

5. Bronzino P, Abbo L, Bagnasco F, Barisone P. Spontaneous rupture of common iliac artery: a case of Ehlers-Danlos syndrome and review of the literature. *G Chir.* 2006;27:324-7.
6. Asherson RA, Bosman C, Tikly M, Spiro F. Ehlers-Danlos syndrome type IV in a young man. *J Rheumatol.* 2006;33:2091-6.

Adriana Vera Artázcoz*, Jaime Julia Montoya Pascual Lozano Vilardell

Servicio de Angiología y Cirugía Vascul, Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, Baleares, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: avera28@hotmail.com

(A. Vera Artázcoz).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.07.015

Metástasis en túnica vaginal como primera manifestación de cáncer colorrectal

Vaginal tunic metastasis as a first sign of colorectal cancer

La metástasis de cáncer colorrectal en el escroto es extremadamente rara. Presentamos un caso de cáncer de recto que se inició como un hidrocele secundario a una metástasis en túnica vaginal.

Varón de 70 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y síndrome ansioso-depresivo, y antecedentes familiares de cáncer de recto (madre y hermana). Acude al servicio de urología de otro centro en julio de 2006 con un hidrocele izquierdo de 2 años de evolución. Debido a un empeoramiento clínico en el último año, con aumento de tamaño y dolor escrotal, en junio de 2007 se realiza tratamiento quirúrgico. En la intervención se evidencia líquido serohemático (hematocele) con importante paquivaginitis y un nódulo vaginal de 58 × 28 mm que se reseca. La anatomía patológica es informada de nódulo vaginal con metástasis por adenocarcinoma bien diferenciado de probable origen intestinal. El tumor afecta a túnica vaginal parietal, llega al músculo dartos con bordes de la pieza libres de infiltración.

Posteriormente al inicio de la clínica urológica, el paciente comenzó con episodios de rectorragias y alteración del hábito intestinal. En la colonoscopia se aprecia, a 9 cm del margen anal, una neoformación vegetante y estenosante que ocupa toda la circunferencia del recto. La biopsia corresponde a un adenocarcinoma bien diferenciado. En la ecoendoscopia se comprueba que afecta a la totalidad de la pared rectal, con aisladas microadenopatías perilesionales de aspecto neoplásico, sin afectación de la próstata, vesículas seminales, vejiga, ni esfínteres anales. Estadio IV (uT3N1M1).

Se considera que el paciente es candidato a radioquimioterapia neoadyuvante, y se lo interviene del carcinoma rectal en enero de 2008; se realiza una resección anterior laparoscópica con anastomosis terminoterminal e ileostomía lateral.

El estudio de la pieza quirúrgica muestra focos residuales de adenocarcinoma moderadamente diferenciado que infiltra

todas las capas de la pared y alcanza el tejido adiposo perirrectal. Los márgenes de resección quirúrgica están libres de infiltración. No hay metástasis ganglionares. Estadio IV (pT3N0M1).

En la ecografía testicular, realizada después de la intervención abdominal, se observa un quiste epididimario derecho (5 × 2 mm), engrosamiento de la pared escrotal y albugínea en el teste izquierdo que es ligeramente más hipoeoico que el derecho.

Al final del tratamiento quirúrgico, el paciente presentaba un buen estado general, con un tumor primario controlado y sin otra evidencia de enfermedad diseminada. El servicio de urología decidió control ecográfico testicular del paciente cada 6 meses. Actualmente el paciente recibe quimioterapia adyuvante.

El cáncer colorrectal es uno de los tumores malignos más frecuentes en la población general, con una incidencia aproximada de 50/100.000 habitantes. Las metástasis más frecuentes afectan a los ganglios linfáticos regionales, hígado, pulmón y hueso^{1,2}. La afectación metastásica en el escroto es rara, con una mayor presencia en testículo y epidídimo. En la búsqueda bibliográfica en MEDLINE no hemos encontrado ningún caso de metástasis de adenocarcinoma colorrectal en la túnica vaginal. Sólo hay 2 casos de carcinoma gástrico^{3,4}.

Desde el punto de vista urológico, las metástasis escrotales también son raras; los tumores primarios más frecuentes, en orden descendente, son: en próstata, pulmón, gastrointestinales, melanoma y en riñón⁵. Generalmente, se presenta como masa nodular dolorosa², y también, en muchos casos, como tumefacción testicular e hidrocele³. Aparecen con más frecuencia en la sexta-séptima década de la vida, a diferencia de lo que ocurre con los tumores primarios.

Dado que nuestro caso de metástasis en túnica vaginal es muy poco frecuente, nos pareció interesante su confirmación inmunohistoquímica. Los resultados fueron concordantes en las 3 piezas (biopsia preoperatoria de recto, nódulo vaginal y

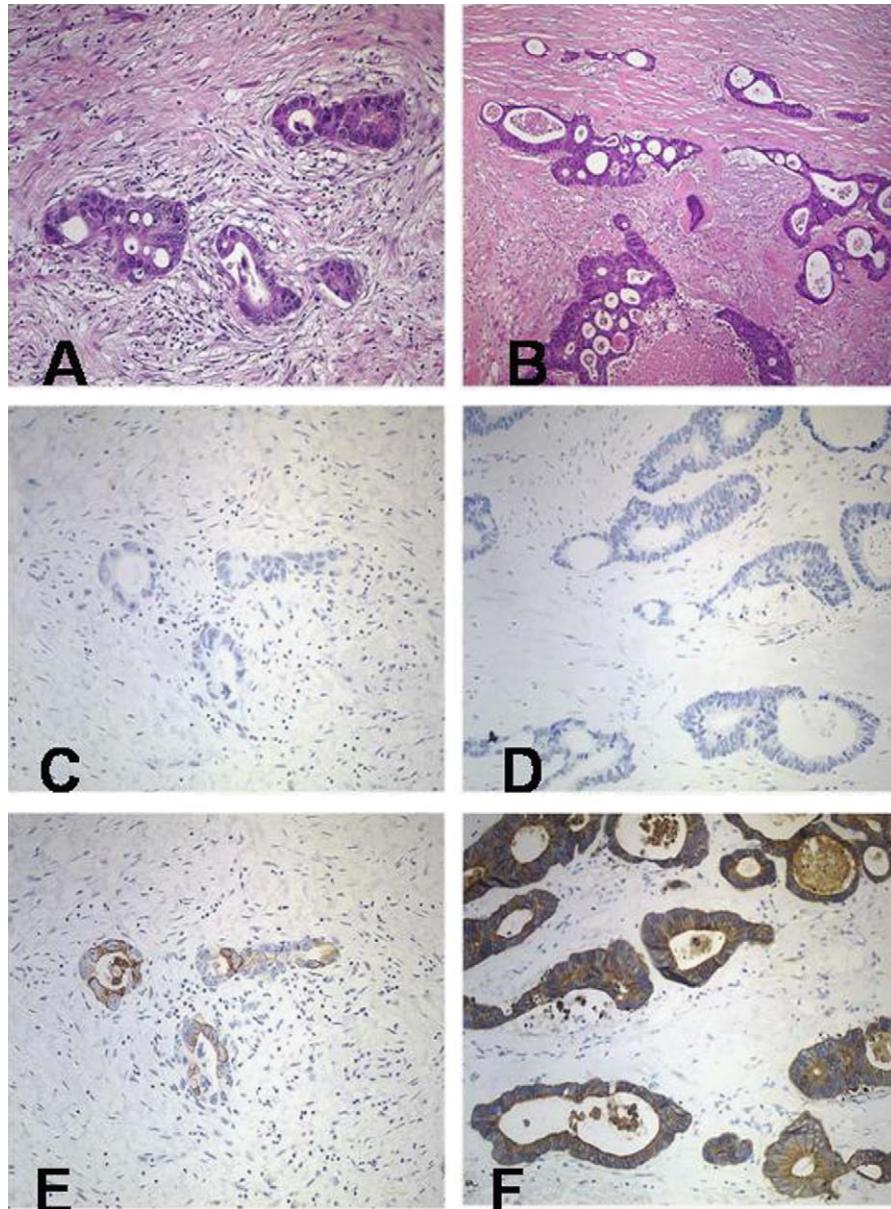


Figura 1 - Imágenes histológicas. A: tinción con hematoxilina-eosina (H-E), focos residuales tras el tratamiento neoadyuvante de adenocarcinoma en el recto. B: adenocarcinoma que infiltra la túnica albugínea en el testículo (H-E). C: recto (CK7). D: testículo (CK7). E: recto (CK20). F: testículo (CK20) ($\times 20$).

pieza quirúrgica). Demostramos un patrón gastrointestinal (citoqueratina CK7 negativo, CK20 positivo) en el nódulo vaginal, y se comprobó que ninguna de las 3 muestras histopatológicas tenía origen en las células germinales testiculares (CEA positivo, HCG negativo, fosfatasa alcalina placentaria negativa, alfafetoproteína negativa) (fig. 1). De esta forma, queda claro el origen gastrointestinal del tumor y la metástasis. Es importante tener en consideración que en un 10% los tumores colorrectales pueden ser negativos para CK20 y CEA 6.

Los mecanismos exactos de metastatización desde colon-recto hasta el escroto no son bien conocidos⁶. Se han propuesto varios: a) extensión directa, a través del conducto peritoneo vaginal; b) vía retrógrada por extensión venosa o linfática, y c) embolias arteriales^{2,6}. En los tumores primarios

gastrointestinales parece que la extensión linfática es la vía más probable². Sin embargo, en la revisión de la literatura, el ulterior hallazgo en algunos casos de carcinomatosis peritoneal hace que en estos pacientes también sea posible la implantación microscópica transperitoneal⁷.

La afectación metastásica escrotal generalmente tiene relación con una enfermedad diseminada, y en la mayoría se descubre de forma incidental en la autopsia^{2,3}. Cuando aparecen, clínicamente suelen presentarse como recidivas de la enfermedad, y es excepcional que sean su primera manifestación², por lo que el pronóstico de estos pacientes es malo, porque representan un estadio avanzado de la enfermedad primaria^{2,3}.

Así, aunque las metástasis escrotales de origen gastrointestinal son extremadamente raras, ante tumoración

dolorosa o tumefacción testicular, en pacientes mayores de 60 años, debemos incluir en el diagnóstico diferencial la metástasis escrotal, sobre todo si hay historia de tumor primario⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reuter J, Bruckner-Tuderman L, Braun-Falco M. Epidermotropic scrotal metastasis of colorectal cancer. *Int J Colorectal Dis.* 2007;22:1133-4.
2. Janeiro Pais JM, Busto Castañón L, Barbagelata López A, Ponce Diaz-Reixa J, Romero Selás E, Pastor Casas Agudo V, et al. Metástasis de adenocarcinoma de colon en epidídimo y cordón espermático. *Arch Esp Urol.* 2006;59:746-9.
3. Wai HP, Yau TK, Sze WM, Yeung MW, Hioe F, Lee AW. Metastatic tumour of the tunica vaginalis testis from carcinoma of the stomach. *InterJournal of Clinica Practice.* 2000;54:685-6.
4. Kageyama Y, Kawakami S, Li G, Kihara K, Oshima H, Teramoto K. Metastatic tumor of spermatic cord and tunica vaginalis testis from gastric cancer: a case report [resumen]. *Hinyokika Kyo.* 1997;43:429-31.
5. Richie JP, Steele GS. Neoplasias del testículo. En: Walsh P, Retik A, Vaughan D, Wein A, editores. *Campbell Urología.* Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004. p. 3148-95.
6. Tiong HY, Kew CY, Tan KB, Salto-Tellez M, Leong AF. Metastatic testicular carcinoma from the colon with clinical, immuno-

phenotypical and molecular characterization: report of a case. *Dis Colon Rectum.* 2005;48:582-5.

7. Charles W, Joseph G, Hunis B, Rankin L. Metastasis colon cancer to the testicle presenting as testicular hydrocele. *J Clin Oncol.* 2005;23:5256-7.
8. Hatoum HA, Yassine HR, Otrrock ZK, Taher AT, Khalifeh MJ, Shamseddine AI. Testicular metastasis from primary rectal carcinoma. *Colorectal Dis.* 2006;8:529-30.

Ana Puñal Pereira^{a,*}, Jesús Pedro Paredes Cotoré^b, Begoña Vieites Pérez-Quintela^c, José Antonio Puñal Rodríguez^b María Luz Carpintero Saiz^d

^aServicio de Urología, Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela, España

^bServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela, España

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela, España

^dServicio de Anatomía Patológica, Hospital Montecelo, Pontevedra, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anpupe@gmail.com (A. Puñal Pereira).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.09.020

Tuberculosis intestinal

Intestinal tuberculosis

La tuberculosis (TBC) intestinal es una enfermedad frecuente en países donde la TBC es endémica; sin embargo, en España, durante los últimos años, la frecuencia de la tuberculosis extrapulmonar ha aumentado por diversos factores, principalmente debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, las enfermedades renales crónicas, la terapia con inmunosupresores y el aumento de la inmigración. Su diagnóstico constituye un reto diagnóstico, epidemiológico y terapéutico¹⁻⁴.

Presentamos el caso de un varón de 28 años, de origen nigeriano, angloparlante, que lleva desde 2006 en España, último viaje a Nigeria en junio de 2007, sin profilaxis antipalúdica.

Sin antecedentes médicos ni quirúrgicos. Niega contacto con personas con TBC (3 convivientes sanos). Niega riesgo de enfermedades de transmisión sexual (usa método de barrera). Trabaja en la construcción, con intenso trabajo físico, sin problemas hasta el ingreso.

Acude a la consulta de cirugía remitido desde urgencias porque notó la aparición de un «bulto» en la ingle izquierda, que protruía con la tos y con esfuerzos. No tenía fiebre ni vómitos, sin diarrea y sin síntomas digestivos.

A la exploración se palpa un abdomen blando, depresible, con ruidos normales, no doloroso, sin megalias ni adenopatías accesibles periféricas. No tenía signos de irritación peritoneal. En la región inguinal izquierda presenta una tumoración reductible que aumenta con las maniobras de Valsalva, compatible con hernia inguinal indirecta.

Los datos de laboratorio no revelaron nada específico, con leucocitos, 5.500/ μ l, y discreta eosinofilia (700/ μ l). La bioquímica y el análisis de orina fueron normales. No se realizaron pruebas de imagen.

Se programó cirugía ambulatoria en el plazo de 1 mes que se retrasó a 3 meses porque el paciente tenía fiebre el día del ingreso. Durante ese tiempo acudió 2 veces a urgencias por dolor en la región inguinal izquierda, sin fiebre ni otras alteraciones, siempre coincidiendo con esfuerzos en su trabajo, que se resolvieron con maniobras de reducción y tratamiento antiálgico.

Se realizó un abordaje por vía anterior en el que se identificaron ambos orificios herniarios. Por el orificio inguinal profundo se halló una tumoración de aspecto fusiforme que emergía por el conducto inguinal, pero independiente de las estructuras espermáticas y la vejiga