

Los 6 casos antes citados de recidiva en lugares no adyacentes a la anastomosis ureteroileal apoyan la teoría de la implantación, mientras que los 12 casos con recidiva a nivel de la anastomosis (incluidos nuestros 2 casos) reafirman la teoría de la carcinogénesis multicéntrica y hacen que ésta sea la causa más frecuente de recidiva de tumor urotelial a nivel de una derivación urinaria descrita en la literatura médica.

Clínicamente, pueden aparecer con un diverso abanico de síntomas, como tenesmo y dolor pélvico, siendo la hematuria la forma de presentación más frecuente. En otras ocasiones, pueden aparecer en un paciente asintomático en el seno de una revisión, diagnosticándose por pruebas de imagen.

El hecho de que las recurrencias en tumores uroteliales sean multifocales hace mandatorio un estudio de extensión amplio. En la actualidad, la TC es el método de elección, pues no sólo caracteriza a la perfección la lesión en el interior de la derivación con todo el árbol urológico, sino que además nos descubre la afectación tumoral a distancia. La ileostografía retrógrada se planteaba como la prueba más adecuada para valorar la recidiva en la derivación ileal en los casos más antiguos descritos, combinándose con citologías urinarias⁹.

La ileoscopia es útil, como demuestran algunos autores, pues no sólo permite localizar la lesión en el interior de la derivación, sino que además nos permite realizar biopsias y optar por un tratamiento más conservador en un grupo seleccionado de pacientes como lo es la resección endoscópica. Esto era especialmente útil en los pacientes con derivaciones colónicas, en los que con más frecuencia había que diferenciar el origen intestinal del urotelial de la tumoración¹⁰.

Se han descrito RTU paliativas, cistectomías parciales y nefroureterectomías como tratamientos iniciales. Si la recidiva se produce a nivel de la anastomosis, es importante incluir un margen del íleon en la resección. En los casos en los que se demuestre o exista alto riesgo de enfermedad a distancia, la quimioterapia y la radioterapia adyuvante tienen su utilidad³.

Como conclusión podemos decir que la recurrencia de un tumor urotelial en una derivación urinaria es un fenómeno poco frecuente, pero que siempre debe ser sospechado, sobre todo cuando el paciente presenta hematuria, signo princeps y forma más habitual de manifestación inicial en los casos publicados en la literatura médica.

doi:10.1016/j.acuro.2009.10.002

BIBLIOGRAFÍA

- Herr IW. Tumor progression and survival of patients with high grade, noninvasive papillary (TaG3) bladder tumors: 15-years outcome. *J Urol*. 2000;163:60-2.
- Ide H, Kikuchi E, Shinoda K, Mukai M, Murai M. Carcinoma in situ developing in an ileal neobladder. *Urology*. 2007;69:576.e9-11.
- Sánchez Zalabardo D, López Ferrandis J, Arocena García-Tapia J, et al. Recurrent urothelial tumor in orthotopic neobladder. *Actas Urol Esp*. 2001;25:600-2.
- Grabstald H. Carcinoma of ileal bladder stoma. *J Urol*. 1974;112:332-4.
- Frese R, Doehn C, Baumgartel M, et al. Carcinoid tumor in an ileal neobladder. *J Urol*. 2001;165:522-3.
- Herawi M, Leppert JT, Thomas GV, De Kernion JB, Epstein JI. Implants of noninvasive papillary urothelial carcinoma in peritoneum and ileocolonic neobladder: Support for "seed and soil" hypothesis of bladder recurrence. *Urology*. 2006;67:746-50.
- Curran FT, Fuggle WJ. Transitional cell carcinoma in an ileal conduit. *Postgrad Med J*. 1986;62:769-71.
- Shioji Y, Morita T, Tokue A. Transitional cell carcinoma in the ileal conduit following radical cystectomy and nephroureterectomy. *Scand J Urol Nephrol*. 2001;35:416-7.
- Soloway MS, Myers Jr GH, Burdick JF, et al. Ileal conduit exfoliative cytology in the diagnosis of recurrent cancer. *J Urol*. 1972;107:835.15-9.15 O.G. Banigo, J.
- Celma Doménech A, Tremps Velásquez E, Planas Morin J, Bestard Vallejo J, Mir Marisma C, Morote Robles J. Transitional cell carcinoma relapse in uretero-ileal conduit after radical cystectomy. *Actas Urol Esp*. 2008;32:642-4.

J.F. Barba Abad*, E. Tolosa Eizaguirre, A. Rincón Mayans y J. Berian Polo

Departamento de Urología, Clínica Universidad de Navarra, Navarra, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javiferbar@hotmail.com (J.F. Barba Abad).

Metástasis peneana de carcinoma epidermoide de esófago

Penile metastasis of esophageal scamous cell carcinoma

Sr. Editor:

Le remito un caso de metástasis peneana de carcinoma esofágico localizada en el cuerpo esponjoso. Las neoplasias de pene son una patología infrecuente y de incidencia variable según la población¹. De ellas, las metástasis a nivel del pene representan un escaso porcentaje^{2,3} y, cuando se presentan, son en su mayoría de origen pélvico

(75%), mientras que el resto son de origen extrapélvico, principalmente el pulmón y el riñón⁴. Su aparición representa un estadio avanzado de la enfermedad y suelen manifestarse como efecto masa o priapismo maligno⁵. El *gold standard* de diagnóstico es la resonancia magnética (RM)⁶. Existen múltiples opciones de tratamiento, desde la abstención terapéutica, la cirugía y, en determinados casos, la quimioterapia^{7,8}.

Caso clínico

Paciente de 53 años que como antecedentes médicos presenta una tuberculosis pulmonar en tratamiento hasta el año 2007. Diagnosticado en 2007 de carcinoma epidermoide del tercio inferior del esófago, moderadamente diferenciado, estadio T4N1M1, por lo que recibió cinco ciclos de quimioterapia según el esquema Al-Sarraf (cisplatino+5-fluorouracilo), con radioterapia concomitante desde el cuarto ciclo. Además, era portador de sonda de nutrición parenteral de forma permanente y bien tolerada.

Acudió a la puerta de urgencia de nuestro hospital por una sensación de disuria y escozor miccional de nueve días de evolución. Además se notaba una induración desde el periné hasta el tercio medio del pene sin relación con las erecciones. No relató otros síntomas acompañantes.

En la exploración física se palpó una induración de la zona perineal que continuaba hasta la base del pene, extendiéndose aproximadamente hasta la mitad de éste y permaneciendo el pene en semierección. En el tacto rectal se objetivó una próstata de tamaño y consistencia normal, no dolorosa, sin nódulos y bien delimitada. Los testes eran de tamaño y consistencia normales, con discreta molestia a la palpación de ambos epidídimos.

En las pruebas complementarias realizadas en urgencias se observó una discreta elevación de LDH (516 UI/l) y microhematuria, leucocituria y cristales de oxalato cálcico en el sedimento de orina.

La ecografía escrotal y peneana mostró unos testículos normales y un aumento de grosor de cuerpos cavernosos en toda su longitud, pudiendo observarse la uretra únicamente en su tercio distal.

Dados los antecedentes patológicos del paciente, la exploración física y ante la sospecha de infiltración de cuerpos cavernosos por metástasis de carcinoma epidermoide de esófago, se solicitaron una tomografía (TC) toracoabdominal y una RM de pelvis visceral.

En la TC se objetivó una progresión de la enfermedad de base, con aparición de novo de un nódulo en glándula suprarrenal izquierda de 15 mm e infiltración de fundus gástrico con una adenopatía adyacente que no se encontraban presentes en las TC previas.

En la RM se evidenció una infiltración de cuerpo esponjoso desde el bulbo hasta prácticamente el glande, con dos áreas de infiltración del cuerpo cavernoso izquierdo y con adelgazamiento de la túnica albugínea y mínimo engrosamiento de partes blandas circundantes sugestivas de extensión transcapsular; también una adenopatía inguinal derecha de 15 mm e imágenes óseas nodulares pélvicas sugestivas de metástasis (fig. 1).

Ante estos hallazgos se decidió realizar una biopsia de la lesión (fig. 2). En la anatomía patológica de la muestra se evidenció proliferación tumoral maligna epitelial de arquitectura cordonal infiltrante con cambios desmoplásicos en el estroma circundante. Las células tumorales tenían citoplasmas amplios acidófilos y bien delimitados, con fenómenos focales de disqueratosis. Los núcleos eran pleomórficos y exhibían frecuentes mitosis. De modo focal, se observaron algunos émbolos tumorales intravasculares en pequeños vasos sanguíneos, todo ello compatible con infiltración por carcinoma



Figura 1 - Infiltración de cuerpo esponjoso.

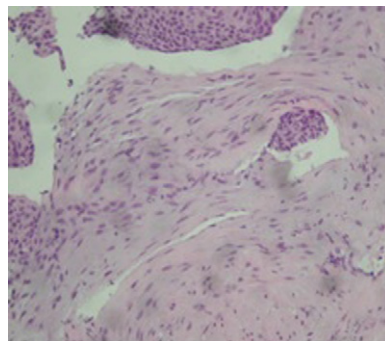


Figura 2 - Áreas de diferenciación escamosa con émbolos vasculares.

epidermoide moderadamente diferenciado. Ante todos los resultados se decidió tratamiento conservador.

El paciente acudió a urgencias un mes más tarde por rectorragia y anuria. En la exploración llamó la atención la progresión de la infiltración peneana, mostrándose en ese momento infiltración de prácticamente la totalidad del pene. Se procedió a sondaje vesical con sonda Foley de 14 Fch, con dificultad por stop a nivel de la uretra peneana distal, obteniéndose 600 ml de orina hematurica.

Durante su ingreso se realizó un intento de retirada de la sonda que resultó infructuoso, por lo que se decidió dejar al paciente con sondaje vesical permanente. Se inició un primer ciclo de plactitaxel y se decidió evaluar la respuesta previamente a un posible establecimiento de radioterapia local para control de la sintomatología. Dada la buena tolerancia se lo dio de alta.

Quince días después reingresó procedente de consultas externas por deterioro del estado general, hiporexia y mareos. Durante el ingreso se procedió a ajustar el tratamiento sintomático con mínima mejoría. Dadas la precariedad del estado general y la ausencia de domicilio y cuidadores, se decidió finalizar el tratamiento activo.

Discusión

Los tumores primarios de pene representan el 0,4-0,6% de los tumores malignos en el hombre en la población de Europa y de Estados Unidos, significando entre el 2 y el 5% de las

neoplasias urogenitales masculinas, pudiendo aumentar hasta el 10% según los hábitos higiénicos de la población¹.

Se han descrito aproximadamente 300 casos de tumores metastásicos de pene en la literatura médica internacional². Las metástasis se asientan principalmente en los cuerpos cavernosos, no habiéndose descrito previamente casos de metástasis a nivel del cuerpo esponjoso como en nuestro caso. La mayoría de los autores coinciden en que la presencia de este tipo de metástasis corresponde a un estado muy avanzado de la enfermedad primaria, siendo la supervivencia muy limitada tras su aparición, que no suele ser superior a un año³.

Los tumores primarios tienen su origen aproximadamente en un 75% en los órganos pélvicos, principalmente la próstata, la vejiga⁴ aunque también en el tubo digestivo. El otro 25% corresponde a otros orígenes extrapélvicos (el riñón, el pulmón, el estómago o los supraglóticos)⁴. Sólo han sido descritos dos casos de metástasis de origen esofágico, asentándose ambas en los cuerpos cavernosos¹⁰.

En cuanto a los síntomas con los que debutan estos pacientes, estos son (en orden de frecuencia) sensación de masa (30%), priapismo maligno (20%), retención aguda de orina, lesiones ulcerativas, edema o gangrena^{4,5}. En nuestro caso, los síntomas comprendían semierección y síntomas del tracto urinario inferior.

Con respecto a las pruebas de imagen, el mejor método diagnóstico es la RM, ya que ha demostrado su utilidad para determinar la extensión del tumor a nivel de la albugínea o la uretra⁶. Esto es debido a la superioridad de la RM frente a la TC o a la ECO en la diferenciación de tejidos blandos. En nuestro paciente, la RM nos permitió conocer con exactitud la extensión de la lesión. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico.

Estas lesiones se pueden tratar con exéresis de la lesión o el legrado de los cuerpos cavernosos en caso de nódulos aislados. Otras opciones son la penectomía parcial, en casos de lesiones solitarias o localizadas en el extremo distal del pene, y penectomía total y emasculación si las lesiones son más extensas o hay invasión proximal de los cuerpos cavernosos⁷. Aparte, en determinados casos en los que el dolor es intratable, se puede proceder a la sección de los nervios dorsales⁸. En casos específicos de pacientes jóvenes, con buen estado general y quimiosensibilidad del tumor, deben intentarse esquemas de quimioterapia de forma

paliativa⁹. La radioterapia no es una opción de tratamiento inicial, aunque puede ser una alternativa de forma paliativa en pacientes como el que presentamos. No obstante, las opciones más aceptadas son la actitud expectante y la biopsia o la exéresis de la lesión debido al mal pronóstico que plantea la presencia de metástasis peneana como manifestación de su tumor primario^{3,10}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Solsona E, Algaba F, Horenblas S, Pizzocaro G, Windahl T. European Association of Urology EAU Guidelines on Penile Cancer. *Eur Urol*. 2004;46:1-8.
2. Alonso Gorrea M, Guillén Navarro M, Tramoyeres Celma A, Rodríguez Hernández JH, Ferrutxe Frau J, Puig Giró R. Metastatic tumors of the penis. *Arch Esp Urol*. 1980;33:131-42.
3. Pellicé i Vilalta C. Side-effects in metastasis of penis. Succinct revision of Spanish urologic literature (period: 1980-2005). *Actas Urol Esp*. 2006;30:962-4.
4. Senkul T, Karademir K, Silit E, Ieri C, Erden D, Balolu H. Penile metastasis of prostatic adenocarcinoma. *Int J Urol*. 2002;9:597-8.
5. Belville WD, Cohen JA. Secondary penile malignancies: The spectrum of presentation. *J Surg Oncol*. 1992;51:134-7.
6. Kendi T, Batislam E, Basar MM, Yilmaz E, Altinok D, Basar H. Magnetic resonance imaging (MRI) in penile metastases of extragenitourinary cancers. *Int Urol Nephrol*. 2006;38:105-9.
7. Mukamel E, Farrer J, Smith RB, DeKernion JB. Metastatic carcinoma for penis: When is total penectomy indicated? *Urology*. 1987;29:15-8.
8. Hill JT, Khalid MA. Penile denervation. *Br J Urol*. 1988;61:167.
9. Preis E, Jakse G. Options in palliative therapy for penile cancer. *Urologe A*. 2007;46:49-53.
10. López M, Viguri A, Rosa J, Peña P. Metástasis peneana como primera manifestación de un carcinoma esofágico. *Actas Urol Esp*. 2009;33:318-20.

E. Morán Pascual*, C. Di Capua Sacoto, A.M. Soto Poveda, M.A. Bonillo García, P. Bahílo Mateu y F. Jiménez Cruz

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

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: averquetedigo@hotmail.com
(E. Morán Pascual).

doi:10.1016/j.acuro.2009.09.006

Hemangioma cavernoso vesical causante de hematuria en un niño

Bladder cavernous hemangioma as a cause of hematuria in a child

Sr. Director:

Presentamos el caso de un paciente varón de 9 años, sin antecedentes médicos o quirúrgicos de interés, remitido

desde otro centro, donde fue estudiado por hematuria macroscópica asintomática de 20 días de evolución acompañada ocasionalmente de pequeños coágulos. No presentó antecedentes de traumatismo, infecciosos ni alteraciones de