

Instituto Municipal de Clínica Urológica
Hospital Durand - Buenos Aires
Director: Prof. Dr. Luis Figueroa Alcorta

Por el Doctor

JOSE RAFAEL GONZALEZ

EPITELIOMA INTRADIVERTICULAR DE LA VEJIGA URINARIA. DIAGNOSTICO PREOPERATORIO. TRATA- MIENTO RADICAL: DIVERTICULECTOMIA

LOS casos relatados en la literatura médica de tumores primarios desarrollados en divertículos vesicales son relativamente raros. Sin duda muchos han escapado al correcto diagnóstico y además a su registro en la literatura, pues las paredes de los divertículos consecutivamente a la orina residual son asiento frecuente de inflamaciones crónicas e incluso irritaciones químico-mecánicas por depósito de sales y aun cálculos, causas éstas, que según nuestros conocimientos actuales, cuando menos favorecen el desarrollo de los tumores.

Y así Judd y Scholl, pasando revista en el año 1924, a 133 casos de divertículos de la vejiga, vistos en la Mayo Clinic, hallaron en cuatro de ellos carcinoma primario.

Lowsley y Gutiérrez, en 1928, revisaron 54 casos de divertículos tratados quirúrgicamente, y hallaron 3 tumores primarios de los mismos: 2 papilomas benignos y un carcinoma.

Dees, en 1940, en un análisis crítico de 95 pacientes, a los que se practicó diverticulectomía en el Brady Urological Institute, Johns Hopkins Hospital, encuentra cuatro pacientes que tenían carcinoma dentro del divertículo sin invasión aparente de la vejiga. Dos de ellos murieron dentro de los seis meses de la operación de metástasis, uno no pudo ser seguido y, el otro vivía y estaba sano siete años después de la operación. Bastan estas citas para certificar la relativa frecuencia con que se desarrolla en los divertículos una neoplasia.

Este concepto está en contradicción con el que repiten los au-

tores que han relatado casos de esta naturaleza. posiblemente ateniéndose a los relativamente pocos casos registrados en la literatura médica.

Si raros son los casos registrados de neoplasmas desarrollados en los divertículos vesicales, menos comunes son aun los limitados en su desarrollo al divertículo, los de diagnóstico preoperatorio, y aquellos en los cuales el tratamiento, necesariamente quirúrgico, ha sido exitoso.

Los primeros casos de tumores primarios en un divertículo, fueron diagnosticados en la necropsia. A Williams, en 1893, pertenece el primer relato de esta naturaleza; Targett, en 1896, relata dos casos: un epiteloma y un papiloma benigno, y agrega que el diagnóstico en el caso de Williams fué probablemente incorrecto. Nicolich refiere otro caso diagnosticado en la misma forma.

En 1900, en la intervención quirúrgica descubren tumores intradiverticulares en enfermos que presentaban hematurias intermitentes desde 3 ó 4 meses: Young, un carcinoma, tratado con la escisión transvesical del divertículo y tumor; y Perthes, un papiloma. Es de notar que en este último se había visto sangrar el divertículo en la cistoscopia.

Siguen en la literatura distintos relatos, entre ellos los de: Buerger, Thomas, Negro y Blanc, Harris, Judd y Scholl, etc.

En 1929, Kreschmer y Barber relatan un caso de un carcinoma en un divertículo de la vejiga y además reúnen 20 casos de la literatura.

En 1931, Peacock y Corbett hacen una recopilación y hallan 11 nuevos casos publicados, desde la revisión de Kreschmer y Barber, que sumados a los relatados anteriormente por distintos autores, hacen un total de 31.

En 1932, Le Comte revisa la literatura y encuentra 41 casos de neoplasma primario en divertículos vesicales, agregando uno propio.

Stewart y Muellerschoen agregan otro caso.

Hay relatos posteriores, entre ellos los de Hardwick y Priestley Owre, Allen, Higgins que en 1936 agrega cinco casos, haciendo un total de 49.

Heslin y Milner, en 1938, relatan un carcinoma primario en un divertículo con seis años de curación.

Clancy, en 1941, relata un nuevo caso de neoplasma primario en un divertículo.

A continuación vamos a referir un caso de neoplasma primario implantado en un divertículo de la vejiga urinaria, diagnosticado preoperatoriamente y tratado con la escisión radical del divertículo y su contenido, con éxito hasta el presente.

Se trata de L. F. D., de 61 años de edad, sexo masculino, casado, empleado ferroviario jubilado.

Enfermedad actual. — Se remonta a principios del año 1937, en que tiene hematuria que dura una semana, espontánea, indolora, con cuyos caracteres había de repetirse; repite a los seis o siete meses con abundantes coágulos que determinan una retención vesical completa, por lo que hubo que sondarlo. Durante 4 años no vuelve a perder sangre, ni tiene síntoma alguno de afección de su aparato urogenital, salvo la polaquiuria, cuyos caracteres precisamos más adelante. En enero de 1942 repite la hematuria, en esa oportunidad discreta, para reaparecer y ceder rápidamente a principios del mes de abril, y volver a presentarse el 21 del mismo mes, entonces muy intensa, con coágulos que determinaron una retención vesical completa. Es atendido en esa oportunidad por el Dr. Bellomo, quien me dirigió el paciente para su examen urológico.

Desde hacía 10 años, es decir, bastante antes de la aparición de sus hematurias, tenía polaquiuria diurna cada dos o tres horas y nocturna cinco o seis veces, crinando durante toda la noche alrededor de cada hora y media.

No tenía disuria, no había modificación del calibre y proyección del chorro. Nunca tuvo micción en dos tiempos, ni otro síntoma de afección urinaria, salvo los consignados.

En resumen: hematurias profusas, espontáneas, indoloras, que se repiten intermitentemente durante cinco años y meses, y desde hace 10 años polaquiuria diurna y nocturna.

Antecedentes hereditarios: Padre fallecido a los 75 años de hemorragia cerebral. La madre vive, tiene 88 años y es sana. Sólo tuvo un hermano que tiene en la actualidad 67 años, hipertenso.

Antecedentes personales: Nacido prematuramente (sietemesino), tuvo lactancia materna. Escarlatina en la infancia. Blenorragia a los 19 años sin complicaciones. En 1918 tifoidea de la que cura bien. Se casó a los 25 años con esposa sana que vive y con la que tiene 4 hijos sanos. Bebía abundante cantidad de alcohol, hasta hace 6 años suspendiendo en absoluto por una hepatitis. Fumaba 4 o 5 atados de cigarrillos diarios.

Como vemos, los antecedentes hereditarios y personales son negativos desde el punto de vista urológico.

Examen del enfermo: El paciente me es remitido por el doctor Bellomo después de su última hematuria, quien lo atendiera en esa oportunidad.

Al examen practicado en la primera consulta, en mayo de 1942, presentaba el aspecto de una persona endeble, de baja estatura, cuyo peso era de 50 $\frac{1}{2}$ kilogramos, había disminuído poco en los últimos tiempos. Piel y mucosas pálidas. Los aparatos circulatorio y respiratorio: nada de particular. La tensión arterial al V. L.: Mx. 13, Mn. 7.

En el examen del aparato urinario no se palpaban los riñones, los puntos dolorosos y la puñopercusión negativos. Uretra libre en toda su extensión al explorado: 18. Próstata, al tacto, pequeña, de consistencia y sensibilidad normales, surco medio conservado, con surcos laterales libres. Uretra membranosa libre. Vesículas seminales no se palpaban.

La micción se hacía sin ninguna dificultad, ni dolor. Las orinas casi límpidas con una ligera turbidez que parecía dada por mucus. El examen microscópico del sedimento reveló regular cantidad de glóbulos de pus y abundante mucus.

La vejiga en la palpación hipogástrica y combinada con tacto rectal era normal. Había un residuo vesical de 60 c. c.: buena capacidad y contractibilidad.

Estábamos, pues, en presencia de un enfermo que desde hacía más de 5 años presentaba intermitentemente hematurias profusas, espontáneas, indoloras. Tenía además polaquiuria diurna y nocturna, con orinas macroscópicamente catalogadas como apenas turbias por mucus o mucopús. El examen físico de los riñones negativo, la ausencia de toda molestia renal durante las hematurias y sus intervalos, el examen negativo de la próstata al tacto rectal, nos llevaron a buscar con el cistoscopio en la primera consulta que nos hiciera el paciente un tumor vesical, presunto pólipo.

El examen cistoscópico con 200 c. c. de agua reveló: La mucosa vesical apenas despulida, con vascularización normal. El cuello vesical manteniendo su regularidad y contornos normales. El meato ureteral derecho situado a las 7 horas de la esfera de reloj, de aspecto normal, que eyaculaba regular y rítmicamente. El meato ureteral izquierdo situado a las 5 horas enmascarado por unos pliegues radiados de la mucosa, que describimos más adelante. A 1 cm. o 1 $\frac{1}{2}$ cm. por atrás y arriba del meato ureteral izquierdo y en el plano sagital correspondiente al mismo se abría el orificio de un divertículo vesical de forma elíptica, regular y nítido: liso en su mitad superior, presentaba en la mitad inferior unos pliegues radiados de la mucosa en forma de circunvoluciones que se extendían hasta el meato ureteral izquierdo, enmascarándolo.

Esta es la sorpresa que nos deparó la cistoscopia, juzgaba la existencia de un tumor vesical, probable pólipo, como he dicho, y encontré en cambio el orificio de un divertículo cuya profundidad no se podía precisar. Pensé de inmediato que las hematurias tenían origen dentro del mismo. Hematurias intermitentes tan intensas con orinas apenas turbias, probablemente debía originarlas algún tumor, muy difícilmente la inflamación de sus paredes o la litiasis, a las que, por otra parte, no descartaba. El cistoscopio con la vejiga llena, 200 c. c., mostraba el orificio diverticular, pero nada podía establecer acerca de su contenido, la introduc-

ción del aparato en el divertículo no era posible. Se me ocurrió entonces el examen con menor cantidad de líquido y al ir vaciando la vejiga empezó a aparecer en el orificio diverticular, una formación redondeada, de superficie aframbuesada, tamaño de una avellana que impresionaba como tumoral. Evacuando algo más el contenido vesical, dicha formación se muestra mejor haciendo prominencia hacia la vejiga y llenando casi por completo el orificio diverticular. Sólo quedaba un halo circular de unos milímetros entre el cuello del divertículo y la ya más clara formación tumoral.

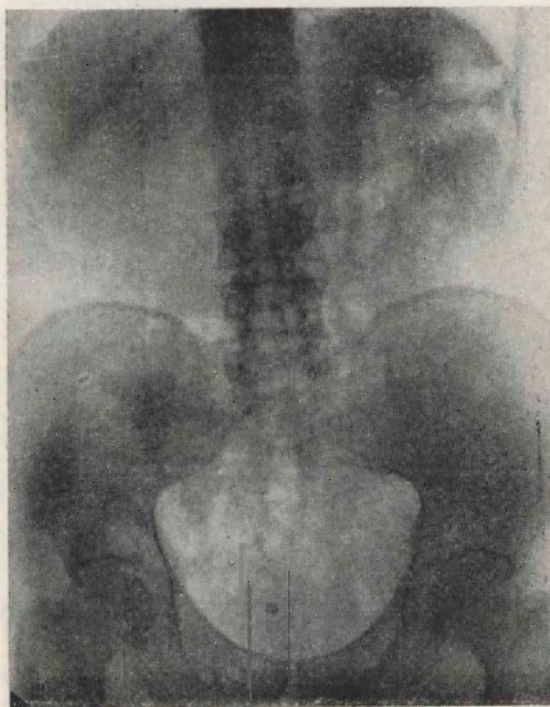


Figura 1

Practicada la cromocistoscopia en la misma sesión, apareció el índigo carmín en ambos meatos ureterales a los 3 minutos con eyaculaciones potentes y bien teñidas.

Hecho el diagnóstico clínico de divertículo vesical complicado con tumor primitivo del mismo, pedimos de inmediato el estudio radiológico completo del árbol urinario, urografías excretoras, cistografías.

La radiografía directa del árbol urinario (fig. 1), si bien con gases en el intestino, nos muestra la existencia de ambos riñones, con posición, tamaño y contornos normales. La no existencia de sombras anormales que pudieran corresponder a cálculos en las vías de excreción y particularmente en el lado izquierdo de la vejiga, lugar donde habíamos visualizado cistoscópicamente el divertículo pudiendo así excluir la existencia de cálculos en el mismo.

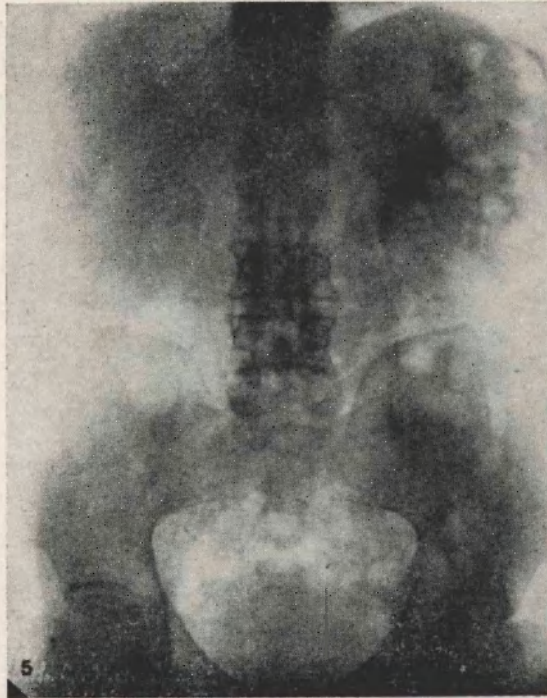


Figura 2

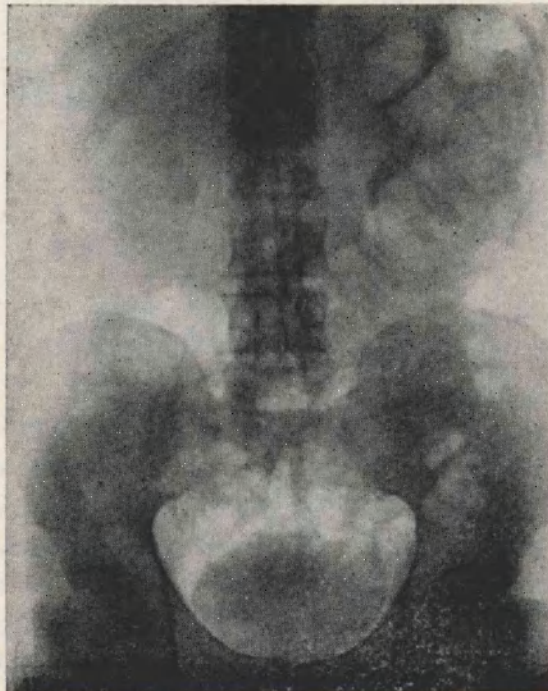


Figura 3

La urografía excretora a los 5 minutos (fig. 2) muestra muy buena eliminación de ambos lados, dibujándose las imágenes uréteropielocaliciales muy nítidas y perfectamente normales. A los 15 minutos (fig. 3), además de la clara imagen de vías excretoras superiores, se dibuja la sombra de la vejiga de tamaño normal, con el borde derecho y superior liso, regular; y superponiéndose en la parte izquierda de la misma la imagen de un divertículo de forma ovoidea, de diámetro mayor vertical de 6 cm. de longitud por 3 cm. en su diámetro menor. El límite superior externo e inferior del divertículo se presenta perfectamente nítido

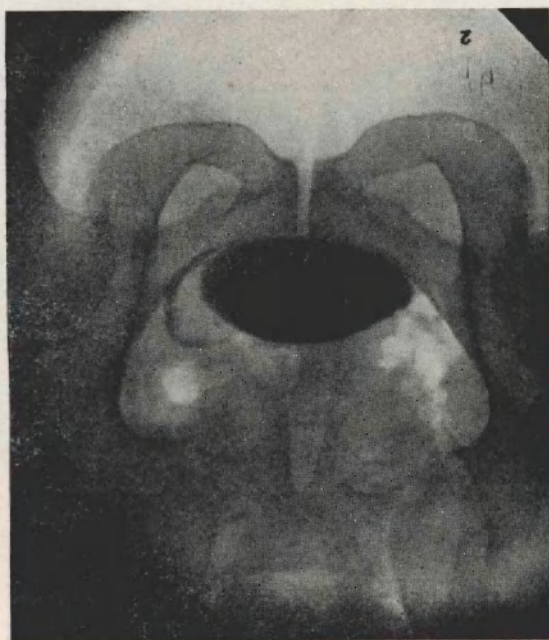


Figura 4

sobresaliendo del contorno izquierdo de la vejiga. La urografía excretora en posición de pie a los 17 minutos muestra un descenso fisiológico de ambos riñones.

La perfecta eliminación de la substancia de contraste (Uroselectan B.) por ambos riñones, las imágenes uréteropielocaliciales absolutamente normales, los datos de la cistoscopia y cromocistoscopia y la circunstancia de que el paciente, durante los 5 años y meses en que presentó hematurias intermitentes no hubiese aquejado dolores renales de ninguna naturaleza, nos permitieron excluir el origen alto de la hematuria y así referirla como lo presumimos en el primer examen al divertículo y su contenido.

La cistografía de frente (fig. 4), que se practicara en la misma sesión con yoduro de sodio, nos muestra, con la vejiga medianamente distendida, una imagen normal de la misma a la que se superpone sobre pasándola en lado izquierdo la imagen del divertículo. La imagen diverticular presenta un defecto de relleno: la substancia de contraste se ha insinuado en el divertículo delimitándolo nítidamente por el tumor que ocupaba su interior.

En la cistografía practicada con vejiga distendida (fig. 5), la imagen lacunar es tapada por la sombra vesical; no se observa reflujo uréteropielocalicial que buscáramos con particular interés del lado izquierdo, para conocer la suficiencia ureteral.

Para completar el examen radiológico pedimos al doctor Arrúes (20-5-42) cistografía y neumocistografía, practicadas con Umbrator, en posición oblicuolateral derecha. La cistografía (fig. 6) nos muestra nítidamente la vejiga y su divertículo unido, este último por un cuello relativamente estrecho. (Mirando esta imagen desde lejos se esboza en su interior una sombra de menor densidad aunque no hay

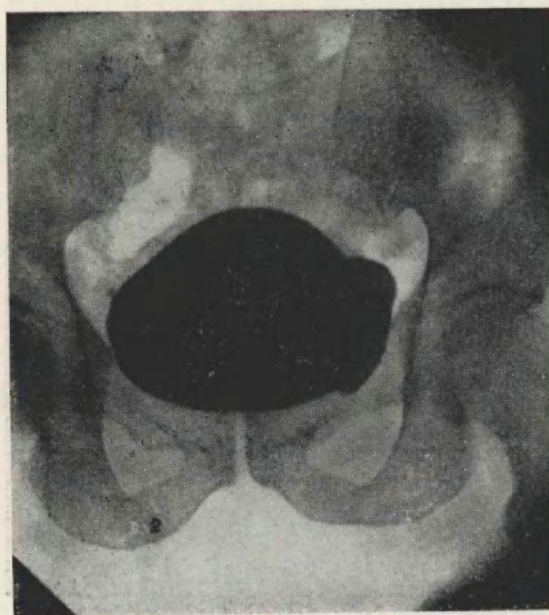


Figura 5

una verdadera falta de relleno.) La cistoneumografía, después de evacuado el Umbrator (fig. 7), nos muestra la vejiga llena de aire y resaltando en toda su nitidez la imagen del divertículo, ovoídea, a eje mayor vertical de cerca de 7 cm. de longitud, por 4 cm. en su diámetro menor, cuya pared queda marcada por un halo circular de la substancia de contraste que rodea a la tumoración intradiverticular.

Sentado así el diagnóstico, nos decidimos por el único tratamiento racional: la intervención quirúrgica, que nos permitiera la escisión radical del divertículo y su contenido.

Exámenes de laboratorios previos: Recuento globular y fórmula leucocitaria, sólo mostraron de anormal discreta anemia, 4.670 000 glóbulos rojos por milímetro cúbico, tiempo de coagulación y sangría normales. Examen completo de orina sólo presentaba como elementos anormales en el sedimento abundante cantidad de hematíes, glóbulos de pus.



Figura 6



Figura 7

Operado el 26 de mayo, anestesia raquídea (12 cg. de Novocaina con Corbacil). Incisión infraumbilical mediana de 8 cm. de longitud desde el pubis a dos traveses de dedo por debajo del ombligo. Se destiende la vejiga con 300 c. c. de solución de Rivanol dejando una sonda en vejiga fijada y unida al irrigador. Con una gasa se va separando el peritoneo de la pared lateral izquierda de la vejiga; se libera el divertículo cuyo cuello se presenta bien aislado, salvo en la parte inferior que corresponde al suelo de la cavidad pelviana y está rodeado por gruesas venas. Se coloca un clamp en el cuello y después de desagotada la vejiga se incide con electrobisturí. Se sutura en surget sobre el clamp y retirado éste, en un segundo plano, puntos separados tomando la capa muscular con catgut N° 3.

La hemorragia del plexo venoso que rodeaba la parte inferior del divertículo obliga a taponar con una mecha. Se espolvorean los espacios látero-vesical y pre-

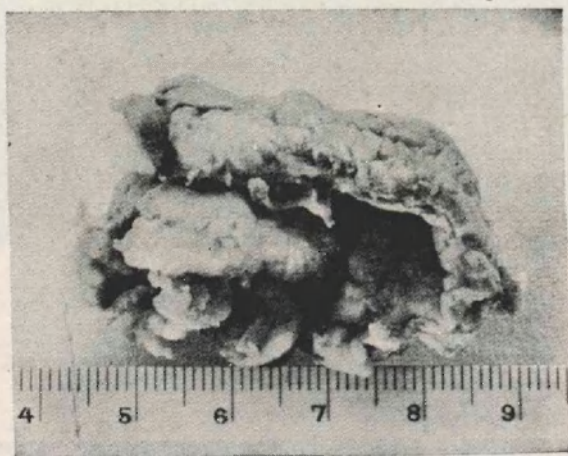


Figura 8

vesical con 4 grs. de sulfatiazol (Cibazol). Se practica una fístula vesical mediana colocando sonda Pezzer N° 34, codo 6. Se cierra la pared dejando drenaje en el espacio pre-vesical; en el látero-vesical izquierdo quedaba la mecha.

Post-operatorio: bueno, sin fiebre. Se administran 3 grs. diarios de Sulfatiazol, una ampolla de extracto hepático con betaxina (Campovit). Al tercer día se quita la mecha y se coloca en el espacio látero-vesical en el sitio que ocupaba el divertículo, como drenaje un tubo de goma.

La sección con electrobisturí hizo que se retardara la cicatrización de la vejiga. El drenaje lateral se fué retirando poco a poco. Alrededor de los 25 días de la operación se tuvo la impresión de que había cicatrizado la vejiga en lo que correspondía al cuello del divertículo, pues en los lavados de la misma con jeringa de Bonneau, no escapaba líquido.

Se quitó el drenaje vesical supra-púbico substituyéndolo por sonda uretral en permanencia, 8 días después cuando la fístula hipogástrica estaba casi cerrada.

sobreviene una peri-uretritis supurada que obliga a retirar la sonda uretral, y ampliando el orificio de la fístula vesico-cutánea se restituye el drenaje vesical hipogástrico. La peri-uretritis que fué rebelde, a pesar de la administración de 3 grs. diarios de Sulfatiazol retardó el cierre de la vejiga. Recién el 10 de julio se pudo volver a colocar la sonda uretral para drenar la vejiga y, como la fístula hipogástrica retardaba su cicatrización el 18 de julio practiqué una plástica de la misma: 10 días después había cicatrizado.

Examen de la pieza. — La pieza extraída (Fig. 8) es un divertículo de forma ovoidea de cerca de 5 cm. en su diámetro mayor por 3 cm. en su diámetro

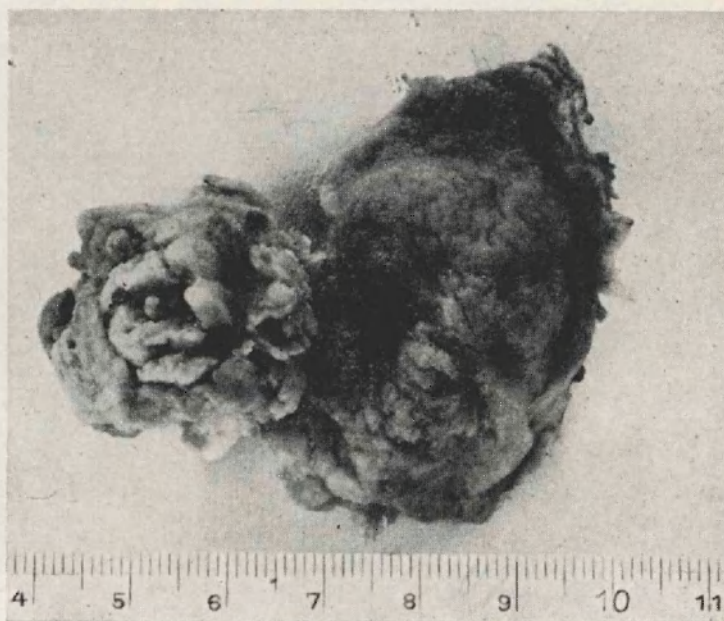


Figura 9

menor que contiene un tumor. El examen macroscópico mostraba la mucosa del divertículo inflamada, congestiva, edematosa. Un tumor pediculado, pólipo, casi esférico de 3 cm. de diámetro, es decir que ocupaba todo el ancho del divertículo, de superficie asemejándose a una coliflor, aframbuesada, implantándose en las proximidades del cuello diverticular, lo que muestra bien la figura 9.

El examen histopatológico fué practicado por el Profesor Dr. Mosto, a quien mucho agradezco y quien informa el diagnóstico histológico de epitelíoma pavimentoso desarrollado sobre la pared de divertículo de vejiga, con zonas cilindromatosas. En las secciones del divertículo se observa (Fig. 10) una pared constituida por dos capas de fibras musculares lisas, alternando con haces de tejido conectivo y revestidas interiormente por un epitelio multiestratificado de tipo vesical. Está limitado por una lámina basal continua y en gran parte destruída por un proceso inflamatorio crónico constituido por un infiltrado en parte difuso, en

parte nodular. Los forman gran cantidad de linfocitos, plasma células, eosinófilos y escasos polinucleares. Por debajo del epitelio de revestimiento, sobre todo en zonas ulceradas hay gran cantidad de vasos de neoformación inflamatoria. En las secciones del tumor se observan (figuras 11 y 12) gran cantidad de lóbulos constituidos por células epiteliales atípicas con grandes núcleos hiper cromáticos, que alternan con papilas ramificadas de tejido conjuntivo, revestidas por células epiteliales atípicas con grandes núcleos hiper cromáticos, que alternan con papilas ramificadas de tejido conjuntivo, revestidas por células epiteliales cúbicas. En los lóbulos epiteliales se hallan cavidades de aspecto glanduliforme con células cúbicas o aplanadas.

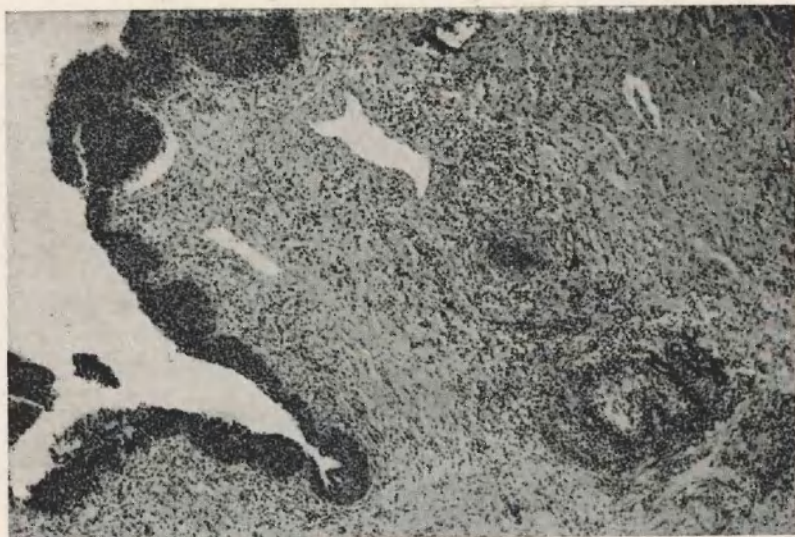


Figura 10
Microfotografía de la pared del divertículo.

Dentro de las cavidades existe un producto de secreción de aspecto albuminoso y mucus que le da un aspecto cilindromatoso.

Estado actual del paciente. — El enfermo se encuentra muy bien, aumentó 3½ kgs. de peso. La polaquiuria diurna y nocturna (5 ó 6 veces) que presentaba antes de la operación han desaparecido, solo tiene una micción nocturna en la madrugada. Orinas cristalinas, residuo vesical de 20 c.c. En la cistoscopia la mucosa de aspecto normal, se ve una depresión infundibuliforme con pliegues radiados que convergen hacia el sitio en que asentaba el divertículo. En la cromocistoscopia aparece el índigo carmín con eyaculaciones bien teñidas y potentes a los 3 minutos de ambos lados.

Las cistorradiografías de comprobación, después de la intervención quirúrgica en posición de frente (Fig. 13) y en oblicuo posterior derecha (Fig. 14) mues-

tran la desaparición del divertículo, vejiga de contorno normal, apenas irregular en el lugar de la escisión diverticular.

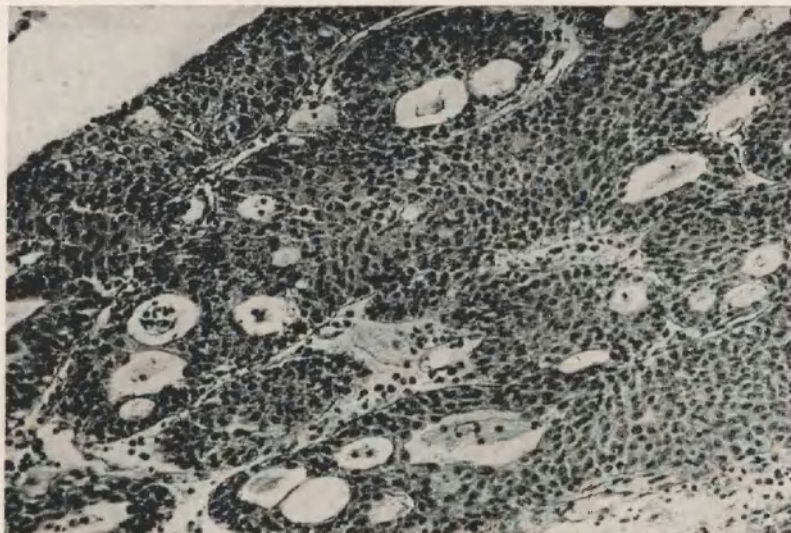


Figura 11

Microfotografía del carcinoma papilar contenido dentro del divertículo.

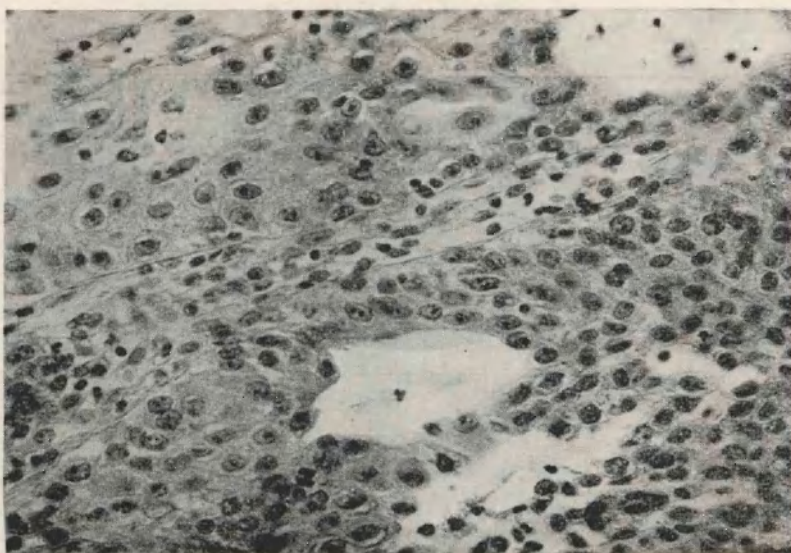


Figura 12

Microfotografía del carcinoma papilar a mayor aumento.

Teniendo en cuenta que contrariamente a lo que pasa en la forma infiltrante, el carcinoma papilar es raro que presente metastasis, esperamos la curación radical de este enfermo. El tiempo al mostrarnos su evolución, dirá.

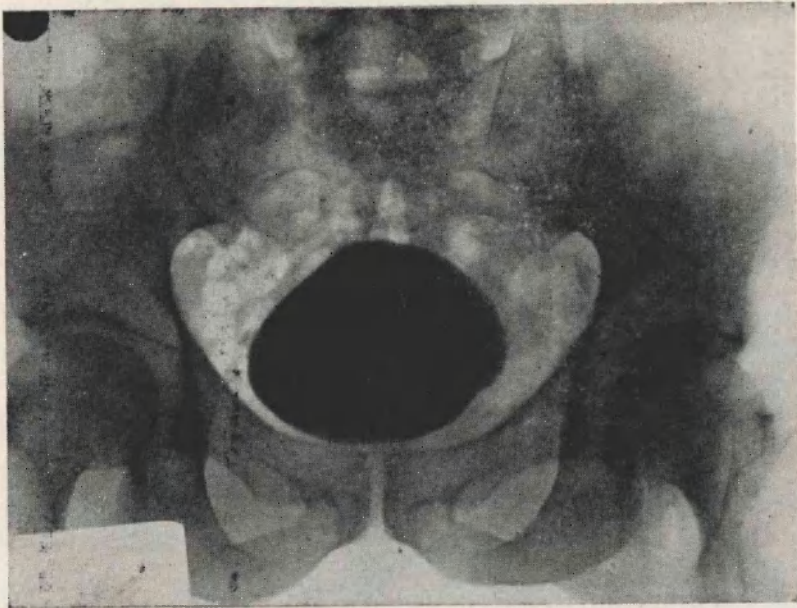


Figura 13

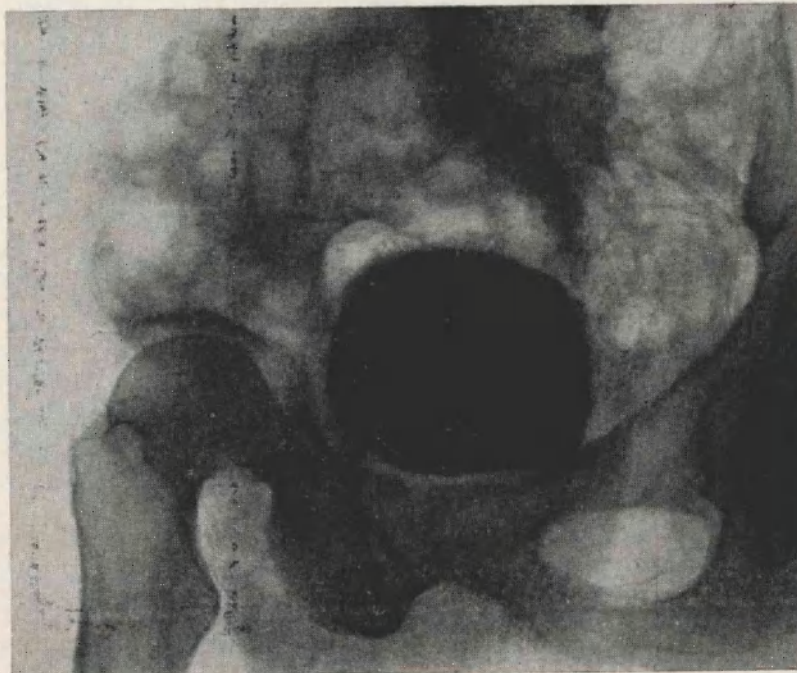


Figura 14

CONSIDERACIONES GENERALES

Edad. — Los neoplasmas en los divertículos vesicales se presentan en la edad adulta y senil después de los 45 años, como se desprende de la revisión de los casos que se refieren en la literatura médica.

Síntomas. — Los síntomas están condicionados por la asociación del divertículo y el tumor.

Además de la micción en dos tiempos que puede faltar, sabemos que los divertículos se exteriorizan clínicamente principalmente por el síndrome obstructivo del cuello vesical (disuria, residuo vesical, retención completa) o sino por sus complicaciones que por orden decreciente de frecuencia son: la infección, la litiasis, el tumor. En nuestro caso fué una complicación del divertículo, la más rara, la que lo puso en evidencia: el tumor exteriorizado clínicamente por las hematurias.

La hematuria es un síntoma casi constante, se presenta en forma intermitente. Le Comte la encuentra en 77 por ciento de los casos por él revisados e Higgins en el 83 por ciento. Su duración en los casos referidos en la literatura médica varía desde 10 días, en el enfermo relatado por Clancy, hasta 5 años y meses en el caso objeto de este trabajo. Ha de referirse casi siempre al tumor, pero por otra parte, puede ser dada también por la infección de las paredes del divertículo consecutiva a la orina residual.

La polaquiuria es un síntoma que fué hallado a menudo. En nuestro caso, el único que acompañaba a la hematuria, era intensa: nocturna 5 a 6 veces y diurna cada 2 a 3 horas; ha desaparecido después de la intervención; sólo hay una micción nocturna.

Disuria y residuo vesical es común hallar en los enfermos portadores de divertículos y son síntomas que pueden referirse a la presencia del mismo (contractura del cuello, barra mediana) o a la asociación no rara de adenoma de próstata u otra causa de estenosis del cuello vesical. En nuestro enfermo no había disuria y el chorro era de calibre y proyección normales. Tenía 60 c.c. de residuo vesical y después de la intervención sólo 20 c.c.

Se ha hallado también dolor en la micción, síntoma que puede referirse a la infección a menudo asociada.

Pero de todas maneras es necesario recordar que hay casos relatados prácticamente asintomáticos.

Diagnóstico. — El diagnóstico, tanto del divertículo como del tumor se puede hacer cistoscópica y radiográficamente. Con el cistoscopio cuando la formación tumoral hace prociencia hacia la vejiga, apelando si es necesario, al recurso que pusimos en práctica de ir desagotando la vejiga progresivamente durante la cistoscopia. También se ha conseguido el diagnóstico introduciendo el cistoscopio dentro del divertículo lo que ha permitido ver en algún caso la masa tumoral. Aún no visualizando el tumor, si se ve sangrar el divertículo se ha de pensar en el mismo, después en la infección.

Heslin y Milner haciendo presión sobre la pared de la vejiga a la altura del divertículo durante la cistoscopia consiguieron ver un tumor parcialmente evertido en la cavidad vesical, y aún más, con la pinza de biopsia tomaron un trozo cuyo estudio anátomo patológico reveló un carcinoma papilar.

Como se comprende fácilmente el reconocimiento del tumor durante el examen cistoscópico depende de su tamaño, y posición dentro del divertículo. Pero además se debe tener en cuenta que las imágenes pueden variar de acuerdo con la replección de la vejiga, por eso aconsejo comenzar la cistoscopia con la vejiga llena e ir vaciándola progresivamente si es necesario.

El cistograma permite hacer el diagnóstico del tumor cuando muestra un defecto de relleno en el divertículo. Pero la masa tumoral puede llenarlo completamente tal como en el caso relatado por Young y en el de Kreschmer y Barber y no ser posible en esa eventualidad el diagnóstico por el cistograma. El neumocistograma que hemos practicado en nuestro caso después de evacuado el Umbrator me parece utilísimo.

Es interesante señalar como posible error diagnóstico pre-operatorio cistoscópico y radiológico el cometido en el caso de Stewart y Muellerschoen. El divertículo había sido asiento de una inflamación crónica por un largo período, habiendo calcificación en su interior. Cuando la masa tumoral apareció y empezó a crecer rápidamente, la parte calcificada empezó a quebrarse aunque recubriendo la masa globular tumoral y dando la apariencia tanto radiológica-

mente como a través del cistoscopio de una cistitis calcificada, o un cálculo.

Tratamiento. — A pesar de que en algunas oportunidades ha sido practicada la fulguración del tumor debe sentarse que en aquellos pacientes cuya condición general lo permite, la escisión radical del divertículo complicado con tumor es la conducta que se impone como tratamiento racional. Naturalmente que para la diverticulectomía se tendrá en cuenta las relaciones y adherencias que puede mantener el divertículo con los órganos vecinos y especialmente con el uréter. La vía a seguir extravesical o transvesical dependerá de las preferencias del cirujano.

La posible implantación del tumor en las inmediaciones del cuello diverticular, como en nuestro caso, o la invasión del mismo por la masa tumoral demuestran la conveniencia de reseca siempre que sea posible, no sólo el divertículo sino la parte de la vejiga adyacente.

También se debe tener presente, para corregirla, la frecuencia de la obstrucción del cuello vesical, que acompaña al divertículo.

La infección es la responsable de la mayoría de las complicaciones post-operatorias, siendo las más comunes la epididimitis, pielonefritis, infección de la herida con pericistitis. Con los agentes quimioterápicos sulfamidados, de acción tan eficaz, estas complicaciones han disminuído enormemente.

BIBLIOGRAFIA

- Bernardi Ricardo.* — Resultado operatorio de un gran divertículo vesical. — Revista Argentina de Urología, Año IX, pág. 305.
- Clancy F. S.* — Neoplasm complicating diverticulum of the bladder. — J. Urol. 46:485-490. Sep. 1941.
- Dees John E.* — Vesical diverticulectomy. — Journal of urol. 44:466-484; 1940.
- Deming C. D.* — Primary carcinoma of diverticulum of bladder. — J. Urol., 18:73, 1927.
- Hardwick R. S. and Priestly J. T.* — Primary carcinoma in vesical diverticulum associated with vesical calculi and prostatic hipertrophy. — Proc. Staff Meet. Mayo Clinic., 10:481, 1935.
- Heslin J. E. and Milner W. A.* — Primary carcinoma in diverticulum: preoperative diagnosis. — Urol. y Cut. Rev., 42:365-367, May 1938.

- Higgins Ch. C. — Neoplasms primary in diverticulum of urinary bladder. — Am. J. Surg., 33:78, 1936.
- Hunt V. C. — Malignant disease in diverticula of bladder. — J. Urol., 21:1, 1929.
- Judd E. S. and Scholl A. J. — Diverticulum of urinary bladder. — Surg., Gynec. and Obst., 38:78, 1936.
- Judd and Scholl. — Diverticulum of urinary bladder. — Surg., Gynec. and Obst., 38:14, 1924.
- Kimbrough James C. — The treatment of bladder diverticulum: report of 30 cases. — The Journal of Urology, 45:368, 1941.
- Kreschmer H. L. and Barber K. — Carcinoma in a bladder diverticulum. Report of a case with a review of the literature. — J. Urol., 21:381, 1929.
- Le Comte R. E. — Neoplasma primary in bladder diverticula. — J. Urol., 27:667, 1932.
- Lowsley O. S. and Gutiérrez R. — Operative intervention for relief of diverticulum of the urinary bladder; analysis of 54 cases. — J. Urol., 19:458, 1928.
- Mathis R. — Los divertículos de la vejiga urinaria. — Tesis de doctorado, 1936.
- Owre Oscar. — Papillary carcinoma confined to diverticulum of bladder its removal and final report. — Lancet, 2:469, 1935.
- Peacock A. H. and Corbett D. G. — Primary carcinoma in diverticula of urinary bladder. — J. Urologie, 25:625, 1931.
- Rebaudi L. — Tratamiento quirúrgico de los divertículos vesicales. — Revista Argentina de Urología.
- Stewart H. L. and Muellerschoen G. J. — Malignant tumor of a diverticulum of urinary bladder. — J. Urologie, 27:685, June 1932.

DISCUSION

Sr. Presidente Dr. Llanos. — *En mi práctica, he tenido oportunidad de operar dos casos de divertículos con tumores.*

El primero era un hombre joven. En la cistoscopia se veía la tumoración en el orificio mismo del divertículo y en el momento en que se hacía la cistoscopia se le veía sangrar. Este enfermo no tenía ninguna retención. Vacía completamente su vejiga, de tal manera, que después de hecho el diagnóstico, nuestro procedimiento fué la electrocoagulación del tumor que tenía todas las apariencias de un papiloma. Como síntoma dominante, tenía una hematuria abundante y persistente. Como no tenía retención de orina, me conformé con hacerle una electrocoagulación. Una parte del tumor fué extripado y sometido a un examen anatómopatológico, demostrando ser un papiloma. Después de la electrocoagulación el enfermo

anduvo bien y hace poco tiempo lo vi y se encontraba en buenas condiciones.

El otro caso era más complicado. Era un hombre de más de que no tan abundante como en el caso anterior. Al examen cistoscópico se encontró un divertículo y como tenía hematuria, pensamos 60 años, que tenía como síntoma dominante una hematuria, aunque podía ser un tumor del divertículo. Para cerciorarnos de ello, hicimos un traumatismo con una sonda ureteral en el fondo del divertículo. Efectivamente, después de un pequeño traumatismo con la sonda, sangraba fácilmente. Esto nos llevó a la conclusión probable de que posiblemente en el divertículo existía un tumor.

Hecha una cistoradiografía que se visualizó perfectamente, se vió que en el fondo del divertículo había una sombra convexa, lo que nos hizo pensar que se trataba de una tumoración infiltrada. Entonces, nos decidimos a extirpar el divertículo y el tumor y así lo hicimos.

Siempre que hemos practicado la diverticulectomía hemos hecho el mismo procedimiento cuando se trata de un divertículo próximo al orificio ureteral y es el siguiente: una abertura en sentido vertical de la vejiga y después una incisión trasversal hasta el cuello del divertículo. Después introducimos el índice de la mano izquierda en el interior del divertículo y así podemos con toda seguridad ir aislando, poco a poco, todo el resto del divertículo del uréter que está muy próximo y hacer la separación diverticular en toda su extensión.

En un caso de divertículo que publicamos con el nombre de pío uraco, se trataba de un divertículo de la vejiga, porque el uraco no se había cerrado y había quedado un divertículo que dejó como consecuencia una infección muy prolongada durante mucho tiempo y un proceso inflamatorio que había invadido la cavidad abdominal y gran parte del epiplón. En ese caso, nos vimos obligados a abrir el abdomen, extirpar gran parte del epiplón, seguir hasta la vejiga, y extirpar una parte de la vejiga. El enfermo curó bien.

Nosotros estamos muy satisfechos con este procedimiento que han empleado otros autores que en estos casos difíciles, en que el divertículo está en contacto con el uréter, consiste en hacer la inci-

sión trasversal hasta el cuello mismo del uréter. Entonces, metiendo el dedo puede uno ir aislando poco a poco el divertículo hasta extirparlo completamente.

. Estos dos casos los hemos enviado al Congreso realizado hace poco tiempo en los Estados Unidos, y espero que serán publicados.