

## CANCER DE LA VEJIGA

### (Resumen)

---

Por el Dr. JOSE L. MONSERRAT

El tema de la reunión "Cáncer de la vejiga" nos circunscribe al determinado grupo de las formaciones tumorales vesicales que comprende a los blastomas epiteliales y mesenquimáticos malignos.

La lógica brevedad asignada a cada uno de los temas obliga a la síntesis, con el riesgo de dar un carácter afirmativo a problemas, sobre todo en lo que a la histogenia se refiere, cuya exacta valoración necesitaría una preferente discriminación analítica.

Nos hemos de referir, con exclusión de citas y análisis bibliográficos, a la experiencia que sobre el tópico hemos podido reunir en la labor conjunta del Scio de Patológica y el de Urología del Hospital Español, con la apreciable ventaja de poder establecer una correlación anátomo-clínica.

A este material hemos agregado como información complementaria, 70 casos autopsiados en el Instituto Telémaco Susini, con lo cual hemos reunido una visión integral del proceso patológico en el cáncer de la vejiga.

El término de cáncer involucra tácitamente el concepto de malignidad, que la definimos como *la capacidad agresiva intrínseca de la formación Tumoral hacia el organismo que la aloja*.

Esta agresividad se manifiesta por su crecimiento autónomo, anárquico, parásito y sobre todo por la posibilidad de dar metástasis.

Por lo que antecede, la valoración de malignidad de un proceso blastomatoso surgirá de un conjunto de caracteres cuya valoración debe ser discriminativa a su aspecto, evolución ulterior, ubicación, manera de crecer, caracteres histológicos, *y nunca fincar esta valoración diagnóstica en uno solo de estos aspectos*.

Una clasificación de los tumores vesicales debe, a nuestro juicio, contemplar el aspecto biológico integral del blastoma, con un criterio anátomo-clínico. Y si bien la histología es la que asume la principal jerarquía al proporcionarnos la certidumbre de la naturaleza blastomatosa del proceso, no debe ser frondosamente analítica, con espíritu recreativo de histólogo, sino que debe contemplar las líneas generales del proceso canceroso.

Tanto más valedero este concepto, cuanto que sabemos que el epitelio de la vejiga tiene en su porción trigonal, por ese origen embriológico, múltiples posibilidades prospectivas.

*Material de estudio, edad, sexo, localización*

Nuestro material de estudio corresponde a un total de 281 tumoraciones primitivas y 32 secundarias, que desglosamos en los cuadros siguientes, cuyos totales difieren, del número enunciado, por cuanto solamente hemos agrupado las observaciones que en cada uno de los sectores han podido ser bien verificados.

CUADRO N° 1  
*Número de observaciones*

	N° de Obs.	Por cien
<i>Cáncer primitivo</i>	264	—
Epiteliales .....	258	97,72
Sarcomas .....	6	2,28
<i>Cáncer secundario</i>	32	—
Epiteliales .....	30	93,71
Sarcomas .....	2	6,25

CUADRO N° 2  
*Sexo*

	N° de Obs.	Por cien
<i>Cáncer primitivo</i>	239	—
Hombres .....	230	97,72
Mujeres .....	9	3,76
<i>Cáncer secundario</i>	32	—
Hombres .....	6	18,75
Mujeres .....	26	81,25

Estos dos cuadros nos demuestran categóricamente que en la vejiga el tumor más frecuente es el epitelial, tanto en las tumoraciones primitivas como en las secundarias.

Además, evidencian que el cáncer primitivo en el hombre con respecto a la mujer, es de un predominio absoluto, frecuencia que se invierte en el cáncer secundario.

De los porcentajes anteriores puede deducirse además conclusiones de orden práctico, interesantes frente a una tumoración vesical.

El cuadro Nº 3 resume la edad en 213 casos de cáncer primitivo, que hemos podido corroborar.

El nos informa que el caso de menor edad corresponde a una niña de 9 años, con un sarcoma de la región trigonal, y la edad máxima es la de un paciente de 83 años, correspondiendo al período entre 40 y 70 años la máxima frecuencia (74,03 %).

Consignamos que en nuestra estadística global de cáncer vesical el paciente más joven corresponde a un niño de 3 años, afecto de un linfosarcoma mesentérico que invade y engloba secundariamente la vejiga.

CUADRO Nº 3

*Edad registrada en 213 casos de Cáncer Vesical Primitivo*

Años . . . . .	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-86
Nº de obs. . . . .	1	0	1	9	33	72	74	20	3
Por ciento . . . . .	0,47	0	0,47	4,22	15,49	33,80	34,71	9,43	1,40
	74,03 %								

Finalmente hemos procurado establecer, en lo posible, el sitio de implantación del proceso tumoral, fácil en los blastomas pequeños, pero que en los avanzados, la progresión del blastoma, al invadir varias regiones, hace imprecisa su ubicación.

CUADRO Nº 4

*Localización en 183 casos de Cáncer Vesical Primitivo*

	Nº de Obs.	Por ciento
Trigono . . . . .	53	28,96
Supraureteral . . . . .	37	20,22
Pared lateral . . . . .	26	14,59
Hemivejiga . . . . .	17	9,84
Fondo retrotrigonal . . . . .	12	6,56
Cuello Vesical . . . . .	15	8,20
Cúpula . . . . .	8	4,37
Cara anterior . . . . .	5	2,18
Total . . . . .	8	4,37
En divertículos . . . . .	2	1,09

Esta estadística nos demuestra, que en realidad, el sitio de predilección del cáncer corresponde a la base vesical, preferentemente a la zona trigonal y adyacencias.

*Bases para una clasificación anátomo-clínica*

Una clasificación anátomo-clínica debe basarse en el concepto integral de malignidad biológica ya expuesto, en los cuales se valora caracteres macro y microscópicos invasión de la pared vesical, y embolizaciones.

Recordemos que la vejiga tiene su origen en el tabicamiento de la cloaca interna y en una porción del conducto excretor de Wolff.

Es por lo que a la mucosa se refiere, de origen dual: mesodérmico para la porción trigonal, endodérmico para el resto de la cavidad, criterio que acepta la mayoría de los autores.

Pese a este origen dual, los caracteres histológicos del epitelio son similares en toda la extensión vesical.

Al igual que el epitelio pieloureteral, llamado de transición o paramal-pighiano, tiene de 5-8 hileras celulares.

Una capa profunda o fértil que se apoya sobre el corión sub-yacente.

Una capa media de 2-3 hileras de células redondeadas o poliédricas, variables según las presiones que soporten.

Una capa superficial, constituida por células pavimentosas, dispuestas en una sola hilera de gran tamaño y ordenadas ya en su eje mayor horizontal, ya en el vertical, según el grado de distensión vesical, el protoplasma homogéneo, denso y acidófilo, lo destaca del resto de la mucosa.

Se pueden observar cavidades intraepiteliales, llenas de una substancia homogénea, acidófila, con débil reacción positiva al mucicarmín.

Igualmente se pueden observar, sobre todo en la región trigonal, pequeñas invaginaciones simples o ramificadas, con caracteres semejantes al de las glándulas uretrales.

Por debajo del epitelio se extiende el corión, laxo, que se continúa con el colágeno de la capa muscular, movilizándose fácilmente, salvo en la porción trigonal, donde la mucosa se adhiere fuertemente a la capa muscular.

Es de consenso general que no existe una red linfática manifiesta en la sub-mucosa, no así en las zonas profundas, en contacto con la capa muscular, en los intersticios de ésta y en la capa sub-serosa, para coleccionarse finalmente en tres colectores principales:

a) *linfáticos anteriores* o prevesicales, tejido celular adiposo retropúbico, terminando en los ganglios de la vena ilíaca interna.

b) *linfáticos laterales*, a los lados de la arteria umbilical van a los ganglios externos y epigástricos.

c) *linfáticos posteriores*, base y cara posterior (trigonales) que siguen los siguientes trayectos: (a) hacia arriba y afuera, llenando a los ganglios hipogástricos (b) hacia atrás y llegan a la cara anterior del sacro y luego remontan este hueso hasta terminar en los ganglios del ángulo de bifurcación aórtico.

La red perivesical, entra en relación en la zona de la base con las redes vecinas, especialmente con la del uréter; próstata en el hombre y con la red uterina y vaginal en la mujer,

Este breve resumen de las características epiteliales y de la red linfática vesical nos permite ubicarnos en el cuadro general que establecemos como base para una clasificación anatómoclínica.

*Valoración morfológica e histológica: invasión de la pared vesical, embolizaciones.*

*Caracteres morfológicos:* Morfológicamente el tumor puede presentarse como vegetante endocavitario, a vellosidades finas, acuminadas, engrosadas, formando tumoraciones papilares, pediculadas o sesiles.

En las formaciones vellosas, bastará observar franjas que se adhieren y engrosan para sospechar un comienzo de transformación maligna.

Frecuentemente las formas mamelonadas se presenta con la superficie cubierta por detritus celulares que originan ulceraciones secundarias.

Las formas infiltrantes de potencialidad maligna, más agresiva, forman nódulos o zonas ulceradas, expandiéndose por la pared vesical, o bien en formas muy raras, dan origen a las llamadas formas parietales.

CUADRO Nº 5

*Caracteres morfológicos*

Vegetantes	$\left\{ \begin{array}{l} \text{a) Pediculados} \\ \text{b) Seniles} \\ \text{c) Nodulares} \\ \text{d) Ulcerosos} \end{array} \right.$	$\left\{ \begin{array}{l} 1) \text{ Vellosos finos} \\ 2) \text{ Vellosos acuminados} \\ 3) \text{ Mamelonados} \end{array} \right.$
Infiltrantes	$\left\{ \begin{array}{l} \text{a) Nodulares-ulcerosos} \\ \text{b) Difusos} \\ \text{c) Parietales} \end{array} \right.$	

Estas características morfológicas pueden ser valoradas perfectamente en el examen citoscópico y tiene un valor diagnóstico, considerable para la exacta valoración del grado de malignidad.

*Grado de invasión parietal*

La apreciación del grado de invasión parietal posible de hacer cistoscópicamente por un conjunto de características que no nos corresponde analizar, se

complemente con el examen del material biópsico o quirúrgico, valorando respectivamente el estado de la mucosa y deslizamiento sobre los planos profundos, la pared muscular y el estado de la serosa.

Podemos, con este criterio establecer estadios que condicionan grados progresivos de malignidad.

*Estadio N° 1:* El cáncer es exclusivamente superficial, vegetante, de vellosidades finas, acuminadas o mamelonadas, no comprometiendo a la sub-mucosa, pudiendo macroscópicamente ver el deslizamiento de la mucosa sobre los planos profundos y corroborarlo al examen histológico.

*Estadio N° 2:* El cáncer vegetante y superficial acusa un grado de invasión de la sub-mucosa, demostrable por la turgencia y edema de la misma al examen cistoscópico, por la infiltración al tacto, y por el color blanco mate homogéneo al seccionar la pieza quirúrgica.

Se efectúa la corroboración histológica que permite desechar los casos de infección o estroma reacción acentuada en el pedículo. La embolización es moderada.

*Estadio N° 3:* El cáncer generalmente mamelonado sesil, acusa la mayor penetración por acentuación de los caracteres del estadio anterior. En este período se efectúa ya una intensa embolización por la rica red linfática de la capa muscular.

*Estadio N° 4:* El cáncer es generalmente ulceroso o úlcero-vegetante, destruye la sub-mucosa y la capa muscular y aflora en la serosa o en el tejido célula-adiposo subperitoneal o invade a los órganos vecinos.

Es frecuente que al alcanzar al tejido sub-seroso se difunda rápidamente por toda la red linfática perivesical, adoptando una forma difusa, que conjuntamente con la difusión a través de la capa muscular, determina mucha de las formas llamadas parietales. La contaminación directa de la cavidad peritoneal no es frecuente.

*Estadio N° 5:* Corresponde al estadio anterior en el cual se identifican ganglios embolizados en los distintos territorios ganglionares anteriormente descritos.

#### *Caracteres histológicos*

Como en la mayor parte de las clasificaciones histológicas, su base fundamental se basa en el criterio histogenético, considerando a los tejidos en su estado adulto diferenciado, que pueden ser asiento del tumor, ya en forma primaria, blastomas primitivos, ya como una implantación secundaria, metastásicos, o blastomas secundarios.

Los blastomas primitivos, es decir, los primariamente dirigidos en los tejidos constituyentes de la región, pueden agruparse en tres grupos fundamentales.

- a) Blastomas derivados del componente epitelial, designados como papiloma, epitelioma o carcinoma.
- b) Blastomas derivados del componente mesenquimático, englobando en conjunto como sarcomas, a las formas malignas.
- c) Blastomas que por su estructura se consideran como de origen embrionario o disembrionoplásico.

#### *Blastomas epiteliales*

Partiendo como base de la estructura normal del epitelio vesical, cuyas características de epitelio de transición o paramalpighiano resumimos anteriormente, podemos establecer una decreción en la conservación de la disposición citoarquitectónica epitelial, en los siguientes tipos:

- a) Formas que recuerdan citoarquitectónicamente la estructura del epitelio vesical (Epiteliomas paramalpighianos o transicionales).

Sobre esta base pueden discriminarse sub-divisiones, que muestran caracteres prospectivos de la mucosa epitelial y que identificamos de acuerdo a sus diferenciaciones en: diferenciados, semi diferenciados, atípicos y metaplásicos, acusando estos últimos diferenciaciones metaplásicas progresivas o regresivas parcelares dentro del carácter general de caracteres de la mucosa vesical más o menos conservada.

- b) Formas con una completa indiferenciación celular, anaplásica o indiferenciada, en los cuales a veces se pierde de tal manera la vinculación morfológica estructural del epitelio vesical que su anaplasia plantea dificultades diagnósticas con los sarcomas, dando origen al grupo, para nosotros inexistentes, de los epitelio-sarcomas.

- c) Formas puras de tipo espino-celular (Epidermoideos) que debemos diferenciar de los del grupo (a), en su variante metaplásica espinocelular, porque en éstos, estas estructuras forman solamente grupos celulares parcelares o aislados dentro del conjunto del blastoma.

- d) Formas puras de estructuras glandulares, o adenocarcinomas, para las cuales son válidas las consideraciones del grupo anterior.

A todas estas variedades, en base a los caracteres citológicos de su morfología, atipias, monstruosidades, mitosis, y crecimientos agresivos, las valorizamos como de baja, moderada o alta malignidad histológica.

En el cuadro N<sup>o</sup> 6 agrupamos la clasificación histológica de 224 observaciones de cáncer vesical primitivo, indicando su frecuencia absoluta y su porcentaje, que nos ubica en la identificación de los tipos más frecuentes.

## CUADRO Nº 6

Clasificación histológica en 224 observaciones de Cáncer Vesical Primitivo.

Material quirúrgico	Nº de Obs.	Por ciento
<b>EPITELIALES</b>		
A) Epit. paramalpigiario		
1) Diferenciado .....	18	8,03
2) Semidiferenciado .....	113	50,45
3) Atípico .....	28	12,50
4) Con metaplasias: Alantoidiano .....	1	6,25
Cilindrocúbico .....	1	
Glanduliformes .....	3	
Espinocelulares .....	9	
B) Epit. indiferenciado .....	38	16,96
C) Epit. pav. espinocelular (Epidermoideo) .....	7	3,12
D) Epit. glandular (Adenocarcinoma) .....	1	0,45
<b>SARCOMAS</b>		
Conjuntivo vascular .....	1	0,45
Mioblásticos .....	3	1,32
Reticulo-sarcomas .....	1	0,42
<b>DISEMBRIOBLASTOMAS</b>		
	0	0

*Propagación proximal y a distancia*

El cuadro que acompañamos resume los tipos posibles de crecimiento infiltrante, las localizaciones de las embolizaciones.

## CUADRO Nº 7

## PROPAGACION PROXIMAL Y A DISTANCIA DEL CANCER VESICAL

A) *Por crecimiento infiltrante:*

- 1) Parietales
- 2) Superiores
- 3) Organos contiguos: Recto  
I. Delgado  
Próstata  
Uretra

B) *Por embolización:*  
(Linfo-hemática)

- 1) Ganglios pelvianos
- 2) Para aórticos
- 3) Viscerales: Pulmón  
Hígado  
Varios

C) *Por conductos:*

- 1) Riñón
- 2) Uretra

*Cáncer vesical secundario*

Ya hemos consignado que el cáncer secundario es de frecuente observación en la mujer y en ella el cáncer de cuello del útero librado a su evolución invade fatalmente la zona vesical.

El cuadro N° 8 reúne claramente nuestra experiencia demostrando que el cáncer vesical secundario es, en la inmensa mayoría de los casos, una consecuencia de un carcinoma del tractus urogenital.

CUADRO N° 8  
CANCER VESICAL SECUNDARIO

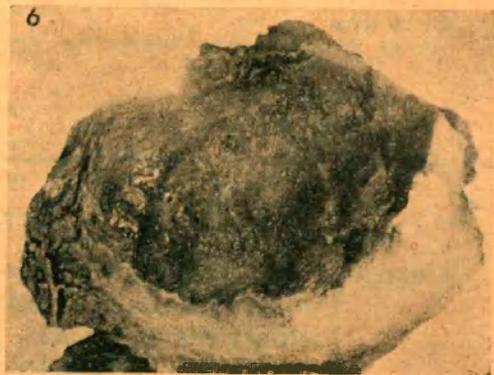
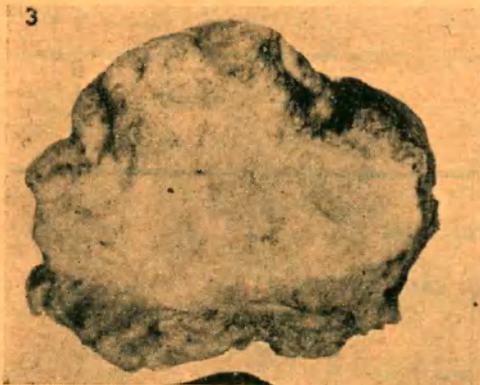
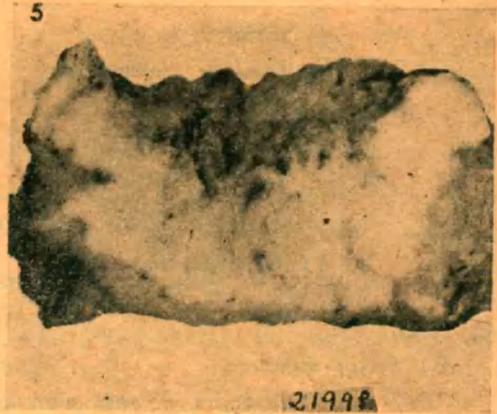
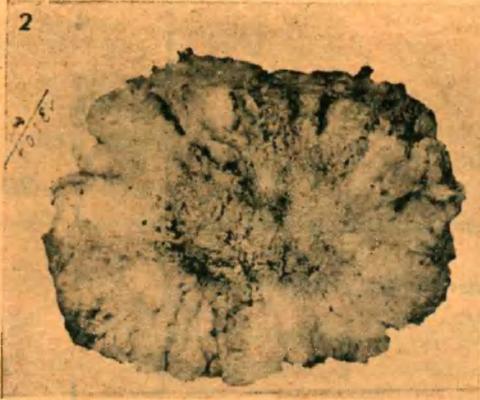
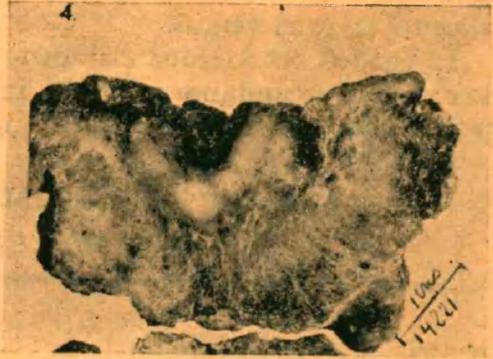
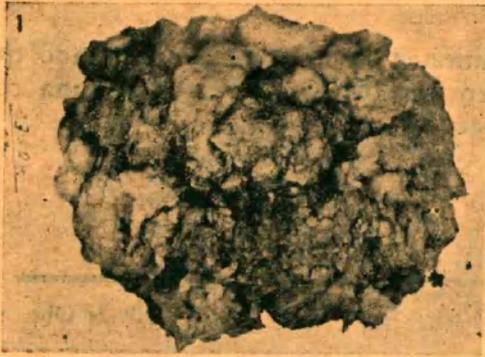
	N° de Obs.
A) Sector uro-genital:	
1) Renal .....	4
2) Genitales femeninos:	
Utero cuello .....	17
Utero cuerpo .....	2
Vagina .....	0
Uretra .....	0
Ovario y Trompa .....	1
3) Genitales masculinos:	
Próstata .....	1
Uretra .....	0
B) Sector digestivo:	
1) Rectales y ansa sigmoidea .....	1
2) Intestino delgado .....	1
C) Varios:	
Peritoneo .....	0
Mesenterio .....	1
Retroperitoneo .....	0

*Complicaciones*

Cuarenta (40) casos autopsiados de cáncer vesical:

Uronefroectasia supurada .....	17
Pielonefritis supurada .....	12
Uretero-piello-nefroectasia .....	7
Hemorragias masivas .....	4

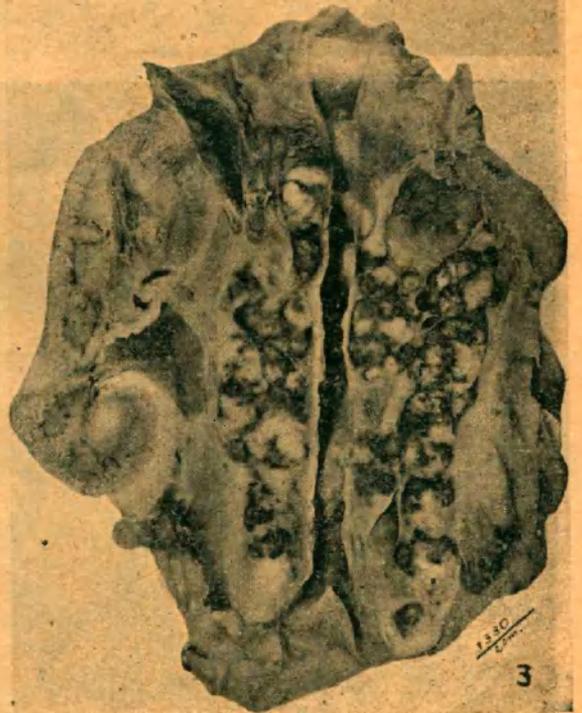
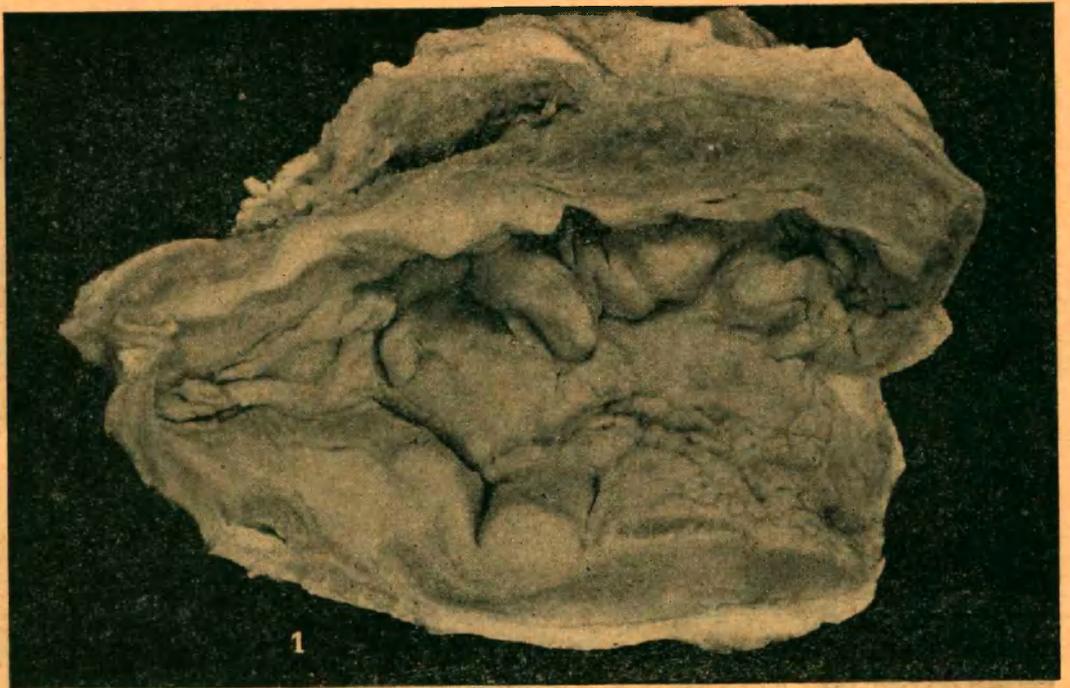
Si bien no podemos, por razones de tiempo, efectuar un análisis detallado de la evolución posterior de un cáncer vesical, si queremos destacar, por la significación que tiene, y que debe pesar en el estudio de un canceroso vesical, es la casi inevitable complicación del sector reno-ureteral, por factores más que nada mecánicos determinados por la masa tumoral.



## LAMINA Nº 1

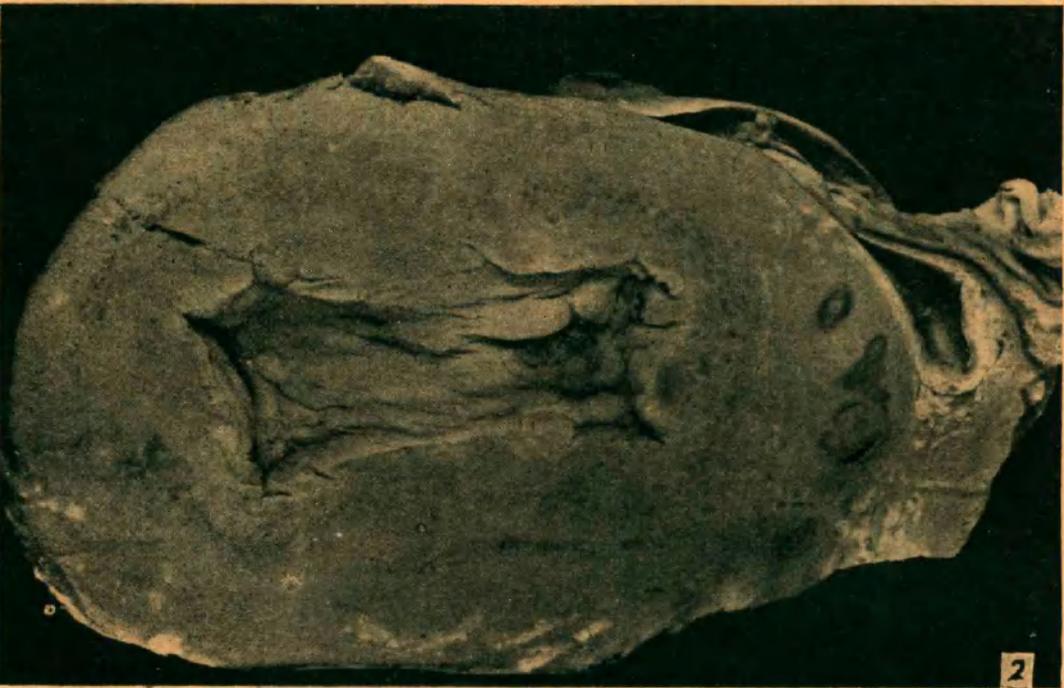
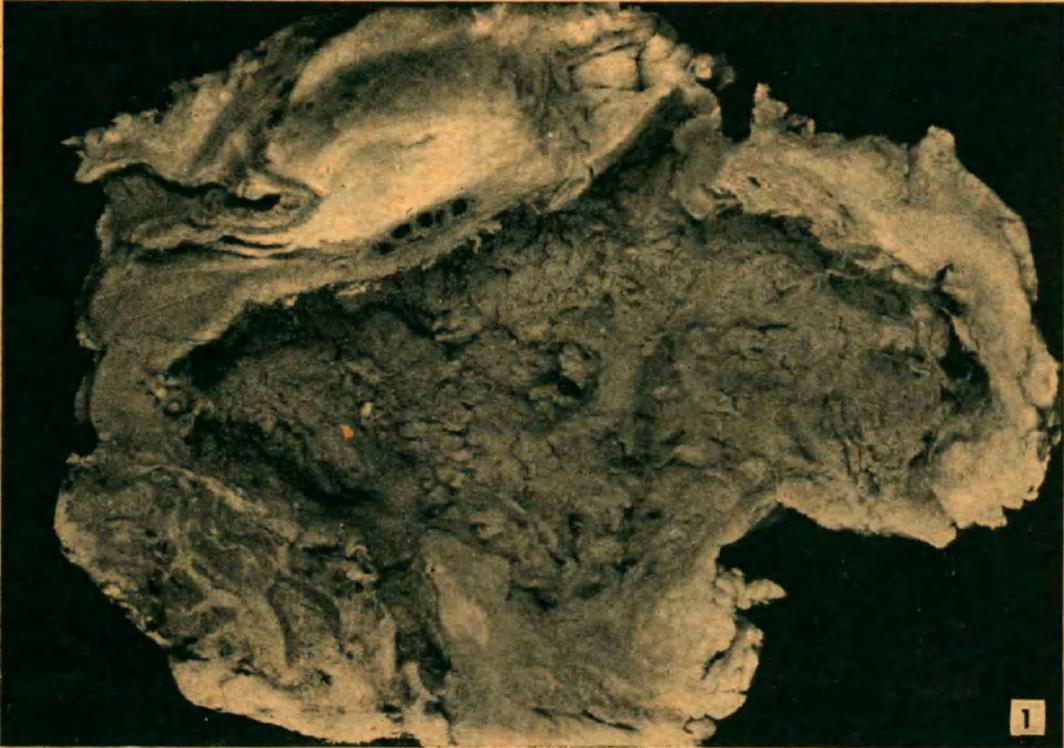
*Tipos macroscópicos de observación frecuente*

- 1) Tumor papilar visto por la cara externa; se observa que las vellosidades son poco ramificadas y conglomeradas. 2) Corte medio de un tumor papilar; las vellosidades son gruesas y acuminadas. 3) Tumor nodular infiltrando toda la pared vesical, se observa como hace prociencia hacia la luz vesical. 4) Tumor ulcerado de crecimiento invasor tomando la sub-mucosa y capas superficiales musculares. 5) Tumor ulcerado que infiltra toda la pared hasta la capa serosa. 6) Tumor ulcerado e infiltrante ocupando toda la pared vesical.



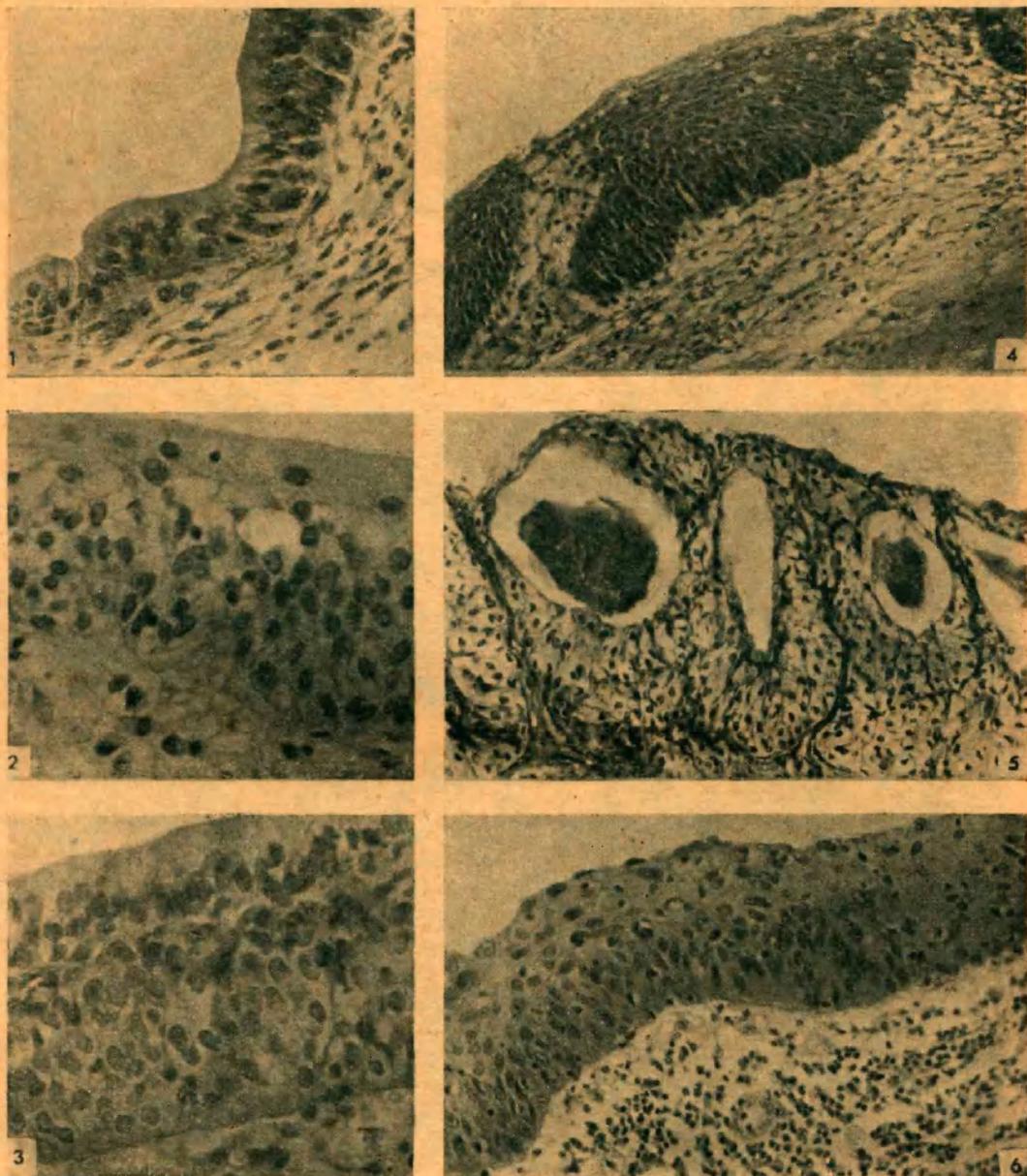
LAMINA Nº 2

1) Tumor que invade toda la pared vesical infiltrando la sub-mucosa originando un estado mamelonado de la mucosa (linfosarcoma). Tumor raro. 2) Tumor vegetante papilomatoso, se observa la invasión de la mucosa y parte de la pared muscular. Tumor frecuente. 3) Metastasis periaórtica y en hilios renales de un tumor vesical.



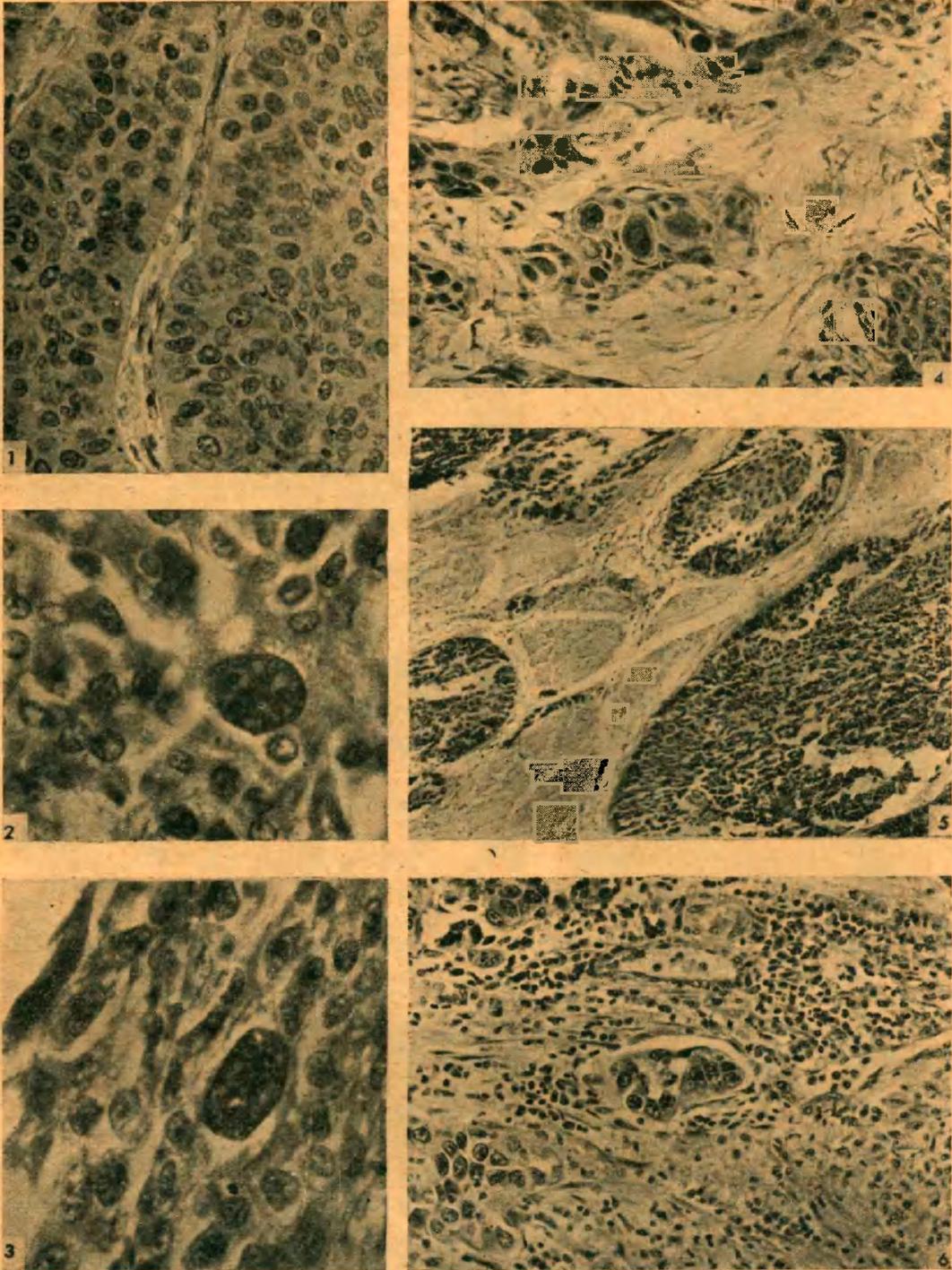
## LAMINA Nº 3

- 1) Tumor infiltrante extendido a toda la pared vesical: estudios terminales del cáncer vesical.
- 2) Tumor parietal de toda la pared vesical: Sarcoma: (Sarcoma histioblástico o Reticulo sarcoma). Variedad rara.



LAMINA Nº 4

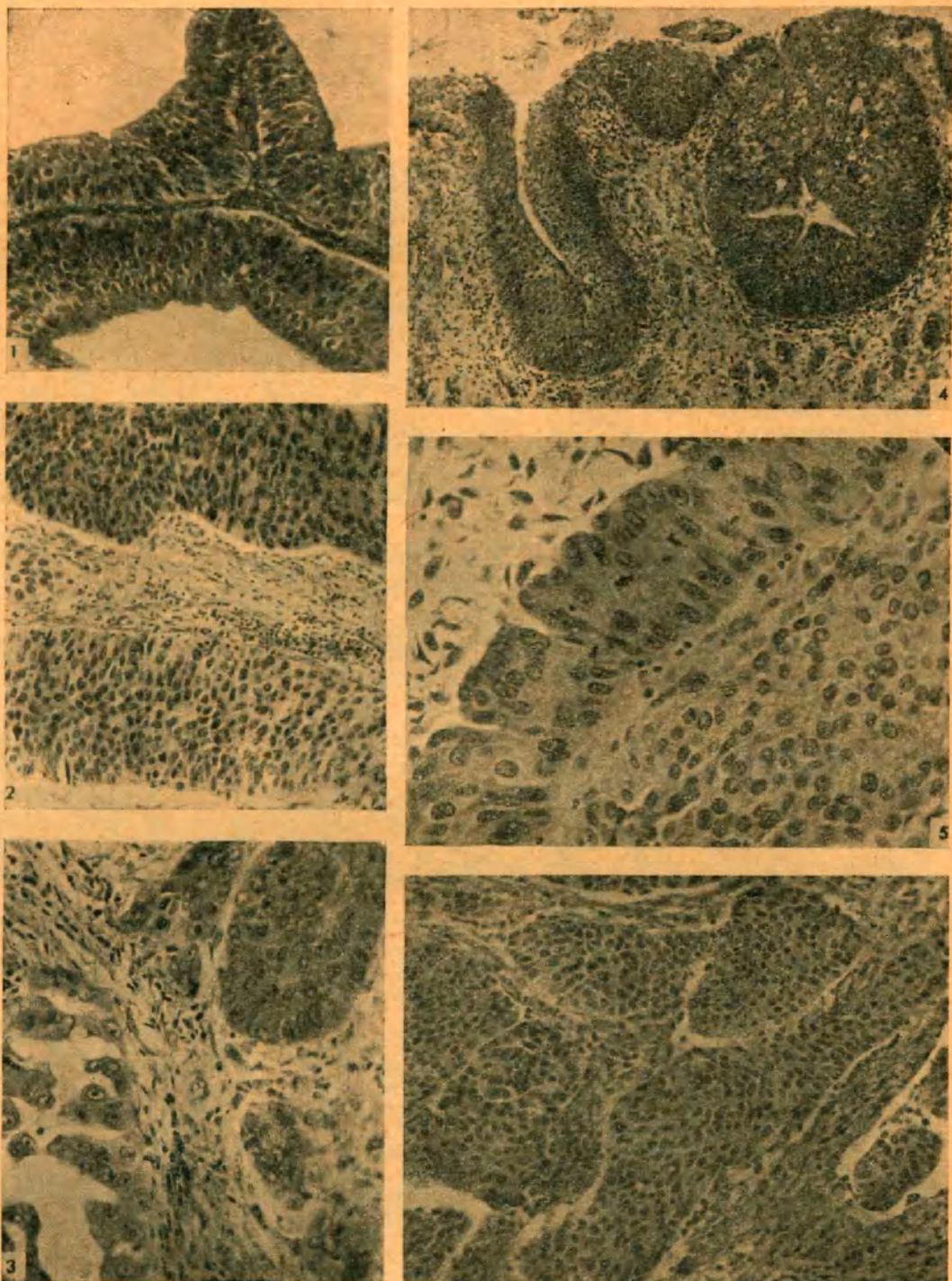
1, 2, 3) Aspectos variables de la mucosa vesical normal. 4) Focos múltiples de tipo pavimento estratificado en zonas periféricas de un carcinoma. 5) Formaciones de tipo glanduliforme, que se observan en estados irritativos crónicos y en la vecindad de algunos tumores (glándulas intraepiteliales). 6) Mucosa vesical con desorientación celular y atipias.



## LAMINA Nº 5

*Tipos histológicos de observación frecuente*

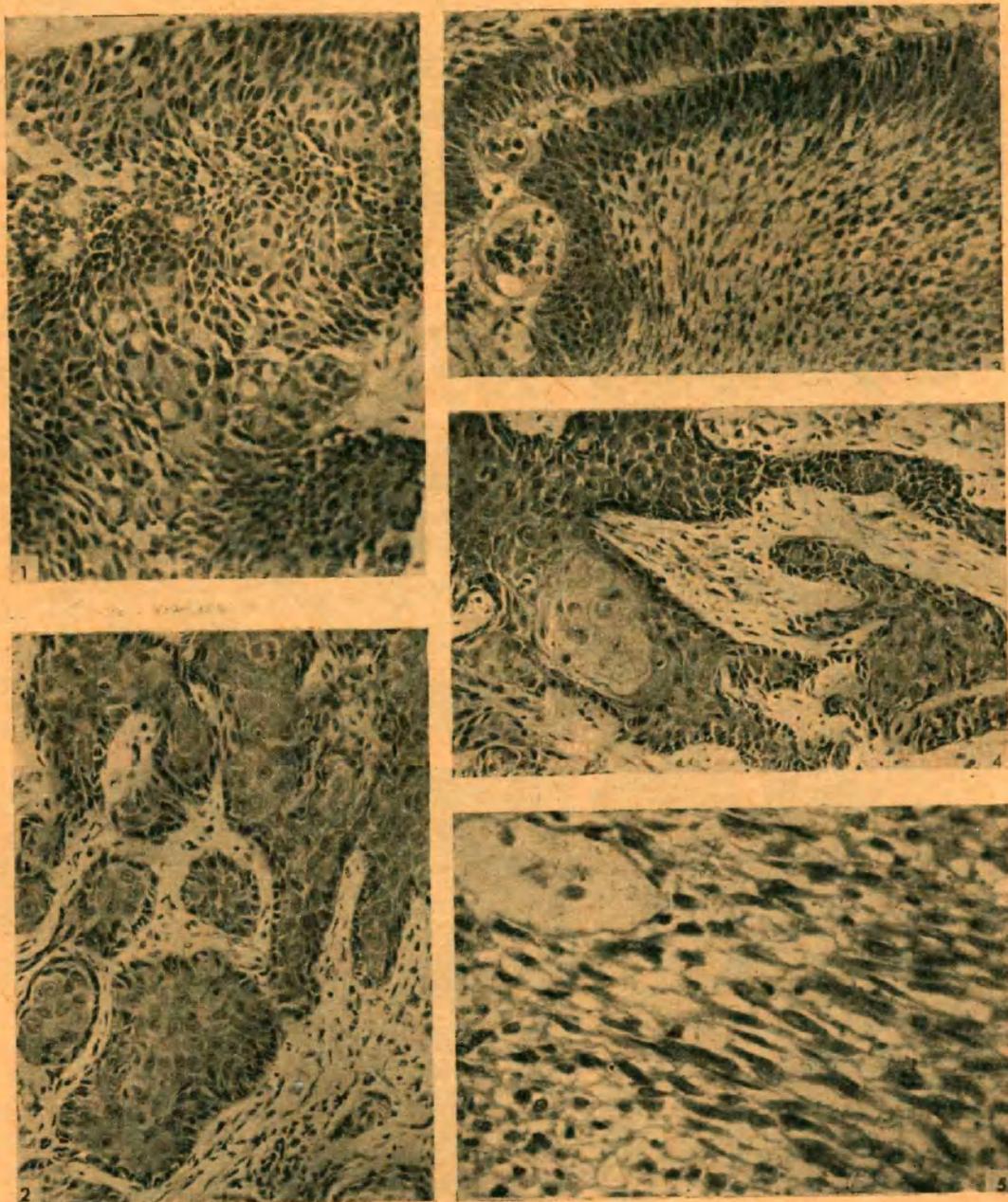
- 1) Eje de un tumor papilomatoso mostrando las atipias celulares y mitosis como indice de su malignidad histológica. 2 y 3) Anomalías y monstruosidades nucleares. 4) Zona de crecimiento infiltrante con atipias y monstruosidades. 5) Zona de crecimiento infiltrante a nivel de la capa muscular. 6) Embolos neoplásicos en el interior de vasos linfáticos.



## LAMINA Nº 6

## Tipos histológicos de observación frecuente

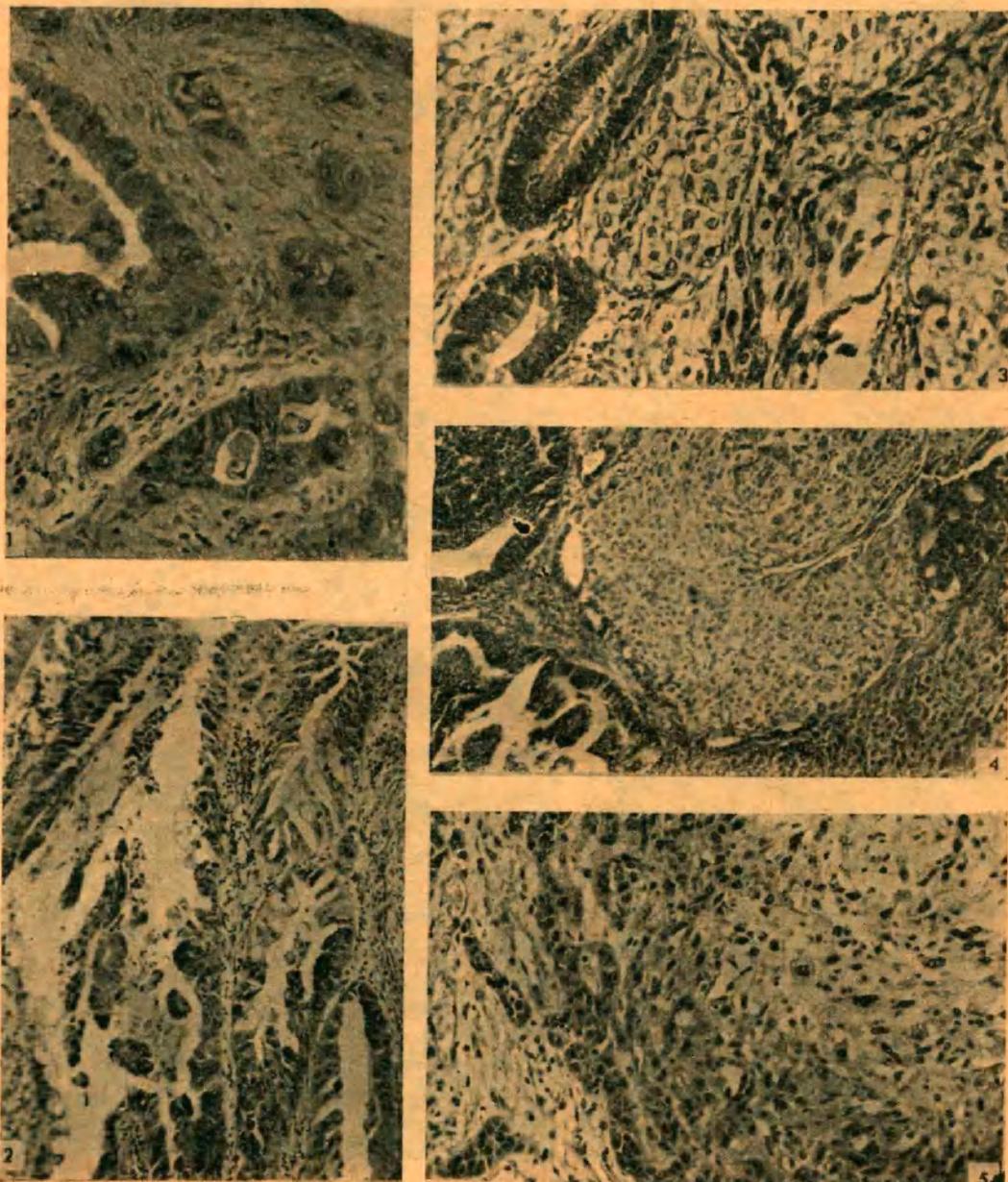
- 1) Vellosidades papilares en un tumor benigno. 2) Vellosidad papilar que por la citología permite su clasificación como epiteloma papilar diferenciado. 3) Tumor epitelial atípico maligno. 4) Epitelio vesical con atipias y brotes de crecimiento invasor. 5) Epitelio con atipias mitosis e invasión. 6) Epiteloma pavimentoso cordonado.



LAMINA Nº 7

*Aspectos variables en la diferenciación metaplásica espinocelular*

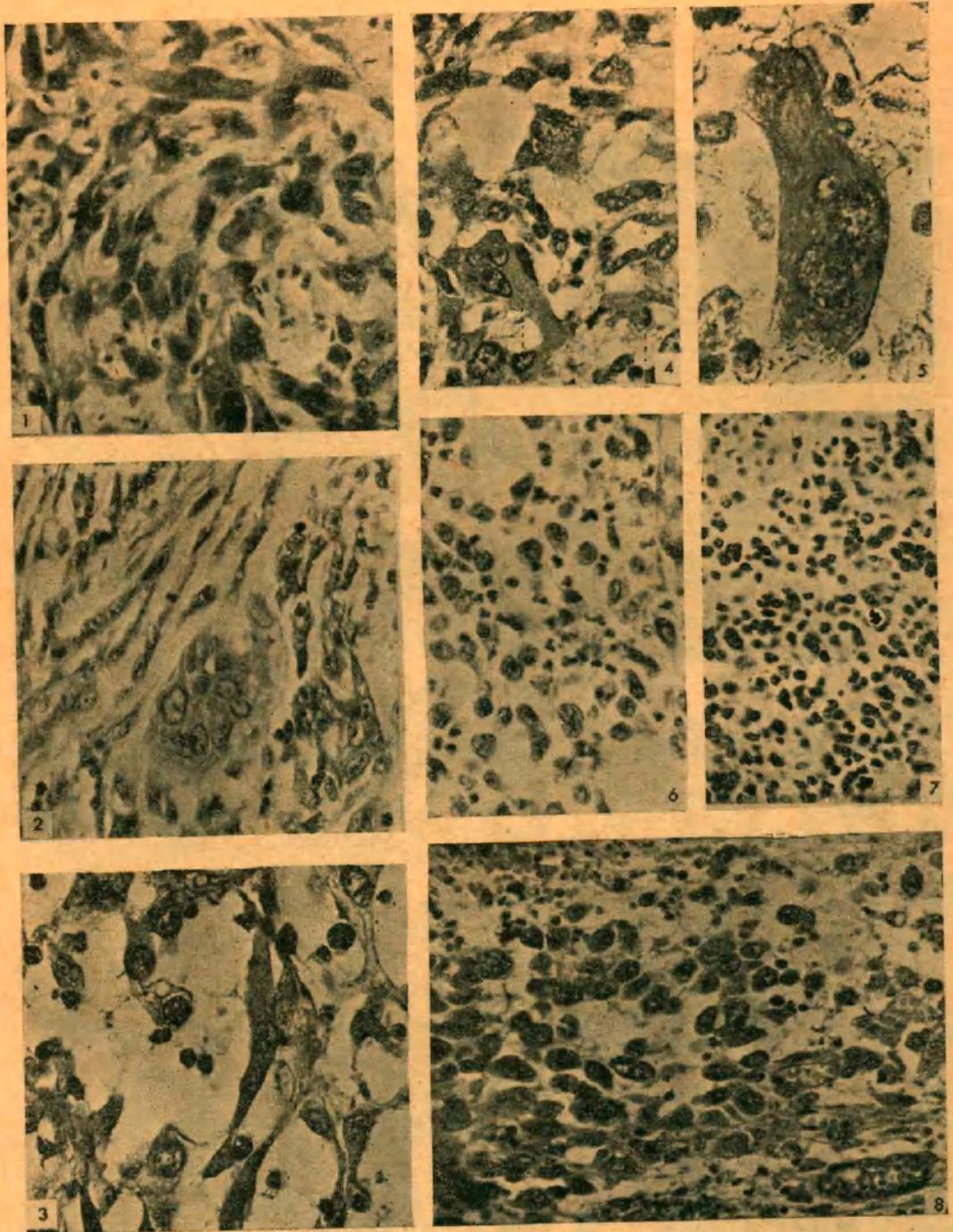
- 1) Epitelioma pavimentoso con zonas espinocelulares. 2) Cordones epiteliosomatosos con diferenciación espinocelular. 3) Tumor que evidencia las células de tipo espinocelular. 4) Cordones epiteliosomatosos con esbozos de diferenciación córnea. 5) Tumor pavimentoso adoptando las células un aspecto fusiforme sarcomatoso.



LAMINA Nº 8

*Tipos histológicos de observación rara*

- 1) Tipo glanduliforme.
- 2) Tumorações glanduliformes con transformación parcial mucosa.
- 3) Entre cordones epiteliales compactos, formaciones glandulares de tipo intestinal.
- 4) Otra observación con estructuras similares.
- 5) Formaciones cordonadas que se transforman en un tipo histológico indiferenciado que simula un sarcoma.



## LAMINA Nº 9

*Formas histológicas de observación rara*

- 1) Aspecto sarcomatoso, pudiéndose establecer en cortes seriados su naturaleza epitelial. 2) Aspecto sarcomatoso, fusiforme, pudiéndose establecer en cortes seriados su naturaleza epitelial. 3) Sarcoma mioblástico (leiomiomasarcoma). 4 y 5) Sarcoma mioblástico (rabdomyomasarcoma). 6) Sarcoma a células redondas. 7) Sarcoma linfoblástico. 8) Sarcoma histioblástico (reticulosarcoma).

## DISCUSIÓN

*Dr. Pagliere.* — De acuerdo con las características de estas reuniones, los presentes pueden hacer alguna pregunta respecto a lo que dicen los relatores.

En este caso, deseo preguntarle al doctor Monserrat cuál es el motivo de orden embriológico por el cual los tumores vesicales dan con tanta frecuencia siembra a nivel de la herida quirúrgica.

*Dr. Monserrat.* — Desde el punto de vista embriológico no habrá ninguna explicación para la siembra a nivel de la herida quirúrgica, sino que se trata de una inclusión por implante o por células que quedan circulando dentro de la vejiga. Tengo la preparación de un granuloma en que se aprecia que todos los neovasos están invadidos por la formación neoplásica. La herida operatoria será una zona de absorción de los elementos celulares caídos en la zona vesical. Eso es lo que yo puedo opinar al respecto.

*Dr. Pagliere.* — Acerca de la mayor frecuencia del cáncer de vejiga en el hombre con relación a la mujer, ¿el tabaco tendrá alguna influencia en el desarrollo de los tumores vesicales?

*Dr. Monserrat.* — A ese respecto, creo que el doctor Trabucco se ocupará del microtraumatismo. Desde luego, que las estadísticas achacan el predominio de estas tumoraciones en el hombre al tabaco, pero simplemente a título casuístico, pero de ninguna manera, en forma terminantemente probada.

*Dr. Zuckermann* (de México). — Quiero felicitar ante todo al doctor Monserrat por su interesante trabajo y deseo hacerle tres preguntas.

Primero, por qué se inclina más a la metaplasia que a la cuestión embrionaria.

Segundo, si no piensa que algunas de las imágenes que mostró recuerdan un tanto las células de Payet.

Tercero, si no ha visto tumores coriales, como cánceres secundarios de la vejiga.

*Dr. Monserrat.* — La exhibición de la mucosa tenía por objeto demostrar que la mucosa vesical tiene posibilidades metaplasiantes, que nos explicarían la diversidad de formas de tipo embrionario. Vemos que en los tumores embrionarios se hace esa evolución. Por otra parte, puede aceptarse la caída de las inclusiones embrionarias que persisten durante tanto tiempo en la vejiga, pero siempre es un recurso de interpretación. Si el tumor nace de inclusiones alantoideas, la faz alantoidea es muy precoz. Teniendo las imágenes metaplasicas me parece más lógico. Algunos autores han hecho trabajos experimentales y han llegado a esa conclusión.

Tumores coriales implantados en vejiga no he visto ninguno. El aspecto payetoide de la célula es el mismo problema que para la glándula mamaria. No se trata de una célula disqueratósica sino de un aspecto de la célula al invadir la mucosa, que es cuando tiene ese aspecto payetoide. En la literatura mundial que figuran alrededor de 400 casos de enfermedad de Darieux, en ningún caso se ha visto una transformación disqueratósica de la enfermedad de Darieux. En unos 50 casos de tumores invasores epidermotropos de la glándula mamaria hemos comprobado que cuando la célula tumoral llega al tejido epitelial, empieza a tener un aspecto especial. Consideramos que no es una célula payetoide con potencialidad tumoral de por sí. La hemos visto en vejiga y en laringe.

*Dr. Trabucco.* — Sintomatología y diagnóstico.