

Actualmente el paciente se encuentra en hemodiálisis, estable, no ha presentado recidiva tumoral.

## DISCUSIÓN

La nefrectomía y/o ureterectomía bilateral simultánea por enfermedad neoplásica es una indicación relativamente rara en urología debido a que las neoplasias de riñón y urotelio (del tracto urinario superior) suelen presentarse de manera bilateral sincrónica en un porcentaje que va del 2 al 6 %, se han reportado índices de morbilidad que van desde un 18%-40% y de mortalidad de un 3.6% cuando se realiza el procedimiento por cirugía abierta (2).

En la actualidad con las ventajas que presentan los abordajes laparoscópicos (ya sea por vía transperitoneal o retroperitoneal) incluyen una rápida tolerancia oral, disminución del uso de analgésicos, reducción del tiempo de hospitalización, menor número de complicaciones de la herida quirúrgica y un retorno más temprano a las actividades normales, hacen de la laparoscopia una técnica de elección. Aunque el tiempo operatorio es mayor (Tabla I), existe un riesgo de conversión y de complicaciones como atelectasia (7), hematoma retroperitoneal, laceración duodenal (2,4) y recurrencia de carcinoma de células uroteliales en el sitio de colocación de los trocares (9).

Dada la duda diagnóstica inicial de probable tumor de vía urinaria en el lado izquierdo, se optó por la desinserción del meato ureteral izq. por resección transuretral del meato y su trayecto intramural, para asegurar la radicalidad quirúrgica en caso de que se hubiera confirmado. Este procedimiento ha demostrado ser de fácil ejecución disminuyendo el tiempo quirúrgico y la morbilidad y no predispone a la diseminación tumoral, cuando el tumor está por encima de los vasos ilíacos (8,10). En este caso la nefroureterectomía izq. y nefrectomía derecha se realizaron con técnica laparoscópica pura y se practicó la extracción de las piezas quirúrgicas por una incisión de Gibson de unos 7 cm en FlI, siendo la técnica de mano asistida utilizada en la mayoría de las series nosotros no encontramos diferencias significativas en lo que se refiere al tiempo quirúrgico, ni al tamaño de la incisión.

La nefrectomía bilateral laparoscópica a probado ser una alternativa eficaz en el manejo de pacientes con patología renal maligna bilateral, asegurando la radicalidad quirúrgica, disminuyendo la morbilidad, el tiempo de hospitalización y de convalecencia.

## BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS

### RECOMENDADAS (\*lectura de interés y \*\*lectura fundamental)

1. BALES, G.; FELLNER, S.; CHODAK, G. y cols.: "Laparoscopic bilateral nephrectomy for renin-mediated hypertension". *Urology* 43: 874. 1994.

2. FORNARA, P.; DOEHN, C.; FRICKE, L. y cols.: "Laparoscopic Bilateral Nephrectomy: in 11 renal transplant patients". *J. Urol.* 157: 445. 2000.
3. FUCHS, G.; BECK, H.; CHONG, T. y cols.: "Simultaneous bilateral simple nephrectomy". *J. Endo. Urol.* 14 : 805. 2000.
4. GILL, I.; KAOUK, J.; HOBART, G. y cols.: "Laparoscopic bilateral synchronous nephrectomy for autosomal dominant polycystic kidney disease: The initial experience". *J. Urol.* 165: 1093. 2001.
5. REHMAN, J.; LANDMAN, J.; ANDREONI, C. y cols.: "Laparoscopic bilateral hand assisted nephrectomy for autosomal dominant polycystic kidney disease: Initial experience". *J. Urol.* 166: 42. 2001.
6. JENKINS, M.; CRANE, J.; MUNCH, C.: "Bilateral hand assisted laparoscopic nephrectomy for autosomal dominant polycystic kidney disease using a single midline handport incision". *Urology.* 59: 32. 2002.
- \*7. CHUEH, C.; CHEN, C.; HSU, W. y cols.: "Hand assisted laparoscopic bilateral nephroureterectomy In 1 session without repositioning patients is facilitated by alternating inflation cuffs". *J. Urol.* 167: 44. 2002.
- \*8. PALOU, J.; CAPARRÓS, J.; XAVIER, B. y cols.: "Transurethral resection of the intramural ureter as the first step of nephroureterectomy". *J. Urol.* 154: 43. 1995.
9. ALBERT, M.; BHAYANI, S.; PAVLOVICH, C.: "Trocar site recurrence after laparoscopic nephroureterectomy". *J. Urol.* 170: 1303. 2003.
10. PALOU, J.; CAPARRÓS, J.; SALVADOR, J. y cols.: "Técnica simplificada de nefroureterectomía". *Arch. Esp. de Urol.* 44: 809.1991.

## Casos Clínicos

*Arch. Esp. Urol.*, 57, 8 (847-851), 2004

### LEIOMIOMA ESCROTAL BIZARRO GIGANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

R. Cabello Benavente, B. López Martínez-Bernal<sup>1</sup>, F. Verdú Tartajo, J.I. Monzó, I. Castaño González, M. Moralejo Gárate, J.I. Martínez Salamanca, F. Herranz Amo<sup>1</sup>, R. Durán Merino<sup>1</sup> y C. Hernández Fernández<sup>1</sup>.

Servicio de Urología y Anatomía Patológica<sup>1</sup>. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Correspondencia

R. Cabello Benavente  
Avda. Galaxia, 6. Esc. 2 - 2ºb  
28023 Madrid. (España)

Trabajo recibido: 21 de enero 2004

**Resumen.-** *OBJETIVOS:* Mostrar la aproximación diagnóstica y el manejo terapéutico de las tumoraciones benignas derivadas del músculo liso de la pared escrotal. Destacar que, a pesar de que puedan presentar características histológicas compatibles con malignidad, estas tumoraciones tienen un comportamiento benigno.

*MÉTODO:* Varón de 75 años que presenta gran tumoración escrotal de crecimiento muy lento, indolora, móvil, consistencia firme, no adherida a planos profundos y con transluminación negativa.

*RESULTADOS:* El estudio histológico informa la presencia de un leiomioma escrotal bizarro gigante (10 por 6 cm. diámetro y 355 gr. de peso).

*CONCLUSIONES:* Ante la presencia de una masa escrotal nos parece imprescindible una correcta exploración física con apoyo de una ecografía con la que identificar su origen intra o extratesticular y proceder así a su correcta extirpación (vía escrotal/inguinal).

Este tipo de lesiones tumorales a pesar de mostrar un gran tamaño, células atípicas y ausencia de cápsula, cumplen el criterio que, según la literatura revisada parece ser el más importante para determinar su benignidad: la ausencia de cualquier actividad mitótica.

Tras más de 5 años de seguimiento no se evidenciaron signos de recidiva local o a distancia.

---

**Palabras clave:** Tumor escrotal. Leiomioma atípico.

---

**Summary.-** *OBJECTIVES:* To review the diagnosis and therapeutic management of scrotal wall smooth muscle tumors by reporting an illustrative case. To emphasize that despite their histological characteristics on presentation, compatible with malignancy, these tumors have a benign behaviour, even when their size is much bigger than the ones found in the review bibliography.

*METHODS:* 75-year-old male who presented a big, very slowly growing, painless, mobile, hard, not adhered to deep layers, non transilluminating scrotal tumor.

*RESULTS:* Pathology reported a giant bizarre scrotal leiomyoma.

*CONCLUSIONS:* We emphasize the atypical characteristics of this case, which despite its compliance with almost all classical criteria establishing the malignant character of tumor lesions has a benign behaviour. It complies with the criterion that, accordingly to reviewed bibliography, seems to be the most important to determine it: the absence of mitosis. We also insist on the importance of an adequate diagnostic approach which guarantees a proper surgical approach, for which we think ultrasound is essential.

---

**Keywords:** Scrotal tumor. Atypical leiomyoma.

---

## INTRODUCCIÓN:

Presentamos un caso de leiomioma escrotal bizarro gigante. Este tipo de tumor escrotal es muy poco frecuente (1-10). Los tumores escrotales más frecuentes, con diferencia, son: el nevus pigmentario y el quiste de inclusión o sebáceo (2,7). Destacamos tanto las características histopatológicas como su gran tamaño, ya que no hemos encontrado un leiomioma escrotal de mayor tamaño en la literatura.

Son tumores mesenquimales derivados del músculo liso de los tejidos blandos no viscerales, que clásicamente se dividen en dos tipos:

1.) Derivados de la piel y dermis superficial y  
 2.) Derivados de los tejidos blandos profundos (5). Los derivados de la piel y la dermis superficial pueden tener tres orígenes diferentes; A. Músculo erector del pelo (leiomioma pilar, múltiple o solitario), B. Pared de los vasos sanguíneos (angioleiomiomas) y C. Derivados del músculo liso de la piel genital (leiomiomas genitales; vulva, escroto y pezón) (5). Se han descrito variedades benignas y malignas de todos ellos.

Este tumor escapa a la clásica sinonimia anatomopatológica que asume atipia celular con malignidad y comportamiento agresivo (9).

## CASO CLÍNICO:

Varón de 75 años remitido a nuestra consulta por su médico de atención primaria al observar, en una exploración física rutinaria, una gran tumoración hemiescrotal derecha. El paciente no presentaba antecedentes médicos de interés. Refería la presencia de la masa desde hacía aproximadamente treinta años. Con crecimiento muy lento, indolora y que sólo producía molestias por su tamaño.

A la exploración se observaba, una masa en hemiescrotal derecho de aproximadamente 10-12 cm. de diámetro, de consistencia firme, no dolorosa, móvil, no adherida a planos profundos, con transluminación negativa, y de difícil diferenciación del teste derecho. No se evidenciaron hernias inguinoescrotales o adenopatías inguinales.

Se realizó una ecografía escrotal, observando una

masa sólida, heterogénea, con áreas calcificadas e independiente de teste, epidídimo o cordón espermático derecho. De un diámetro mayor de 10 cm. Los marcadores tumorales  $\alpha$ FP y  $\beta$ HCG resultaron dentro de los parámetros de referencia.

Con el diagnóstico de tumoración escrotal se realiza extirpación quirúrgica transescrotal, sin apertura de la cavidad vaginal, con extirpación de piel suprayacente y realizando sutura primaria del escroto.

Histológicamente el tumor resultó constituido por haces y fascículos espirales de músculo liso, formados por células alargadas con núcleo ovalado, con cierto grado de pleomorfismo y atipia. Encontrándose ocasionalmente núcleos grandes, con cromatina en grumos y nucleolo evidente, sin observarse figuras de mitosis. Diagnosticándose por tanto un leiomioma escrotal bizarro de 10 por 6 cm. de diámetro y 355 gr. de peso.

Después de más de 5 años de seguimiento desde la cirugía, el paciente no ha presentado signos de recidiva local o a distancia, lo que viene a corroborar el carácter benigno de la lesión.

## DISCUSIÓN:

Los leiomiomas escrotales son tumores raros, que se diagnostican en varones de mediana edad o en el anciano (8). Clásicamente se dice que son pequeñas

lesiones cutáneas, con un tamaño entre un guisante y una avellana, indoloros y que no presentan signos inflamatorios (6). La mayoría de los descritos en la literatura son unilaterales, existiendo solo un caso bilateral (1).

Sobre su origen se han postulado algunas hipótesis; Tomera y Gaffey (1) afirman que derivan de los miofibroblastos del corion que, tras su transformación neoplásica, crecen desplazando el resto de estructuras cutáneas. Para Slone y O'Connor (8) esta hipótesis parece poco creíble, pues si los miofibroblastos sufrieran transformación maligna originarían un miofibroblastoma y no un leiomioma. Sugieren que su origen está en las fibras del dartos, al observar que las células de músculo liso separan los nódulos de la piel, entremezclándose con las células del tumor.

En los casos revisados, así como en el nuestro, el crecimiento lento y la ausencia de dolor motivan que el diagnóstico sea con frecuencia incidental (8). Los pacientes notan la tumoración desde tiempo atrás, consultando por problemas estéticos, molestias secundarias a una hernia inguinoescrotal, a un hidrocele concomitante (1) o derivadas del tamaño de la masa (4).

El hecho de que estos tumores sean indoloros tiene difícil explicación. Se supone que el crecimiento lentamente progresivo produce un desplazamiento de estructuras nerviosas, en vez de atraparlas o comprimir las. No obstante esta hipótesis debe ser revisada al haberse encontrado nervios incluidos en su interior (8).

A la exploración son nódulos de pequeño tamaño (rara vez de más de 2-3 cm. de diámetro (2, 10)), consistencia firme, indoloros, únicos, localizados en cualquier parte del escroto, móviles, no adheridos a planos profundos, sin ulceración de la piel suprayacente (si existiera ulceración es obligado el diagnóstico diferencial con el carcinoma escamoso escrotal) (10), transiluminación negativa y ocasionalmente pedunculados (6) (se ha postulado que dejados a su libre evolución todos llegarían a ser pedunculados) (10).

En el manejo quirúrgico de los tumores escrotales resulta fundamental identificar y diferenciar si son de origen extra o intratesticular, por su diferente abordaje. Para esto es fundamental la combinación de una

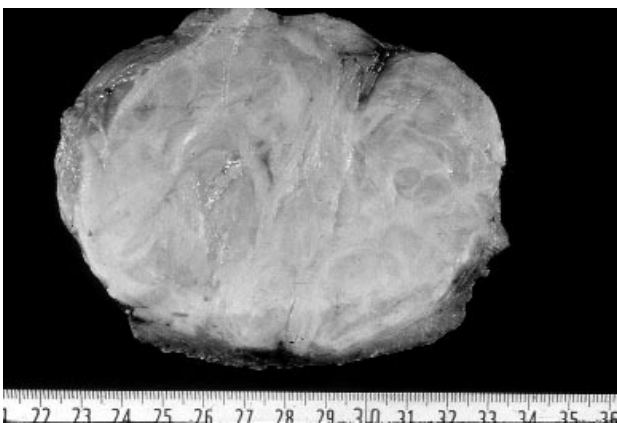


FIGURA 1: Imagen macroscópica de la pieza quirúrgica.

adecuada exploración física y una ecografía. El estudio ecográfico es considerado la prueba de imagen de elección, a pesar de no poder clarificar la naturaleza benigna o maligna de la lesión (8,10). En el caso de no poder determinar con seguridad el origen del tumor mediante la exploración y la ecografía, es recomendable un prudente acceso quirúrgico vía inguinal realizando control precoz del cordón espermático (8). En este tipo de tumores, una vez definida su independencia de las estructuras testiculares, la cirugía vía escrotal resulta sencilla a la par que curativa, si bien se recomienda resección con algún margen libre de tumoración (1-3, 6, 10).

De los criterios para establecer la benignidad de los tumores de músculo liso derivados de la piel genital, el más importante es la ausencia de cualquier actividad mitótica (1-3, 5,-10). No obstante el grado de actividad mitótica que define el comportamiento agresivo no está bien establecido, variando de 1 a 2 mitosis por cada 10 campos de gran aumento según los autores (8). Los tumores que se encuentran en esta situación se etiquetan de leiomiomas de bajo grado y, en los dos casos descritos por Newman y Fletcher se observó recidiva local (5). Ni la infiltración de bordes, ni el tamaño, ni la atipia nuclear, pese a ser características observadas en este tipo de tumores, suponen atributo de malignidad.

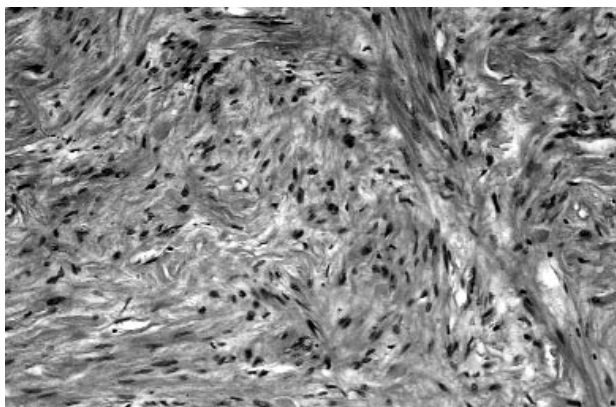
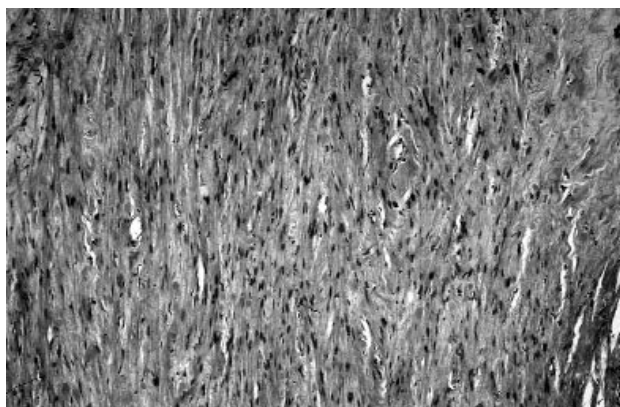
En la revisión bibliográfica realizada se evidencia que estas lesiones se encuentran bien delimitados, aunque

carecen de cápsula propiamente dicha (1, 2, 4, 7, 8), se habla de una pseudocápsula compresiva (10). Describiendo, en alguna publicación, zonas en las que se entremezclan las células musculares del dartos con las tumorales (6, 8).

El tamaño tumoral tampoco parece ser un factor de mal pronóstico. En la literatura revisada, el tamaño raramente supera los 2 ó 3 cm de diámetro (2, 10), mientras que en nuestro caso llega hasta los 10 cm.. Esto no parece ser trascendente, a la vista de la evolución clínica, para poner en duda la benignidad de la lesión.

También se aprecia atipia nuclear (5, 8-10). En contra de lo que pudiera parecer, no se considera criterio de malignidad, sino que se asume como signo de degeneración nuclear, como ocurre con frecuencia en los leiomiomas uterinos (5, 8).

Destacamos por tanto lo atípico del caso que, a pesar de cumplir casi todos los criterios que clásicamente establecen el carácter maligno de las lesiones tumorales, presenta un comportamiento benigno. Cumple el criterio que, según la literatura revisada, parece ser el más importante para determinar este aspecto; la ausencia de cualquier actividad mitótica. También insistimos en la importancia de una adecuada aproximación diagnóstica que garantice un abordaje quirúrgico correcto, para lo cual nos parece imprescindible el apoyo de la ecografía.



FIGURAS 2 y 3: Haces y fascículos espirales de músculo liso. Células alargadas con núcleo ovalado, con cierto grado de pleomorfismo y atipia. No se evidencian mitosis.

**BIBLIOGRAFIA y LECTURAS  
RECOMENDADAS (\*lectura de interés y  
\*\*lectura fundamental)**

1. TOMERA K, M.; GAFFEY, T. A.; GOLDSTEIN, I. S. y cols.: "Leiomyoma of scrotum". Urology. Oct; 18: 388. 1981
2. PALACIOS, J.; FITER, L.; REGADERA, J. y cols.: "Leiomioma de escroto: presentación de dos casos". Arch. Esp. Urol. Jan-Feb; 40: 45. 1987
- \*3. HABUCHI, T.; OKAGAKI, T.; MIYAKAWA, M.: "Leiomyoma of the scrotum: a case report and sonographic findings". Acta Urol. Jpn. Aug; 36: 959. 1990
4. HAOUET, S.; KASSAR, L.; KCHIR, N. y cols.: "Leiomyome scrotal". Presse Med. Sep 29; 19: 1464. 1990
- \*5. NEWMAN, P.L.; FLETCHER, C.D.M.: "Smooth muscle tumours of the external genitalia: clinicopathological analysis of a series". Histopathology, Jun; 18: 523. 1991
6. DAS, A.K.; BOLICK, D.; LITTLE, N.A. y cols.: "Pedunculated scrotal mass: leiomyoma of the scrotum". Urology, Apr; 39: 376. 1992
- \*7. OHTAKE, N.; MAEDA, S.; KANZAKI, T. y cols.: "Leiomyoma of the scrotum". Dermatology, 194: 299. 1997
- \*\*8. SLONE, S.; O'CONNOR D.: "Scrotal leiomyomas with bizarre nuclei: a report of three cases". Mod. Pathol., Mar; 11: 282. 1998
- \*9. ORTIZ RODRIGUEZ-PARETS, J.; SILVA ABUIN, J.; ABAD HENÁNDEZ, M. y cols.: "Leiomioma atípico de escroto, a propósito de un caso". Actas Urol. Esp., Jul-Ago; 22: 613. 1998
- \*10. SÁNCHEZ MERINO, J.M.; GÓMEZ CISNEROS, S.C.; FERNÁNDEZ-FLORES, A. y cols.: "Leiomioma de escroto". Actas Urol. Esp. Mar; 25: 233. 2001

---

Casos Clínicos

---

Arch. Esp. Urol., 57, 8 (851-853), 2004

**LITIASIS EN CONDUCTO URINARIO TIPO  
BRICKER.**

Luis Parra Muntaner<sup>1</sup>, José Carlos López Pacios<sup>2</sup>,  
Antonio Vega Vega<sup>4</sup>, Oscar Rodríguez Faba<sup>3</sup>, José  
María Sánchez Merino<sup>1</sup>, J.F. Madrid García, María  
del Carmen Piñeiro Fernández<sup>3</sup>, S.C. Yañez Cisneros  
y Jesús García Alonso

Servicios de Urología<sup>1</sup> y de Urgencias<sup>2</sup> del Hospital del Bierzo.

Servicio de Urología del Hospital Central de Asturias<sup>3</sup>.  
Unidad de Litotricia de la Obra Hospitalaria Nuestra  
Señora de la Regla de León<sup>4</sup>.

Hospital del Bierzo. Fuentesnuevas. Ponferrada. León. España.

Correspondencia

Dr. Luis Parra Muntaner  
C/ Severo Ochoa, 5 Portal 2 5º C  
24400 Ponferrada, León. (España)

Trabajo recibido: 7 de enero 2004

---

**Resumen.-** OBJETIVOS: Presentar un caso de litiasis como complicación relativamente frecuente de las derivaciones urinarias que utilizan asas intestinales.

MÉTODOS: Mediante el formato de caso clínico presentamos una breve revisión bibliográfica sobre esta patología.

RESULTADO: La formación de litiasis en las derivaciones urinarias tipo Bricker responde a diversos factores como son el estasis urinario, la bacteriuria, la presencia de moco intestinal, suturas metálicas, alteraciones metabólicas etc.

CONCLUSIONES: Dada la gran frecuencia de esta complicación en pacientes con derivaciones urinarias, es recomendable el control periódico de estos mediante la realización de estudios radiológicos.

El tratamiento suele ser conservador o mínimamente invasivo, reservándose la cirugía para los casos en que no es segura la extracción de los cálculos por otros métodos.

---

**Palabras clave:** Litiasis. Derivación urinaria.

---

**Summary.-** OBJECTIVES: To report one case of urinary stone as a relatively frequent complications of urinary diversion using bowel loops.

METHODS: We perform a short bibliographic review using the case report format.

RESULTS: Stone formation in Bricker's type urinary diversion is secondary to various factors such as urinary stasis, bacteriuria, presence of intestinal mucus, metallic sutures, metabolic disturbances, etc.

CONCLUSIONS: Periodic control by radiological studies is recommended due to the high frequency of this complication in patients with urinary diversion.

Treatment is usually conservative or minimally invasive, being surgery reserved for those cases in which stone extraction is not safe using other methods.

---

**Keywords:** Lithiasis. Urinary diversion.

---

**INTRODUCCION**

La aparición de litiasis en las derivaciones urinarias, constituye una de las complicaciones más frecuentes (1, 2, 6) en este tipo de intervenciones, favorecidas por el estasis urinario, la presencia de moco intestinal procedente de las asas intestinales que se usan como reservorios o conductos de la orina, las infecciones urinarias o el uso de suturas metálicas (3).

**CASO CLINICO**

Paciente que acudió al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por presentar dolor intenso tipo cólico en la fosa renal izquierda desde hacía 7 días, acompañado de náuseas, sin vómitos ni hipertermia.