

el quirúrgico, con la extirpación completa de la lesión, siempre que sea posible, sin que conlleve el sacrificio de estructuras vitales, las condiciones clínicas del paciente lo permitan y no existan desórdenes sistémicos¹⁰. Hoy en día se está extendiendo el uso del interferón α solo o acompañado de otros inmunomoduladores, como interleukina-2, fluoruracilo o ácido 13 cisretinoico, obteniéndose respuestas en un rango del 13-20%^{6,8}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wahner-Roedler DL, Sebo TJ. Renal cell carcinoma: Diagnosis based on metastatic manifestations. *Mayo Clin Proc.* 1997;72:935-41.
2. Calleja Escudero J, Pacual Samaniego M, Martín Blanco S, De Castro Olmedo C, Gonzalo V, Fernández del Busto E. Metástasis intraescrotal de un carcinoma renal. *Actas Urol Esp.* 2008;653-5.
3. Tarraza Jr HM, Meltzer SE, De Cain M, Jones MA. Vaginal metastases from renal cell carcinoma: Report of four cases and review of the literature. *Eur J Gynaecol Oncol.* 1998;19:14-8.
4. Hajdn SI, Urban JA. Cancers metastatic to the breast. *Cancer.* 1972;29:1691-6.
5. Vassalli L, Ferrari VD, Simoncini E, Rangoni G, Montini E, Marpicati P, et al. Solitary breast metastases from a renal cell carcinoma. *Breast Cancer Res Treat.* 2001;68:29-31.
6. McLaughlin S, Thiel D, Smith S, Wehle M, Menke D. Solitary breast mass as initial presentation of clinically silent metastatic renal cell carcinoma. *The Breast.* 15: 426-428.
7. Saenz de Santamaría Morales FJ, Campors de Orellana Gómez AM, Sánchez Chapado M, Cabezas Zamora M. Carcinoma renal metastásico en mama. Presentación de dos casos diagnosticados por citología mediante punción aspiración con aguja fina (PAAF). *Arch Esp De Uro.* 1990;43:75-7.
8. Torres Muros B, Solano Romero JR, Rodríguez Baró JG, Bonilla Parrilla R. Adenocarcinoma renal metastásico en seno maxilar. *Actas Urol Esp.* 2006;30:954-7.
9. García Torrelles M, Beltrán Armada JR, Verges prosper A, Santlaya García JI, Espinosa Ruiz JJ, Tarín Planes M, et al. Metástasis cutánea de células renales. *Actas Urol Esp.* 2007; 31:556-8.
10. Montoro Martínez V, López Vilas M, Gurri Freixa M, De Dios Oran E, Montserrat Gili JR, Fabra Llopis JM. Metástasis nasal de carcinoma renal. A propósito de un caso. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 1999;50:653-6.

A. Mesa Álvarez*, A. Díaz García, E. Nava Tomás y J. Calvo Blanco

Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alimesa76@hotmail.com
(A. Mesa Álvarez).

doi:10.1016/j.acuro.2009.09.003

Metástasis uretral de origen colónico 14 meses después de la cistoprostatosigmoidectomía

Urethral metastasis from a colon carcinoma 14 months after cystoprostatectomy and sigmoidectomy

Sr. Director

En marzo de 2006, un varón de 71 años fue sometido a una cistoprostatosigmoidectomía por un cáncer de sigma que invadía la cúpula vesical. El diagnóstico anatomopatológico fue un adenocarcinoma de origen colónico, estadio T4N0M0. La próstata no estaba afectada y el antígeno carcinoembrionario estaba en su rango normal. Posteriormente se le aplicaron 5 ciclos de quimioterapia con oxaliplatino y 5-fluoruracilo complementados con radioterapia locorregional a dosis de 50 Gy.

Tatorce meses más tarde, el paciente se quejó de la expulsión de una pequeña cantidad de líquido sanguinolento a través del meato uretral. Se realizó una citología, que fue positiva para adenocarcinoma, y una uretoscopia, que reveló una lesión polipoidea que bloqueaba casi completamente la

luz de la uretra bulbar. Dicha lesión fue biopsiada, con el diagnóstico histológico de adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado, compatible con metástasis. El estudio de extensión se completó con una resonancia magnética pelviana, donde se objetivó una lesión de aspecto tumoral desde el muñón uretral hasta la uretra bulbar, y la ausencia de otras metástasis. La radiografía de tórax también fue negativa.

Con el diagnóstico de metástasis uretral única, realizamos una uretrectomía parcial vía perineal respetando la uretra a nivel del glándula. El estudio macroscópico de la pieza mostró una lesión polipoide de 20x7 mm en el interior de la uretra, cuyo análisis histológico confirmó el origen colónico de la lesión (fig. 1). Los márgenes quirúrgicos fueron negativos.

Seis meses más tarde, el paciente refirió la presencia de una masa exofítica que asomaba por el meato uretral externo

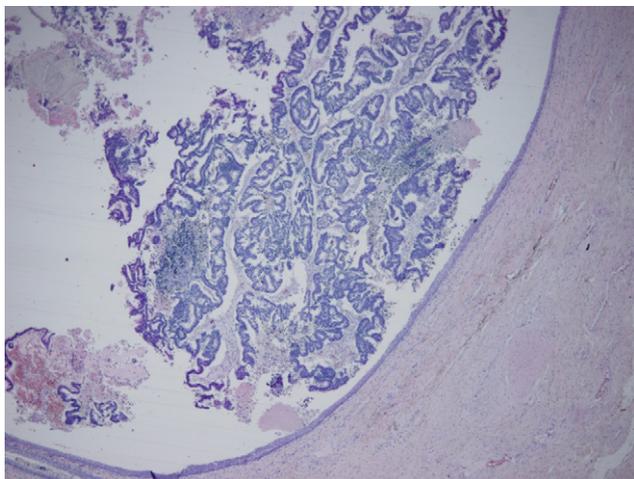


Figura 1 – Carcinoma de origen colónico que flota en la luz uretral.

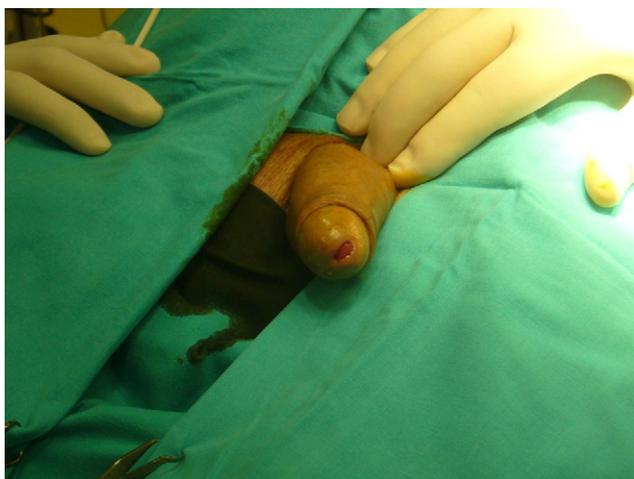


Figura 2 – Masa exofítica que asoma por el meato uretral externo.

(fig. 2). Se llevó a cabo una penectomía subtotal, donde encontramos una tumoración polipoidea, de coloración grisácea y de 1,1cm de diámetro, que invadía la pared uretral. Estábamos de nuevo ante una recidiva del tumor de colon. Una TAC de control meses más tarde demostró la presencia de metástasis pulmonares, por lo que se aplicó tratamiento quimioterapéutico con CPT-11, 5-fluoruracilo, ácido folínico y bevacizumab, que se sigue manteniendo actualmente.

Los tumores primarios de uretra son raros. El 70% de estos tumores son carcinomas de células escamosas y el 20-10% son adenocarcinomas. Las metástasis son incluso más raras. Han sido documentados casos de metástasis en la uretra en cánceres de origen en el colon, el pulmón, el riñón y la próstata^{1,2}.

Las metástasis en la uretra de origen colónico son extremadamente raras, con solo 10 casos publicados en la literatura³ médica. Chitale et al presentaron 2 casos nuevos y revisaron otros 7 ya publicados, donde observaron que la mayoría eran metástasis metacrónicas.

El intervalo entre la aparición de la lesión metastásica y el tumor primario era de 0,5-5 años, y la uretra bulbar era la porción más afectada en los pacientes varones¹.

El mecanismo de diseminación no está bien establecido, pero hay varias hipótesis: la infiltración directa, la diseminación linfática o hematológica y el sembrado de células cancerígenas a través de la orina. Nuestro caso sugiere esta última posibilidad, siendo el segundo caso que muestra una recurrencia de un tumor maligno no urotelial en la uretra residual tras una cistoprostatectomía⁴⁻⁶.

Clínicamente, la mayoría de los pacientes presentan síntomas del tracto urinario inferior; en menor medida puede haber uretrorragia, hematuria o retención aguda de orina^{2,4}.

Si nos encontramos ante uno de estos síntomas debemos realizar una uretoscopia para descartar un tumor uretral. La resonancia magnética nos puede ser muy útil para valorar la extensión local.

Las metástasis uretrales de origen colónico tienen muy mal pronóstico⁷. Los pacientes con metástasis sincrónicas parecen tener mejor pronóstico, con un rango de supervivencia de 2,5-7 años, que aquéllos con metástasis metacrónicas con supervivencias menores de dos años².

Se debe realizar un enfoque terapéutico multidisciplinario e individualizado para cada paciente, dependiendo de los síntomas y la extensión de su enfermedad. Un tratamiento quirúrgico agresivo solamente está justificado si estamos ante una metástasis uretral única. La cirugía es el tratamiento de elección; sin embargo, usada como única modalidad terapéutica presenta un elevado número de recidivas. Dalbagni y et al⁸ proponen quimiorradiación y cirugía para mejorar el control local y reducir la posibilidad de metástasis a distancia en tumores de uretra primarios y de alto grado. Sin embargo, estas modalidades de tratamiento no son seguras para un buen control de este tipo de patología, por lo que es necesario el estudio y el desarrollo de nuevos tratamientos más efectivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Chitale SV, Burgess NA, Sethia KK, Love K, Roberts PF. Management of urethral metastasis from colorectal carcinomas. *ANZ J Surg.* 2004;74:925-7.
- Chang YH, Chuang CK, Ng KF, Liao SK. Urethral metastasis from a colon carcinoma. *Urology.* 2007;69:575.
- Noorani S, Rao AR, Callaghan PS. Urethral metastasis: An uncommon presentation of a colonic adenocarcinoma. *Int Urol Nephrol.* 2007;39:837-9.
- Koji Yoshimura K, Yoshiaki Isogawa Y, Hiroshi Yoshida H, Norio Kawase N, Yoji Taki Y. Recurrence of sigmoid colon carcinoma in the residual urethra after cystectomy. *Int J Urol.* 1999;6: 479-82.
- Freeman JA, Esrig D, Stein JP, Skinner DG. Management of the patient with bladder cancer Urethral recurrence. *Urol Clin North Am.* 1994;21:645-51.
- Okayena T, Inoue Y, Ogawa A. Solitary urethral recurrence of sigmoid colon carcinoma. *Urol Int.* 1991;47:105-7.
- Kupfer HW, Theunissen P, Delaere KP. Urethral metastasis from a rectal carcinoma. *Acta Urol Belg.* 1995;63:31-2.
- Dalbagni G, Zhang ZF, Lacombe L, Herr HW. Male urethral carcinoma: Analysis of treatment outcome. *Urology.* 1999;53: 1126-1132.

S. Martín Martín*, E. García Lagarto, J. Egea Camacho y E. Fernández Del Busto

Servicio de Urología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

doi:10.1016/j.acuro.2009.09.004

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Risimartin7@hotmail.com (S. Martín Martín).

Fusión esplenogonadal. Presentación de un caso y revisión de la literatura médica

Splenogonadal fusion. Report of a case and review of the literature

Sr. Director:

La fusión esplenogonadal, en ocasiones denominada como el bazo supernumerario ectópico intraescrotal, es una entidad relativamente infrecuente, a juzgar por los escasos casos publicados, en la que se encuentran restos esplénicos unidos a la superficie del testículo o del epidídimo e incluso en situación intragonadal¹.

Su incidencia exacta se desconoce, pudiendo ser lógicamente mayor que la publicada. En la actualidad y según Montes² y Prada³, los casos cifrados son unos 160⁴. Clínicamente se manifiesta como un tumor testicular o una masa paratesticular, pudiendo diagnosticarse también durante la cirugía de la criptorquidia (en nuestro caso) o de la hernia inguinal. Esta entidad suscita interés porque su presentación como un tumor palpable provoca la puesta en marcha de todo un armamento analítico e iconográfico que suele acabar en quirófano. El conocimiento de su existencia, aunque no impide en la mayoría de los casos la actuación quirúrgica, puede evitar una actitud excesivamente agresiva en algunos casos.

Varón de raza negra que acudió a nuestra consulta por ausencia de ambos testículos en la bolsa escrotal. A la exploración física destacaba la presencia de caracteres sexuales secundarios poco desarrollados, el escroto de pequeño tamaño y los testículos no palpables ni en la bolsa ni en los conductos inguinales. En la analítica presentaba: FSH: 50,53 mU/ml, LH: 27,39 mU/ml, testosterona: 3,54 ng/ml y testosterona libre: 5,96 pg/ml (hipogonadismo hipergonadotrófico). En la RMN no se visualizaron los testículos en la bolsa escrotal, identificándose imágenes compatibles con los testículos de morfología ovoidea. Posteriormente se solicitó seminograma, siendo el resultado «ausencia de espermatozoides en fresco ni en el sedimento poscentrifugación de toda la muestra, por lo que no se efectuó criopreservación». Tras estos hallazgos, se planteó al paciente conservación testicular para preservar la producción hormonal, pero finalmente optó por orquiectomía bilateral laparoscópica (fig. 1) + colocación de prótesis testicular bilateral + tratamiento hormonal sustitutivo posterior. La descripción anatomopatológica (fig. 2) del testículo izquierdo consistía en túbulos constituidos sólo por las células de Sertoli, sin evidencia de

neoplasia intratubular y, en continuidad con el parénquima, un bazo accesorio sin alteraciones («fusión esplenogonadal»).

Se conoce como «fusión esplenogonadal» a la alteración congénita caracterizada por la fusión anómala entre el bazo y la gónada y derivados del mesonefros. Aunque puede aparecer en los dos sexos, es mucho más frecuente en el masculino (relación de 9 a 1 o de 15 a 1, según diversos autores), aunque hay que anotar 4 casos publicados en mujeres, en el que el tejido esplénico se encontraba adyacente al ovario y al mesoovario. Existen casos descritos en intersexos. La primera descripción de esta entidad data de 1889 cuando Pommer⁵ la describió, aunque parece ser que previamente había sido referenciada por Boestrom 6 años antes (citado por Knorr y Borden⁶). En 1988, Petrik⁷ recluta y estudia la mayor serie compuesta por 87 casos. Hasta la fecha, se han descrito unos 160 casos^{8,9}.

La primera larga serie que incluía 30 casos se debe a Putschar y Manion¹⁰, que en 1956 diferencian dos formas de esta entidad: continua y discontinua. En la primera, el bazo y los



Figura 1 – Imagen macroscópica del testículo izquierdo (pieza de orquiectomía que pesa 18,4 g, en la cual se identifica un testículo que mide 3,5 cm y no muestra alteraciones relevantes). Se identifica, en continuidad con el parénquima, un bazo accesorio sin alteraciones relevantes.