

Este tipo de abscesos se desarrollan superficialmente, especialmente como induraciones lineales sin envolver estructuras profundas (1). Las localizaciones profundas de este tipo de abscesos se pueden explicar en aquellos casos en que existe un traumatismo genital previo (1). Por otro lado, las posibles etiologías descritas para la formación de abscesos de cuerpo cavernoso son las inyecciones de fármacos vasoactivos para el tratamiento de la disfunción eréctil, complicaciones de medios diagnósticos tipo caversonografía (2,4), priapismo, colocación de prótesis de pene. (4), infecciones perianales (5). Incluso se ha descrito algún caso sin un foco infeccioso cercano, y cuya vía posible fue la hematógena a partir de una caries infectada (3,4).

El diagnóstico de un absceso del pene se basa en la correcta exploración física (1,3,5). Igual que otros autores creemos que la ecografía con transductor del alta frecuencia nos aporta gran información sobre colecciones existentes, es un medio diagnóstico barato y no invasivo (1,2,4,6). Algunos autores utilizan la caversonografía como medio diagnóstico de los abscesos de los cuerpos cavernosos (3). A veces el TAC es necesario para determinar su extensión, y necesario en aquellos casos de localización posterior y que presentan tal componente inflamatorio que dificulta la exploración penéana (4,5,6).

El tratamiento consiste en una apropiada cobertura antibiótica, incisión y drenaje. (1-6). Nosotros al efectuar el drenaje constatamos fractura del cuerpo cavernoso de aproximadamente 2 cm con salida de líquido purulento del mismo, pudiendo con alta probabilidad afirmar que se trataba de un absceso cavernoso de pequeñas dimensiones, que no se visualizó mediante estudio ecográfico y que se extendía al tejido subcutáneo del pene.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- **1. NIEDRACH, W.L.; LERNER, R.M.; LINKE, C.A.: "Penile abscess involving the corpus cavernosum: a case report". J. Urol., 141: 374, 1989.
- 2. KROPMAN, R.F.; DE LA FUENTE, R.B.; VENEMA, P.L. y cols.: "Treatment of corpus cavernosum abscess by aspiration and intravenous antibiotics". J. Urol., 150: 1502, 1993.
- 3. ABDUL SATER, A.; VANDENDRIS, M.: "Abscess of corpus cavernosum". J. Urol., 141: 949, 1989.
- *4. FERNANDEZ GOMEZ, J.M.; REGADERA SEJAS, F.J.; PEREZ GARCIA, F.J. y cols.: Actas Urol. Esp., 21: 75, 1997.
- 5. PASCUAL REGUEIRO, D.; GARCIA DE JALÓN MARTÍNEZ, A.; MALLÉN MATEO, E. y cols.: Actas Urol. Esp., 27: 55, 2003.
- 6. YACHIA, D.; FRIEDMAN, M.; AUSLAENDER, L.: "Tuberculous cold abscess of the corpus cavernosum: A case report". J. Urol., 144: 351, 1990.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 59, 8 (811-813), 2006

METÁSTASIS TIROIDEA DE UN CARCINOMA RENAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Anna Bujons, Xavier Pascual, Antonio Rosales y Humberto Villavicencio.

Servicio de Urología Fundació Puigvert. Barcelona. España

Resumen.- La metástasis tiroidea del carcinoma renal es una entidad muy poco frecuente; su diagnóstico se halla en la mayoría de los casos tras la necropsia. Se presenta el caso clínico de una metástasis tiroidea a los 7 años de la nefrectomía por carcinoma renal que debuta con un nódulo frío tiroideo y se realiza una revisión de la literatura.

Palabras clave: Metástasis. Carcinoma renal. Tiroides.

Summary.- The thyroid metastasis of renal carcinoma is a very rare entity; in most cases, the diagnosis is obtained after necropsy. We report one clinical case of thyroid metastasis from a renal carcinoma presenting as a cold node seven years after nephrectomy. We perform a bibliographic review.

Correspondencia

Anna Bujons Tur
Plaza Joaquim Folguera, 3 5º 2ª
08022 Barcelona. (España).
abujons@gmail.com

Trabajo recibido: 26 de enero 2006.

Keywords: *Metastasis. Renal carcinoma. Thyroids.*

CASO CLÍNICO

Mujer de 66 años de edad con antecedentes de nefrectomía radical izquierda por carcinoma renal 7 años antes. La anatomía patológica había sido carcinoma renal de células claras sin invasión perirrenal con vena renal parcialmente invadida pT3bN0M0. Controles posteriores dentro de la normalidad. La mujer acude a nuestra consulta tras observar un aumento progresivo del volumen tiroidal principalmente en el lado derecho, sin disfagia ni odinofagia. En la exploración física se palpa un nódulo de pequeño tamaño tiroidal, regular pero indurado sin signos de compresión traqueal.

Como exploraciones complementarias se le realiza: analítica de sangre con niveles de hormonas tiroideas dentro de la normalidad; gammagrafía tiroidea con Tc99m en la que se aprecia imagen tiroidea aumentada de tamaño y con una zona fría en el lóbulo derecho; la punción aspiración confirma la presencia de células malignas. Se le practica una tiroidectomía total con diagnóstico microscópico de carcinoma de células claras compatible con metástasis de adenocarcinoma renal.

Tras 5 años de seguimiento, la paciente presenta un excelente estado general con controles anuales negativos.

DISCUSIÓN

Las metástasis tiroideas son clínicamente muy raras y se hallan mayoritariamente en las necropsias. Los tumores primarios se localizan en la mama (21%), riñón (12%) e hígado (11%) (1). Según las series las metástasis de origen renal representan un 8%-15% de los tumores secundarios de esta glándula. En un 75% de los casos se diagnostican posteriormente al diagnóstico del carcinoma renal, pero en un 25% puede debutar la enfermedad renal como metástasis tiroidea.

Su diagnóstico se realiza mayoritariamente por necropsia debido a la ausencia de clínica y al pequeño tamaño del nódulo. No obstante, ante un paciente con historia de cirugía por carcinoma renal y aumento de volumen en la zona tiroidea asociada en algunos casos a síntomas de compresión se debe sospechar de un nódulo metastático (2). Se conocen pocas series de carcinomas renales con metástasis tiroideas. Según la serie de Saitoh (3,4), en 1828 casos diagnosticados de carcinoma renal se hallan un 5,2% de metástasis tiroideas en autopsias, sin clínica previa.

El largo periodo de latencia en la aparición de metástasis en la tiroides se puede atribuir a la elevada concentración de yodo y oxígeno, y también a un supuesto papel carcinostático local de las hormonas tiroideas, más que al propio tumor (5,6).

Clínicamente la mayoría son asintomáticos y su forma de presentación son mediante nódulos fríos afuncionantes (7,8) que se palpan en la exploración física. Ocasionalmente en la literatura se describe algún caso de sintomatología por compresión por invasión tumoral (9). La disfunción tiroidea es rara, apareciendo hipertiroidismo en menos del 20% de los casos. En la literatura no se ha descrito ningún caso de hipotiroidismo.

Para su diagnóstico la gammagrafía tiroidea nos revela la presencia de un nódulo frío o la amputación parcial o total de la glándula. La punción aspiración con aguja fina nos permite la observación de las células malignas (6-8).

Des del punto de vista histológico el diagnóstico diferencial de las metástasis por carcinoma renal debe hacerse entre: cáncer de células claras de tiroides, adenoma tiroideo, metástasis de carcinoma suprarrenal y metástasis de cáncer paratiroideo. Es necesario el uso de algunas tinciones especiales para diferenciarlos, siendo una de ellas la tinción de grasas (sudán negro...) lo cual es negativo en los tumores primitivos de tiroides y en cambio positiva en las células claras del hipernefroma.

Su lenta evolución justifica el tratamiento quirúrgico cuando se halla una metástasis única, al igual que en el caso que la enfermedad debute con una metástasis tiroidea. La cirugía consiste en la extirpación parcial o total del lóbulo tiroideo (9,10,11,8). Si se trata de una enfermedad polimetastásica se aconseja tratamiento paliativo ya que la supervivencia es muy corta.

No obstante, se ha observado que la supervivencia es mayor en los casos en que la metástasis es posterior al diagnóstico del carcinoma renal; en los que debutan clínicamente con la metástasis la mayoría de estadios locales a nivel renal y tiroideo son a los pocos meses una enfermedad diseminada, al igual que si se detectan mecanismos de compresión.

CONCLUSIONES

El tumor metastático tiroideo de un carcinoma renal es una entidad muy poco frecuente y asintomático, encontrándose como hallazgo en la necropsia. No obstante ante un paciente con historia de cirugía por tumor renal y presencia de nódulo tiroideo se debe sospechar de metástasis. Su tratamiento es quirúrgico y radical con buena supervivencia, excepto en aquellos casos con factores de mal pronóstico como son la compresión local, diagnóstico simultáneo con el tumor primario o enfermedad diseminada.

**BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS
RECOMENDADAS (*lectura de interés y **
lectura fundamental)**

- **1. COTELLESE, R.; NOCCIOLI, P.; FRANZIONE, T. y cols.: "Thyroid metastasis from renal carcinoma". Chir. Ital., 54: 861, 2002.
2. BADENOCH, D.F. y cols.: "Renal carcinoma presenting as a voitre". Br. J. Urol., 59: 361, 1987.
- *3. SAITOH, H.: "Distant metastasi of renal adenocarcinoma in patients with a tumor thrombus in the renal vein and/or vena". Cancer, 48, 1987.
4. ATMANI, A.; VALLEIX, D.; BLAISE, S. y cols.: "Intrathyroid metastasis from kidney cancers: two case reports". Ann Chir., 127: 532, 2002.
5. SANT, F.; MOYSSET, I.; BADAL, J.M. y cols.: "Fine-needle aspiration of chromophobe renal-cell carcinoma metastatic to the thyroid gland". Diagn. Cytopathol., 24: 193, 2001.
6. SEKI, H.; UEDA, T.; SHIBATA, Y. y cols.: "Solitary thyroid metastasis of renal clear cell carcinoma: report of a case". Surg. Today, 31: 225, 2001.
7. BRUNI, R.; ZUPPI, P.; COPPI, G. y cols.: "Thyroid metastasis of renal carcinoma.3 clinical cases".
- *8. PALAZZO, F.F.; BRADPIESE, H.A.; MORGAN, M.W.: "Renal cell carcinoma metastasizing to the thyroid gland". Scand. J. Urol. Nephrol., 33: 202, 1999.
- *9. BERTIN, J.; RHAMANI, D.; MAURICE, H. y cols.: "Intrathyroid metastasis of kidney cancer. A rare case and diagnostic trap". Ann Endocrinol. (Paris), 60: 45, 1999.
10. MUÑOZ VELEZ, D.; AMENGUAL ANTICH, I.; REBASSA LLULL, M. y cols.: "Asymptomatic renal carcinoma diagnosed based on synchronous metastasis in the thyrois gland". Actas Urol. Esp., 22: 681, 1998.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 59, 8 (813-815), 2006

**CAVERNOMATOSIS VESICAL: UNA
PATOLOGÍA INFRECUENTE.**

Jesús I. Tornero Ruiz, Guillermo Gómez Gómez, José A. Nicolás Torralba y Mariano Pérez Albacete.

Servicio de Urología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Resumen.- OBJETIVO: Existen ciertas patologías a tener en cuenta en el estudio de una hematuria, que por su infrecuencia pasarían desapercibidas de no ser porque comparten pruebas diagnosticas con las patologías urológicas más comunes; una de ellas es la cavernomatosis vesical.

MÉTODO: Presentamos el caso de un paciente que debutó con rectorragias y hematuria y fue diagnosticado de cavernomatosis recto-vesical.

RESULTADOS: Después de 8 años de seguimiento de su hematuria no ha requerido tratamiento quirúrgico alguno y solamente ha precisado de transfusión al inicio del diagnóstico. Los episodios de hematuria son autolimitados y no requieren maniobras agresivas.

CONCLUSIONES: La cavernomatosis vesical es una patología infrecuente que se manifiesta en forma de lesiones vesicales excrecentes que sangran y que no requiere tratamiento quirúrgico de entrada si no compromete la vida del paciente.

Correspondencia

Jesús I. Tornero Ruiz
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Carretera Madrid-Cartagena s/n.
30120 El Palmar. Murcia. (España)
ignaciotorne@hotmail.com

Trabajo recibido: 26 de enero 2006