

## CARCINOMA EN DIVERTICULO DE VEJIGA

Dr. ELIAS JOSE ROCHMAN \*

En esta comunicación se presenta un caso de carcinoma epidermoide en divertículo de vejiga dada la baja frecuencia de los tumores endodiverticulares en la estadística del Servicio de Urología del Htal. Ramos Mejía y de la literatura en general.

Historia clínica Nº 56.541. C.A.P. argentino, 57 años, casado, carpintero. Se interna el 4 de marzo de 1968.

Antecedentes heredofamiliares. Sin importancia.

Antecedentes personales. Proctorragia en 1958 por hemorroides externas.

Enfermedad actual. Comenzó hace 1 año y medio con hematurias una vez por semana con predominio terminal de sangre color oscura achocolatada con restos de tejidos y coágulos que repitió en forma episódica durante varios meses y cedió sin tratamiento no consultando al médico. Además presentaba polaquiuria diurna y nocturna, con disuria inicial. Un nuevo episodio de hematuria motiva su consulta y es internado.

Estado actual. Orinas hematóricas. Retención 250 cc. Cistoscopia. Buena capacidad vesical mucosa congestiva. A la hora 8 orificio diverticular de bordes umbilicados del cual salen orinas hematóricas. Meatos ureterales de aspecto normal con eyaculaciones claras. Panendoscopia. Uretra anterior normal. En la uretra posterior se observan dos masas adenomatosas que no llegan a la línea media. Cuello vesical saliente.

Tacto rectal. Prostata discretamente aumentada de tamaño, lisa, elástica, bien delimitada. Esfínter rectal buen tono. Hemorroides mixtas. Genitales Pequeño quiste de cordón izquierdo.

Examen clínico general. Nada de particular.

Análisis de laboratorio. Hmto. 23. — GR. 3.100.000. — GB. 10.700. E.r.s. 13/35. UR. 0.37. Gl. 1.00. Orina. Hb. ++++. Alb. +. Piuria y hematies en gran cantidad. Hepatograma normal. Cultivo de orina. Aerobacter.

Radiología. No se observan imágenes de litiasis. Funcionamiento renal bilateral. Desplazamiento del uréter pelviano hacia la línea media. Hemivejiga derecha mal rellena.

Cistografía retrógrada. Gran divertículo vesical de contorno liso en posición oblicua.

*Evolución.* — Hematopiuuria y fiebre. Se coloca sonda Foley permanente y antibióticos. El enfermo mejora y se opera.

Cirujano. Dr. Hernández. Ayudantes, Dres. Rochman y Satorre.

Anestesia general. Incisión mediana infraumbilical. Con vejiga llena se libera su cara anterior y se cliva el divertículo que presenta adherencias por su fondo en relación con los vasos ilíacos. El uréter está desplazado pero desemboca en el triángulo.

Se abre vejiga y localiza orificio diverticular que está por encima del meato derecho. Se abre el divertículo comprobando que en la profundidad del mismo existe una tumoración dura que se propaga al piso del perineo. Con tacto rectal se comprueba que la próstata no participa del proceso. Se reseca el divertículo por su cara externa en su casi totalidad con la mayor parte del tumor. Se palpan ganglios perivasculares. Cierre del orificio de comunicación

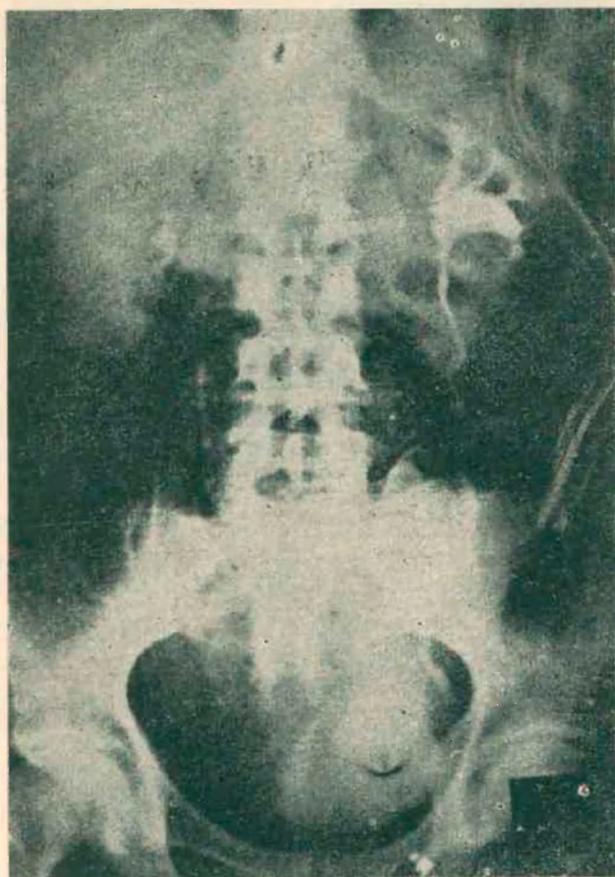


Fig. 1. — Urografía excretora; desplazamiento del uréter pelviano y hemivejiga mal rellena por el divertículo.

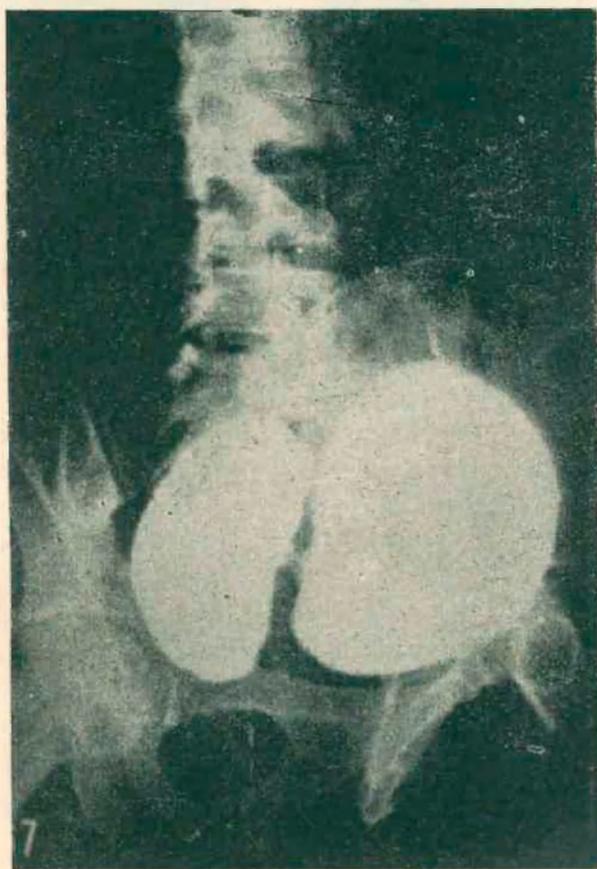


Fig. 2. — Cistografía retrógrada en posición oblicua en que se visualiza el divertículo de contorno liso.



Fig. 3. — Histopatología del tumor.



Fig. 4. — Urografía excretora 4 meses de operado. Silencio renal derecho por infiltración tumoral baja que toma 3/4 partes de la vejiga.

vesical previa constatación que el uréter está indemne. Adenomectomía según técnica y taponaje de celda prostática. Se deja sonda Pezzer N° 28 supra-pública y drena el espacio laterovesical.

Postoperatorio satisfactorio.

Anatomía patológica. Informe N° 59.996. Segmento de 9x6 cm. correspondiente a órgano con pared delgada, 3 a 4 mm. En lo que sería el fondo del divertículo, aparece incompleto, se observa sector de aspecto infiltrante ulcerado. Histopatología. Carcinoma epidermoide en divertículo vesical. Infiltración transparietal. Lóbulos prostáticos con moderada hipertrofia sin atipias. Fdo. Dr. Hojman.

Se da de alta al enfermo y efectúa cobaltoterapia en forma ambulatoria 6.000 rad.

En agosto de 1968 control. Se efectúa urograma que revela un silencio renal derecho y vejiga ocupada en sus 3/4 partes. Al tacto rectal se toca masa uniforme regular que desplaza la cápsula prostática hacia la izquierda.

En septiembre se interna por presentar nódulos en la pared abdominal. Se efectúa su resección hasta la aponeurosis.

Examen histopatológico N° 62.566. Nódulo subcutáneo integrado por cordones neoplásicos pavimentosos con áreas de cornificación correspondientes a un metástasis de un carcinoma epidermoide diferenciado. Fdo. Dr. Stadecker. Alta del enfermo.

Reingresa en enero 13 de 1969 en mal estado general con hematurias, tumor palpable hipogástrico, elefantiasis de pene y escroto y fallece el 3 de febrero.

#### Consideraciones.

La neoplasia primitiva de un divertículo vesical es una complicación de éste siendo una afección poco corriente. La frecuencia oscila entre un 0,5 % a un 6 % de los divertículos.

Knappenberger en 1960 refiere un 4 % de esta afección, afirmando que cuando coexisten un divertículo y un tumor de vejiga es mucho más factible que el tumor se encuentre ubicado dentro del divertículo.

Delivielotis y colaboradores encuentran en 1966, 4 casos en 83 divertículos vesicales, 55 de ellos tratados quirúrgicamente siendo su estadística del 4,8 %.

Monserrat en 1955 en una comunicación, sobre 281 tumores primitivos de vejiga y 32 secundarios encuentra 4 casos.

La estadística del Servicio de Urología del Htal. Ramos Mejía es la siguiente:

Desde el año 1935 hasta 1968 se hallan documentados 1061 tumores de vejiga y 64 divertículos vesicales de volumen considerable. En 5 casos hubo coexistencia de divertículo y tumor. En 2 de esos casos el tumor se hallaba localizado en la vejiga, mientras que en los 3 restantes se encontraban dentro del divertículo siendo la frecuencia del 1,9 %.

Sobre la etiopatogenia hay distintas hipótesis considerándose que la irritación crónica por la retención de orina agregados a los factores obstructivos serían causas predisponentes.

Desde el punto de vista anatomopatológico el origen epitelial de estas neoplasias es la más frecuente, habiéndose publicado hasta el año 1967 en la literatura mundial sólo 7 casos de sarcoma y en nuestro país el Dr. Bernardi en 1945 un caso de hemangioma en divertículo de vejiga.

No existe ninguna sintomatología patognomónica, encontrándose hematuria del 80 al 90 % de los casos. La localización endoscópica de una hematuria proveniente de un divertículo debe hacer sospechar la presencia de un tumor en su interior.

El diagnóstico preoperatorio suele ser difícil ya que la cistoscopia pueda diagnosticar la presencia del divertículo pero no la del tumor que sólo se

visualiza si asoma por la boca del mismo. La presencia de un cálculo dificulta aún más el diagnóstico.

La cistografía retrógrada puede ser de ayuda diagnóstica aunque no siempre definitiva para detectar el tumor.

El pronóstico es variable dependiendo de la precocidad del diagnóstico y tratamiento siendo muy alto el poder de malignidad de este tipo de tumores, ya que la falta de capa muscular determina una rápida invasión de los tejidos circundantes coincidiendo en ese sentido la mayoría de los autores que la sobrevida máxima es de 2 años.

En la revista del Congreso Panamericano de Urología el Dr. García menciona la elevada malignidad pese al tratamiento indicado y fácil cirugía.

#### *Conclusiones y resumen.*

—Hay una baja incidencia de tumores en divertículos de vejiga.

—Se debe tener en cuenta toda hematuria proveniente de un divertículo.

—El diagnóstico de certeza es generalmente intraoperatorio.

—Debe efectuarse la diverticulectomía precoz en todos los casos, y resolver concomitantemente el factor obstructivo.

—El pronóstico es malo por la invasión precoz del tejido celular venoso y linfático pelviano, siendo la sobrevida de 2 años.

—Se presenta un caso con su evolución fatal en menos de un año y la estadística del Servicio de Urología del Htal. Ramos Mejía.

## BIBLIOGRAFIA

- González, J. R.: Epitelioma intradiverticular de vejiga. R.A.U. 1942, N° 11-12.
- Trabucco, A., Márquez, F.: Divertículo vesical, litiasis, epitelioma papilífero y esclerosis de cuello en un enfermo con síndrome de Paget. R.A.U. 1947, pág. 500, N° 1-6.
- Rocchi, A., Casal, J.: Epitelioma papilar de un divertículo vesical. R.A.U. 1946, pág. 453-460.
- Bernardi, R., Budich, M. y Tallman, B.: Cáncer en divertículo vesical. R.A.U. 1959, N° 7-9, Jul.-Sep.
- Derdoy, J., Garimaldi, J., González Achával, C.: Divertículo vesical con carcinoma. R.A.U. 1967, N° 1-7.
- Clancy, F. S.: Neoplasm complicating diverticulum of the bladder. J. of Ur. Sep. 1941. T. 46, pág. 485-490.
- Mayor, R. y Moore, T.: Primary carcinoma in diverticulum of the bladder. The J. of Ur. 1954. Vol. 71, pág. 307.
- Knappenberger, S. and Melicow, M.: Primary neoplasm recurring in vesical diverticula. A report of 18 cases. J. Ur. 1960, pág. 83-153.
- Bolten, B.: Malignant diverticular tumors of the urinary bladder. Contribution on sarcoma of bladder diverticula. Z. Urol. 1967, April, pág. 259-263. Vol. 60.
- Delivielotis, A. y col.: On 4 cases of tumors in bladder diverticula. J. Urol.Nephrol. (Paris) 1966, Oct.-Nov. T. 72, pág. 691-699.

## DISCUSION

*Dr. Sáenz.* — Quisiera preguntarle al doctor Rochman si habitualmente colocan antiblásticos en el lecho cruento o algún fijador.

*Dr. Rochman.* — Durante el acto operatorio, muchas veces, sobre todo cuando el lecho es cruento, se coloca alcohol como preventivo local de la diseminación de células neoplásicas. En este caso, así se ha hecho.

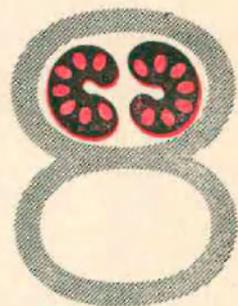
**DIAGNOSTICO**

**PIELONEFRITIS  
CISTITIS  
PIELITIS  
URETRITIS  
PROSTATITIS**

**TERAPIA**

**Wintomylon®**

La concentración de WINTOMYLON  
en el parénquima renal es ocho  
veces superior a la del suero<sup>1</sup>



Las bacterias gram-negativas, responsables de 9 de cada 10 infecciones urinarias,<sup>2</sup> son eficazmente combatidas con WINTOMYLON, cualquiera sea el pH urinario



**WINTHROP**

**EDICINAS DE CONFIANZA AL SERVICIO DEL MEDICO**

1. — Schiegel, J. V.: "Pyelonephritis". J. Arkansas M. Soc. 59.215, noviembre 1962.  
2. — Bush, I. M., et al.: "Twelve-year study of urinary bacterial cultures in a total in-patient hospital population". in Sylvester, J. C.: Antimicrobial Agents and Chemotherapy - 1964, Ann Arbor, American Society for Microbiology, 1965, p. 722.