

## EPITELIOMA PAPILAR EN UN DIVERTICULO VESICAL (DIAGNOSTICO PREOPERATORIO)

Por los Dres. A. ROCCHI y J. CASAL

La presencia de un tumor en un divertículo vesical es un hallazgo relativamente raro.

Desde Deming, que en 1927 publicó diez casos de la literatura, hasta Abeshouse y Goldstein en 1943, sólo totalizaron 95 los casos de tumores desarrollados en un divertículo de la vejiga.

Ello nos induce a relatar el siguiente caso de un epiteloma intradiverticular, intervenido con diagnóstico preoperatorio correcto.

Historia clínica 10.119. P. C., 53 años, casado, empleado. Ingresó el 24-IV-1944.

*Antecedentes personales y hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes urinarios:* Blenorragia en su juventud que curó sin secuelas.

*Enfermedad actual:* Desde hace varios años tiene discreta polaquiuria diurna y nocturna y ligera disuria de repleción. Diez días antes de su ingreso al hospital sufre una hematuria de tipo total, de 48 horas de duración, indolora y que desaparece espontáneamente.

El examen físico del enfermo en el momento del ingreso, nos revela una discreta turbiedad de sus orinas, estando dentro de la normalidad su aparato génitourinario. No hay residuo vesical.

Al día siguiente de su ingreso vuelve a tener sangre en las orinas, practicándosele entonces un examen cistouretroscópico con el aparato de Brown-Buerger. Se observa una vejiga de buena capacidad y de buena tolerancia a la distensión. Medio hemáturico que se aclara rápidamente. Celdas y columnas. Mucosa normal. Orificios ureterales normales. No hay cuerpos extraños.

En la región supraureteral derecha se ve un orificio que posee los caracteres de la entrada de un divertículo y de donde se ve salir sangre. No fué posible entrar con el cistoscopio en el interior de la cavidad diverticular.

Contorno cervical engrosado y de movilidad muy disminuida.

Se practica un examen radiológico de su aparato urinario. La cistografía de relleno, tal como lo demuestra la figura 1, muestra una imagen típica de ocupación del divertículo y se ve con toda nitidez una imagen lacunar.

Los exámenes de laboratorio demuestran un equilibrio de su medio interno.

Azoemia: 0,25 %.

Glucemia: 0,98 %.

Hemograma, normal.

Wassermann y Kahn: negativas.

Orina: Densidad 1022; albúmina, 0,25 %; presencia de pus y abundantes hematíes.

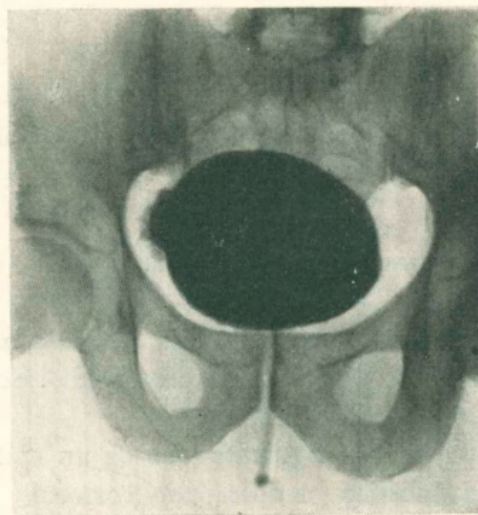


Figura 1

Con diagnóstico de neoplasia intradiverticular es intervenido el enfermo el 2-V-44, por el Dr. Alberto E. García, con anestesia peridural; haciéndose la diverticulectomía por vía suprapúbica transvesical y practicándose al mismo tiempo una esfinterotomía.

El postoperatorio inmediato y alejado del enfermo fué excelente, siendo dado de alta un mes después de la intervención, curado.

El examen anatómopatológico que debemos a la gentileza del Prof. Monserrat, es el siguiente:

“La observación panorámica de los preparados muestra un tumor papilar, cuyas vegetaciones (Fig. 2) están revestidas por un epitelio pavimentoso, destacándose la integridad de la basal.

A mayor aumento (Fig. 3), hay zonas con proliferación de células epiteliales atípicas, con monstruosidades nucleares y desorganización en la citoarquitectura del epitelio estratificado. La basal aparece indemne.

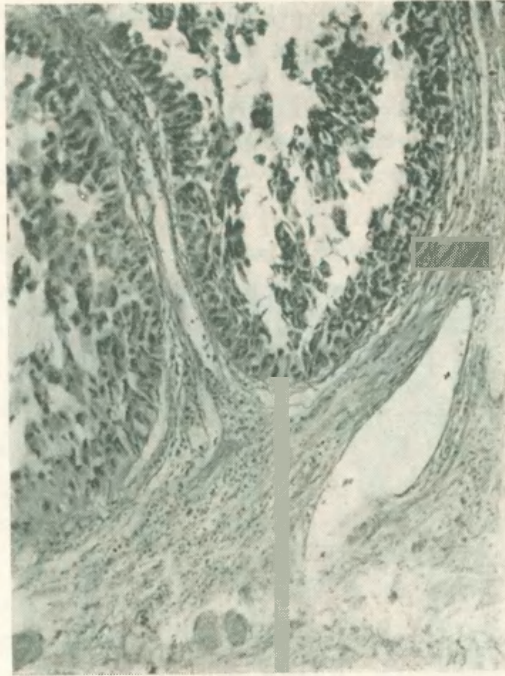


Figura 2

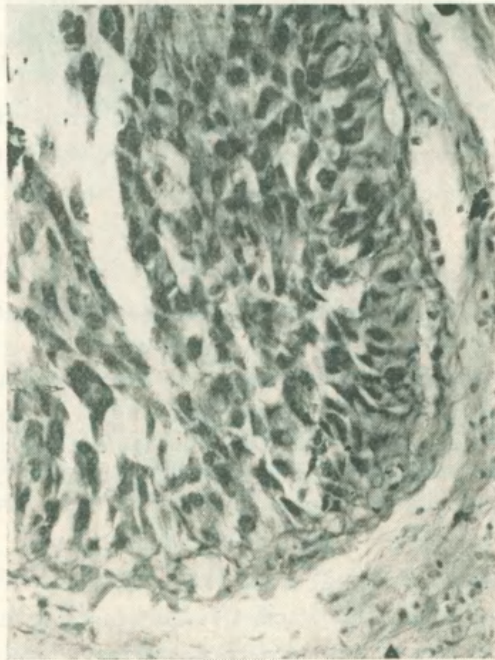


Figura 3

En otro preparado (Fig. 4), se ven dos amplios vasos linfáticos en pleno tejido conjuntivo vascular de la submucosa en cuyo interior hay células epiteliales con los caracteres de las células de la mucosa.

Resumiendo, es un tumor vegetante en un divertículo vesical.

Las características de disposición estructural, la integridad de la membrana basal, podrían en un estudio no muy detenido, hacer pensar en un papiloma. Sin embargo, la discreta atipia que se observa en algunos campos y sobre todo la presencia de émbolos neoplásicos

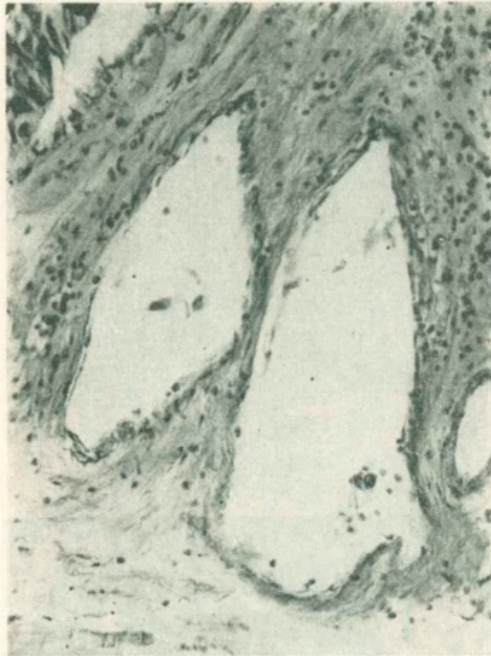


Figura 4

en vasos linfáticos son elementos indiscutibles para afirmar la naturaleza maligna de este blastoma.

Son estos los casos que nos enseñan que en la valoración de un tumor si bien la citología es capaz de definirnos su naturaleza en más de un 80 % de los casos, es el criterio integral biológico, el que debe establecer el carácter de malignidad que lo da en forma definitiva y categórica la posibilidad de dar metástasis y que en este caso lo atestigua la vehiculización de émbolos por vía linfática".

#### COMENTARIOS

Los divertículos son de observación frecuente así como las neoplasias vesicales; no sucediendo lo mismo con los tumores intradiverticulares que plantean problemas diagnósticos y terapéuticos especiales.

Hasta hace pocos años gran parte de los casos publicados fueron observaciones necrópsicas y hallazgos operatorios.

En 1933 Kutzmann, en cien divertículos vesicales encuentra un tumor.

Higgins, en 1936, observa cinco tumores en 221 divertículos; Dees en 1940, relata cuatro neoplasias en 95 divertículos operados; y en su recopilación Abeshouse y Goldstein dan el 2,9 % de divertículos vesicales conteniendo carcinomas.

Coincidiendo con los autores que se han ocupado extensamente del asunto, podemos afirmar que no hay una sintomatología particular del tumor intradiverticular: ella depende del complejo patológico constituido por la uropatía obstructiva, el divertículo, el tumor y las complicaciones.

En nuestro enfermo el síntoma dominante fué la hematuria, que lo llevó a la consulta, y el interrogatorio reveló la existencia de trastornos miccionales que existían desde tiempo antes.

La hematuria es el síntoma más frecuente en casi todos los casos publicados y le siguen los trastornos provocados por la obstrucción urinaria y los fenómenos de infección.

El diagnóstico es fundamentalmente radiológico y endoscópico.

Los autores en general coinciden en las dificultades que ofrece el diagnóstico preoperatorio correcto y por ello debe tenerse presente la posible existencia de esta asociación en todo enfermo con divertículos vesicales que sangran.

El examen radiológico es muy importante; la radiografía simple nos dará datos acerca de la existencia de concreciones calculosas en la región vésico-prostática.

La urografía excretora debe hacerse sistemáticamente y a veces ella sola es capaz de darnos el diagnóstico, informándonos además sobre el estado anatómico y funcional del tractus urinario superior y repercusión que sobre él tiene el divertículo.

La cistografía de relleno efectuada habitualmente en nuestro Servicio con solución de yoduro de sodio al 10 %, en posición anterior y oblicua, nos demostrará la existencia de divertículos y la manera como se evacúan después de haber vaciado la vejiga.

El elemento fundamental en el diagnóstico del tumor intradiverticular, es la presencia de un defecto de relleno en la sombra radiográfica, tal como puede observarse en este caso; pero hay que tener en cuenta las posibilidades de error que puede provocar la existencia de coágulos, cálculos o detritus dentro de la cavidad. Las peridiverticulitis intensas y las compresiones extrínsecas pueden dar deformaciones radiográficas que llevan al mismo error.

Conociendo la importancia que la uropatía obstructiva cervical o infra-cervical tiene en la patogenia de los divertículos vesicales, nosotros practicamos

siempre en estos enfermos un examen uretrográfico con aceites iodados. Creemos que esta exploración es de valiosa ayuda en la exacta interpretación de los enfermos y orienta hacia la terapéutica completa de cada caso.

El examen endoscópico debe hacerse siempre que no haya contraindicaciones. Los progresos en el instrumental han allanado muchas de las dificultades con que se tropezaba: hemorragias profusas, piurias intensas, etc.

Se podrá observar la existencia y localización del orificio diverticular y sus caracteres. La salida de sangre por el mismo, que en nuestro caso se vió con toda nitidez, es un dato que bien comprobado tiene gran importancia en el diagnóstico de neoplasia intradiverticular.

La introducción del cistoscopio en el interior de la cavidad del divertículo sólo es posible en contados casos; la compresión de la pared abdominal sobre la zona diverticular mientras se vacía la vejiga, ha permitido a algunos autores la visualización directa del tumor. Heslin y Millner, en una neoplasia intradiverticular que hacía procidencia en la vejiga, consiguieron extraer un trozo para examen anatómopatológico.

Se completará la endoscopia con un examen cuidadoso de la región cervical y de la uretra posterior con la misma finalidad perseguida al practicar la uretrografía.

#### TRATAMIENTO

En principio, se debe tratar de extirpar todo divertículo conteniendo un tumor, no importa cuál sea su naturaleza.

Son por demás conocidas las diversas vías de acceso y los métodos de reacción.

En nuestro caso se hizo la diverticulectomía por vía suprapúbica transvesical, que permite la exploración minuciosa del interior de la vejiga y que conceptuamos la más conveniente para estos casos, por facilitar simultáneamente la terapéutica de los obstáculos cervicales que impiden el libre curso de la orina.

Se han preconizado tratamientos de tipo paliativo cuando existe la imposibilidad de una terapéutica radical.

La implantación transuretral de radium, la coagulación a cielo abierto del tumor, etc., son medios cuya eficacia no es comparable con la exéresis quirúrgica.

No se debe olvidar el tratamiento general, mejorando la infección cuando exista, levantando las defensas orgánicas y toda otra medida que tienda a poner al enfermo en las mejores condiciones para el éxito de la intervención quirúrgica.

## CONCLUSIONES

a) Debe sospecharse la existencia de un tumor en todo divertículo sangrante o con una imagen radiológica cuya causa no pueda ser demostrada.

b) Todo divertículo en las condiciones antedichas o en el que se haya demostrado la existencia de un tumor benigno o maligno, debe orientar la terapéutica hacia su extirpación quirúrgica.

c) Es fundamental el tratamiento paralelo de la uropatía obstructiva, sobre cuya importancia en la patogenia de los divertículos no creemos necesario insistir.

## BIBLIOGRAFIA

- Abshouese y Goldstein.* — "J. Urol.", 1943, 4, 543.  
*Allen, D.* — "Med. Bull. Vet. Adm.", 1935, 11, 268.  
*Amon, W.* — "Zentralbl. f. Allg. Path. Anat.", 1938, 71, 49.  
*Bibus, B.* — "Ztschr. f. Urol.", 1938, 32, 355.  
*Blum, V.* — "Chirurgische Path. u. Ther. der Harnblasendivertikel", 1919.  
*Briggs, W. T.* — "J. Urol.", 1930, 24, 517.  
*Buerger, L.* — "Urol. and Cut. Review", 1913, 17, 135.  
*Carroll y Jacobs.* — "J. Urol.", 1933, 30, 357.  
*Clancy, F. J.* — "J. Urol.", 1941, 46, 486.  
*Chamberlain, H. A.* — "New England M. J.", 1929, 200, 423.  
*De Caestecker.* — "Le Scalpel", 1923, 17, 456.  
*Dees, J.* — "J. Urol.", 1940, 44, 466.  
*Deming, C. D.* — "J. Urol.", 1927, 18, 73.  
*Ewell, G.* — "J. Urol.", 1930, 24, 649.  
*Fraenkel.* — "Deutsch. Med. Wochenschr.", 1921, 45, 258.  
*Gardner, J. A.* — "Trans. Amer. Urol. Assoc.", 1917, 11, 141.  
*Gill, R. D.* — "J. Urol.", 1930, 24, 521.  
*Glenn y Burford.* — "J. Missouri Med. Assoc.", 1934, 31, 45.  
*González, J. R.* — "Semana Méd.", 1942, 2, 831.  
*Hardwick y Priestley.* — "Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic", 1935, 10, 481.  
*Harris, A.* — "Urol. and Cutan. Rev.", 1938, 42, 365.  
*Heslin y Millner.* — "Urol. and Cutan. Rev.", 1938, 42, 365.  
*Hicks, J. B.* — "J. Urol.", 1930, 24, 205.  
*Higgins, C. G.* — "Am. J. Surg.", 1936, 33, 78.  
*Hoffman, von, E. R.* — "Ztschr. f. Urol. Chir.", 1913, 1, 240.  
*Hofmökkel.* — "Arch. Klin. Chir.", 1898, 56, 202.  
*Hollenbach, F.* — "Zentralbl. f. Chir.", 1933, 60, 487.  
*Hunt, V. C.* — "J. Urol.", 1929, 21, 1.  
*Ikoma.* — "Wien. Med. Wochens.", 1923, 73, 1+21.  
*Illyes, von G.* — "Brit. J. Urol.", 1940, 12, 121.  
*Irwin, G. G.* — "West Virginia Med. J.", 1931, 27, 20.

- Judd y Scholl.* — "Surg., Gynec. and Obst.", 1924, 38, 14.  
*Keydel, K.* — "Ztschr. f. Urol. Chir.", 1921, 15, 84.  
*Kimbrough, J. C.* — "Military Surg.", 1928, 63, 713.  
*Kretschmer y Barber.* — "J. Urol.", 1929, 21, 381.  
*Le Comte.* — "J. Urol.", 1932, 28, 667.  
*Leunenberger, S. G.* — "Deutsch. Ztschr. f. Chir.",  
*Loon, K.* — "Wien. Med. Wochensch.", 1935, 85, 810.  
*Loumeau.* — "Jour. Med. Bordeaux", 1914, 40, 520.  
*Lawer y Higgins.* — "J. Urol.", 1928, 20, 635.  
*Lowsley y Gutiérrez.* — "J. Urol.", 1928, 19, 458.  
*Massa y Servitja.* — "Gac. Méd. de Caracas", 1933, 40, 255.  
*Michon.* — "J. Urol.", 1925, 19, 1953.  
*Mylius, G.* — "Ztschr. f. Chir. u. Gynak.", 1936, 42, 429.  
*Negro y Blanc.* — "J. d'Urol.", 1924, 18, 217.  
*Nicolich.* — "Assoc. Franc. d'Urol.", 1896, 1-2, 395.  
*Onofrio, O.* — "Pathologica", 1935, 27, 781.  
*Owre, O.* — "Jour. Lancet", 1935, 55, 469.  
*Pasteau.* — "J. d'Urol.", 1925, 19, 1953.  
*Peacock y Corbett.* — "J. Urol.", 1931, 25, 625.  
*Perthes.* — "Deutsch. Ztschr. f. Chir.", 1909, 100, 253.  
*Pich y Weber.* — "Ztschr. f. Urol. u Chir.", 1938, 44, 7.  
*Pleschner y Czepa.* — "Ztschr. f. Urol. Chir.", 1927, 23, 23.  
*Rathbun, N. P.* — "Am. J. Surg.", 1930, 8, 627.  
*Scholl, A. J.* — "J. Urol.", 1944, 52, 305.  
*Schussler, H.* — "Deutsch. Ztschr. f. Chir.", 1908, 146, 107.  
*Schwarz, O. A.* — "Ztschr. f. Urol. Chir.", 1923, 17, 45.  
*Stellwagen.* — Cit. por Le Comte. "J. Urol.", 1932, 28, 667.  
*Stewart y Muellerschoen.* — "J. Urol.", 1932, 27, 685.  
*Targett, J. H.* — "Trans. Path. Soc. London", 1896, 45, 155.  
*Teel, Ch.* — "Arch. Surg.", 1929, 18, 1896.  
*Thomas, G. J.* — "Surg. Gyn. and Obst.", 1916, 23, 378.  
*Ward, R. O.* — "Brit. J. Surg.", 1938, 25, 790.  
*Williams, W. R.* — "Trans. Path. Soc. London", 1882-83, 34, 152.  
*Young, H. H.* — "Trans. Am. Assoc. Genito-Urin. Surg.", 1909, 4, 121.