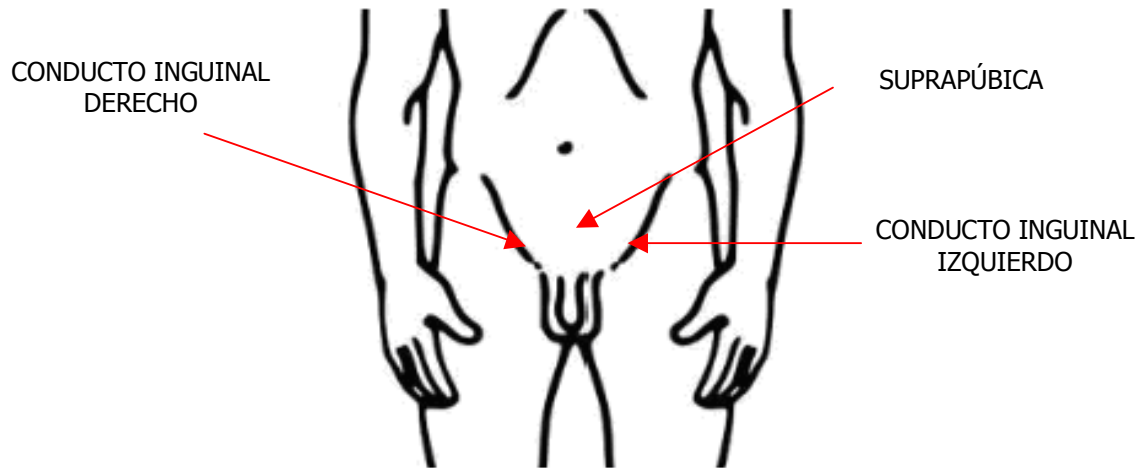
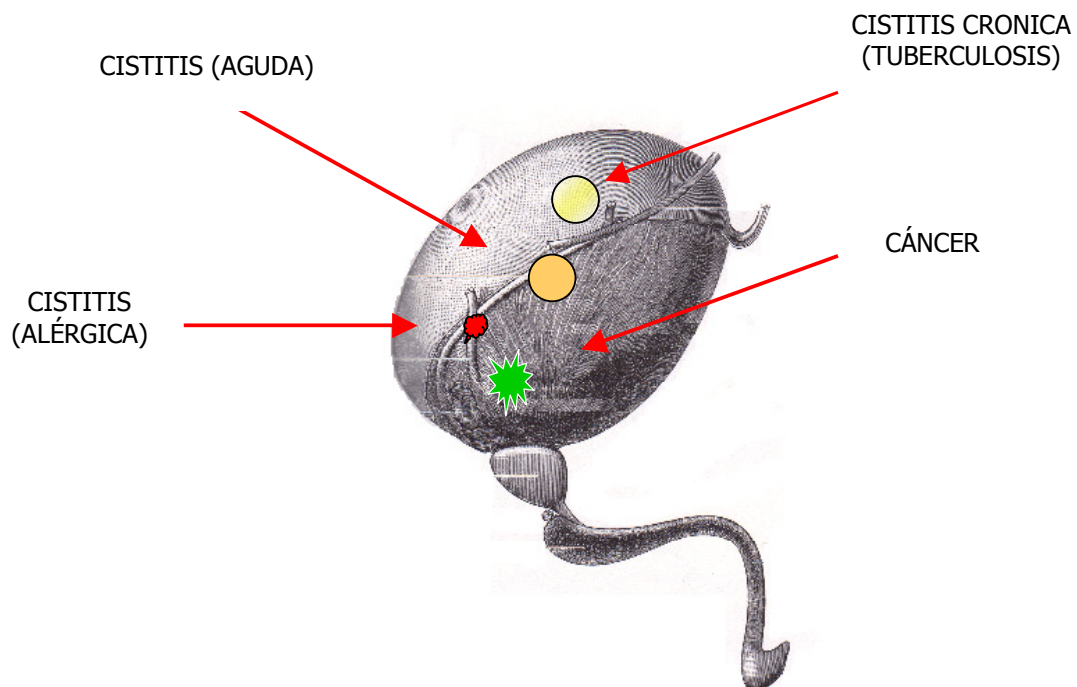

CÁNCER DE VEJIGA

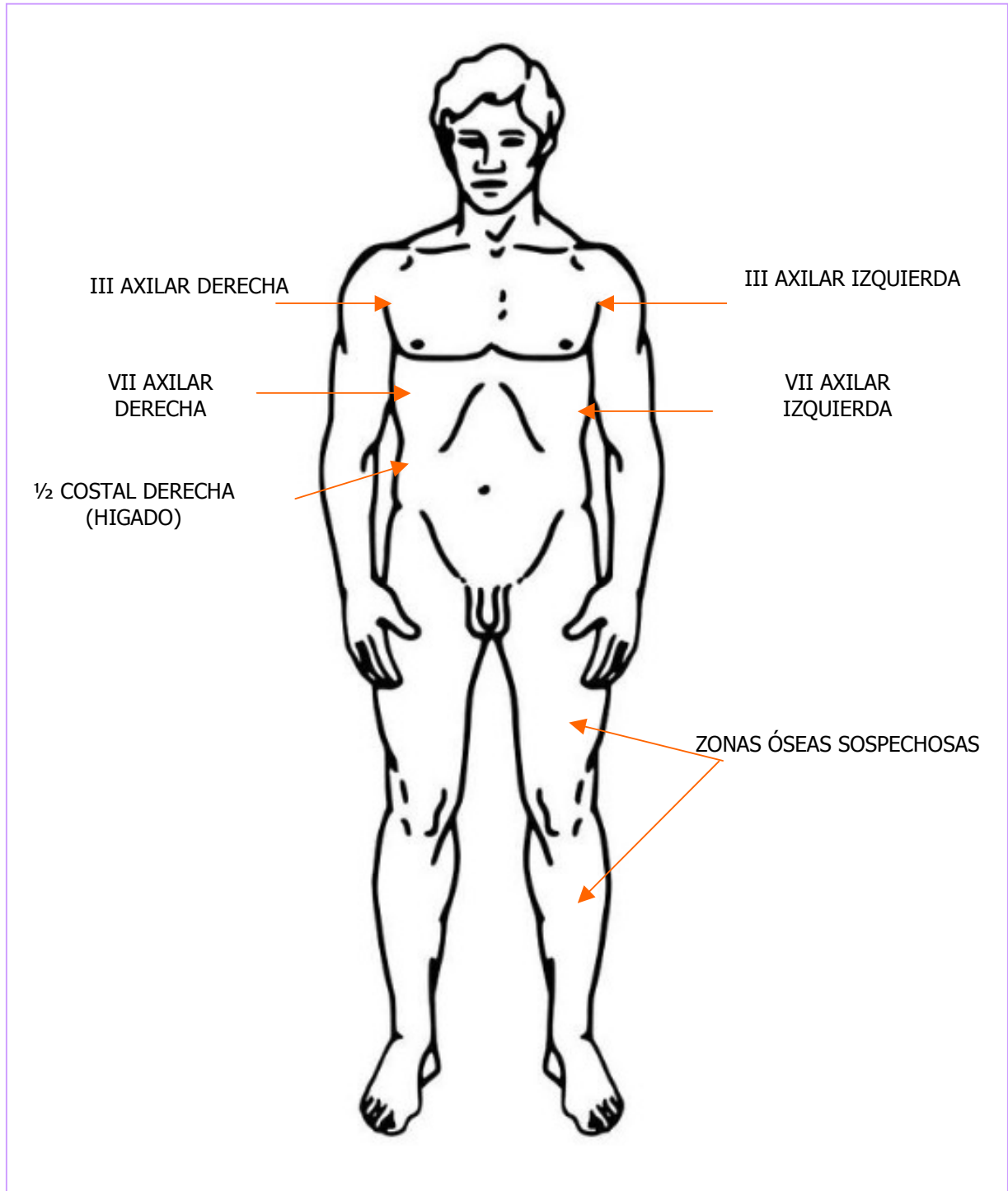
TOMAS PARA BIOTOPOGRAMA PARA EXPLORAR VEJIGA URINARIA



PATOLOGIA DE VEJIGA URINARIA

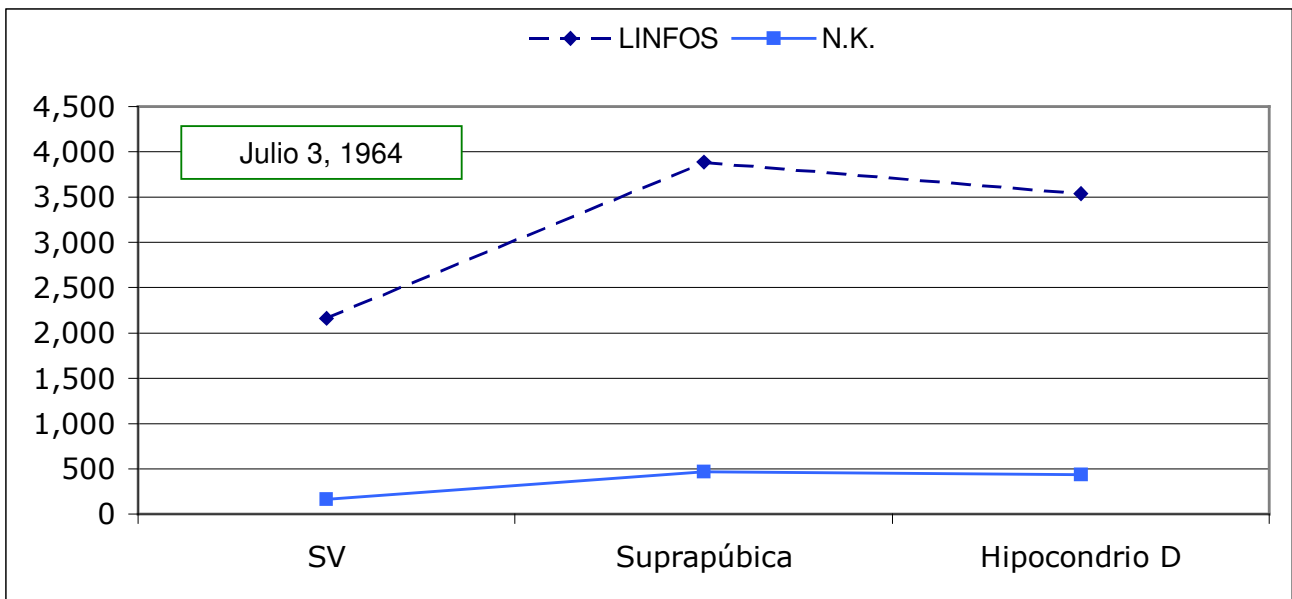


TOMAS DE MUESTRAS PARA METÁSTASIS DEL CÁNCER VESICAL



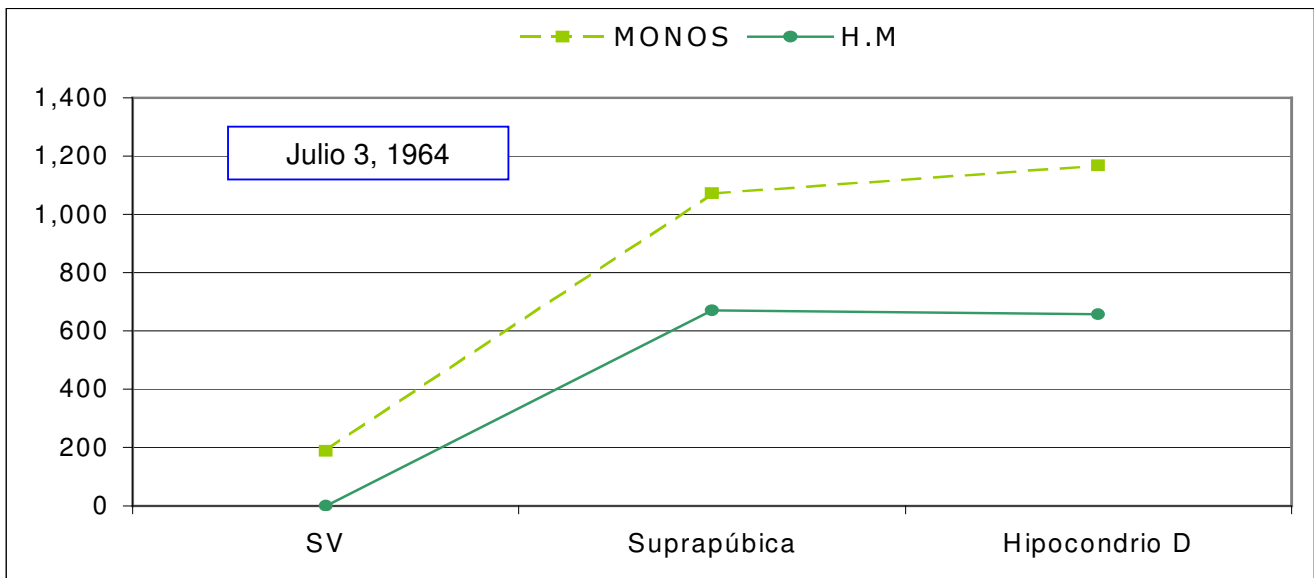
CÁNCER VESICAL

Sr. G.D.

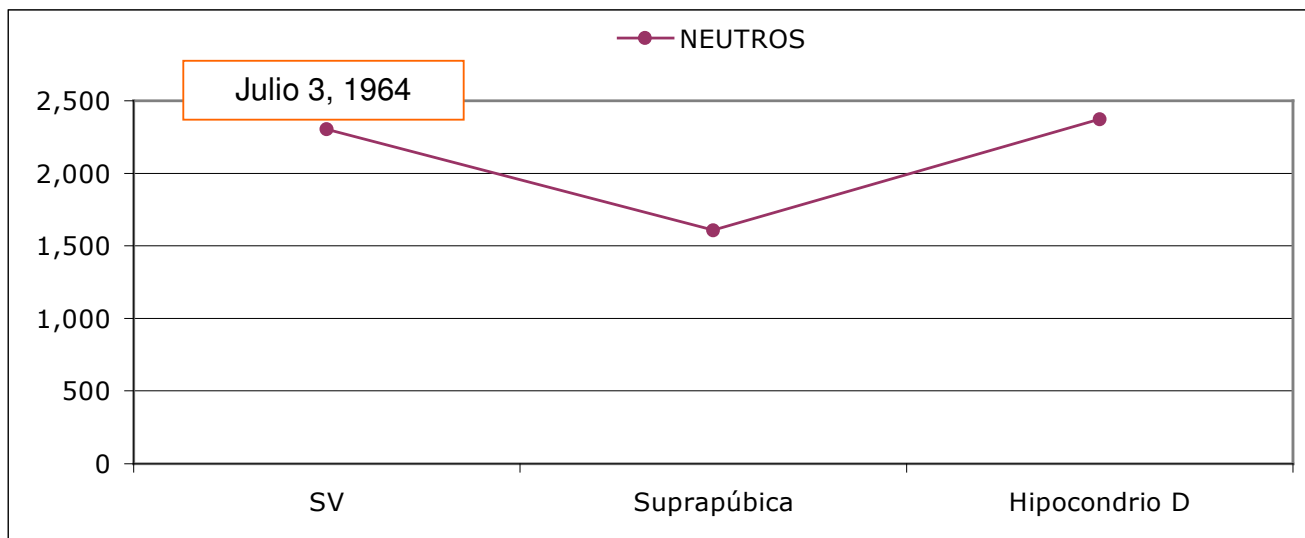


Las variaciones de la población linfocitaria son similares en los sitios estudiados.

Sr. G.D.

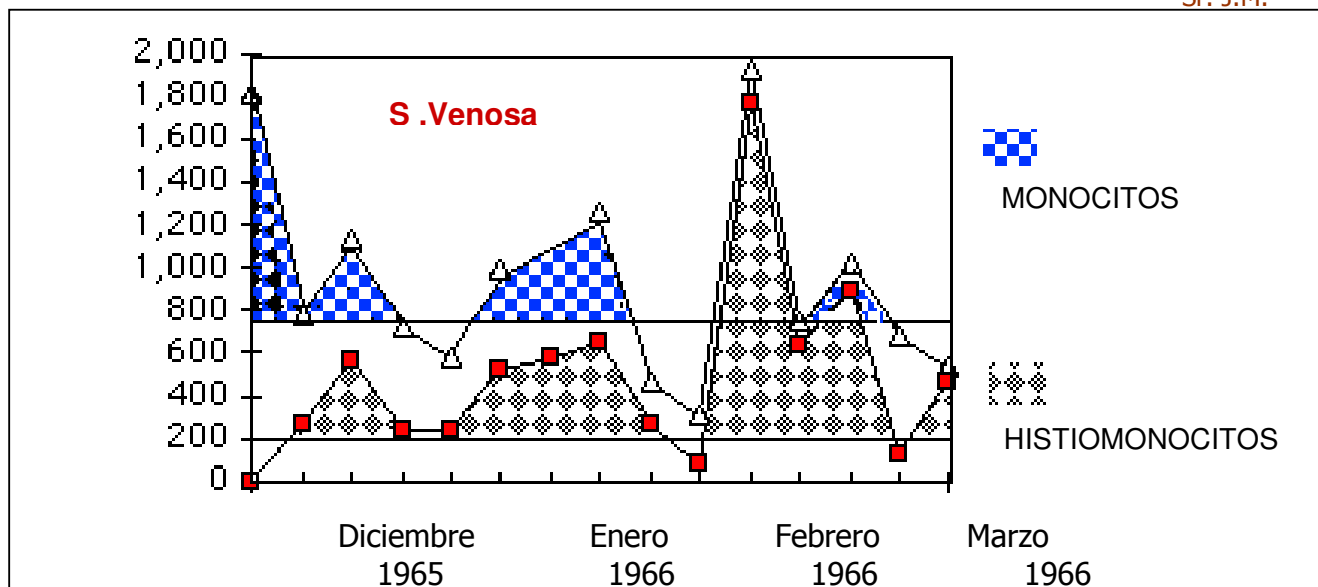


La monopenia de la sangre venosa contrasta con la discreta monocitosis a expensas de histiomonocitos en las toma suprapúbica e hipocondrio derecho, lo que sugiere que además del tumor vesical exista metástasis hepática.

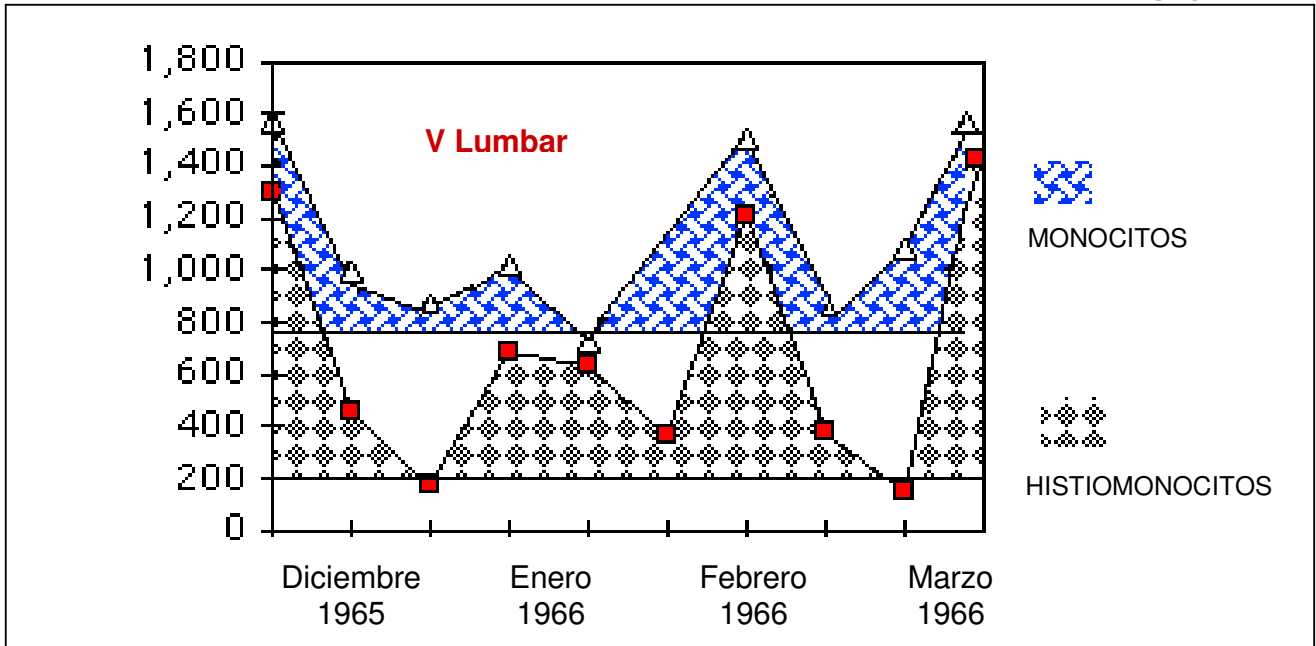


El estado de neutropenia encontrado en los tres sitios es sensiblemente uniforme y marca la escasa reacción local del organismo frente a un agente infeccioso.

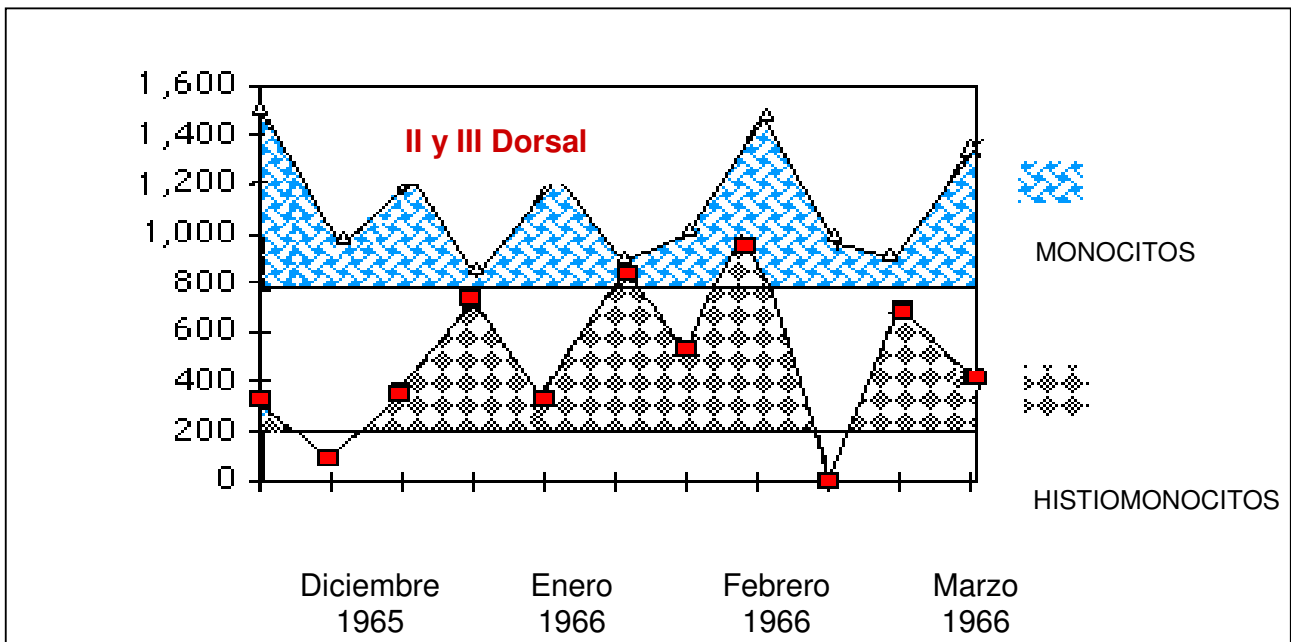
CARCINOMA VEJIGA CON METASTASIS PULMONARES



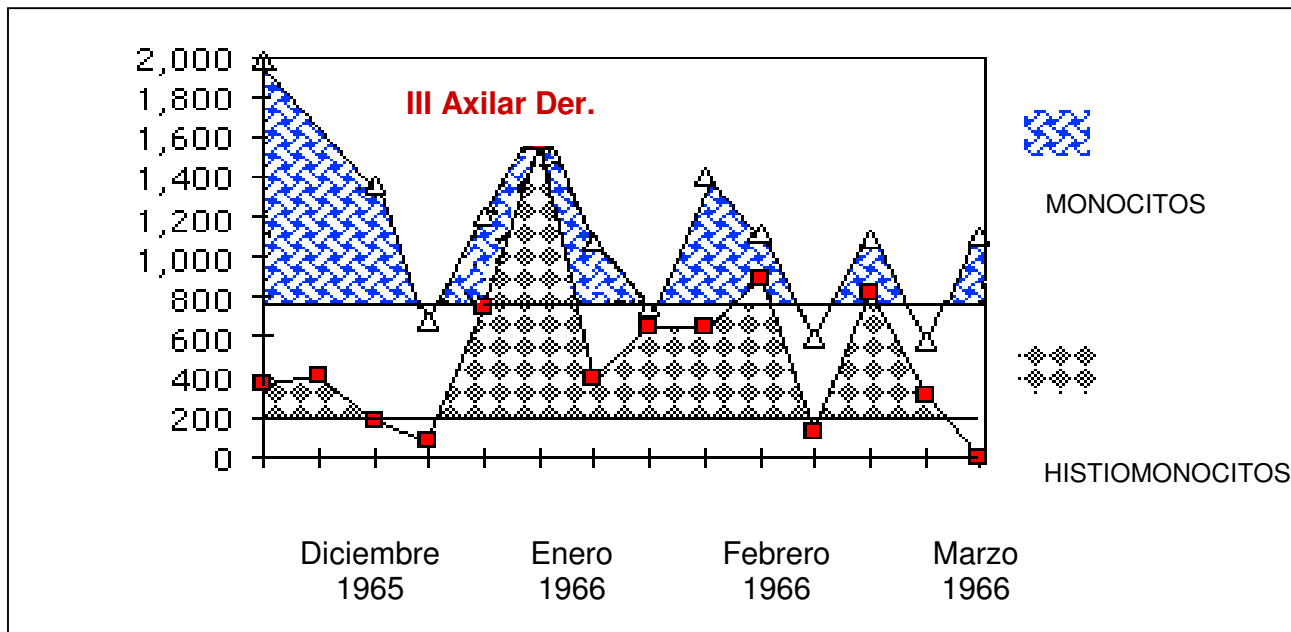
Hay monocitosis que rápidamente disminuye en los tres primeros meses del estudio, para que en Marzo de 1966, en consonancia con el deterioro del enfermo haya un desplome en el mes de Febrero, para que rápidamente se destituya la población monocitaria a las cifras normales.



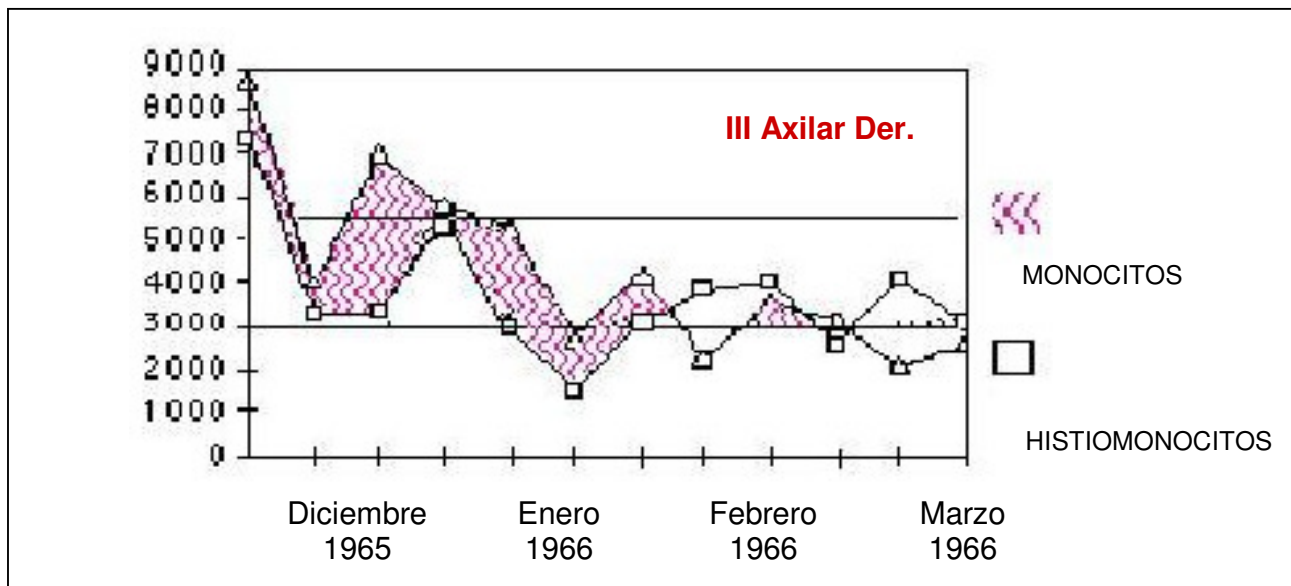
Las cifras por milímetro cúbico de monocitos encontrados en la V Lumbar aparecen en brotes a expensas de histiomonocitos.



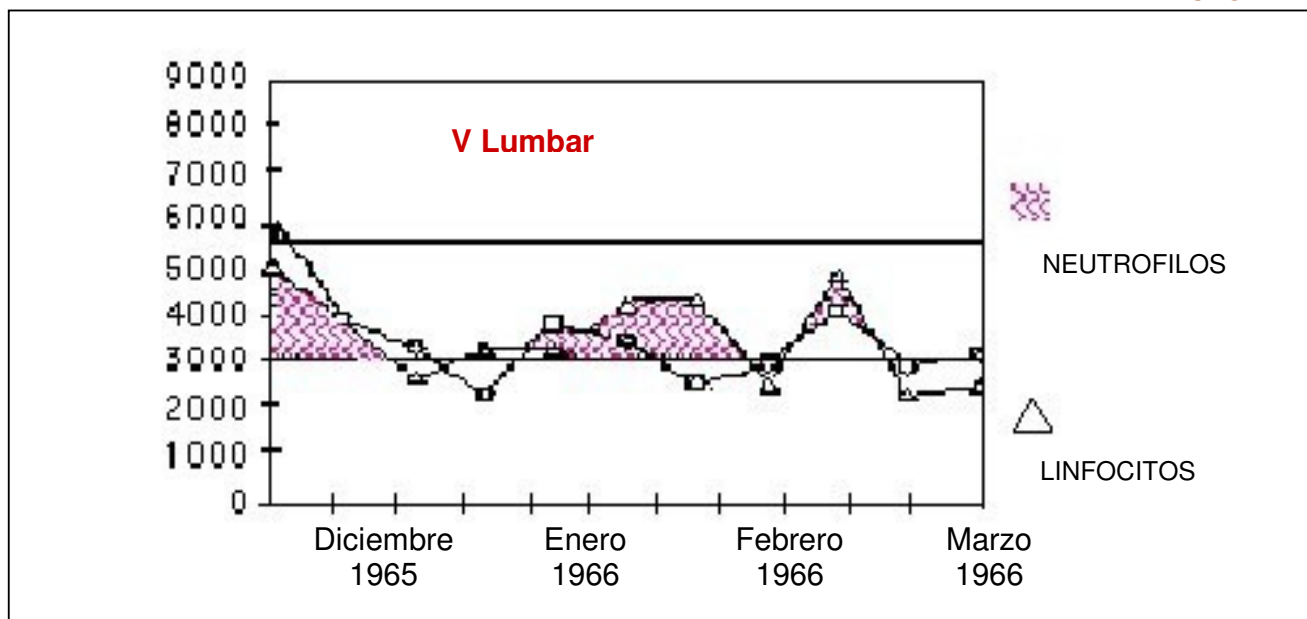
Aunque también en esta zona el comportamiento de los monocitos e histiomonocitos es similar, se aprecia un abatimiento del número de histiomonocitos en el último estudio.



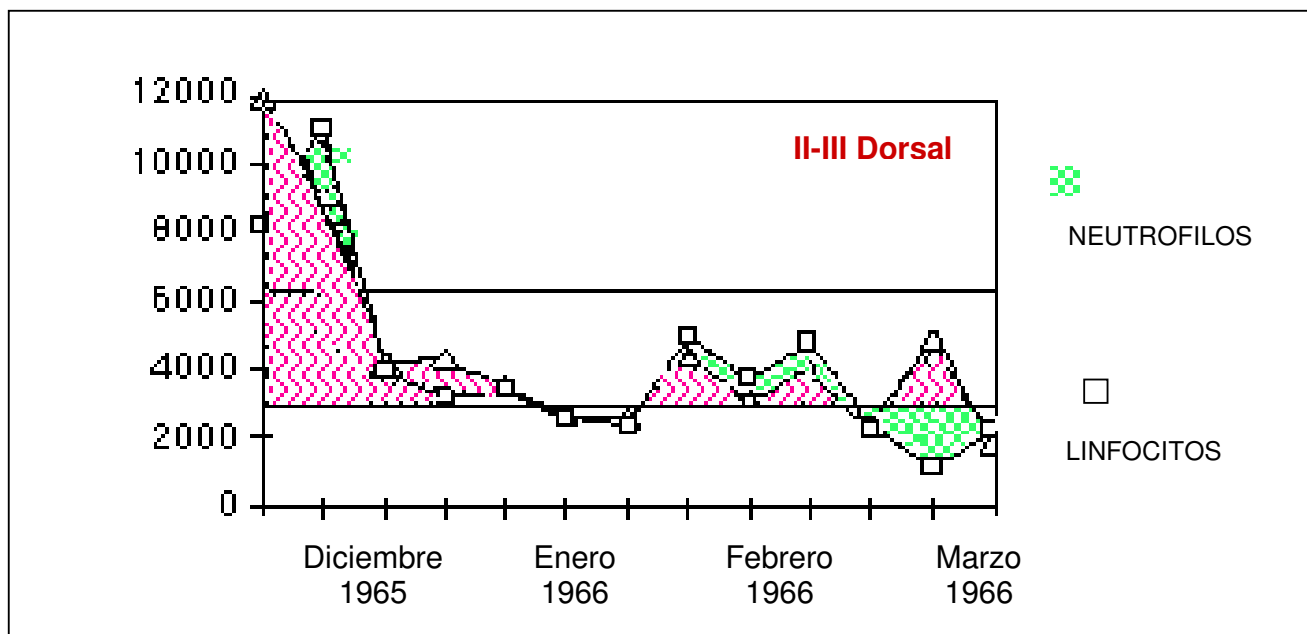
Hay progresiva disminución de los monocitos, y si bien, en los primeros estudios la población de histiomonocitos se encuentra en declive, en los siguientes puede verse un brote de ellos con la tendencia posterior a su desaparición. Este ejemplo permite comprobar la diferencia en el comportamiento celular de un sitio a otro a la luz de la exploración topográfica.



Al principio predominio de linfocitos sobre los neutrófilos. Con el tratamiento se restablece el equilibrio normal y se borra la linfocitosis.



Frecuentes ocasiones con linfocitosis y cruce de linfocitos con neutrófilos.



Los cambios leucocitarios en la metámera nerviosa correspondientes son semejantes a los que se observaron en la III Axilar Derecha.

La amplia variedad de los sitios a los que metastatizan los cánceres vesicales esta ampliamente descrita en la literatura médica. Así, Angulo J.C., y col. describieron 2 casos de metástasis cavitaria en el pulmón de un cáncer de vejiga. Mencionan que su hallazgo, aunque raro, no es excepcional y debe tomarse en cuenta por los clínicos y los oncólogos para el diagnóstico diferencial de cavitación pulmonar. Es mas, el hallazgo de un nódulo cavitario pulmonar puede ser el signo de presentación de un cáncer de vejiga.

En relación al hígado, se reportan por Ansari N.A. y Keen C.E., 3 casos de carcinoma de células transicionales de vejiga metastásicos al hígado. cada caso se presentó como enfermedad hepática difusa. esta es una presentación muy rara ya que la mayoría de las metástasis hepáticas ocurren como una masa aislada o como discretas masas múltiples. El reporte de Berkman AW. y col. describe el primer caso de carcinoma de células transicionales de la vejiga metastásicos al seno en una mujer. Se trata de una mujer de 42 años que sufrió una cistectomía radical tres meses antes de que aparecieran 2 masas en el seno derecho como primera evidencia de carcinoma de vejiga ampliamente metastásico.

Brauers Andreas y col. establecen que en el 70% de los pacientes que sufren de cáncer en la vejiga se encontraron inicialmente con tumor superficial y solamente en 30% son vistos inicialmente como un carcinoma invasor de músculo. Además consideran que la base de los procedimientos de diagnóstico en este tipo de cánceres son la historia clínica, el examen físico, le citología de orina, la pielografía intravenosa y la cistoscopia, en combinación con una adecuada recolección de tejidos por la resección transuretral, mientras que la palpación bimanual, las biopsias sistemáticas, ecografía, tomografía computarizada, gamagrafía ósea y otros procedimientos no deben ser tomados en cuenta como exámenes de rutina y sólo se utilizan en situaciones especiales. Sólo los algoritmos diagnósticos bien definidos permiten el desarrollo y el uso de parámetros de validez pronóstica. Sin embargo debe ser correctamente considerada la prevalencia de los cambios patológicos como las metástasis óseas en los tumores T1 tanto como los recursos financieros. Cabe resaltar aquí la importancia de una prueba directa, no invasiva y rentable como el Biotopograma.

El carcinoma meníngeo como primera manifestación de un carcinoma transicional de la vejiga es raro. Bruna J. Y col. reportan un paciente de 66 años, fumador, quien había presentado 2 episodios de convulsiones parciales motoras secundariamente generalizadas, se le efectuaron pruebas de rutina de sangre, tomografía computada del cerebro, scan y la resonancia magnética e el electroencefalograma fueron normales. El líquido espinal fue compatible con un carcinoma de células no diferenciadas. La broncofibroscopia, la gastrofibroscopia, el scan CT la cintilografía de huesos fueron normales, pero en el estudio citológico del orina se encontraron células malignas similares a las vistas en el líquido cefalorraquídeo. El diagnóstico fue confirmado por la cistoscopia y la necropsia.

Para Cohen E.L., y Kim S.W., las metástasis cutáneas del carcinoma de la vejiga son un hallazgo poco común. Los autores presentan un enfermo con carcinoma vesical cuya primera manifestación de enfermedad de diseminación de la enfermedad, tenía un rash eritematoso y nodular diagnosticado como carcinoma erisipeloide.

En 221 pacientes con cáncer de la vejiga invasivo se practicó cintilografía de rutina para la evaluación de su diseminación. Davey P. y col reportan que la incidencia de metástasis detectables fue de 12%, La cintilografía ósea al diagnóstico tiene una sensibilidad del 38%. El valor predictivo de tratarse de un examen negativo fue de 96%. Estos estudios sugieren que la cintilografía ósea no esta indicada como un procedimiento de rutina para la calificación de diseminación del cáncer vesical.

Las metástasis al pene no son comunes y solo existen, aproximadamente, 300 casos reportados desde 1870. En un 70% de los pacientes el tumor primario esta localizado en el tracto urogenital. Aun mas, las metástasis aisladas del pene son excepcionalmente raras. Demuren O.A. y Koriech O. reportan el caso de una metástasis solitaria de un carcinoma de células escamosas en pene que inicialmente se presento con hinchazón y dolor y se sospechó de origen inflamatorio. Se realizaron tomografía y resonancia y se confirmó por patología. También Osher P. J. y Lóntoft E. apoyan esa tesis y reportan 3 casos originados en la vejiga y próstata. Los síntomas mas comunes son la induración e inflamación del pene.

En la pasada década ha habido un incremento en la atención que se presta a las metástasis en el sistema nervioso central como una complicación frecuente de algunas neoplasias malignas, particularmente del pulmón, seno y cánceres hematológicos. sin embargo el sistema nervioso central permanece siendo una localización poco común de metástasis de ciertos tumores primarios, incluyendo los del sistema genitourinario.

Hussein AM., reporta un paciente con carcinoma de células transicionales de la vejiga, tratado con quimioterapia combinada quien durante el curso de su enfermedad desarrollo meningitis carcinomatosa.

Según Hust M.H., Pfitzer P., los enfermos con un carcinoma de células transicionales avanzadas de la vejiga están en alto riesgo de recaída sobre todo con metástasis en hígado, huesos y pulmón. Los autores demostraron en 2 casos que a pesar de la rareza de la metástasis de un tumor de esta naturaleza al sistema nervioso central (0.4% a 0.6%), es necesario tener en cuenta a la vejiga como sitio primario y obtener una citología urinaria en tales casos cuando el tumor primario aún es desconocido. Así, para Santarossa S, y col., coincide en sus observaciones sobre el carcinoma de células transicionales, al estudiar el caso de una mujer de 52 años con una recaída meníngea solitaria, extraño sitio de recurrencia, después de 8 meses de remisión completa de un tumor de células transicionales de vejiga.

En relación a metástasis a senos paranasales, Kawai K. y col., revelan en su experiencia, que son raros los provenientes de tumores primarios en el tracto genitourinario y que solo 50 casos hasta 1989 habían sido descritos en la literatura, siendo la lesión primaria mas frecuente el carcinoma renal. Ellos tuvieron el ejemplo de una lesión maligna en los senos paranasales en la cual no hubo síntomas de carcinoma en el tracto urinario antes de los que aparecieron en los senos paranasales. El diagnóstico fue esclarecido mas tarde durante la autopsia en la que se encontró que se trataba de una metástasis proveniente de un divertículo en la vejiga urinaria. La enfermedad de Addison es raramente causada por un cáncer metastásico. Kennedy R.L. y col. reportan un caso único de hipoadrenalismo por carcinoma transicional de la vejiga.

Los sarcomas genitourinarios representan entidades clínicas muy raras. Mirza Saqeb B. y col. mencionan, que la información con que se cuenta actualmente al respecto, es muy escasa. La metástasis cardíaca de tumores genitourinarios es, en general, un fenómeno extremadamente raro y ha sido reportado previamente solo en relación con carcinomas. Los autores reportan el primer caso de sarcoma de la vejiga con metástasis al corazón que causó muerte súbita.

Pevarski D.J. y col. refieren que la diseminación peritoneal de un tumor esta asociada mas comúnmente con el cáncer de ovario, colon y estómago, pero puede también, ocurrir en todos los tumores que tengan acceso directo a la cavidad peritoneal. La carcinomatosis peritoneal producida por un carcinoma de células transicionales de la vejiga es rara y, para su conocimiento, no ha sido reportada en la literatura radiológica. Chrysikopoulos H. y col. presentan 3 casos de pacientes con carcinoma de células transicionales del tracto urinario que tuvieron metástasis peritoneal. El estudio de la tomografía computarizada y resonancia magnética mostró implantes peritoneales en el abdomen y pelvis en 3 casos presentados por los autores. Qasho R. y col. presentan un caso muy raro de un individuo de 40 años de edad con adenocarcinoma de la vejiga y metástasis solitarias en el plexo coroideo del ventrículo lateral derecho. Las metástasis sistémicas se presentan frecuentemente en enfermos con carcinoma de la vejiga pero su reproducción en el sistema nerviosos central es muy rara. Masters, J. G. presentan el caso de un paciente con absceso metastásico del psoas, secundario a un carcinoma de células transicionales de la vejiga.

La historia natural de los carcinomas transicionales vesicales, pasa por la invasión progresiva de la pared vesical y posterior diseminación a distancia en forma de metástasis en otros órganos y tejido linfático, y progresión local con invasión de estructuras adyacentes. Aunque los avances diagnósticos y terapéuticos permiten que la mayor parte de dichas neoplasias se diagnostiquen en fases iniciales, en algunas ocasiones el principio de la enfermedad se produce en forma de una tumoración infiltrante o con progresión local o a distancia.

Las metástasis cutáneas, aunque poco frecuentes, están descritas en multitud de tumoraciones, apareciendo casi siempre en casos avanzados en los que existe diseminación a otros niveles. D. Pascual Regueiro publica un caso de carcinoma transicional vesical, que debutó en forma infiltrante y cuya primera manifestación de diseminación a distancia fue una metástasis cutánea única. Saito S. publicó un trabajo sobre este tema, al relatar el caso de un paciente cuya primera manifestación de una enfermedad diseminada de un cáncer de la vejiga se presentó con una metástasis cutánea solitaria del escroto. Las metástasis cutáneas de cáncer de la vejiga son poco frecuentes.

Saldanha C.B. y col. publican el caso de una mujer de 80 años con historia clínica de dolor, sangrado y sordera de oído izquierdo acompañada de parálisis facial de 2 meses de duración a quien se le había detectado un carcinoma de la vejiga 6 meses antes. A la exploración se le encontró una masa en el conducto auditivo externo y parálisis de los nervios craneales VII, VIII, IX y X. La histología de la biopsia fue idéntica a la del tumor original de vejiga. La autopsia demostró metástasis en el hueso temporal.

Salvati Mauricio y col. publican 6 casos de metástasis solitaria cerebral originada por un carcinoma de la vejiga, a pesar de que las metástasis de este tipo de cáncer son frecuentes, las metástasis al sistema nervioso central son raras. El análisis del material de los autores y de los casos publicados muestra que el tumor es resistente a la terapéutica y consecuentemente el pronóstico es muy pobre.

La difusión metastásica de un cáncer primario de la vejiga al pene es un evento muy raro, el carcinoma microcístico urotelial es una variante muy rara del carcinoma urotelial y debido a esa rareza y de datos de seguimiento clínico insuficientes, el pronóstico del carcinoma microcístico urotelial aún no es claro. Sari Aysegul y col. presentan el caso de un paciente de 56 años con este problema canceroso, quien murió a los 6 meses de practicársele cistoprostatectomía radical y penectomía total.

La metástasis del carcinoma de la vejiga a la orbita es muy rara. En una enferma de 74 años durante 2 meses sufrió de congestión ocular, proptosis, diplopía, dolor y pérdida de la visión del ojo derecho. 3 años antes el paciente recibió resección transuretral del tumor de la vejiga. El estudio histopatológico del ojo se encontraron células carcinomatosas (Keigo Shikishima y cols). Spencer J.A nos presentan el caso de una enferma de 56 años de edad con un tumor ovárico grande multicístico, quien 4 años antes sufrió cistectomía parcial por un adenocarcinoma del uraco.

Takematsu H. y col. mencionan el ejemplo de un tumor papilomatoso que se desarrollo en la piel de la región inguinal hacia la parte media de la región glútea de un paciente que finalmente murió. La autopsia reveló que las metástasis cutáneas fueron de origen urinario.

Darron T. y Heiner. J., por su parte, revisaron retrospectivamente a 30 pacientes con metástasis de tejidos blandos y se compararon con 91 casos reportados previamente. Las metástasis del tejido blando se le presentaron al oncólogo del sistema músculo-esquelético como una masa dolorosa en pacientes sin historia de cáncer. En este escenario, el carcinoma de pulmón fue el sitio mas frecuente del tumor primario. El propósito de su estudio fue el de reportar la serie mas grande de metástasis distantes de tejido blando y compararla con aquellas reportadas en la literatura. El síntoma mas frecuente es la presencia de masas dolorosas (sobre todo en glúteos). Una minoría de los casos fueron descubiertos en un escenario de metástasis generalizadas. 21 de los pacientes nuevos tuvieron carcinoma, 6 presentaron sarcoma, 1 mieloma múltiple, 1 linfoma y 1 melanoma. La presentación clínica mas común de la masa en los tejidos blandos constituyó el síntoma de presentación en los pacientes sin diagnóstico previo o concomitante con el origen primario del cáncer.

Vidmar D., y col. consideran que en los carcinomas existen frecuentes metástasis cutáneas. El carcinoma de la vejiga es una rara fuente de metástasis en la piel. El enfermo que se presenta en su estudio desarrolló una infiltración metastásica cutánea difusa pocos meses después de la presentación de un bazo carcinomatoso. Wettach George R. y Steele Eric A. mencionan que el carcinoma metastásico de células transicionales uroteliales con ataque a la orbita ocular es raro. En 16 casos se encontró diplopía, proptosis, visión borrosa y dolor orbitario. Las técnicas inmunohistoquímicas puede mejorar el diagnóstico diferencial.

BIBLIOGRAFÍA CANCER DE VEJIGA

Anderson R.S., ElMahdi A.M. and Kuban D.A.

Brain metastases from transitional cell carcinoma of urinary bladder,
Urology Vol. 39; 17-20. 1992.

Angulo J.C., Lopez J.I. and Flores N.,
Cavitation of lung metastases from bladder cancer.
Tumori..

Vol. 79, 2; 141-3. Apr 1993

Ansari N.A. and Keen C.E.,

Metastatic transitional cell carcinoma presenting as diffuse liver disease.

Eur J Gastroenterol Hepatol.

Vol. 10, 2; 167-9. Feb. 1998

Beautyman E.j. and Garcia C.J.

Transitional cell bladder carcinoma metastatic to the skin.

Urología Internationalis

Vol. 61, No. 2, 1998

Belton A.L., Stull M.A. and Grant T.

Mammographic and sonographic findings in metastatic transitional cell carcinoma of the breast.

Am. J. Roentgenol.

Vol. 168, 2; 511-512, Feb. 1997

Berkman AW., Markman M, Murphy J.B., and Lenhard R.E.

Transitional cell carcinoma of the bladder metastatic to the breast.

Med Pediatr Oncol.

Vol. 10, 2; 141-4. 1982.

Brauers Andreas, Jung Peter, and Jakse Gerhard

Tumor-Adopted Diagnosis of Bladder Cancer.

Urol Int. Vol. 63; 22-26. 1999

Bruna J., Rojas-M. I., Martínez-Y. S., Català I., Vidaller A., Galán C., Krupinski J. and Rubio F.

Meningeal carcinomatosis as the first manifestation of a transitional cell carcinoma of the bladder.

J Neurooncol. Vol. 63, 1; 63-7. May 2003.

Chitale, S. V., Morrow, D. R., Patel, R., Gaches, C.G.C., and Ball, R. Y.

Cutaneous metastases from transitional cell carcinomas of the bladder and renal pelvis.

British Journal of Urology. Vol. 79, 2; 292-293. Feb. 1997.

Chrysiopoulos H., Maniatis V., Roussakis A., Pappas J. and Andreou J.
Peritoneal metastases from transitional cell carcinoma of the urinary tract: CT and MR imaging.
Abdominal Imaging.
Vol. 23, 1 Jan. 1998

Cieplinski T.E. and Haine C.
Choroid metastases from transitional cell carcinoma of the bladder: a case report and a review
of the literature.
Cancer. Vol. 50, 8; 1596-600. Oct. 1982.

Cohen E.L. and Kim S.W.,
Cutaneous manifestation of carcinoma of urinary bladder: carcinoma erysipelatodes.
Urology. Vol. 16, 4; 410-2. Oct. 1980.

Davey P., Merrick M.V., Duncan W., and Redpath A.T.
Bladder cancer: the value of routine bone scintigraphy.
Clin Radiol. Vol. 36,1; 77-9 Jan. 1985.

Damron Timothy A., and Heiner John
Distant Soft Tissue Metastases: A Series of 30 New Patients and 91 Cases From the Literature.
Annals of Surgical Oncology.
Vol 7, 7; 526 –534. 2000.

Demuren O.A. and Koriech O.
Isolated penile metastasis from bladder carcinoma.
Eur Radiol. Vol. 9, 8; 1596-8. 1999

Fabozzi S.J., Newton J.R., Moriarty R.P. and Schellhammer P.F.
Malignant pericardial effusion as initial solitary site of metastasis from transitional cell carcinoma
of the bladder.
Urology, Vol. 45, 2; 320-322. Feb.1995.

Hugkulstone C.E., Winder S. and Sokal M.,
Bilateral orbital metastases from transitional cell carcinoma of the bladder.
Eye. Vo. 8, 5; 580-2. Feb. 1994

Hussein A.M., Savaraj N., Feun L.G., Ganjei P. and Donnelly E.
Carcinomatous meningitis from transitional cell carcinoma of the bladder: case report.
J Neurooncol.
Vol. 7, 3; 255-60. Sep. 1989

Hugkulstone C.E., Winder S. and Sokal M.,
Bilateral orbital metastases from transitional cell carcinoma of the bladder.
Eye. Vol. 8, 5; 580-2. May. 1994

Hussein A.M., Savaraj N., Feun L.G., Ganjei P. and Donnelly E.
Carcinomatous meningitis from transitional cell carcinoma of the bladder: case report.
J Neurooncol.
Vol. 7, 3; 255-60. Sep.1989

Hust M.H. and Pfitzer P.,
Cerebrospinal fluid and metastases.
Acta Cytol. Vol. 26, 2; 217-23. Mar-Apr. 1982

Kawai K., Asakura K. and Sambe S.
Metastatic squamous cell carcinoma of the paranasal sinuses from a primary squamous cell carcinoma of the urinary bladder.
J Laryngol Otol. Vol. 103, 6; 602-4 Jun. 1989

Kennedy R.L., Ball R.Y., Dixon A.K. and ApSimon A.T.
Metastatic transitional cell carcinoma of the bladder causing Addison's disease
J Urol. Vol. 137, 5; 986-8. May. 1987

Mandell S., Wernz J., Morales P., Weinberg H. and Steinfeld A.
Carcinomatous meningitis from transitional cell carcinoma of bladder.
Urology. Vol. 25, 5; 520-521.1989

Masters, J. G., Cumming, J. A. and Jennings, P.
Psoas abscess secondary to metastases from transitional cell carcinoma of the bladder.
British Journal of Urology.
Vol. 77, 1; 155-156. Jan. 1996.

Mirza Saqeb B., Puttasidiah Parmesh, Panesar Sukhmeet S., French Jane A., Jones David R.,
and Stock David.
Sarcoma of the bladder with metastasis to the left ventricle.
Can Urol Assoc J. Vol. 2, 2; 143-144. Apr. 2008

Mufti G.R., Aslam M. and Jennings P.
Retroperitoneal metastases from carcinoma of the bladder.
Indian J Cancer. Vol. 27, 3; 154-7. Sep. 1990

Osther P. J. and Lóntoft E.
Metastasis to the penis case reports and review of the literature.
International Urology and Nephrology. Vol. 23, 2; 1573-2584. Mar. 1991

Pascual Regueiro D., García De Jalón Martínez A. and Sancho Serrano C.,
Mallén Mateo E., Gil Sanz M.J., Azúa Romeo J., y Rioja Sanz L.A.
Metástasis Cutánea De Tumor Urotelial Vesical.
Actas Urol. Esp. Vol. 27, 1. Ene. 2003

Palmerola J.J., Dulabon D.A. and Chorazy Z.J.,
Cutaneous metastases from transitional cell carcinoma of the bladder.
Urologia Internationalis. Vol. 61, 2. 1998

Pevarski D.J., Mergo P.J., Ross. and P.R.,
Peritoneal carcinomatosis due to transitional cell carcinoma of the bladder.
Am. J. Roentgenol. Vol. 164, 4; 929-930. Apr. 1995

Qasho R., Tommaso V., Rocchi G., Simi U. and Delfini R.
Choroid plexus metastasis from carcinoma of the bladder : case report and review of the literature.
Journal of Neuro-Oncology. Vol. 45, 3. Dic. 1999

Rabelakos A., Manthopoulos A. and Hadjissotiriou G.G.
Unusual metastases of bladder tumours.
Br J Urol. Vol. 64; 198. 1989

Robey E.L. and Schellhammer P.F.
Four cases of metastases to the penis and a review of the literature.
The Journal of urology.
Vol. 132, 5; 992-994. 1984.

Safer L.F. and Pirozzi D.J.,
Extensive cutaneous metastases from urinary bladder carcinoma.
Cutis. Vol. 26, 5; 485-500. Nov. 1980.

Saito S.
Solitary Cutaneous Metastasis of Superficial Bladder Cancer.
J Laryngol Otol.
Vol. 103, 6; 599-601 Jun. 1989

Saldanha C.B., Bennett J.D., Evans J.N. and Pambakian H.
Metastasis to the temporal bone, secondary to carcinoma of the bladder.
The Journal of Laryngology & Otology.
Vol. 103; 599-601. 1989.

Salvati Maurizio, Cervoni Luigi, Orlando Epimenio Ramundo and Delfini Roberto
Solitary brain metastases from carcinoma of the bladder.
Journal of Neuro-Oncology. Vol. 16, 3; Oct.1993

Santarossa S., Vaccher E., Balestreri L., Volpe R. and Tirelli U.
Solitary meningeal recurrence in a patient with transitional cell carcinoma of the bladder with locally bulky disease at presentation.
Journal of Neuro-Oncology. Vol.35, 2. Nov. 1997

Sari Aysegul, Uyaroglu Mehmet Ali, Ermete Murat, Oder Mehmet, Girgin Cengiz and Dincer Cetin
Microcystic urothelial carcinoma of the urinary bladder metastatic to the penis.
Pathology & Oncology Research Vol. 13, 2. Jun 2007

Schwartz R.A. and Fleischman J.S.,
Transitional cell carcinoma of the urinary.
Arch Dermatol. Vol. 117, 8; 513-5. Aug. 1981

Shikishima Keigo, Miyake Akira, Ikemoto Isao and Kawakami Makio.
Metastasis to the Orbit from Transitional Cell Carcinoma of the Bladder.
Japanese Journal of Ophthalmology. Vol. 50, 5. Sep. 2006.

Spencer J.A., Eriksen B., Garnett J.E. and R. H. Young
Urachal adenocarcinoma metastatic to the ovary simulating primary mucinous
cystadenocarcinoma of the ovary. Report of a case.
Virchows Archiv. Vol. 426, 5. Jun. 1995

Takematsu H., Obata M., Sato A. and Miura T.
Skin metastasis of adenocarcinoma of the urinary bladder.
Dermatologica.
Vol. 169, 6; 363-4. 1984

Vidmar D., Baxter D.L. and Devaney K.,
Extensive dermal metastases from primary signet-ring carcinoma of the urinary bladder.
Cutis. Vol. 49, 5; 324-8. May. 1992

Wettach George R. and Steele Eric A.,
Urothelial Cell Carcinoma of the Bladder Presenting as Orbital Metastasis
Archives of Pathology and Laboratory Medicine.
Vol. 132, 8; 1224–1224. Aug. 2008

Wyldes M.P. and Osborn D.E.,
Solitary cutaneous metastasis from transitional cell carcinoma of the bladder.
Br J Urol. Vol. 61, 2;164. Feb. 1988.