

CARCINOMA VESICAL INTRADIVERTICULAR

Dr. Coimbra, Franz

Descripción del caso

Se trata del enfermo R. A., de 53 años de edad, casado, que consulta en noviembre de 1977 por presentar hematuria total sin coágulos de dos días de evolución, sin antecedentes hereditario, familiares ni personales de importancia.

El examen clínico no aportó datos positivos.

Las pruebas de laboratorio: rutina, así como la citología exfoliativa con técnica de Papanicolaou y la determinación de la deshidrogenasa láctica (D.H.L.) fueron normales.

El urograma excretor: mostraba buena función renal bilateral con imágenes pielocaliciales conservadas.

Cistograma: no reveló imágenes anormales.

Cistoscopia: uretra permeable, buena capacidad vesical, mucosa sana en toda su extensión, ambos meatos bien implantados, eyaculan orina clara; por arriba del meato derecho se observa un orificio de entrada a divertículo vesical. Se le indicó la necesidad de extirpación del mismo, y con la promesa de volver, se ausenta hasta el mes de junio de 1981, revelando haber presentado en varias oportunidades

leves hematurias, siendo más acentuadas en el momento de la consulta, estando decidido a efectuarse un urograma, el que no aporta nada en particular (fig. 1). Se realiza cistoscopia la que demuestra una tumoración que emerge por el orificio diverticular, situada sobre el meato derecho; resto de la mucosa vesical, sana.

Diagnóstico histopatológico: carcinoma transicional grado III.

Se operó el 15 de julio de 1981, efectuándosele cistectomía parcial con diverticulectomía y reimplante ureterovesical derecho.

El paciente evoluciona favorablemente, dándosele de alta 20 días más tarde en buen estado general.

Anatomía patológica: macroscopia. Resección vesical de $7 \times 4 \times 3$ cm, tumoración exofítica de superficie irregular con infiltración profunda hasta el tejido adiposo perivesical (figs. 2 y 3). Microscopia: carcinoma transicional pobremente diferenciado de grado III con infiltración parietal hasta tejido adiposo y propagación perineuronal con embolizaciones endolinfáticas.



Figura 1



Figura 2

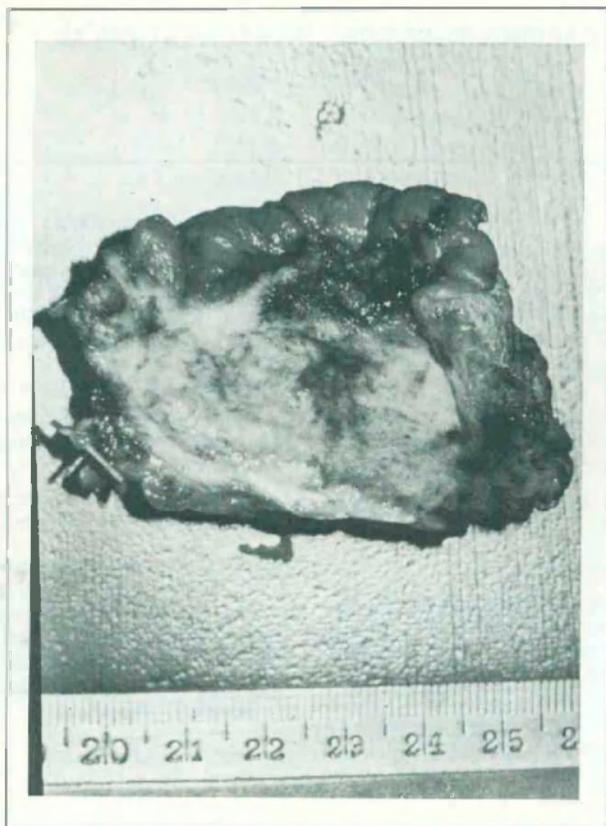


Figura 3

Consideraciones

Suele ser difícil descubrir las neoplasias de los divertículos vesicales porque no tienen síntomas característicos, el urograma de excreción y la cistografía convencional frecuentemente no los rellenan bien, incluso con la cistoscopia pueden pasar inadvertidos debido a su situación o a un cuello angosto que no permita ver bien su interior. Por tal motivo consideramos que todo divertículo de vejiga debe ser cui-

dadosamente inspeccionado y considerado como un escondite de la neoplasia, ya que las mismas ocurren más frecuentemente de lo que se halla publicado.

Asimismo, es importante tener en cuenta que, por lo general, las paredes diverticulares presentan ausencia casi total de estructuras musculares, por lo que la infiltración de una neoplasia más allá del corion transforma un estadio T1 en prácticamente un T4.

Bibliografía

Abshouse, B. S.; Golstein, A. E.: J. of Urol., 49:534, 1943.
 Jewtt, H. J.: Tr. Am. A. Genitourin. Surg., 37:51-65, 1944.
 Trabucco, A., y Márquez, F.: Rev. Arg. de Urol., 1945.
 Rocchi, J., y Casal: Rev. Arg. de Urol., pág. 463, 1946.
 Boylan, R.: J. of Urol., 65:1041-49, 1951.
 Raymond, F.; Mayer-Moore, T.: J. of Urol., 71:307-14, 1954.
 Monserrat, J.: Rev. Arg. de Urol., 1955.
 Kappenberger, S. T.; Uson, A. C., y Mellicow: J. of Urol., 83:153, 1960.

Derdoy, J. B.; Garimaldi-González, Achával: Rev. Arg. de Urol., 36:120-7, 1967.
 Shigematsu y col.: A. Urol. Jap., 17, 690-6, 1971.
 Shigematsu y col.: A. Urol. Jap., 17, 750-4, 1971.
 Shigematsu y col.: A. Urol. Jap., 18:79-87, 1972.
 Warren H., Siegel: Urology, vol. 4:411-13, 1974.
 Mazza, Osvaldo N.; Podestá, Miguel L. (h.); Borzone, Raúl J.; Ghirlanda, Juan M.: Rev. Arg. de Urol., pág. 19, 1975.