

11201
2 ej 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



PAPILOMA VESICAL TRANSICIONAL INVERTIDO REVISION DE CASOS 1970-1982

TRABAJO DE INVESTIGACION

EFFECTUADO EN EL CENTRO HOSPITALARIO
20 DE NOVIEMBRE ISSSTE

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA
P R E S E N T A

DRA. VIRGINIA LOPEZ VARELA
MEXICO, D. F. 1983

TESIS CON
FECHA DE DEPÓSITO



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

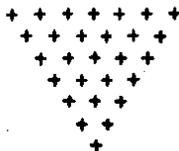
DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pags.
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	5
DISCUSION	18
BIBLIOGRAFIA	23



PAPILOMA VESICAL TRANSICIONAL INVERTIDO
Revisión de casos de 1970 a 1982.

Dra. Virginia López Varela

RESUMEN:

Se estudió el material de biopsias del Departamento de Anatomía Patológica del Centro Hospitalario "20 de Noviembre", I.S.S.T.E., correspondiente al período del 1.º de enero de 1970 al 31 de diciembre de 1982, con revisión de 123,296 casos, entre los cuales se encontraron 757 con lesión vesical, siguiendo los criterios de Potts y Hirst, se diagnosticaron seis de papiloma transicional invertido, tres de ellos estuvieron -- combinados con carcinoma transicional y tres mostraron patrón puro de -- adenoma.

* Residente de 3er. año de Anatomía Patológica del Centro Hospitalario - "20 de Noviembre", ISSSTE.

INTRODUCCION:

El papiloma vesical transicional invertido (PVTI) es una lesión benigna, descrita por primera vez por Potts y Hirst en 1963 (24), aunque ya en la literatura europea Albarrán en 1781 (22) se refería a ella y en 1927 -- Jenkins la informó bajo el título de "pólipo adenomatoide". Ye Hum Kim --- (16) la denominó "adenoma brunniiano"; sin embargo, Stern publicó un caso - (29) de un tumor benigno de origen en los nidos de Brunn, diferente al papiloma invertido; otros autores como Lorentzen apoyan la denominación de - Kim (18).

La histogénesis permanece incierta y especulativa, la mayoría de los autores suponen que el proceso es secundario a inflamación crónica que --- produce hiperplasia epitelial.

Más del 80% de los casos de papiloma invertido se han encontrado en - vejiga con localización más frecuente en trigono, cuello y uretra prostáti - ca, otros casos se han observado en pelvis renal y ureter.

La raza blanca es más frecuentemente afectada con una relación de --- 2:1 con respecto a la negra; en cuanto al sexo hay predominio en el hombre con una relación de 5 ó 7:1.

Las edades en las cuales se presenta esta lesión oscilan entre 29 y - 79 años, con predominio de 64, aunque se han publicado dos casos en la ni -ñez, uno de ellos en un paciente de 14 años (9).

El síntoma principal es la hematuria y en segundo lugar el dolor. La lesión frecuentemente es única pero puede ser múltiple.

Macroscópicamente su diámetro es generalmente menor de 3 cm; puede -- ser pediculada, polipoide o sésil, de superficie grisácea, blanquecina o - amarillenta.

Microscópicamente se observan cordones epiteliales, anastomosados, con microquistes, con material PAS positivo diastasa resistente y cubiertos de epitelio relativamente normal, a veces atenuado, de tipo transicional. Las células periféricas están dispuestas perpendicularmente a la membrana basal, mientras que en el centro de los cordones la disposición es predominantemente horizontal. Hay poco estroma fibrovascular y escasa o nula inflamación. Las células epiteliales son de tamaño regular, con características tintoriales semejantes y con poca o nula actividad mitótica.

La lesión puede asociarse a adenocarcinoma prostático y a lesiones benignas vesicales como nidos de von Brunn, cistitis quística, cistitis glandularis. Bozidar Lazarevic (17) publicó un caso de papiloma vesical invertido asociado a carcinoma papilar moderadamente diferenciado. Whitesel --- (35) señaló otro caso.

Aunque el PVTI es considerado como lesión benigna, cuyo tratamiento -- consiste en excisión total con electrofulguración de la base tumoral, se -- han encontrado casos de recurrencia con cambios hacia la malignidad, como -- en el caso de Whitesel, por lo que se recomienda estudio periódico con biopsia de las recurrencias. La inmunología y la ultraestructura son de ayuda para detectar esta transformación (1).

El diagnóstico diferencial debe establecerse con carcinoma invertido y con carcinoma papilar transicional de bajo grado de malignidad.

Se han descrito hasta la actualidad poco más de 100 casos en la literatura, la serie más grande es la de Cameron en 1976, autor que agregó 35 casos a los 44 ya publicados (Tabla No. 1). En 1978 Caro hace una nueva revisión en la que menciona 104 casos, posterior a esa revisión se han publicado casos aislados, teniendo el conocimiento de otros 16 más. (Tabla No. 2).

En el Centro Hospitalario "20 de Noviembre", sólo se ha informado de un caso de PVTI correspondiente al año de 1982, desconociéndose hasta ahora el número de casos de años anteriores.

TABLA No. 1.

PUBLICACIONES DE CASOS DE PAPILOMA VESICAL INVERTIDO

AUTOR	No. DE CASOS	AÑO
POTTS AND HIRST	1	1963
TRITES	2	1969
ASSOR AND TAYLOR	1	1970
SULLIVAN	2	1971
POTTS AND HIRST	7	1973.
PIENKOS	1	1973
CUMMINGS	1	1974
MATZ	1	1974
HEFTER AND YOUNG	1	1975
HENDERSEN	5	1975
DEMEESTER	20	1975
SIMARD	2	1975
CAMERON	35	1976

(Cameron, K. M., and Lupton, C. H.
 British Journal of Urology
 48:567-577, 1976.

MATERIAL Y METODOS:

Se hizo una revisión de biopsias y piezas quirúrgicas del Departamento de Anatomía Patológica del Centro Hospitalario "20 de Noviembre", correspondiente al período del 1o. de enero de 1970 al 31 de diciembre de 1982, que incluye 123,296 estudios. Se separaron los correspondientes a lesión vesical inflamatoria y neoplasia benigna o maligna, excluyendo los de hipertrofia vesical por crecimiento prostático; de este grupo fueron revisadas las laminillas para detectar los casos de PVTI de acuerdo a los criterios establecidos por Potts y Hirst. Posteriormente, de los casos de PVTI, solos o combinados con carcinoma papilar se revisaron los expedientes clínicos para obtener información acerca de edad, sexo, síntomas, hábitos, resultado del cultivo de orina, valoración radiológica, estudio citoscópico, tipo de biopsia, diagnóstico clínico, diagnóstico histológico retrospectivo, evolución y diagnóstico histológico actual. Además se revisó la literatura mundial a nuestro alcance.

RESULTADOS:

En la revisión del material arriba-señalado, compuesto de 123,296 -- se seleccionaron todas las lesiones vesicales, excluyendo los casos de -- hipertrofia de pared vesical por afección prostática y se encontraron 757 estudios con lesiones inflamatorias, tumorales y alteraciones congénitas.

Se revisaron todas las laminillas de estas 757 biopsias para reclasificar los diferentes tipos de lesión vesical. La tabla No. 3 señala los -- hallazgos obtenidos.

De los casos de PVTI, tres fueron del tipo clásico descrito por ---- Potts y Hirst en 1963, histológicamente constituidos por cordones epite---

TABLA No. 2

PUBLICACIONES DE CASOS DE PAPILOMA VESICAL INVERTIDO

AUTOR	No. DE CASOS	AÑO
CARO	6	1978
LAZAREVIC	4	1978
KIM	1	1978
STERN	1	1979
FRANCIS	1	1979
VIALATTE	1	1979
LORENTZEN	1	1979
UYAMA	2	1980
THEORET	1	1980
PEREZ-CASTRO	3	1980
WHITESEL	1	1982

TABLA No. 3.

CLASIFICACION DE LESION VESICAL
1970 - 1982.

CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE", ISSSTE.
DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA.

TIPO DE LESION	No. DE CASOS
TUMORES MALIGNOS PRIMARIOS	410
TUMORES MALIGNOS SECUNDARIOS	17
CARCINOMA TRANSICIONAL MAS PAPILOMA INVERTIDO	3
PAPILOMA VESICAL TRANSICIONAL INVERTIDO	3
TUMOR DOBLE PRIMARIO (PROSTATA Y VEJIGA)	1
CISTITIS AGUDA Y CRONICA	274
VEJIGA EXOTROFICA	2
MATERIAL NO VALORABLE	47
T O T A L	757

liales anastomosados (Fig. 1), con microquistes, con material PAS positivo diastasa resistente y cubierto de epitelio relativamente normal, a veces atenuado de tipo transicional (Fig. 2).

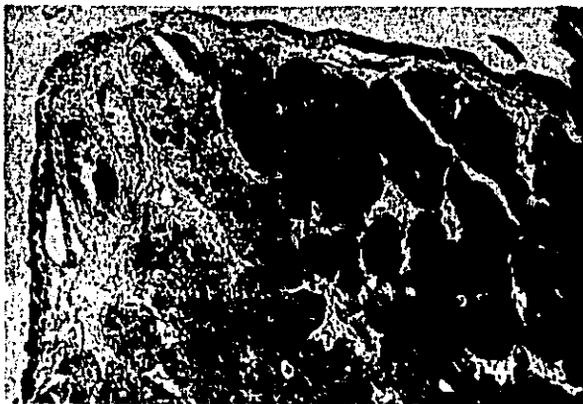


Fig. 1

PAPILOMA VESICAL TRANSICIONAL INVERTIDO

TUMOR compuesto de cordones epiteliales anastomosados. Destaca el epitelio superficial adelgazado que reviste a la neoplasia. (H.E. 63X).

Las células periféricas se disponen con tendencia a ser perpendiculares a la membrana basal y las centrales tienden hacia la horizontalización (Fig. 3).

El epitelio superficial se adelgaza y se pliega proyectándose hacia la profundidad, dejando estroma entre los cordones (Fig. 4).

El estroma es escaso y la inflamación casi nula, no se detectó en estos casos pleomorfismo celular y las mitosis fueron escasas y sin -----

atípias (fig. 5).



Fig. 2

PAPILOMA VESICAL TRANSICIONAL INVERTIDO

La lesión muestra cordones epiteliales anastomosados, con formación de microquistes con material PAS positivo diastasa resistente (PAS 160X).

En los otros tres casos hubo zonas que llenaban los criterios de Potts Hirst para el diagnóstico de papiloma vesical invertido ya descritos, pero además se identificaron zonas claramente papilares (fig. 6), en muchas de ellas se pudo apreciar algo de pleomorfismo, especialmente en el caso de un paciente a quien se le había detectado y resecado dos años antes de ser internado en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre", un carcinoma vesical - transicional (fig. 7). En este enfermo desconocemos el diagnóstico previo ya que no pudimos obtener el resultado del estudio anatómico.

Algunos de estos tumores malignos presentaban nidos de Brunn, de gran

semejanza con los microquistes descritos para el papiloma vesical invertido.

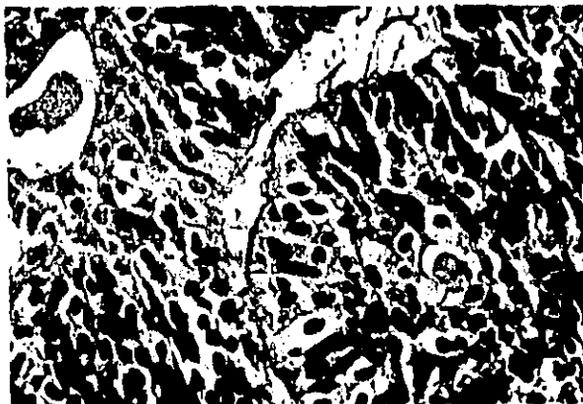


Fig. 3

PAPILOMA VESICAL TRANSICIONAL INVERTIDO

Cordones constituidos por células de tipo transicional, con las células de la perifería dispuestas perpendicularmente a la membrana basal y las centrales con tendencia a la horizontalización. (H.E. 250X).

La metaplasia escamosa no fué un hallazgo importante en nuestros casos, contrario a lo descrito por algunos autores, en cambio sí fué detectada con mucha frecuencia en los casos de carcinoma transicional puro.

Se encontró un predominio importante del sexo masculino sobre el femenino con una relación de 5:1. El paciente de mayor edad fué de 72 años y el menor de 29. Hematuria fué el síntoma más importante y constante, ya que se presentó en cinco de los casos; en el otro caso predominó fuertemente el sín

drome urinario obstructivo bajo.

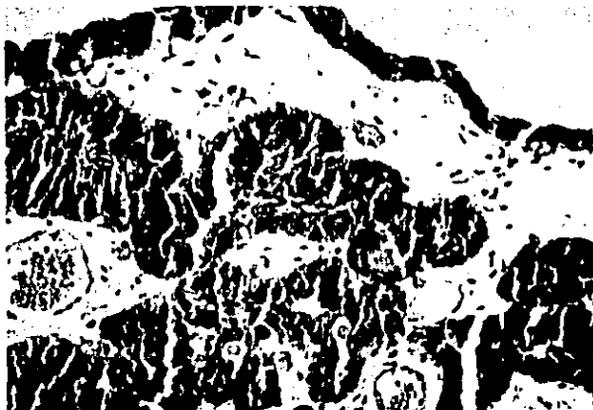


Fig. 4

PAPILOMA VESICAL TRANSICIONAL INVERTIDO

El epitelio superficial se adelgaza y se pliega proyectándose hacia la profundidad dejando estroma entre los cordones (H.E. 160X).

No se encontró relación con hábitos de los pacientes tales como tabaquismo, alcoholismo y contacto con anilina.

Además de la hematuria, el examen general de orina no señaló datos orientadores.

La evolución del padecimiento desde el inicio de los síntomas hasta su ingreso al hospital varió de un mes a trece años. En cinco casos la urografía escretora demostró un defecto de llenado vesical. El urocultivo sólo -- fué positivo en dos casos con aislamiento en uno de E. Coli y en otro de P.

aeruginosa (Tabla No. 4).



Fig. 5

PAPILOMA VESICAL TRANSICIONAL INVERTIDO

El estroma es escaso, no se observa inflamación hay poco -- pleomorfismo celular, mitosis escasas y sin atipia (H. E. - 250X).

La cistoscopia reveló en cuatro casos lesión única, y un caso de lesión múltiple. Se desconocen los hallazgos en otro caso.

Macroscópicamente la lesión fué descrita como pediculada y fungoide en tres casos. El tamaño de la lesión varió de 1 a 4 cm; en un caso el tumor fué múltiple y ocupaba las 2/3 partes de la superficie vesical. Dos casos se localizaron en el trigono, uno en el cuello, otro en piso y otro difuso con lesiones múltiples. No se refiere el sitio en uno de ellos (Tabla No. 5).

TABLA No. 4

Q. No.	EDAD	SEXO	SINTOMA PREDOMINANTE	TIEMPO DE EVOLUCION HASTA SU DIAGNOSTICO	UROCULTIVO	UROGRAFIA EXCRETORA
8195-77	46	M	H ¹	2 años	NEGATIVO	DEFECTO DE LLENADO
5522-79	65	M	6UOB ²	2 años	E. COLI	DEFECTO DE LLENADO
553-81	46	M	H ¹	3 meses	?	DEFECTO DE LLENADO
8606-81	50	M	H ¹	1 mes	P. AERUGINOSA	DEFECTO DE LLENADO
298-82	72	M	H ¹	13 años	NEGATIVO	?
5744-82	29	F	H ¹	4 años	NEGATIVO	DEFECTO DE LLENADO

¹ HEMATURIA

² SINDROME URINARIO OBSTRUCTIVO BAJO

TABLA No. 5

QUIRURGICO No.	LOCALIZACION	NUMERO DE LESIONES	ASPECTO DE LA LESION	TAMANO DE LA LESION
8195-77	TRIGONO	UNICA	PEDICULADA, FUNGOIDE	4 cm
5522-79	DIFUSO	MULTIPLE	FUNGOIDE	Ocupa 2/3 DE LA <u>SU</u> PERFICIE VESICAL
553-81	?	?	?	?
8606-81	TRIGONO	UNICA	PEDICULADA, FUNGOIDE	1 cm
298-82	CUELLO	UNICA	PEDICULADA, FUNGOIDE	2 cm
5742-82	PISO	UNICA	?	1 cm

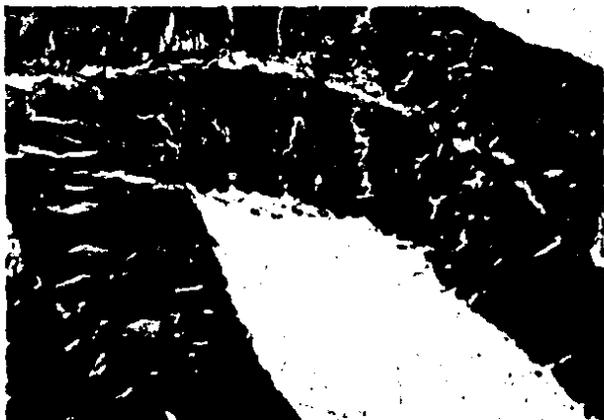


Fig. 6
CARCINOMA PAPILAR

Zona con elementos francamente papilares correspondientes a carcinoma papilar transicional bien diferenciado en la que se distinguen tallos conjuntivos delgados y vascularizados (H. E. 250X).

El diagnóstico clínico fue de tumor vesical en tres casos, papiloma en uno y en los otros dos de probable carcinoma vs papiloma vesical invertido (Tabla No. 6).

El urocultivo sólo fue positivo en dos de los seis casos y en uno de ellos el paciente mostraba crecimiento prostático G-III y el tumor en estudio ocupaba 2/3 de la superficie vesical, con localización múltiple.

La histogénesis aún permanece desconocida, Potts y Hirst (24) postularon un origen a partir de las glándulas subtrigonales, sitio donde la lesión se localiza con más frecuencia, sin embargo, esto no explica los otros casos idénticos con localización en pelvis renal. Cameron (5) explica que el epitelio del trigono y de la uretra en el sitio del conducto eyaculador

TABLA No. 6

Q. No.	DIAGNOSTICO CLINICO	DIAGNOSTICO HISTOLOGICO RETROSPECTIVO	DIAGNOSTICO HISTOLOGICO ACTUAL
8195-77	CARCINOMA VS PAPILOMA BENIGNO	CARCINOMA TRANSICIONAL BIEN DIFERENCIADO	PVTI
5522-79	PROBABLE CARCINOMA VESICAL	CARCINOMA TRANSICIONAL BIEN DIFERENCIADO	PVTI MAS CARCINOMA TRANSICIONAL BIEN DIFERENCIADO
553-81	TUMOR VESICAL	CARCINOMA TRANSICIONAL PAPILAR BIEN DIFERENCIADO	PVTI MAS CARCINOMA TRANSICIONAL BIEN DIFERENCIADO
8606-81	TUMOR VESICAL	CARCINOMA TRANSICIONAL BIEN DIFERENCIADO	PVTI
.298-82	TUMOR VESICAL	PVTI	PVTI
5742-82	PAPILOMA VESICAL	CARCINOMA TRANSICIONAL BIEN A MODERADAMENTE DIFERENCIADO	PVTI MAS CARCINOMA TRANSICIONAL BIEN DIFERENCIADO

son de origen mesodérmico, diferente al resto de la vejiga que es endodérmico, trata de explicar así la presencia de este tumor en pelvis renal y ureteros, como ya se han descrito.

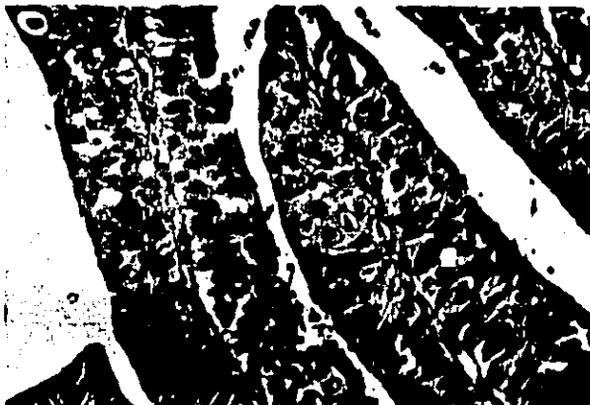


Fig. 7

CARCINOMA VESICAL TRANSICIONAL BIEN
DIFERENCIADO.

Se muestra estructura papilar de tipo transicional con pleomorfismo moderado y mitosis múltiples (H. E. 250 X).

La evolución fue variable en cada caso, en cuatro pacientes, después de controles inicialmente cada tres meses y posteriormente cada seis meses, por un año, estuvieron libres de lesión al estudio endoscópico. Uno de ellos fue seguido durante 5 años, se trató del paciente con papiloma invertido puro. Otro paciente requirió cirugía extensa con vejiga ileal. En otro enfermo se desconoce la evolución, fue uno de los casos de papiloma invertido con carcinoma transicional.

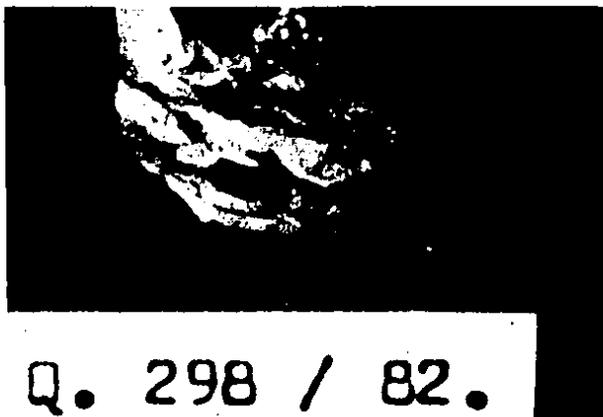


Fig. 8

PAPILOMA VESICAL TRANSICIONAL INVERTIDO

Obsérvese el aspecto fungoide de la lesión.

DISCUSION:

El papiloma vesical transicional invertido (PVTI) es una lesión poco frecuente, la literatura mundial refiere hasta 1978, en una revisión hecha por Caro 104 casos; desde entonces, e incluyendo algunos casos de 1977, se han publicado aproximadamente 121 casos.

De acuerdo con revisiones anteriores de la literatura, el número de casos encontrados en este lapso de 12 años en el Centro Hospitalario "20 de - Noviembre", es el esperado y agregamos así seis casos más a los ya descritos.

Como puede verse en la tabla No. 4, nosotros también hemos detectado u

na afección preponderante del sexo masculino sobre el femenino, con una relación de 5:1. Como la mayoría de los autores, observamos que las edades fluctúan entre la 3a. y la 8a. década, con una mayor incidencia en la 5a., nuestro paciente más joven fue una mujer de 29 años y está de acuerdo con algunos autores que enfatizan que en el sexo femenino tiende a presentarse en edades más tempranas, aunque cabe señalar un caso publicado por Francis (9) en un paciente masculino de 14 años. Algunos autores explican que el diagnóstico más tardío en el sexo masculino, es debido a que en ellos la sintomatología puede ser enmascarada por el síndrome prostático.

De acuerdo con las publicaciones anteriores, el síntoma más constante fue la hematuria, en la mayoría de los casos macroscópica, silenciosa y total. Como también ya se ha descrito, tampoco encontramos relación con los hábitos de los pacientes, como es referido para los casos de carcinoma por algunos autores, no encontramos relación ni en los casos combinados de PVTI con el carcinoma transicional.

El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta su hospitalización fue muy variado. El mayor tiempo fue de 13 años, se trató precisamente del paciente de mayor edad y con PVTI sin carcinoma.

Es de notar la importancia de la urografía excretora, ya que como vemos, en cinco de los casos se apreció un defecto de llenado vesical, sin lugar a dudas muy orientador, aunque el estudio diagnóstico por excelencia en estos casos es la cistoscopia, que además también se aprovecha para la extirpación.

La apariencia macroscópica semeja estrechamente a la descrita por otros autores y la lesión puede ser única, la mayoría de las veces, y múltiple ocasionalmente. El tamaño de la lesión señalada en la literatura mundial, fue casi siempre menor de 3 cm y su aspecto frecuentemente fungoide (fig. 8). En nuestros casos no es fácil valorar el tamaño de la lesión por el hecho de tener tres ejemplos combinados con carcinoma, aunque en contramos siempre lesión menor de 3 cm en casos puros de PVTI.

La mayoría de los autores consideran que es una lesión secundaria a -

proceso inflamatorio crónico persistente o recurrente, con hiperplasia de los nidos de von Brunn. Nosotros carecemos de datos para apoyar o negar és to, ya que la inflamación no fue muy importante en ninguno de nuestros casos y por otra parte no podemos negar que el proceso obstructivo que causa la lesión por sí misma predisponga a la inflamación.

El papiloma vesical transicional invertido ha sido pregonado como una lesión benigna, sin embargo, ya se han descrito casos de cambios hacia la malignidad y el hecho de detectar doble lesión como en tres de nuestros casos, nos hace pensar que esta entidad debe considerarse benigna con ciertas reservas, como también lo han descrito otros autores, entre ellos Lazarevic (17).

Hubo concordancia de nuestros datos epidemiológicos con los de Caro - en su revisión de 104 casos (6) y los encontrados por otros autores. Caro también hace una comparación con el papiloma (Tabla No. 7).

Es de notarse la dificultad de diagnóstico diferencial histológico -- con el carcinoma de bajo grado de malignidad, ya Caro habla de un estudio - australiano en el que sólo 38 de 85 patólogos experimentados fueron capaces de diagnosticar correctamente el papiloma vesical transicional invertido. Este problema se acentúa cuando el carcinoma ofrece un aspecto más sólido - que papilar, cuando las papilas son muy discretas o bien como en uno de --- nuestros casos excluidos (fig. 9), cuando se trata de un carcinoma invertido.

Resulta de vital importancia tener presentes dos aspectos:

- 1o. el de considerar con reservas a esta entidad como benigna y
- 2o. el de familiarizarse con los caracteres histológicos de la lesión.

Además los pacientes con papiloma vesical transicional invertido de-- ben ser vigilados periódicamente para detectar recidiva y/o cambios hacia - la malignidad.

Alroy (1) describe que estudios inmunológicos (presencia de isoantige

TABLA No. 7

COMPARACION ENTRE PAPILOMA TRANSICIONAL E INVERTIDO

CASOS	DATOS EPIDEMIOLOGICOS	P. INVERTIDO	P. TRANSICIONAL
96	PROMEDIO DE EDAD A SU DESCUBRIMIENTO (AÑOS)	55.2	APROXIMADAMENTE EL MISMO
83	PROMEDIO DE EDAD A SU DESCUBRIMIENTO (AÑOS) HOMBRES	55.8	6 AÑOS MAS QUE EN MUJERES
13	PROMEDIO DE EDAD A SU DESCUBRIMIENTO (AÑOS) MUJERES	52.1	
104	PREDOMINANCIA MASCULINA	90:14 6.9:1	3-4/1
57	RELACION CON LA RAZA (BLANCA-NEGRA)	NO EN NEGRA	HOMBRES 2:1 MUJERES 3:1
96	LOCALIZACION	91.7 % EN TRIGONO, CUELLO - VESICAL O URETRA POSTERIOR	PREPONDERANCIA EN ORIFICIOS - URETERALES Y PARED LATERAL Y POSTERIOR
96	MULTICENTRICIDAD	6.25 %	24-46 %
80	PRESENCIA DE HEMATURIA	65 %	70-90 %
102	RECURRENCIA	MENOS QUE 1%	60-70 %

nos AB y H en estos epitelios, cambios en los niveles de antígeno carcino embrionario) y ultraestructurales (aumento en el número de desmosomas y -medios de unión, así como engrosamiento con reduplicación de la membrana basal). Considerando el segundo aspecto, sólo hay que recordar que obviamente el tratamiento del paciente con diagnóstico de carcinoma es más agresivo, a diferencia de la simple excisión y electrofulguración recomendada para los casos de papiloma vesical transicional invertido.

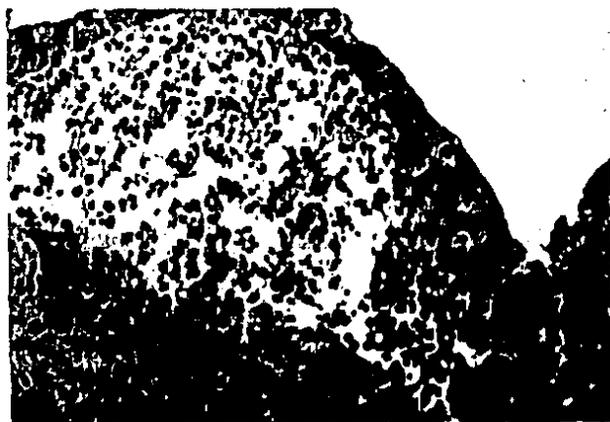


Fig. 9

CARCINOMA INVERTIDO

Obsérvese la semejanza con el papiloma vesical transicional invertido, con adelgazamiento del epitelio y proyección de éste hacia la profundidad. El pleomorfismo es notable y la inflamación abundante.

BIBLIOGRAFIA.

- 1 .- Alroy, J.
Inverted papilloma of the urinary bladder. Ultrastructural and immunologic studies.
Cancer 46:64, 1980.
- 2 .- Anichkov, N. M.
Inverted papilloma of the bladder.
Arch Pathol. 40 (4):67, 1978.
- 3 .- Assor, D.
Inverted papilloma of the bladder.
Journal of Urology 104:715, 1970.
- 4 .- Bernheim, J.
Inverted type urothelial cell bladder papillomas. Three new cases.
J. Urol (Paris) 86 (1):57, 1980.
- 5 .- Cameron, K. M.; Lupton, C. H.
Inverted papilloma of the lower urinary tract.
British Journal of Urology 48:567, 1976.
- 6 .- Caro, D. J.; Tessler, A.
Inverted papilloma of the bladder.
Cancer 42:708, 1978.
- 7 .- Cummings, R.
Inverted papilloma of the bladder.
J. Pathol. 112:225, 1974.
- 8 .- DeMeester, L. J.; Farrow, G. M.
Inverted papillomas of the urinary bladder.
Cancer 36:505, 1975.
- 9 .- Francis, R.
Inverted papilloma in a 14 year old male.
British Journal of Urology 51:327, 1979.
- 10.- Fromowitz, F. B.
Inverted papilloma of the ureter.
The Journal of Urology 126:113, 1981.
- 11.- Gamallo, C.
Inverted papilloma of the bladder. Report of a case in a 26 year old female.
Eur. Urol. 3 (3):188, 1977.
- 12.- Geiser, Ch.
Lobulated inverted papilloma of the ureter.
Journal of Urology 123:270, 1980.

- 13.- Hefter, I.; Young, G.
Inverted papilloma of the bladder.
Urology 5:688, 1975.
- 14.- Hendersen, D. W.
Inverted urinary papilloma. Report of 5 cases and a review of the literature.
Virchow Arch. Pathol. Anat. 366:1975.
- 15.- Highman, W. J.; Path F. R.
Urinary cytology in inverted papilloma of the lower urinary tract.
Acta Cytol. 22 (5):335, 1978.
- 16.- Kim, Y. H.; Reiner, L.
Brunnian adenoma (Inverted papilloma) of the urinary bladder: report of a case.
Human Pathology 9 (2):229, 1978.
- 17.- Lazarevic, B.; Garret, R.
Inverted papilloma and papillar y transitional cell of urinary - bladder.
Cancer 42:1904, 1978.
- 18.- Lorentzen, M.; Rohr, N.
Urinary bladder tumours in children. Case report of inverted papilloma.
Scand. J. Urol. Nephrol 13 (3):323, 1979.
- 19.- Martínez-Pañuela, V.; Aznar, A. I.
Papiloma invertido del tracto urinario. Presentación de un caso de localización vesical.
Revista Clínica Española 142 (2):175, 1976.
- 20.- Matz, L. R.
Inverted urothelial papilloma.
Pathology 6:37, 1974.
- 21.- Pérez-Castro, E. E.
Inverted bladder papillomas. Report of 3 cases and review of the literature.
Arch. Esp. Urol. 33 (2):107, 1980.
- 22.- Pienkos, E. J.
Inverted papilloma of the bladder.
Urology 2:178, 1973.
- 23.- Potts, I. F.; Hirst, E.
Inverted papilloma of the bladder.
J. Urol. 90:175, 1963.
- 24.- Potts, I. F.; Hirst, E.
Inverted papilloma of the bladder.
16 th Congress of the International Society of Urology.
Amsterdam, Par. II, Paris. 1973, p. 535.

- 25.- Simard, C.
The inverted urothelial papilloma of Potts and Hirst. A propos of two bladder cases.
Arch. Anat. Pathol. 23:139, 1975.
- 26.- Silva, J. M.
Inverted papilloma of the bladder. Report of a case.
Actas Urol. Esp. 4 (4):231, 1980.
- 27.- Soret, J. Y.
Inverted urothelial epithelioma. A propos of three bladder cases.
J. Urol. Nephrol. 82:484, 1976.
- 28.- Stern, J. B.
Unusual benign bladder tumor of Brunst nest origin.
Urology 14 (3):288, 1979.
- 29.- Sullivan, J. J.; Simard, C.
Inverted papilloma of the urinary bladder. Report of two cases.
Aust. N. Z. J. Surg. 41:60, 1971.
- 30.- Theoret, G.; Paquin, F.
Inverted papilloma of urinary tract.
Urology. (16):149, 1980.
- 31.- Trites, A. E.
Inverted urothelial papilloma. Report of two cases.
The Journal of Urology 101:216, 1969.
- 32.- Uyama, T.
Inverted papilloma of bladder. Two cases with questionable malignancy and squamous metaplasia.
Urology, 16 (2):152, 1980.
- 33.- Vialatte, P.; Jaupitre, A.
Inverted bladder papilloma. A propos of a case report.
Acta Urol. Belg. 47 (3):510, 1979.
- 34.- Whitesel, J. A.
Inverted papilloma of the urinary tract. Malignant potential.
Journal of Urology, 127:539, 1982.