ transparente para su perfecta visualización. Unica con dos válvulas: 1) De seguridad 2) de desagote.

**Forlano
2001**

Bolsa descartable con doble válvula de seguridad. Esterilizada⁽²⁾

**Forlano
2002**

Bolsa ambulante desagotable con válvula de seguridad, construida en P.V.C. material tratado asépticamente.

Laboratorio Forlano Kampel

Avda. Gaona 3501 - T. E. 61-7431 - Capital Federal



⁽¹⁾ ⁽²⁾ Esterilizadas por radiación gamma en la Com. Nac. de Energía Atómica.

Rimactán®

Antibiótico plenamente activo por vía oral
perteneciente a una clase nueva

para el
tratamiento de la



uberculosis

C I B A

Cm. 60 Cm. 41 Arg. 1170	INTERES GENERAL
	TARIFA REDUCIDA Concesión Nº 1707

Registro Nacional de Propiedad
Intelectual Nº 7.101.311

05)
34
12
33

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA
BIBLIOTECA

VOLUMEN 42

JULIO - DICIEMBRE 1973

NUMEROS 7 al 12

Revista Argentina
de
UROLOGIA
y
NEFROLOGIA

(Editada por la Sociedad Argentina de Urología)

NERO

**cólico
renal o
hepático**



composición

NERO inyectable – Cada ampolla contiene: Floroglucinol 20 mg; 1,3,5 Trimetoxibenceno 20 µg; Excipiente c. a. p. 2 ml.

NERO 40 inyectable – Cada ampolla contiene: Floroglucinol 40 mg; 1,3,5 Trimetoxibenceno 40 µg; Excipiente c. a. p. 3 ml.

NERO supositorios – Cada supositorio contiene: Floroglucinol 300 mg; 1,3,5 Trimetoxibenceno 300 µg; Excipiente c. a. p. 2.400 mg.

NERO comprimidos – Cada comprimido contiene: Floroglucinol 80 mg; 1,3,5 Trimetoxibenceno 80 µg; Excipiente c. a. p. 200 mg.

presentación

NERO inyectable: Caja de 6 ampollas.

NERO 40 inyectable: Caja de 3 ampollas.

NERO supositorios: Envase de 6 supositorios.

NERO comprimidos: Envase de 30 comprimidos.

ELEA

yugula las crisis
dolorosas más
violentas, del cólico
renal o hepático,
por resolución del
espasmo

facilita la migración
y expulsión indolora
de los cálculos
ureterales

totalmente inocuo