

extracorpórea^{7,8}. Finalmente, el último caso publicado data del año 2003, presentando el paciente dos perforaciones en el ileón tras LEOC en posición de decúbito prono⁹.

Nuestro caso presenta similitudes con los anteriores en cuanto a la posición del paciente y la energía aplicada para el tratamiento de la litiasis ureteral. Por tanto, podemos concluir diciendo que en pacientes que requieren tratamiento en posición de decúbito prono es preciso reducir el número de ondas de choque que se aplican así como el nivel de energía, aunque para esto sean precisas más sesiones de LEOC u otra alternativa terapéutica.

B I B L I O G R A F Í A

1. Arrabal Martín M. Litotricia extracorpórea en España en el siglo xx. Actas Urol Esp. 2000;24:699.
2. Holmberg G, Spinell S, Sjödin JG. Perforation of the bowel during SWL in prone position. J Endourol. 1997;11:313.
3. Geh JL, Curley P, Mayfield MP, Price JJ. Small bowel perforation after extracorporeal shock wave lithotripsy. Br J Urol. 1997; 79:648.
4. Kurtz V, Müller-Sorg M, Federmann G. Perforation of the small intestine after nephro-uretero-lithotripsy by ESWL- a rare complication. Chirurg. 1999;70:306.
5. Olsson LE, Anderson KR, Foster Jr HE. Small bowel perforation after extracorporeal shock wave lithotripsy. J Urol. 2000;164:775.
6. Lipay M, Araujo S, Perosa M, Genzini T, Hering F, Rodrigues P. Perforation of sigmoid colon after extracorporeal lithotripsy. J Urol. 2000;164:442.
7. Kajikawa T, Nozawa T, Owari Y, Fujisawa H, Kaneko T, Noro K, et al. Bowel perforation. Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. 2001; 92:586.
8. Klug R, Kurz F, Dunzinger M, Aufschraiter M. Small bowel perforation after extracorporeal shockwave lithotripsy of an ureter stone. Dig Surg. 2001;18:241.
9. Rodrigues Netto Jr N, Ikonomidis JA, Longo JA, Rodrigues Netto M. Small-bowel perforation after shockwave lithotripsy. J Endourol. 2003;17:719.

doi:10.1016/j.acuro.2010.02.054

M.A. Arrabal Polo*, M. Arrabal Martín, J.L. Miján Ortiz y A. Zuluaga Gómez

Servicio de Urología, Hospital Universitario San Cecilio de Granada, Granada, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arrabalp@ono.com (M.A. Arrabal Polo).

Nefroma multilocular quístico

Multilocular cystic nephroma

Sr. Editor:

Le remito un caso clínico de nefroma multilocular quístico diagnosticado en la edad adulta. El nefroma multilocular quístico es una lesión renal quística infrecuente de comportamiento clínico benigno¹. Desde que Edmuns² la describiera por primera vez en 1892 como cistoadenoma renal han sido publicados distintos casos de esta entidad.

El caso que le presento es una mujer de 55 años remitida por hallazgo incidental de una masa renal en la tomografía computarizada abdominopélvica solicitada durante el seguimiento de una tumoración ovárica. En el estudio de imagen se observó una tumoración de 6 cm, redondeada, multiquística en tercio medio del riñón izquierdo ocupando la pelvis renal, compatible con un tumor renal quístico o un quiste renal complicado. En el estudio con urografía intravenosa (fig. 1) se observó un defecto de repleción en la pelvis renal con un grupo calicial medio distorsionado. La citología urinaria no mostró alteraciones.

La resonancia magnética mostró una tumoración quística sugestiva de proceso neoplásico.

Ante la sospecha clínica de neoplasia renal, se realizó una nefrectomía izquierda radical. El examen macroscópico de la pieza mostraba una lobulación en el tercio medio del riñón. La apertura de la pieza identificó una tumoración quística blanda en la pelvis renal.

El estudio anatomo-patológico reveló la ocupación de la pelvis renal por una formación multiquística de 6 cm de diámetro mayor cuyos quistes, de contenido líquido transparente, no eran comunicantes, y oscilaban entre algunos milímetros y 1,5 cm. Presentaba áreas sólidas centrales blanquecinas. Al corte invadía el parénquima renal hasta la cortical a la que desplazaba. No se observaban alteraciones a nivel de la grasa perirrenal ni de la grasa peripielíca. No había afectación ganglionar (fig. 2).

En el estudio microscópico, la tumoración multiquística estaba bien delimitada del parénquima renal por el tejido fibroso, sobresaliendo en la pelvis renal. Estaba constituida por unos quistes con tabiques fibrosos o moderadamente celulares (sin verse restos de nefronas) y con un tejido entre los quistes constituido por túbulos atróficos o dilatados quísticamente con material proteináceo en su interior. No



Figura 1 – Anatomía patológica Estudio macrosópico.

existían signos de malignidad ni afectación de los bordes quirúrgicos. Todo ello era compatible con un nefroma multilocular quístico.

Actualmente, a los dos años de seguimiento, la paciente está asintomática y sin recidiva de la enfermedad.

En 1951, Powell et al³ establecieron los criterios para el diagnóstico de quiste multilocular renal: lesión unilateral y única constituida por múltiples quistes no comunicados entre sí ni con la vía urinaria, revestidos de epitelio y separados por septos fibrosos que no contienen parénquima renal. Posteriormente, fueron modificados por Boggs y Kimmelstiel⁴ y Joshi y Beckwith⁵ remarcando que el tejido sólido presente está constituido únicamente por septos que dividen los quistes y confieren a la lesión la forma esférica característica, pudiendo contener restos embrionarios, pero en ningún caso nefronas maduras. Los quistes presentan un tamaño de pocos milímetros a varios centímetros y el líquido que contienen en su interior es similar a las características bioquímicas del suero siendo su citología normal.

Su origen etiopatogénico no está claro dado que estudios recientes consideran que en la infancia es un proceso neoplásico variante del tumor de Wilms quístico más que un cambio displásico renal⁶. En adultos sería por anomalía parenquimatosa del desarrollo, congénita o adquirida³, aunque existen casos en los que se ha comprobado un crecimiento más o menos rápido del tumor, lo que apoyaría también la teoría tumoral en el adulto⁷. Aunque la mayoría se localizan en el parénquima renal, se han descrito casos, como el presente, en los que el tumor ocupa en su totalidad la pelvis renal pudiendo obstruir la vía urinaria.

Presenta dos picos de edad de mayor incidencia: infancia y edad adulta. En un estudio de revisión sobre 187 casos por Castillo et al⁷, el 80% de los casos en la infancia tenía una edad entre los 3 y los 24 meses, siendo un 65% de ellos



Figura 2 – Urografía intravenosa.

varones, mientras que el 85% de los adultos fueron de la década de los cuarenta con un 76% de mujeres.

La forma de presentación clínica difiere con la edad: en los niños suele diagnosticarse como masa abdominal palpable asintomática⁸ (73%), mientras que en los adultos, a diferencia de esta paciente, más frecuentemente presenta síntomas (dolor abdominal y hematuria [40-60%), hipertensión arterial [6%) o infección del tracto urinario)⁹.

El diagnóstico se realiza mediante técnicas de imagen. Según la clasificación de Bosniak para masas quísticas renales, pertenecería a la categoría III: lesiones quísticas indeterminadas con paredes de grosor irregular que pueden presentar calcificaciones y que captan contraste. Por tanto, su manejo es siempre quirúrgico dado que no existen características clínicas ni radiológicas diferenciales de procesos malignos.

Aunque clásicamente se ha considerado la nefrectomía como el tratamiento estándar, actualmente está aceptada la cirugía conservadora renal, siempre que la extirpación completa del tumor sea técnicamente posible¹⁰.

B I B L I O G R A FÍA

1. Sánchez-Martin FM, Pascual Queralt M, Martínez-Rodríguez RH, Algabe Arrea F, Millán Rodríguez F, Palou Redorta J, et al. Componente quístico del cáncer renal: revisión conceptual. Act Urol Esp. 2008;32:507-16.

2. Edmunds W. Cystic adenoma of the kidney. Trans Pathol Soc London. 1892;43:89–90.
3. Powell T, Shackman R, Johnson HD. Multilocular cysts of the kidney. Br J Urol. 1951;23:142–52.
4. Boggs LK, Kimmelstiel P. Benign multilocular cystic nephroma: Report of two cases of so-called multilocular cyst of the kidney. J Urol. 1956;76:530–41.
5. Joshi VV, Beckwith JB. Multilocular cyst of the kidney (cystic nephroma) and cystic partially differentiated nephroblastoma: Terminology and criteria for diagnosis. Cancer. 1989;64:466–79.
6. Bruce Droecker MD. Non-Wilms' renal tumours in children. Urol Clin North Am. 2000;27.
7. Castillo OA, Boyle ET, Kramer SA. Multilocular cysts of kidney: A study of 29 patients and review of literature. Urology. 1991;37:156–62.
8. Aguilar Ruiz A, Torramilans Lluis A, Castells Esteve M, Vargas Blasco C. Nefroma multilocular quístico. Presentación de un caso. Act Urol Esp. 2003;27:718–20.
9. Morga JP, Fontana LO, Martínez F, García F, Sempere Gutiérrez A, Rico Galiano JL, et al. Nefroma quístico multiloculado. Un reto diagnóstico y terapéutico, a propósito de dos casos. Arch Esp Urol. 2004;57:431–4.
10. López Aramburo MA, Claver Criado M, Gutiérrez Minguez E, Arroyo Muñoz JL, Espiga Santamaría FI, Gómez López A, et al. Quiste multilocular renal: consideraciones clínico-patológicas. Act Urol Esp. 1989;13:1.

M.P. Bahílo Mateu*, A. Budía Alba, F. Boronat Tormo y
F.J. Jiménez-Cruz

Servicio de Urología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pilarbahilo@hotmail.com
(M.P. Bahílo Mateu).

doi:10.1016/j.acuro.2010.03.036

Metástasis al cuero cabelludo de carcinoma de células claras

Metastasis to scalp of clear cell carcinoma

Sr. Director:

El carcinoma de células renales (CCR) es uno de los tumores urológicos más agresivos, representando cerca del 3% de las neoplasias del adulto. Este tumor está caracterizado por una evolución clínica imprevisible. Aproximadamente un tercio de los pacientes con CCR tienen enfermedad metastásica en el momento de la presentación inicial.

Las metástasis cutáneas representan una diseminación importante de la enfermedad, generalmente en casos muy avanzados, y se asocia un pronóstico muy desfavorable.

Presentamos el caso de un paciente masculino de 51 años que consultó al dermatólogo con 3 meses de evolución de notar nódulos en el cuero cabelludo que aumentaban de tamaño, indoloros, pruriginosos, de fácil sangrado al contacto (fig. 1).

Negaba pérdida de peso, hematuria macroscópica y/o dolor.

Se tomó una biopsia de los nódulos, la cual reportó metástasis al cuero cabelludo de carcinoma de células claras (fig. 2).

Se solicitó evaluación del paciente por el Servicio de Urología; se indicó una tomografía computarizada.

Al paciente se le realizó una nefrectomía radical izquierda. Cinco meses luego de la cirugía el paciente presentó una fractura patológica del fémur izquierdo, se indicó una gammagrafía ósea, observando múltiples metástasis; en la radiografía de tórax se observaban metástasis pulmonares.

El paciente no asistió a los controles con el Servicio de Urología, y falleció 9 meses luego de la nefrectomía.

El CCR convencional o de células claras constituye alrededor de un 70–80% de todos los carcinomas de células renales y representa la variedad más frecuente¹.



Figura 1 – Aspecto de las lesiones cutáneas en el cuero cabelludo. Obsérvense los nódulos bien delimitados.