



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL
GENERAL DE DIVISION
"MANUEL AVILA CAMACHO"
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA**

**DATOS RADIOLOGICOS DE LA ENFERMEDAD
VESICAL POR PAPILOMA VIRUS INCIDENCIA
DE CASOS DURANTE UN AÑO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

**RADIODIAGNOSTICO
(RADIOLOGO)**

P R E S E N T A :

DR. F. JUAN BALBUENA FUENTES



IMSS

PUEBLA, PUE.

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL
GENERAL DE DIVISION
"MANUEL AVILA CAMACHO"
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA**

**DATOS RADIOLOGICOS DE LA ENFERMEDAD
VESICAL POR PAPILOMA VIRUS INCIDENCIA
DE CASOS DURANTE UN AÑO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

**RADIODIAGNOSTICO
(RADIOLOGO)**

P R E S E N T A :

DR. F. JUAN BALBUENA FUENTES

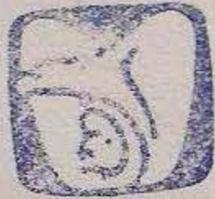


IMSS

PUEBLA, PUE.

1996

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
C.M.N. "MAC" PUEBLA.



JEFATURA DE EDUCACION
MEDICA E INVESTIGACION

A handwritten signature in dark ink, enclosed within a large, horizontal oval. The signature is cursive and appears to read 'Arturo Garcia Villaseñor'.

DR. ARTURO GARCIA VILLASEÑOR
JEFE DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO "M. AVILA CAMACHO"
PUEBLA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POST GRADO

CENTRO MÉDICO NACIONAL

GENERAL DE DIVISIÓN: "MANUEL ÁVILA CAMACHO".

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA.

***DATOS RADIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD
VESICAL POR PAPILOMA VIRUS INCIDENCIA DE
CASOS DURANTE UN AÑO***

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

RADIODIAGNÓSTICO

(RADIÓLOGO)

PRESENTA:

DR. F. JUAN BALBUENA FUENTES.

ASESORES:

DR. BERNARDINO VÁZQUEZ MARÍN.

MÉDICO NO FAMILIAR URÓLOGO.

DR. VÍCTOR FLORES RIVERA.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA.

PUEBLA, PUE.

1996.

INDICE

I ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	1
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
3 OBJETIVOS.....	6
4 HIPOTESIS.....	7
5 PROGRAMA DE TRABAJO.....	8
6 RESULTADOS.....	10
7 PRESENTACION DEL CASO.....	10
8 FOTOGRAFIAS DEL CASO.....	13
9 ANALISIS.....	19
10 CONCLUSIONES.....	20
11 BIBLIOGRAFIA.....	21

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

Condilomas Acuminados han sido también llamados Papilomas vegetaciones venéreas, crestas de gallo y verrugas húmedas. A veces en vez de ser excrecencias, tienen aspecto plano, macular o papular, o apenas espicular, casos en los cuales no muestran tendencia a coalescer como lo hacen las lesiones exofíticas francas.

Las formas más ostensibles y habituales se conocen desde hace largo tiempo, aunque sólo en 1970 quedó demostrada su etiología viral gracias a los trabajos del inglés Oriel con microscopía electrónica. (1)

El virus productor pertenece al grupo denominado HPV "Human Papiloma Virus". Existen diversos tipos de virus, hasta ahora 57, del mencionado grupo, identificados con números, e incluso subtipos que se señalan con letras, algunos de los cuales tienen selectividad por la epidermis libre, como el 1 y 2, que causan verrugas comunes y de localización plantar o palmar, o los tipos 5-8-9 y 10, que determinan cuadros de epidermodisplasias verruciforme, afección que sólo se ve en pacientes con depresión inmunológica, en tanto otros se instalan en mucosas, semimucosas o zonas de piel húmedas. (2)

Estos últimos son varios: 6-11-16-18-31-33-35-39-42-43-44, y originan los condilomas acuminados, sean en sus variedades vegetantes que les han conferido su denominación tradicional, como en las espiculares las planas o incluso las displasias mínimas previas a todas ellas.

En especial el tipo 16 y con escasa frecuencia el 18, pueden ser factores = quizás actuando en sinergia con otros virus productores "promotores" =

capaces de inducir transformaciones epiteliales y estimular una evolución celular hacia carcinomas in situ, y mucho más raramente iniciarían epitelomas invasores tanto en el cuello uterino como en el pene, siempre a largo plazo y si confluyen otras circunstancias aún no determinadas. (3)

Muchos tienen una difusión progresivamente acelerada de las lesiones relacionadas. Otros no piensan lo mismo. Bernstein y colaboradores en Estados Unidos (1985) han demostrado con sólidas investigaciones que entre 1972 y 1982 la incidencia estadística anual se ha mantenido estable según la revisión de preparados de archivos de biopsias de cuello uterino, concluyéndose que lo real sería que ahora se descubren las lesiones con mayor facilidad y certeza en virtud de la expresión de los medios de diagnóstico. Es posible que se sumen ambas cosas: hay más casos y se les identifica mejor.

Se dice que los sitios de inoculación son preferentemente aquellos que sufren mayor traumatismo durante el coito.

Condilomas Acuminados es una enfermedad sexualmente transmitida que afecta comúnmente la superficie mucocutánea de la región anogenital. (4)

La extensión a vejiga es extremadamente rara, William D. Murphy y cols. presentaron un caso de Condilomas Acuminados causando defectos de llenado intraluminal de la vejiga en un paciente que estaba siendo evaluado por infecciones crónicas del tracto urinario.

Las lesiones por condiloma acuminado son típicamente suaves y papilares, usualmente involucran el área genital externa y las uniones mucocutáneas. El agente etiológico humano es el papiloma virus HPV del grupo de los papovirus.

La extensión a la vejiga es extremadamente rara y puede ser relacionada a la inmunosupresión en nuestro paciente. Pacientes con afectación de la vejiga usualmente presentan síntomas asociados con otros procesos patológicos de la vejiga, tales como urgencia miccional, disuria, nictúria y hematuria. (5) (6)

Condiloma Acuminada de la vejiga puede ser distinguida de otras causas múltiples de defectos de llenado de la vejiga, tales como Cistitis Bullosa, neoplasma primario o metastásico, discrasias sanguíneas y cálculos múltiples. En el caso de nuestro paciente el uso del ultrasonido y tomografía computarizada puede diferenciar estas lesiones de masas intraluminales para demostrar su origen mucoso. (7)

Típicamente, condiloma acuminado es una localizada lesión benigna. Condiloma acuminado que afecta a la vejiga es sin embargo más virulento y una terapia agresiva está indicada.

Una asociación con malignación del urotelio ha sido sugerido. El tratamiento de condiloma acuminada de la vejiga es difícil. Pequeñas y superficiales lesiones pueden ser erradicadas con repetidas fulguraciones e intravesical 5-Fluorouracil. Muchos pacientes requieren sin embargo una cistectomía. Nuestro paciente fue inicialmente tratado con disección mediante laser sin éxito. Al repetir la cistouretroscopia reveló recurrencia extensiva de las lesiones. Fue recomendado al paciente una derivación urinaria con desarrollo de urecterectomía y cistectomía.

En conclusión, condiloma acuminado HPV podría ser considerada en el diagnóstico diferencial de causas raras de múltiples defectos de llenado en la vejiga urinaria y la asociación de esta con malignidad. (8)

Se ha reportado un caso de Condiloma Acuminado nivel del meato uretral en un muchacho al cual fue necesaria doble resección quirúrgica por recurrencia del mismo. El examen clínico reveló bien demarcada masa papilar de aproximadamente 2 x 2 mm. de diámetro en el meato uretral, sin evidencia de lesiones a otro nivel proximal. Desde el punto de vista histopatológico fue reportado como Condiloma Acuminado.

Se reportó también en una mujer Japonesa la presencia condiloma acuminado en la vejiga urinaria, la cual fue resecada endoscópicamente y HPV 6/11 D.N.A. fue detectado. Después del tratamiento no ha habido recurrencia de la enfermedad. (9) (10)

El tumor de Buschke-Lowenstein conocido como condiloma gigante se presenta como una variedad de condiloma acuminado causado por una infección viral transmitida sexualmente. Sin embargo es una enfermedad benigna que conlleva a un riesgo de transformación maligna. La localización primaria del condiloma gigante es la región perianal y los genitales externos. La afección de la vejiga urinaria es rara. La inmunosupresión sistémica en el tratamiento de la esclerosis múltiple puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de condiloma gigante de la vejiga.

Los autores reportan también el caso de un adulto de 26 años de edad en quien la hematuria recurrente reveló el diagnóstico de condiloma uretral con extensión a vejiga y serología positiva para HIV. Este caso nos recuerda que es esencial investigar por inmunodeficiencia en todos los casos de extensión o condiloma recurrente. (11) (12)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que la Papilomatosis Vesical es un problema de salud y un padecimiento extremadamente raro en la consulta externa del servicio de Urología y Radiodiagnóstico de este Hospital, así como en los servicios de Urgencias en el segundo nivel de atención por lo que raramente se piensa en ella como primera posibilidad diagnóstica, debiéndose hacer el diagnóstico diferencial básicamente con Cálculos múltiples, Cistitis Bullosa o coágulos sanguíneos que por imagen radiológica nos dan francos defectos de llenado dentro de la luz vesical, de tal manera que se le pueda proporcionar información adecuada al Médico tratante para el manejo posterior del paciente.

De la misma manera se trata de verificar con los métodos de imagen: Urografía, Cistograma, U.S. cuales son los datos radiográficos propios o característicos del Papiloma Virus que invade vejiga urinaria.

OBJETIVOS.

GENERAL.

Investigar los hallazgos y correlacionarlos para llegar al diagnóstico de Papilomatosis Vesical mediante los métodos de imagenología.

ESPECÍFICO.

1. Investigar los defectos de llenado intravesicales, haciéndose el diagnóstico diferencial con otras patologías y los datos radiográficos característicos del H.P.V. que invade vejiga.

2. Informar de un caso de Papilomatosis Vesical, diagnosticada por Urograma Excretos, Ultrasonido, Cistograma retrogrado y anterogrado y confirmado mediante Citoscopía y examen anatomopatológico en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho" del Instituto Mexicano del Seguro Social de Puebla, Pue.

HIPÓTESIS.

Ho.- Los estudios radiográficos, no dan imágenes características de Papilomatosis Vesical, que permitan diferenciarlas de otras patologías, que afectan a la vejiga.

Hl.- Existen datos radiográficos de la Papilomatosis Vesical que permiten diferenciarla de otras patologías, que afectan a la vejiga.

No se formula hipótesis por ser un objetivo descriptivo.

PROGRAMA DE TRABAJO.

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y no comparativo en un lapso comprendido entre el mes de Julio de 1995 al mes de Julio de 1996 con reporte de un caso de Papilomatosis Vesical, en el Hospital de especialidades Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", del Instituto Mexicano del Seguro Social en Puebla, Pue., en donde participaron en forma conjunta los servicios de Urología, Endoscopia y Radiodiagnóstico.

RECURSOS HUMANOS.

1. Un paciente con diagnóstico de Papilomatosis Vesical.
2. Médico Radiólogo responsable.
3. Médico residente de Radiodiagnóstico.
4. Personal de archivo radiológico.
5. Personal de archivo clínico.
6. Personal del Depto. de Endoscopia.

RECURSOS MATERIALES.

1. Tubo de Rayos Z y equipo de Ultrasonido de tiempo real General Electric RT 4000 con transductor lineal de 3.5 Mhz.
2. Equipo de revelado Kodak RP X-OMAT Processor.
3. Película radiográfica.
4. Material de contraste no ionico (Conray).
5. Máquina de escribir, hojas, lápiz, expediente clínico, lámpara de mesa y revistas médicas.

RECURSOS FINANCIEROS.

Los propios del investigador y de la Unidad Hospitalaria.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Se estudiaron a todos los pacientes derechohabientes del I.M.S.S. con diagnóstico presuntivo o confirmado de Papilomatosis vesical.
2. Se incluyeron a todos los pacientes de cualquier edad, sexo y nivel socioeconómico.
3. Se incluyeron a todos los pacientes que tengan expediente clínico.
4. A todos los pacientes cuyos estudios radiológicos fueron técnicamente eficientes.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1. Pacientes Que no reunieron los puntos descritos anteriormente.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

1. Pacientes que no aceptaron participar en los estudios que eran necesario realizarles.

MÉTODO.

- Se realizó una revisión retrospectiva de los expedientes clínicos y estudios radiológicos de los pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de Papilomatosis Vesical, mismos que reunieron los criterios de inclusión, asimismo se describen los hallazgos radiológicos característicos de la enfermedad, así como de su frecuencia a través de los diferentes estudios por imagen.

RESULTADOS.

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Nombre. A.M.H.C. Femenino de 56 años de edad, que cuenta con los siguientes antecedentes de interés.

A.H.F. Interrogados y negados.

A.P.N.P. Originaria de Apizaco Tlax. y residente de Atlixco Pue. escolaridad 3° de primaria, ocupación ama de casa y comerciante, estado civil viuda con 7 hijos y 4 casados y 3 solteros, religión que profesan católica. Casa habitación propia que consta de 6 cuartos con todos los servicios públicos, construida en zona sin pavimentar.

Núcleo familiar integrado por 4 miembros.

A.G.O. Menarca a los 12 años, ciclos regulares, G=9 P=7 A=2
C=0 F.U.R. Hace 3 años.

A.P.P. Diabetes Mellitus de 8 años de evolución, apendicectomía hace 12 años, transfuncionales positivos, hematuria en forma ocasional hasta llegar a la R.A.O. (retención aguda de orina). P.A.

De un año de evolución, con síntomas urinarios y manifestaciones de infecciones urinarias frecuentes, agregándose pérdida ponderal de 18 kilos en un año, con síntomas generales como astenia, adinamia e hiporexia, disminución del volumen urinario y aumento de volumen abdominal a nivel de hipogastrio que desaparece con sondeo vesical.

Los estudios iniciales muestran; Cistograma con bordes irregulares de la vejiga y estudio ultrasonográfico que apoya diagnóstico de Pb. Ca. de vejiga.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Consciente, orientada, pálida ++ hidratación en límites normales campos pulmonares ventilados, ruidos cardíacos rítmicos sin agregados, abdomen blando depresible, no se palpan adenomegalías, peristalsis normoactiva. La sonda de Foley drenando orina de aspecto microscópico normal.

Extremidades sin edema.

Estudios radiológicos iniciales: Urograma excretor y Cistograma que muestra a la vejiga de bordes irregulares y estudio ultrasonográfico que apoya diagnóstico de probable C.A. de vejiga.

HALLAZGOS POR CITOSCOPIA:

Vejiga con múltiples lesiones papilares en trigono, paredes laterales y cúpula vesical, pseudodivertículos, abundantes de tritus, no se localizaron meatos urinarios por lo que no fue posible realizar Pielografía retrograda.

REPORTE ANATOMO PATOLÓGICO:

Descripción macroscópica. Etiquetada como biopsia de vejiga se reciben 4 fragmentos de tejido de coloración blanquecina que en promedio miden 0.4 cms. Se incluyen íntegros.

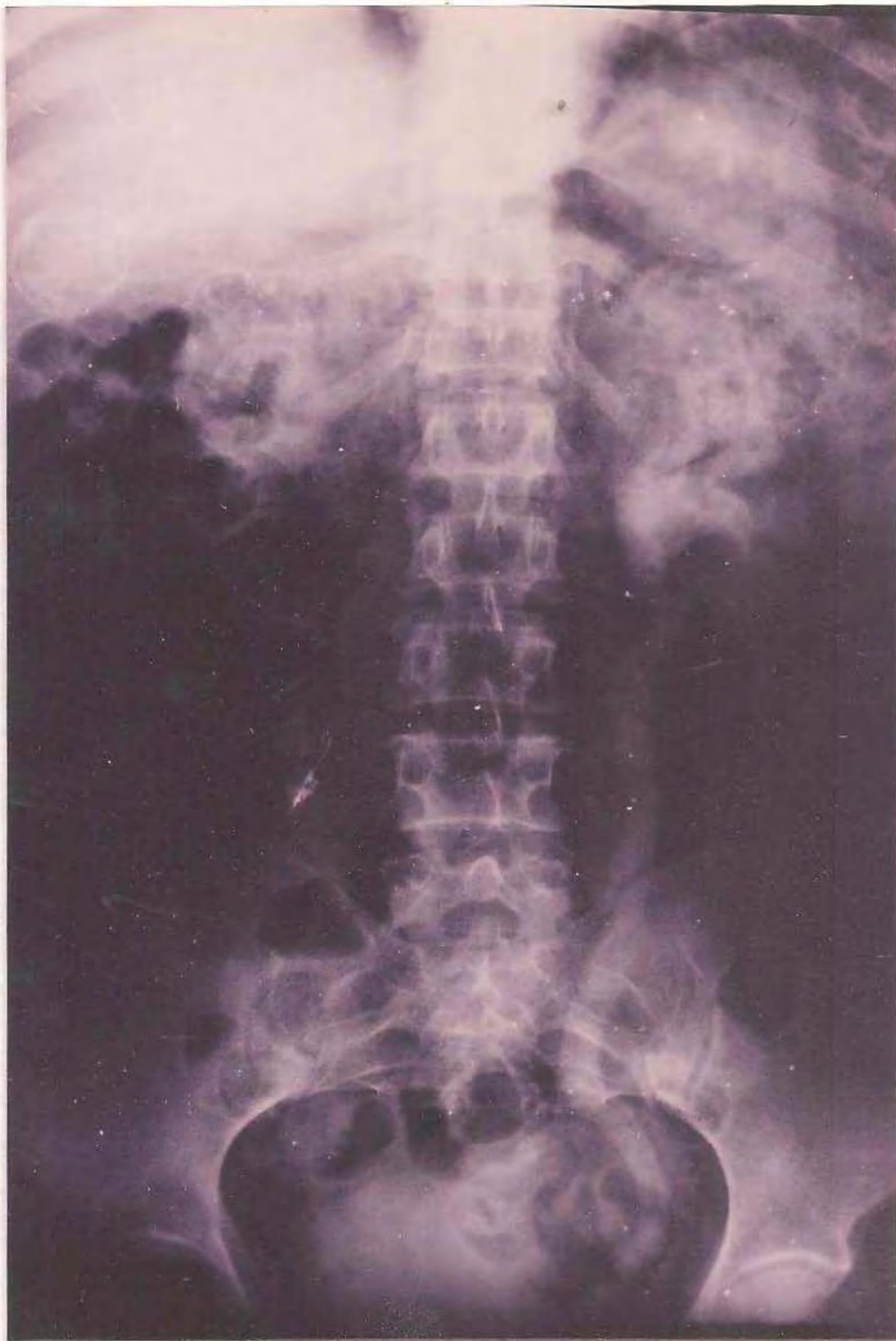
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Cistitis aguda y crónica con edema submucoso, metaplasia escamosa y cambios en el epitelio que sugieren infección por virus del papiloma.

PAPANICOLAU DE ORINA:

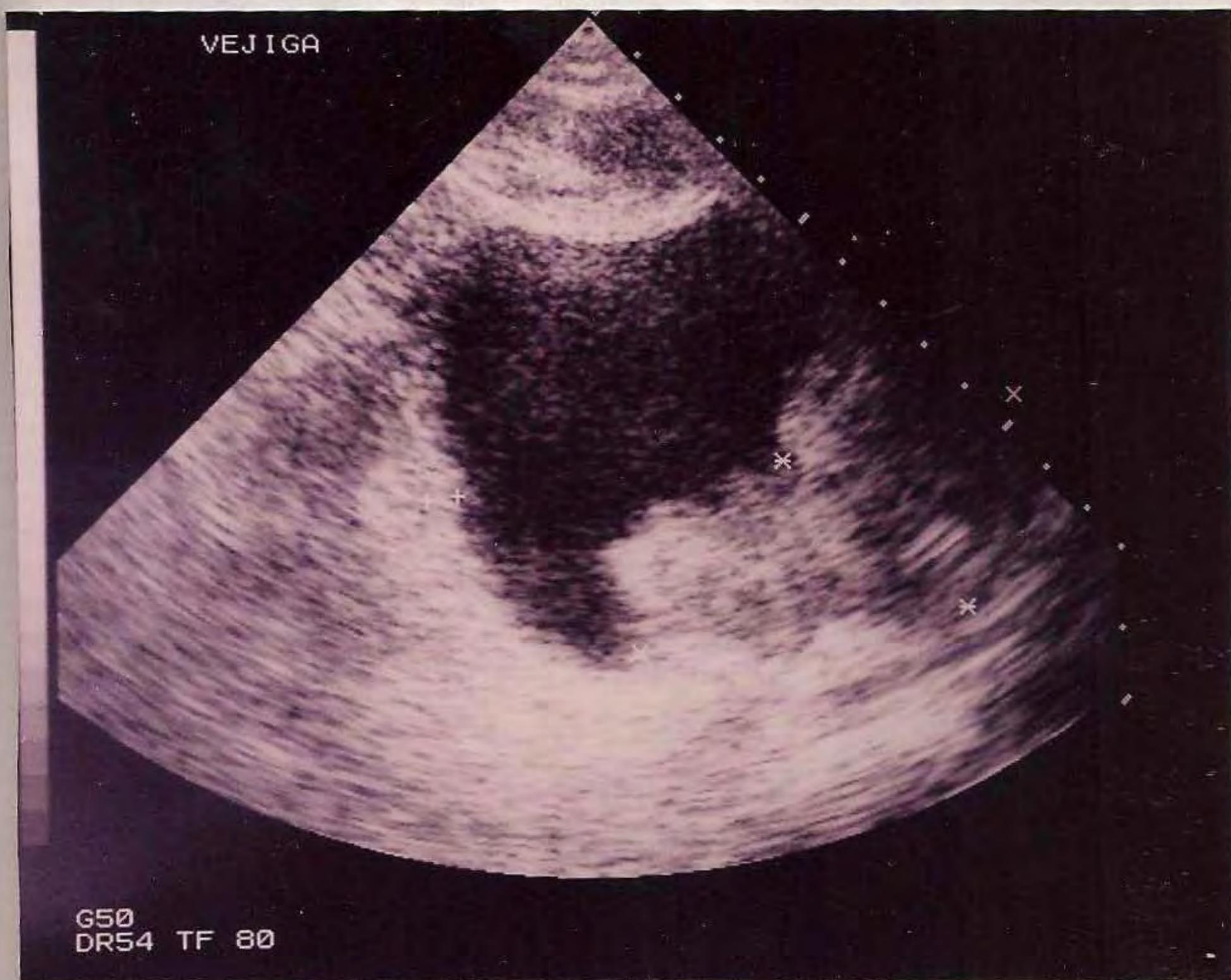
Descripción macroscópica: Se recibe muestra de orina, para su estudio

por el método de papanicolau.

Impresión diagnóstica: Citología de orina negativa a malignidad con cambios de tipo inflamatorio.



UROGRAMA EXCRETOR EN FASE DE ELIMINACION QUE MUESTRA
HIDRONEFROSIS E HIDROURETER BILATERAL. CALCIFICACION DE
VESICULA : VESICULA EN PORCELANA.



ULTRASONIDO DE VEJIGA EN CORTE OBLICUO QUE MUESTRA IRREGULARIDAD DE SU PARED. LATERAL, IMAGENES HIPERECOGENICAS INTRALUMINALES DE TIPO VEGETANTE O PAPILIFORME.

JOSE

04/01/96
12:42:40

PROBE: U
3.5MHz

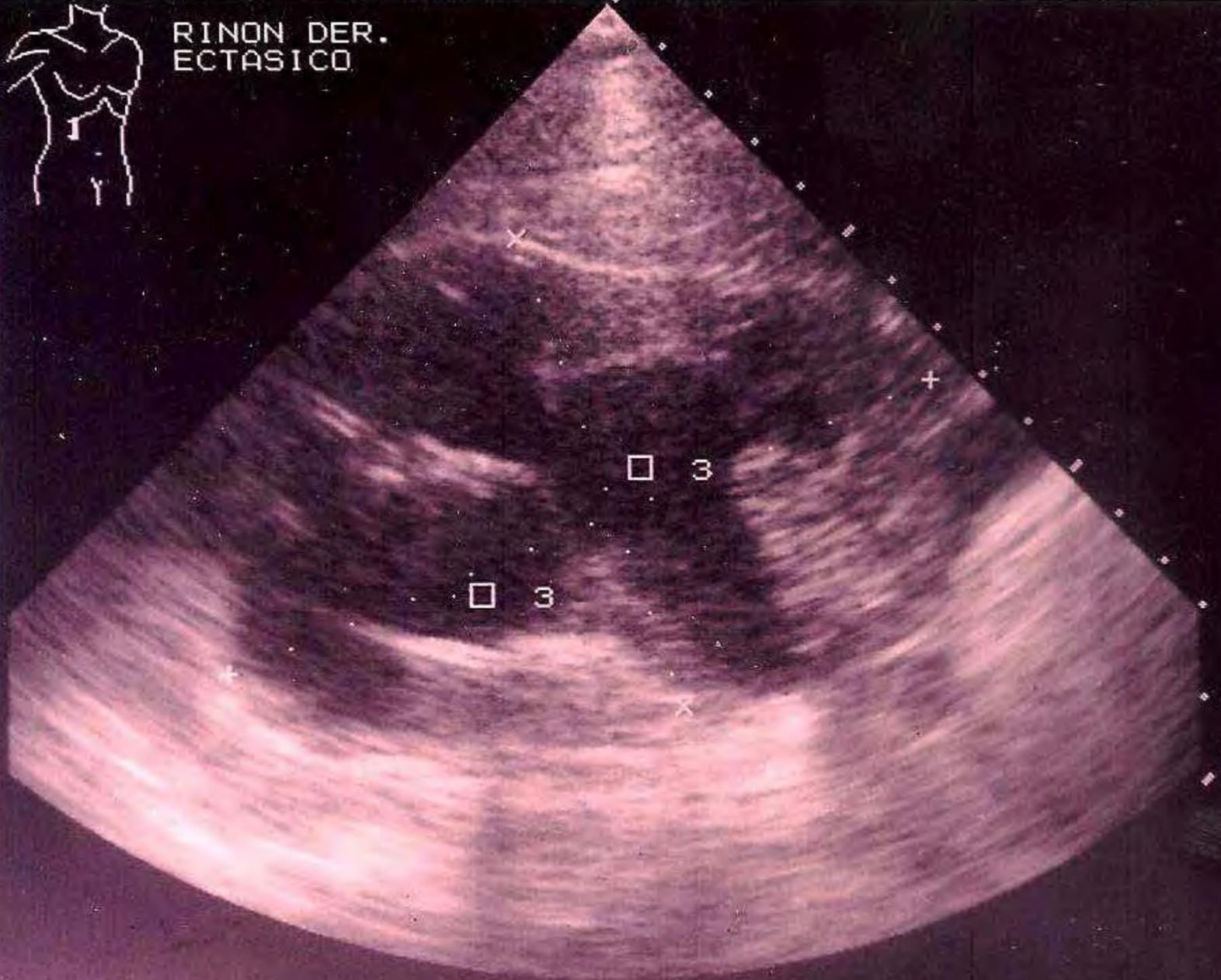
SCALE:
x1.0

MEASURE:
D+ 117
X 75
*
*

ID:
6285 64
1001
NAME:
CARMONA
HDEZ
ANA
♀ 56 A

G50
DR54 TF 80

RINON DER.
ECTASICO

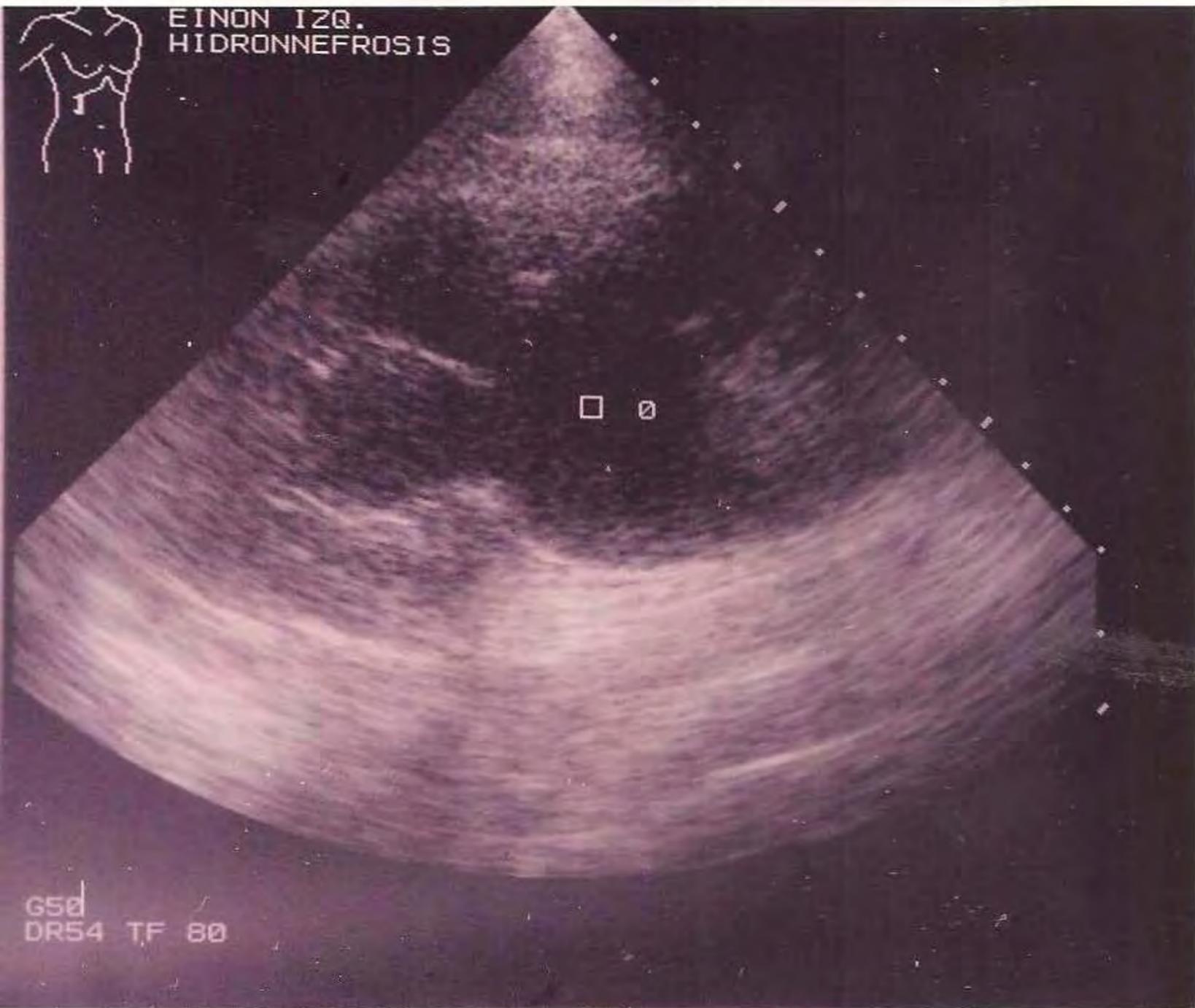


ULTRASONIDO DE RIÑON DERECHO EN CORTE LONGITUDINAL QUE MUESTRA IMPORTANTE DILATACIÓN URETERO PIELO CALICIAL CON DISMINUCIÓN MODERADA DEL PARENQUIMA RENAL DATOS RELACIONADOS, CON HIDRONEFROSIS E HIDROURETER

04/01/96
12:46:11
PROBE: U
3.5MHz
SCALE:
x1.0



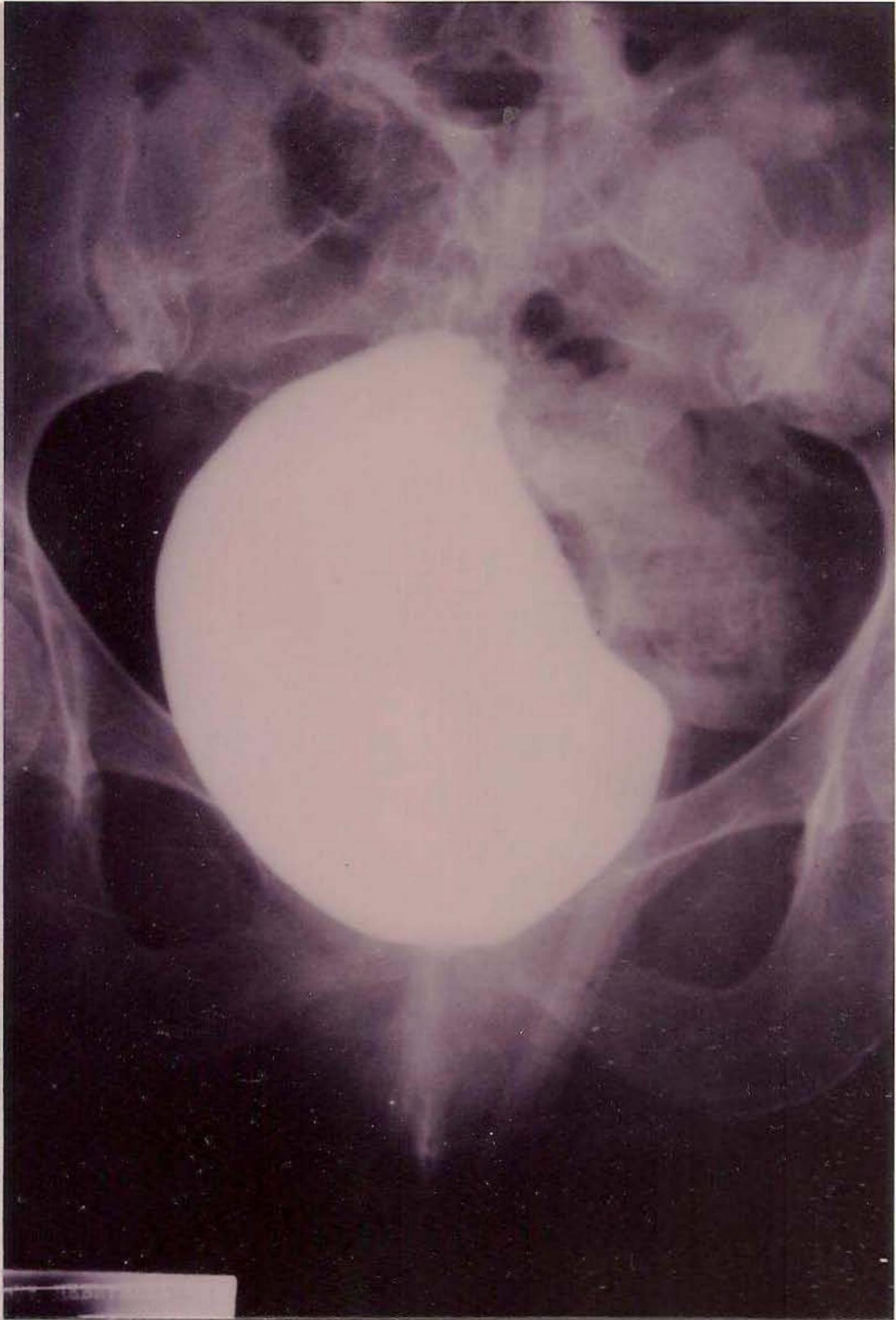
EINON IZQ.
HIDRONNEFROSIS



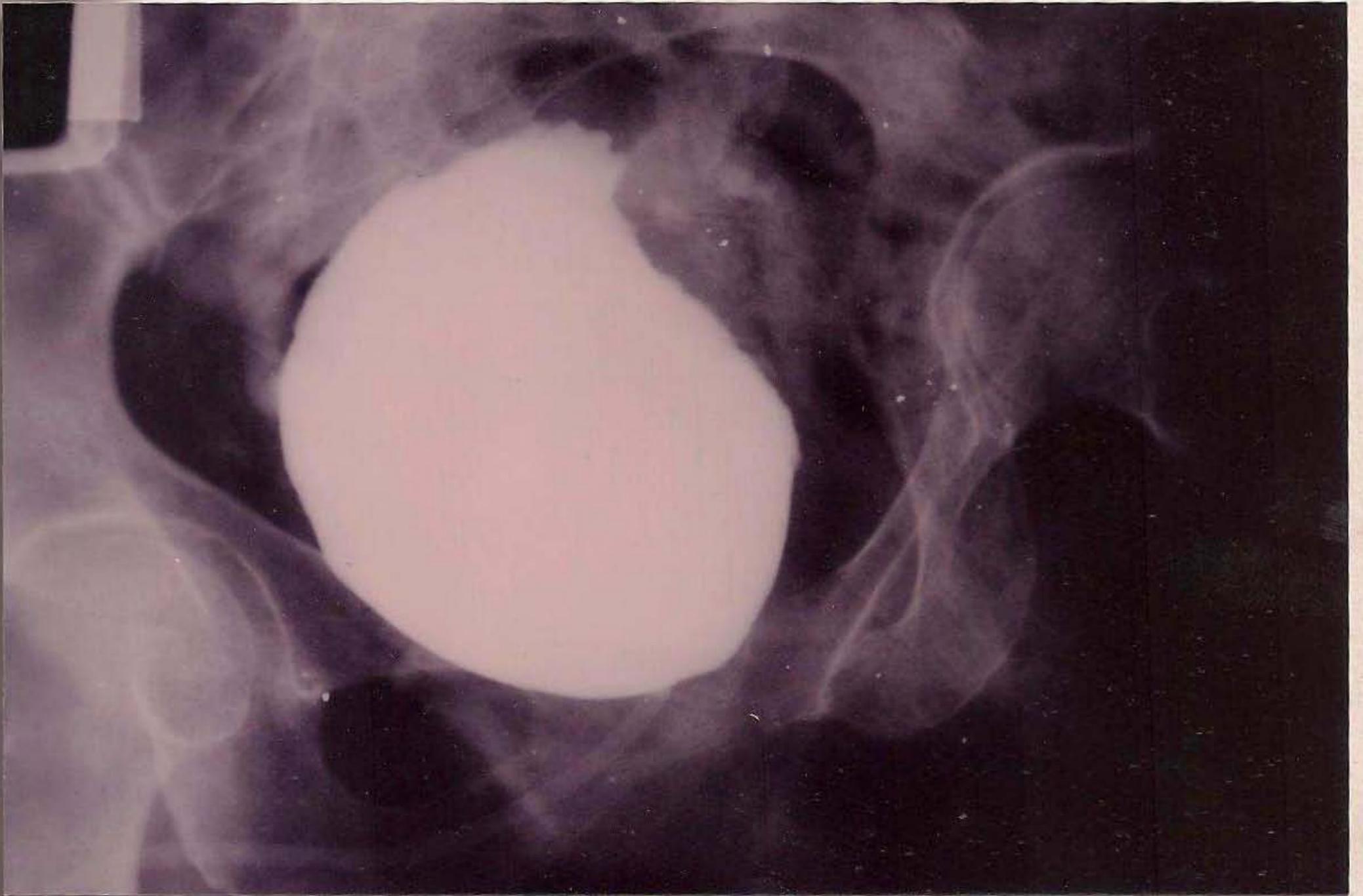
ID:
6285 64
1001
NAME:
CARMONA
HDEZ
ANA
9 56 | A |

G50
DR54 TF 80

ULTRASONIDO RENAL IZQUIERDO QUE MUESTRA DILATACION URETERO PIELO CALICIAL CON LEVE DISMINUCION DEL PARENQUIMA RENAL. DATOS RELACIONADOS CON HIDRONEFROSIS E HIDROURETER



CISTOGRAMA QUE MUESTRA A LA VEJIGA PARCIALMENTE DISTENDIDA CON UN DEFECTO DE LLENADO EN SU PARED LATERAL Y DE FORMA IRREGULAR, DATOS EN RELACION CON PAPILOMATOSIS VESICAL.



CISTOGRAMA EN PROYECCION OBLICUA QUE MUESTRA IRREGULARIDAD EN LA PARED LATERAL DE LA VEJIGA CON FALTA DE DISTENCION DE LA MISMA A LA INTRODUCCION DEL MEDIO DE CONTRASTE. RELACIONADO CON PAPILOMATOSIS VESICAL.

ANÁLISIS. .

La Papilomatosis Vesical no tiene preferencia por el sexo y se puede presentar a cualquier edad coincidiendo con lo reportado en la Literatura.

La paciente que motivó este informe mostró inicialmente sintomatología de infección urinaria recurrente lo que ameritó su envío a segundo y tercer nivel de atención médica para protocolización siendo los estudios de radiodiagnóstico elemento clave para llegar al diagnóstico etiológico en donde se observaron defectos de llenado intraluminales vesicales caracterizados ultrasonográficamente por lesiones vegetantes que rodean la mucosa vesical, mismas que fueron corroboradas con el Cistouretrograma.

La urografía Excretora descartó algún primario renal y ciertas características de la lesión papiloforme, hidronefrosis bilateral, ligera atrofia renal izquierda, hidroureter bilateral y vesícula en porcelana entre otros.

Es importante mencionar el manejo etiológico en relación con C.A. de Vejiga, lo que nos obliga a realizar rutinariamente los estudios de gabinete pertinentes para un diagnóstico precoz y evitar secuelas o complicaciones renoureterales, que obligan a procedimientos de intervencionismo como lo es la nefrostomía percutánea que contribuye a preservar la función renal.

CONCLUSIONES.

En los pacientes con diagnóstico de Condiloma Acuminata por H.P.V. en ocasiones se inicia a sospechar de su existencia, cuando presentan síntomas urinarios como: Hematuria, polaquiuria, retención urinaria evidenciada por masa en hipogastrio que desaparece mediante sondeo vesical, dolor lumbar y pélvico, disminución del volumen urinario y síntomas generales como astenia, adinamia e hiporexia y pérdida de peso, que en principio sugieren al clínico el diagnóstico de C.A. Vesical, pudiéndose tratar de una papilomatosis vesical que es extremadamente rara.

Radiológicamente el ultrasonido muestra lesiones vegetantes que rodean la mucosa vesical las cuales producen defectos de llenado y que más tarde deberán diferenciarse de otras lesiones.

La Urografía Excretora que descarta algún primario renal y descubre ciertas características de la lesión papiliforme.

Aunque es el Cistouretrograma retrogrado y miccional quien aporta más información para el diagnóstico.

Siendo finalmente la citoscopía la que realiza el diagnóstico definitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1.- Rolando C. Hereño et. al. Condilomas Acuminados, Enf. por transmisión sexual. Urología Clínica, Editorial Ateneo, Año 1972.

2.- Manuel Hernández Bustillos et al. Bol. Col. Méx. Urol. 1992; Págs. 61-63. Papiloma Invertido de Vías Urinarias en la infancia.

3.- (A case report of condyloma acuminatum of urethral meatus in a boy) Takatsuki-k; kamiyama-Y; Sato-S; Amemiya-H; Lizumi-T; Yazaki-T; Umeda-T Hinyokika-Kiyo. 1993 May; 39 (5): 479-81.

4.- Presence of human papillomavirus 6/11 DNA in condyloma acuminatum of the urinary bladder. Iwasawa-A; Kumamoto-Y; Maruta-H; Fukushima-M; Tsukamoto-T; Fujinaga-K; Fujisawa-Y; Kodama-N Urol-Int. 1992; 48 (2): 235-8.

5.- Report of a case with giant condyloma (buschke-Lowenstein tumor) localized in the bladder. Wiedemann-A; Diekmann-WP; Holtmann-G; Kracht-H J-Urol. 1995 Apr; 153 (4); 1222-4.

6.- Condylomata Acuminata of the Bladder: A Rare Cause of Intraluminal-Filling Defects. William D. Murphy, Allen J. Rovner, et al. Urol Radiol 12:34-36 (1990).

7.- (Multiple condylomata of the urethra and bladder disclosing HIV infection) Asvesti-C; Delmas-V; Dauge-Geffroy-MC; Grossin-M; Boccon-Gibod-L; Bocquet-L Ann- Urol- Paris. 1991; 25 (3): 146-9.

8.- Clinical manifestations and natural history of genital human papillomavirus infection. Campion-MJ. Dermatol-Clin. 1991 Apr; 9 (2): 235-49.

9.- Buschke-Loswenstein tumor infiltrating pelvic organs. Grassegger-A; Hopfl-R; Hussl-H; Wicke-K; Fritsch-P Br-J-Dermato. 1994 Feb; 130 (2): 221-5.

10.- Muños Reyes J. A. Martín Gómez F. Gómez Ibarra V. Amezcua García, G. Papiloma invertido de vejiga urinaria Presentación de 4 casos. Bol. Col. Méx. Urol. 1989 6:129.

11.- Uyama T. Na kamura S. Moriwaki. S. Papiloma invertido de la vejiga urinaria; urology, 1980; 16:152.

12.- Caro D. J. Tessler A. Inverted Papilloma of the bladder Cáncer, 1978; 42: 708.

13.- Calvo D. D. Sánchez C.R. López V.V. Papiloma Transicional invertido de la vejiga Bol. Col. Méx. Urol. 1989 6:92.