L. Delgado-Plasencia^{a,*}, N. Hernández-Siverio^b
y D. Castro-Díaz^b

^aServicio Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario de Canarias, Canarias, España

^bServicio de Urología y Urología Pediátrica, Hospital Universitario de Canarias, Canarias, España

doi:10.1016/j.acuro.2010.02.025

*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: lucianodelgado1@gmail.com,
luciano_delgado1@yahoo.es (L. Delgado-Plasencia).

Metrorragias como forma de presentación de un carcinoma de células renales con metástasis ovárica

Methroragies as form of presentation of a ovary metastases from a primary renal cell carcinoma

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 52 años que consultó por episodios repetidos de metrorragias así como síndrome general consistente en astenia y anorexia. A la exploración no llamaba nada la atención tan solo restos hemorrágicos en la exploración vaginal. Una ecografía vaginal evidenció la presencia de una masa sólida quística dependiente del anejo izquierdo, confirmandose posteriormente por TC (fig. 1), con pequeña cantidad de líquido libre intraperitoneal. Así mismo, el TC evidenció la presencia de una masa sólida de 6,5 × 6,5 cm dependiente del polo inferior del riñón derecho (fig. 2), así como múltiples nódulos en polo superior. Se practicó nefrectomía radical derecha así como histerectomía y ooforectomía bilateral siendo informada la pieza renal como carcinoma de células claras Furrman III, sin invasión de la

Figura 2 – TC. Masa compleja de 65 × 65 mm dependiente del polo inferior del riñón derecho (flecha).

Figura 1 – TC. Componente sólido quístico de la masa anexial (flecha).

cápsula renal, mientras que el ovario derecho presentaba metástasis de carcinoma renal de células claras.

La metástasis ovárica de la adenocarcinoma renal de la célula es absolutamente rara. Se confunden a menudo con tumores claros primarios de la célula del ovario. Aproximadamente un tercio de los pacientes con nuevo diagnóstico de carcinoma renal presentarán enfermedad metastásica de inicio¹. Por otro lado, cerca de la mitad de los pacientes que son nefrectomizados con intención curativa, sufrirán metástasis a distancia durante el seguimiento^{2,3}. El 70% de las metástasis están limitadas a un solo órgano, generalmente pulmón (40%) o hueso (22%), siendo únicas en el 2,3% de los casos⁴. Con tan solo 12 casos publicados en los últimos 20 años, la afectación metastásica del ovario con primario de origen renal es extremadamente rara, pero la afectación metastásica de un carcinoma renal debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de los tumores de ovario con histología de célula clara⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toyoda Y, Shinohara N, Harabayashi T. Survival and prognostic classification of patients with metastatic renal cell carcinoma of bone. *Eur Urol*. 2007;52:163-9.
2. Sheth S, Scatarige JC, Horton KM. Current concepts in the diagnosis and management of renal cell carcinoma: role of multidetector CT and three-dimensional CT. *Radiographics*. 2001;21:237-41.
3. Zisman A, Pantuck AJ, Dorey F. Improved prognostication of renal cell carcinoma using integrated staging system. *J Clin Oncol*. 2001;19:1649-55.
4. Whelan P. The medical treatment of metastatic renal cell carcinoma. *EUA Update Series*. 2003;1:237-44.
5. Shinojima T, Nakajima Y, Kiguchi H. Renal cell carcinoma metastatic to the ovary: a case report. *Nippon Hinyokika Gak Zass*. 2001;92:694-7.

doi:10.1016/j.acuro.2009.11.012

M. Álvarez-Múgica^{a,*}, V. Bulnes Vázquez^b, A. Jalón Monzón^c y F.J. Regadera Sejas^c

^aServicio de Urología, Hospital Valle del Nalón, Riaño, Asturias, España

^bServicio de Radiodiagnóstico, Hospital Álvarez-Buylla, Mieres, Asturias, España

^cServicio de Urología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: malvarezmug@gmail.com
(M. Álvarez-Múgica).

Tumor filloide de la vesícula seminal: caso clínico y revisión de la literatura

Phyllodes tumour of the seminal vesicle: case report and revision of literature

Sr. Director:

Le presentamos el caso de un hombre con 64 años, asintomático, con masa supraprostática diagnosticada en ultrasonido transrectal. El nivel sérico del antígeno específico de la próstata (PSA) fue 0,53 µg/l. La resonancia magnética (RMN) pélvica mostró una formación de bordes regulares, de predominio quístico, con una vegetación interna sólida, en la topografía de la vesícula seminal izquierda, no presentando ninguna señal de agresividad local o regional (fig. 1).

Figura 1 – RMN axial y sagital: formación en la topografía de la vesícula seminal izquierda, de bordes regulares, de predominio quístico, con una vegetación sólida de 5 cm en su interior.

Por laparotomía media infraumbilical y por corte de la bolsa de Douglas, se hizo la exéresis completa de la masa (fig. 2), adherente a la próstata, no siendo posible identificar la vesícula seminal izquierda. El periodo posquirúrgico transcurrió sin problemas.

El examen patológico mostró una formación quística con un nódulo sólido papilar. Al corte era compacta y elástica, observándose tejido prostático y de la vesícula seminal en su

Figura 2 – Cirugía: exposición del tumor con la vejiga desplazada hacia delante (imagen pequeña–pieza quirúrgica).