

TUMORES VESICALES INTRADIVERTICULARES.

Por los Dres.: *Gabino GONZALEZ MARTIN, Eduardo D. SINGER,
Lorenzo GRIPPO.*

Presentamos a la consideración de esta Sociedad una serie de 10 (diez) tumores vesicales intradiverticulares observados entre 1.600 tumores vesicales tratados en el Servicio de Urología del Hospital Español. Creemos que la relativa rareza de los mismos junto a la apreciable serie reunida justifica esta presentación.

SEXO

La afección que comentamos se presenta predominantemente en el hombre, según Smith lo y Suder lo hace en la proporción de 10 a 1. Son escasas las publicaciones que mencionan la misma en la mujer (Hofmokel, Mylius, Amón, Mayer y Moore, Knappenberger y col.).

Este hecho parece hallar su justificación en la rareza con que se observan los divertículos vesicales en esta última. Compton, en la revisión de una serie de 1.416 divertículos vesicales encuentra que solo nueve de ellos pertenecen a mujeres. Los diez casos de nuestra serie eran hombres.

EDAD.

La gran mayoría de los casos de los tumores intradiverticulares diagnosticados se encontraban alrededor de la sexta década de la vida. Sin embargo, la afección ha sido observada en pacientes de edades muy alejadas de las consignadas. Ostroff y col. publican en 1973 cuatro observaciones; dos de las cuales de 21 y 90 años respectivamente marcan las edades extremas publicadas hasta la fecha. La edad en nuestra serie osciló entre los 53 y 74 años.

SINTOMATOLOGIA.

El hecho de que esta afección no posea signos patognómicos hace que su diagnóstico presente en ocasiones verdaderas dificultades; Petkovics piensa al respecto que aproximadamente dos tercios de los casos escapan al correcto diagnóstico pre-operatorio.

La HEMATURIA es su signo más constante. Se presenta según distintas estadísticas en proporciones que oscilan entre el 80 y 95 por ciento de los casos y es casi sin excepción de tipo macroscópico. Casos con hematuria hematurias microscópicas fueron publicados por Schwarz (un caso) y Smith y Suder (5 de una serie de aproximadamente 70 casos). Uno solo de nuestros diez enfermos no presentó hematuria macroscópica.

TUMORES VESICALES INTRADIVERTICULARES.

Si bien la hematuria es el signo más común y también el más llamativo por lo cual obliga a la consulta en la mayoría de los casos, debemos reconocer que la misma está siempre precedida en el tiempo por la sintomatología dependiente de la uropatía obstructiva que dió origen al divertículo (adenoma de la próstata, esclerosis cervical, estrechez uretral, etc.) y la derivada de sus complicaciones habituales (infección litiasis).

DIAGNOSTICO.

El EXAMEN FISICO del paciente no ofrece datos de interes salvo cuando la lesión ha adquirido suficiente tamaño como para ser percibida a través de la palpación, tal como aconteció en una de nuestras observaciones.

La CISTOSCOPIA es el único medio de exámen capaz de recoger elementos de juicio como para poder efectuar el diagnóstico de certeza de la lesión. La observación directa del tumor dentro de la cavidad diverticular o haciendo prociencia a través del cuello del divertículo nos permite afirmar, sin ninguna duda, que estamos en presencia de un blastoma intradiverticular. Este método de exámen nos permitió certificar el diagnóstico en el 50 por ciento de nuestros enfermos.

En otras circunstancias en cambio la cistoscopia permite un diagnóstico presuntivo de la lesión tal como acontece cuando se observa salir sangre por el orificio diverticular pero no se logra visualizar el tumor. En nuestra experiencia el 10 por ciento.

La RADIOLOGIA solo permite efectuar un diagnóstico presuntivo de la lesión y nos obliga a extremar el exámen para descartar las causas de error más comunes, ya que la falta de relleno que se observa en los tumores intradiverticulares puede deberse no solo a estos últimos sino a cálculos permeables a los Rayos X, coágulos de sangre, procesos inflamatorios intra y peridiverticulares. En la excepcional circunstancia de un tumor intradiverticular incrustado éste puede pasar inadvertido al ser interpretado como un cálculo intradiverticular.

En general, la cistodiverticulografía de la urografía excretora es suficientemente demostrativa para poder presumir el diagnóstico. (fig. 1, 2, 3).

Sin embargo en algunas ocasiones el cistograma de la urografía excretora puede resultar negativo y en consecuencia no sospecharemos la existencia del divertículo ni del tumor.

La cistografía ascendente con rellenos progresivos permitirá visualizar con nitidez la presencia del tumor en el divertículo (Fig. 4, 5, 6).

En resumen podemos afirmar que el diagnóstico de los tumores intradiverticulares debe ser fundamentalmente endoscópico y radiológico. Ambos métodos tienen sus propias ventajas y se complementan eficazmente. Sin embargo, en algunos casos poco frecuentes los citados métodos de diagnósticos no consiguen poner en evidencia

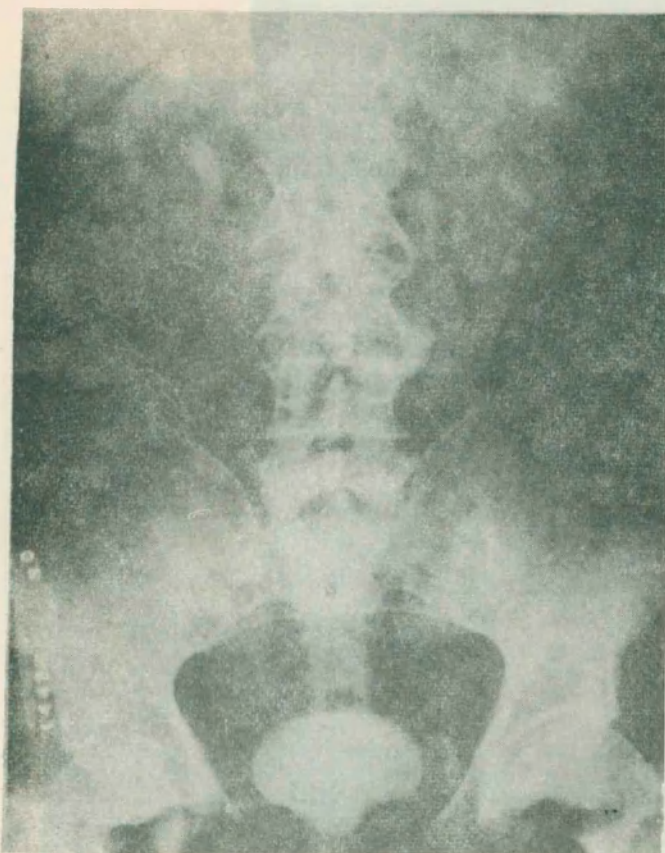
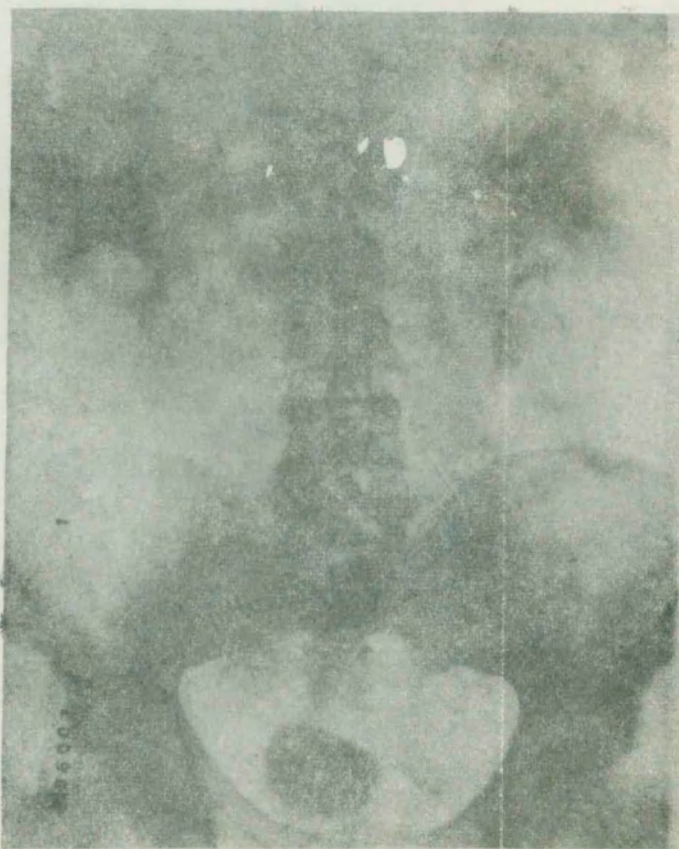


FIG. 1 y 2



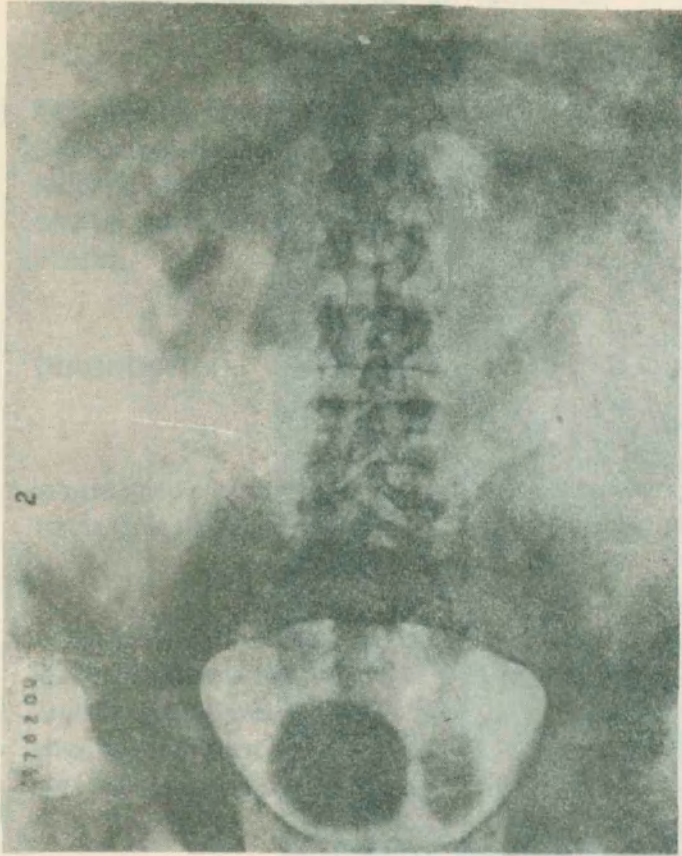
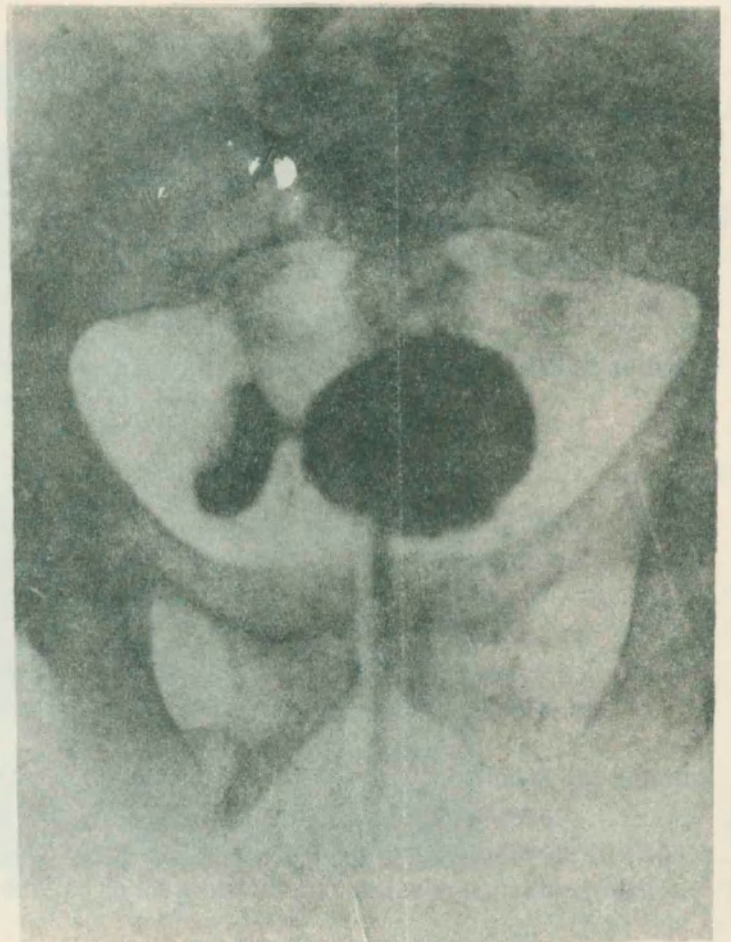


FIG. 3

FIG. 4



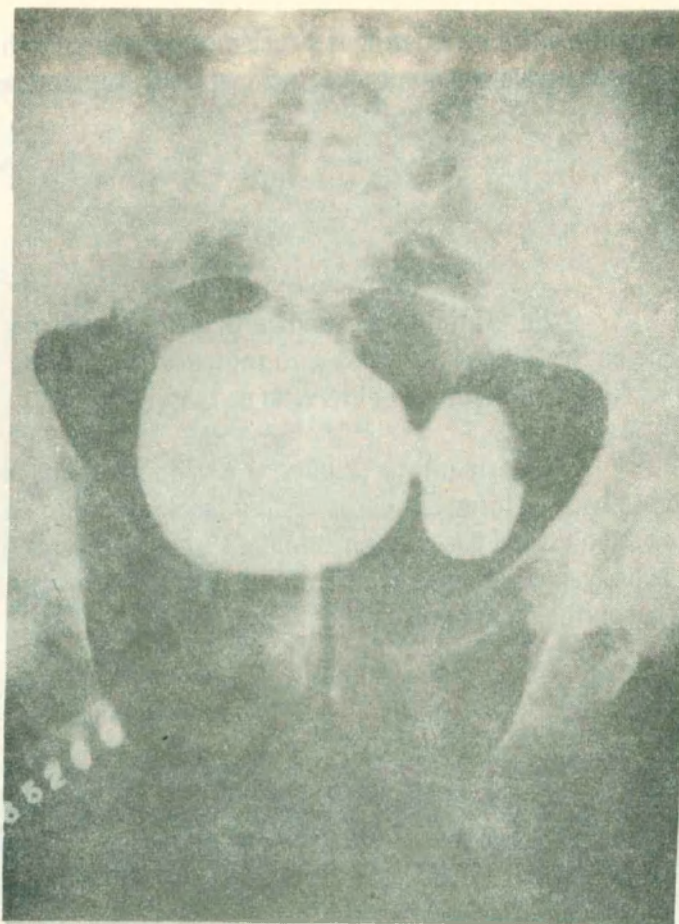


FIG. 5

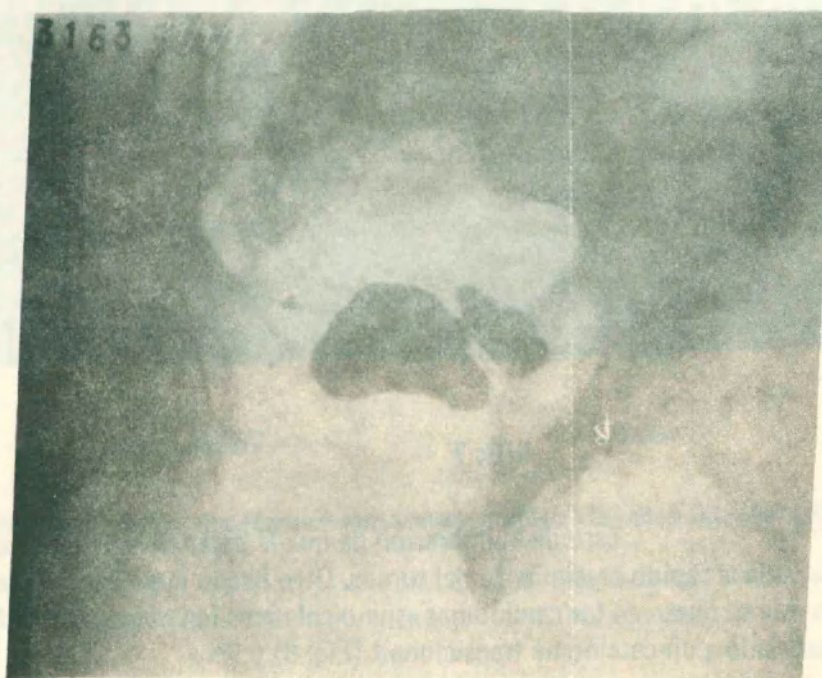


FIG. 6

TUMORES VESICALES INTRADIVERTICULARES

a la afección la que se oculta entre otras lesiones y recién se pone de manifiesto durante la intervención quirúrgica, tal como aconteció en DOS de nuestras observaciones.

PATOLOGIA.

En los tumores intradiverticulares parece que la infiltración es mucho más intensa que en los tumores vesicales y no solo la infiltración es más marcada sino que se presenta en forma diferente a la observada en la vejiga.

En esta última primero se invade la sub-mucosa y luego la muscular y la invasión se hace en forma de cordones. En los divertículos en cambio apenas comienza la invasión esta se hace muy profunda, sorteando las escasas fibras musculares y llega a la perivejiga. Además la infiltración se hace en forma de regueros sumamente delgados y habitualmente unicelulares (Fig. 7)

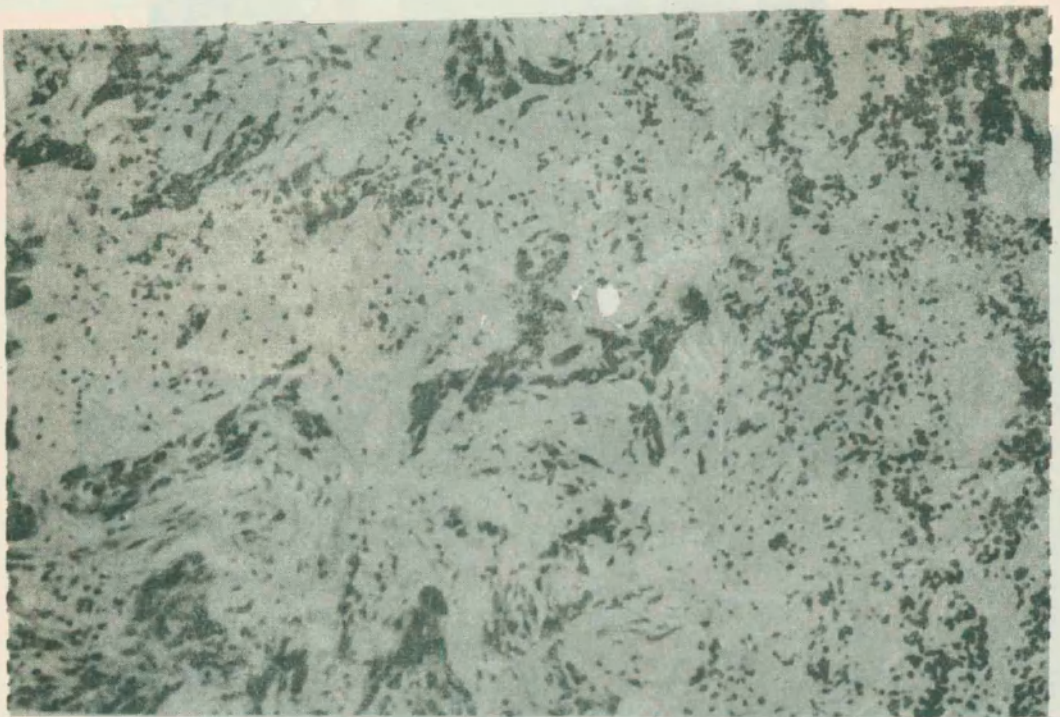


FIG. 7

Esto da la impresión de que la pared diverticular no opone ninguna valla al rápido crecimiento del tumor. Otro hecho interesante es la frecuencia con que se observan los carcinomas espino-celulares (en nuestra serie dos en forma y uno asociado a un carcinoma transicional) (Fig. 8) y las formas indiferenciadas.

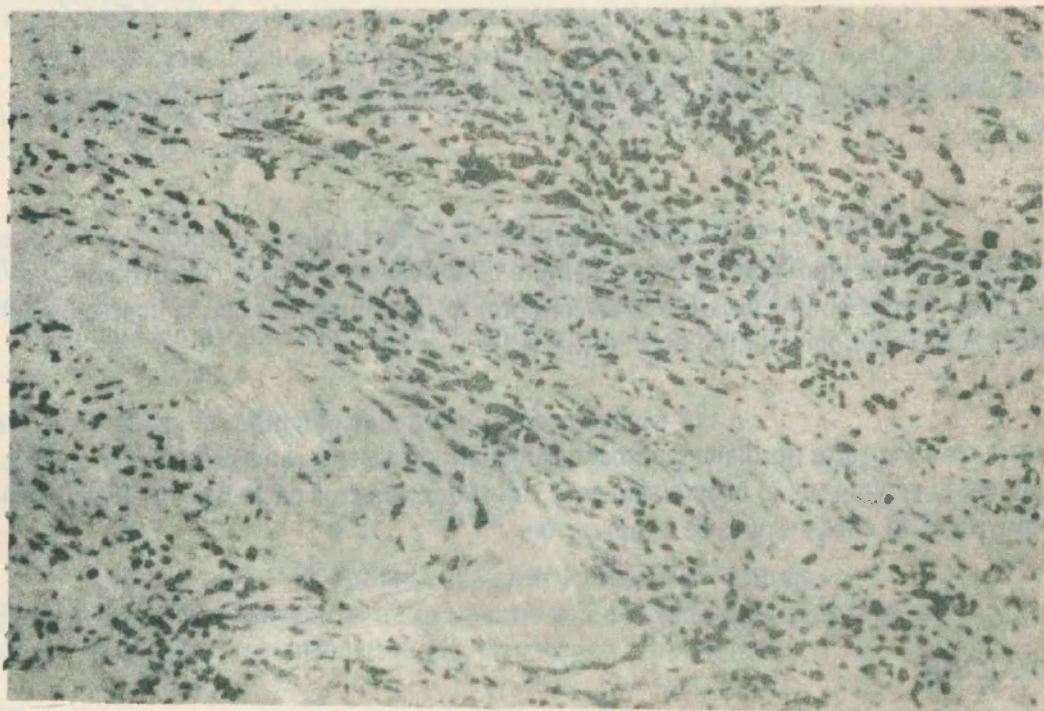


FIG. 8

Es decir que en los tumores intradiverticulares hay una alta proporción de formas indiferenciadas y espinocelulares.

CUADRO DE ANATOMIA PATOLOGICA.

ANATOMIA PATOLOGICA		
CARCINOMAS	PARAMALPIGHIANOS	Diferenciados - - - 2 casos (1 con embolias linfáticas)
		Semidiferenciados - - 3 casos (1 con sectores de metaplasia espinocelular)
		Indiferenciados - - 1 caso con embolias linfáticas
	METAPLASICOS - (espinocelulares)	Diferenciados - 1 caso
		Semidiferenciados - 1 caso
	ANAPLASICOS	- - - 1 caso

Todos los casos, menos uno, (Carcin. Param. Semid.) invadían la adventicia - **ESTADIO IV**

FIG. 9

TUMORES VESICALES INTRADIVERTICULARES

TRATAMIENTO.

Si han intentado los mas variados métodos terapéuticos para tratar estos tumores: resección transuretral, electrocoagulación endoscópica, Roentgen-radio-cobaltoterapia, citotóxico, diverticulectomía, cistectomía, parcial, cistectomía total, etc..

Nosotros efectuamos la extirpación quirúrgica de estos blastomas con exéresis lo más amplia posible pero siempre conservando la víscera. (diverticulectomía, cistectomía parcial amplia incluido el divertículo) y la completamos con la liberación del cuello vesical (adenomectomía, cervicectomía).

Los desilucionantes resultados obtenidos coincidente con la mayoría de los autores nos llena de escepticismo con respecto a estos métodos terapéuticos ya que como veremos en el cuadro siguiente casi todos nuestros pacientes no alcanzaron a sobrevivir DOS años después de la operación.

EVOLUCION.

Fallecidos:

A los dos años	1 caso.
Al año y medio	2 casos
Al año	3 casos.
A los 10 meses	1 caso.
Pos operatorio (embolia)	2 casos.
	9 casos.
Se ignora evolución	<u>1 caso.</u>
TOTAL	10 casos.

COMENTARIO.

Podemos decir que la afección que nos ocupa afecta predominantemente al sexo masculino en la SEXTA DECADA de la vida, siendo la HEMATURIA su síntoma de presentación más frecuente. La ENDOSCOPIA junto con la radiología son métodos diagnósticos altamente útiles a los cuales se ha agregado últimamente la citología exfoliativa tal como lo preconizan Ostroff y colaboradores.

Es importante consignar la gran predisposición del epitelio

diverticular a sufrir degeneración maligna, hecho que al decir de Kelalis y colaboradores ha recibido poca atención.

Otros dos hechos interesantes a resaltar en la histopatología e historia natural es: 1) la alta frecuencia de carcinoma espinocelulares y 2) la precoz y rápida invasión de la perivejiga.

Quizas estos hechos expliquen los malos resultados terapéuticos obtenidos hasta ahora con cualquiera de los procedimientos empleados. Como conclusión y en base a lo anteriormente mencionado nos parece prudente llamar la atención acerca de la cuidadosa exploración tanto diagnóstica como quirúrgica a la que debe ser sometido todo divertículo vesical.

RESUMEN.

Se presenta una serie de 10 (diez) tumores intradiverticulares. Se hacen algunas observaciones sobre su patología a historia natural y se pasa revista a su sintomatología, diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFIA.

1. Abes House, B. S. and Goldstein, A. E. Primary carcinoma in a diverticulum of the bladder: A report of four cases and review of the literature. *J. Urol.* 49:534-557, 1943.
2. Artigas, R. J. y Rubi, R. A. Epitelioma vesical intradiverticular. *Rev. Arg. de Urol.*, 42: 40, 1973.
3. Barisio, R. y de Marco J. M. Tumor en un divertículo vesical. *Rev. Arg. de Urol.*, 42: 61, 1973.
4. Bernardi, R. Hematurias graves por angiomatosis diverticular. Diverticulectomía. Curación. *Rev. Arg. de Urol.* 15: 201, 1946.
5. Bernardi, R., Budich, M. y Tallman, B. Cáncer en divertículo vesical. *Rev. Arg. de Urol.*, 28: 152, 1959.
6. Derdoy, J., Garimaldi, J. E. y Gonzalez, A. C. Divertículo vesical con carcinoma. *Rev. Arg. de Urol.* 36: 120, 1967.
7. Garcia, A. E. y Gonzalez Martin G. Vi. Congreso Americano y III Argentino de Urología. Temas Libres, Pág. 199.
8. Gonzalez, J. R. Epitelioma intradiverticular de la vejiga urinaria. *Rev. Arg. de Urol.* 11: 457, 1942.
9. Kelalis, P. P. and Mc Lean, P. The treatment of diverticulum of the bladder.

TUMORES VESICALES INTRADIVERTICULARES

- J. Urol. 96: 349, 1967.
10. Knappenberger, S. T. Uson, A. C. and Melicon, M. M. Primary neoplasms occurring in vesical diverticula: a report of 18 cases. J. Urol. 83: 153, 1960.
11. Mayer R. F. and Moore, T. D. Carcinoma complicating vesical diverticulum. J. Urol. 71: 307, 1954.
12. Ostroff, E. B., Alperstein, J. B. and Young, Jr. J. D. Neoplasm in vesical diverticula: report of 4 patients, including a 21 year-old. J. Urol. 110: 65, 1973.
13. Peterson, L. J. Paulson, D. F. and Glenn, J. F. The histopathology of vesical diverticula. J. Urol. 110: 62, 1973.
14. Rocchi, A. y Casal, J. Epitelioma papilar en un divertículo vesical. Rev. Arg. de Urol. 15: 453, 1946.
15. Rochman, E. J. Carcinoma en divertículo de vejiga. Rev. Arg. de Urol., 38: 148, 1969.
16. Rubi, R. A. Estrechez uretral, adenoma de la próstata, divertículo vesical y papiloma intradiverticular. Rev. Arg. de Urol. 28: 205, 1959.
17. Trabucco, A. y Marquez, F. Divertículo vesical, litiasis, epitelioma papilífero y esclerossis del cuello en un enfermo con síndrome de Paget. Rev. Arg. de Urol. 16: 500, 1947.