



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

1. ALLEVATO, M.A.; PASTORALE, E.P.; ZAMBONI, M. y cols.: "Complications following industrial liquid silicone injection". *Int. J. Dermatol.*, 35: 193, 1996.
- \*\*2. HAGE, J.J.; KANHAI, R.C.; OEN, A.L. y cols.: "The devastating outcome of massive subcutaneous of highly viscous fluids in male-to-female transsexuals". *Plast. Reconstr. Surg.*, 107: 734, 2001.
3. CHRIST, J.E.; ASKEW, J.B.: "Silicone granuloma of the penis". *Plast. Reconstr. Surg.*, 69: 337, 1982.
4. ARTHAUD, J.B.: "Silicone-induced penile sclerosing lipogranuloma". *J. Urol.*, 110: 210, 1973.
5. DATTA, N.S.; KERN, F.B.: "Silicone granuloma of the penis". *J. Urol.*, 109: 840, 1973.
6. LIGHTERMANN, I.: "Silicone granuloma of the penis: Case reports". *Plast. Reconstr. Surg.*, 57: 517, 1976.
- \*7. WASSERMANN, R.J.; CREENWALD, D.P.: "Debilitating silicone granuloma of the penis and scrotum". *Ann Plast. Surg.*, 35: 505, 1995.
8. TRAVIS, W.D.; BALOGH, K.; ABRAHAM, M.D.: "Silicone granulomas". *Hum. Pathol.*, 16: 19, 1985.
9. FARIÑA, L.A.; PALACI, V.; SALLÉS, M. y cols.: "Granuloma escrotal por aceite migrado desde la cadera en dos varones transexuales (lipogranuloma esclerosante escrotal)". *Arch. Esp. Urol.*, 50: 51, 1997.

---

Casos Clínicos

---

*Arch. Esp. Urol.*, 58, 5 (460-463), 2005

**CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS Y  
CARCINOMA UROTELIAL IPSILATERAL  
SINCRÓNICOS: APORTACIÓN DE UN  
NUEVO CASO Y  
REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

*Manuel Fernández Arjona, Daniel Santos Arrontes, F. De Castro Barbosa, Francisco Begara Morillas, Ignacio Cortes Aranguez y L. Gonzalez<sup>1</sup>.*

*Servicio de Urología y Servicio de Anatomía Patológica<sup>1</sup>. Hospital Santa Barbara. Puertollano. Ciudad Real. España.*

---

**Resumen.-** OBJETIVO: Presentamos un nuevo caso de aparición simultánea de adenocarcinoma de células renales y carcinoma transicional multifocal ipsilateral.

MÉTODO: Varón de 73 años con diagnóstico inicial de carcinoma urotelial de vía urinaria que presenta en el estudio anatomopatológico un carcinoma renal asociado.

RESULTADOS: Después de tratamiento radical se muestra en imágenes microscópicas la aparición de ambos tipos de tumores.

CONCLUSIONES: La revisión de la literatura indica que la aparición sincrónica de ambos tumores en un mismo paciente es un hecho poco frecuente, aunque ya han sido publicados entorno a 47 casos en la literatura mundial de los cuales 8 fueron publicados en español. Este tipo de sincronismo tumoral no ensombrece el pronóstico.

Correspondencia

Manuel Fernandez Arjona  
C/ Mirra, 10  
28760 Tres Cantos. Madrid. (España)  
e-mail: mfvd@eresmas.com  
Trabajo recibido: 5 de enero 2005

**Palabras clave:** *Carcinoma de células transicionales. Carcinoma de células renales. Tumores sincrónicos.*

**Summary.-** *OBJECTIVES: We report a new case of simultaneous renal cell adenocarcinoma and ipsilateral multifocal transitional cell carcinoma.*

*METHODS: 73-year-old man with initial diagnosis of transitional cell carcinoma of the urinary tract whose pathological report showed a asynchronous renal cell carcinoma.*

*RESULTS: We present microphotographs of both tumors after radical surgery.*

*CONCLUSIONS: The presentation of both tumors in the same kidney is unusual, although there are around 47 cases in the bibliography worldwide, 8 of them in Spanish. Presentation of both tumors altogether does not worsen prognosis.*

**Keywords:** *Transitional cell carcinoma. Renal cell carcinoma. Synchronous tumors.*

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células renales supone un 85% del total de los tumores renales, mientras que el carcinoma de células transicionales supone un 7% del total de los tumores renales (1-2). Su aparición conjunta, sin ser algo excepcional, sí se trata de un hecho poco habitual.

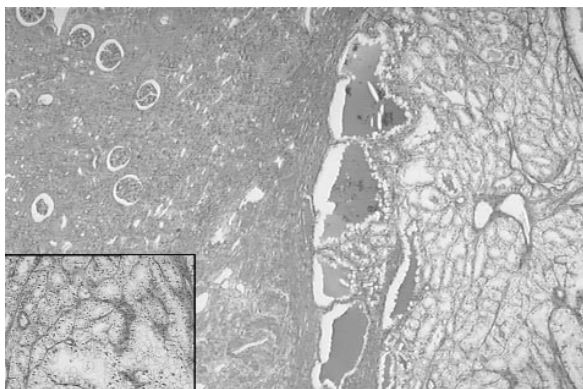


FIGURA 1. Carcinoma renal de tipo células claras de 2,5 x 1,5 cm, observándose en la imagen compresión sobre parenquima renal sano; estadio T1. Resto del riñón con marcada hidronefrosis, fibrosis e inflamación crónica inespecífica intersiticial multifocal.

Son casos mas frecuentes en varones que en mujeres (2/1), curiosamente se producen mas en el lado izquierdo que el derecho (3/1), y su predominio de aparición se centra en la séptima década de la vida. (1,2,3)

La clínica que suele ser variada, desde hematuria en el 90% de los casos, dolor en flanco en el 19% y efecto masa en el 14% (1-4).

Hasta el momento se han registrado un total de 47 casos en la literatura mundial, de los que 8 se han publicado en revistas en español, siendo este el noveno caso (1,4,5). Presentamos el caso y realizamos un análisis de su tratamiento y evolución posterior, así como revisamos los casos publicados en la literatura mencionando las características clínicas y patológicas mas significativas y las comparamos con nuestro caso.

## CASO CLÍNICO

Varón de 73 años con antecedentes patológicos de intervención quirúrgica por carcinoma epidermoide frontal, adenomectomía suprapubica (hiperplasia modular de próstata) en 1994, cólicos nefríticos derechos de repetición, EPOC y síndrome dispéptico.

Clínicamente el enfermo presenta disuria, polaquiuria y hematuria inicial sin coágulos con buena respuesta a tratamiento antiséptico urinario.

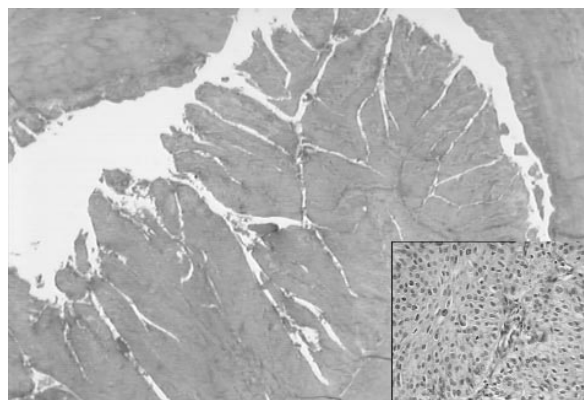


FIGURA 2. Carcinoma urotelial transicional multifocal GII T1 que afecta a pelvis renal, complejo calicial inferior y uréter lumbar. Carcinoma urotelial GIII con infiltraciones de uréter pelviano.

En la exploración física presenta tacto rectal con celda vacía.

Pruebas complementarias: Analítica: coulter normal, coagulación normal, bioquímica sanguínea con cifras dentro de la normalidad salvo glucosa 119. Urocultivo negativo.

UIV: correcta morfo-fisiología renourteral izquierda, importante retraso funcional de riñón derecho con severa urétero – piel – caliectasia hasta uréter yuxtravesical sin objetivarse causa de la misma. Cistograma normal.

TAC abdomino – pélvico: severa uréterohidronefrosis derecha hasta unión ureterovesical.

Cistoscopia: ausencia de eyaculación por OUD, resto de exploración sin hallazgos de interés.

Con el diagnóstico de urétero hidronefrosis derecha se intenta cateterismo ureteral derecho por vía endoscopia siendo técnicamente imposible por stop a 1 – 1,5 cm. del meato ureteral.

Se realiza nefrostomía percutánea derecha apreciándose la existencia de una dilatación uretero piélica derecha que termina de modo abrupto a nivel de uréter medio compatible con neoplasia urotelial. Al mes se procede a nefroureterectomía radical derecha con extirpación de pastilla vesical.

Anatomía patológica (Figuras 1 y 2).

Tras estos hallazgos se le diagnostica de carcinoma urotelial renal y ureteral derecho, hipernefroma derecho e hidronefrosis derecha. Tras un post operatorio favorable el paciente es dado de alta.

A los 3 meses acude a SUH por cefalea holocraneal de 1 mes de evolución, alteración de la conducta, imposibilidad para la deambulación, ataxia y empeoramiento de su situación basal de completa autonomía hasta el inicio de la sintomatología. A la realización de TAC craneal se aprecian múltiples lesiones compatibles con metástasis cerebrales y cerebelosas.

El paciente fallece dos semanas después de este ingreso.

## DISCUSIÓN

El primer caso descrito en la literatura de tumor de células transicionales, y tumor de células renales en el mismo riñón se produjo en 1921 por parte de Graves y

Templeton (6). Desde entonces se han publicado aproximadamente un total de 47 casos de los cuales 8 se han realizado en publicaciones en español. Según estos datos no podemos calificar estos casos de excepcionales aunque sí de poco frecuentes. En una revisión realizada en 1977 en el MD Anderson sobre mas de 700 casos de tumor de células renales, se encontró un único caso de sincronismo de tumor de células transicionales, lo que supone un 0,14% del total (7).

No se ha descrito un agente causal específico, aunque el 24% de estos pacientes presenta historia de tabaquismo(3). Es muy posible que en este tipo de paciente concurren una serie de factores genéticos (1). En el caso del carcinoma de células renales se ha demostrado una asociación clara con delecciones del cromosoma 3 (8,9). En el caso del tumor de células transicionales existe una clara asociación con alteraciones del cromosoma 1 y 7 (10). Lo mas posible es que en un futuro seamos capaces de encontrar grupos de genes que actúen a la vez y que nos expliquen con una mayor precisión que pacientes serán mas susceptibles de desarrollar un tipo tumoral u otro.

Hasta un 90% de pacientes con este tipo de patología presentan hematuria al diagnóstico, el dolor en flanco se presenta en un 19% y el efecto masa en un 14%. Se han descrito hasta un 24% de los casos en los que existían metástasis en el momento del diagnóstico.

Aunque podría pensarse lo contrario, la aparición de ambos tumores de forma simultanea no ensombrece el pronostico de estos pacientes, mas allá que si se presentaran estas neoplasias por separado (1,2); incluso suelen ser tumores de bajo grado. En nuestro caso la evolución del paciente no coincidió con esta aseveración ya que el paciente falleció a los cuatro meses con metástasis cerebrales.

En un futuro tanto la mejora en los diagnósticos por imagen como la medicina basada en el estudio genético de pacientes susceptible ayudará aun mejor tratamiento de estos pacientes.

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

- \*1. MERENCIANO-CORTINA, F.J.; LAFORGA, J.; DE LA MORENA, E. y cols.: "Carcinoma transicional de ureter y carcinoma ipsilateral sincronico de células renales en riñón atrófico hidronefrótico: asociación infrecuente". Act. Urol. Esp., 25: 380, 2001.

2. BERNIE, J.E.; ALBERS, L.; BAIRD, S. y cols.: "Synchronous ipsilateral renal adenocarcinoma, transitional cell carcinoma of the renal pelvis and metastatic renal lymphoma". J. Urol., 164: 773, 2000.
- \*\*3. HART, A.P.; BROWN, R.; LECHAGO, J. y cols.: "Collision of transitional cell carcinoma and renal cell carcinoma". Cancer, 73: 154, 1993.
4. HASAN, W.A.; AL-BAREEQ, R.; DURAZI, M. y cols.: "Simultaneous renal cell carcinoma of the kidney and transitional cell carcinoma of the bladder". Can. J. Urol., 9: 1565, 2002.
5. TAKEHARA, K.; NISHIKIDO, M.; KOGA, S. y cols.: "Multifocal transitional cell carcinoma associated with renal cell carcinoma in a patient on long-term haemodialysis". Nephrol-Dial Transplant, 17: 1692, 2002.
- \*\*6. GRAVES, R.C.; TEMPLETON, E.R.: "Combined tumors of the kidney". J. Urol., 5: 517, 1921.
- \*\*7. VON ESCHENBACH, D.E.; JONHSON, D.E.; AYALA, A.G.: "Simultaneous occurrence of renal adenocarcinoma and transitional cell carcinoma of the renal pelvis". J. Urol., 116: 105, 1977.
8. PRESTI, J.C.; RAO, P.H.; CHEN, Q. y cols.: "Histopathological, cytogenetic and molecular characterization of renal cortical tumors". Cancer Res., 51: 1544, 1991.
9. KOVACS, G.; FRISH, S.: "Clonal chromosomal abnormalities in tumor cell from patients with sporadic renal cell carcinoma". Cancer Res., 49: 651, 1989.
10. PERUCA, D.; SZEPEKOWSKI, P.; SIMON, M.P.: "Molecular genetics of human bladder carcinomas". Cancer Genetics and Cytogenetics, 49: 143, 1990.

## Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 58, 5 (463-466), 2005

**HIPERTENSION ARTERIAL ASOCIADA A ESTENOSIS CONGENITA UNILATERAL DE LA UNION PIELOURETERAL.**

Nicolás Alberto Cruz Guerra, Javier Sáenz Medina y Antonio Tarroc Blanco.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario de Zamora. Zamora. España.

**Resumen.-** **OBJETIVO:** Presentación de un caso de hipertensión arterial asociada a estenosis congénita unilateral de la unión pieloureteral.

**METODO:** Describimos el caso de un paciente varón de 19 años, urológicamente asintomático al que se le diagnosticó casualmente hipertensión arterial. Las técnicas de imagen permitieron objetivar una hidronefrosis derecha sugestiva de estenosis de la unión pieloureteral. El implante de una nefrostomía percutánea permitió prescindir del tratamiento antihipertensivo. Se indicó pieloplastia desmembrada.

**RESULTADOS:** Funcionalmente satisfactorios. Normalización tensional sin tratamiento médico.

**CONCLUSIONES:** Destacamos la conexión fisiopatológica entre patología obstructiva ureteral unilateral como la descrita y otras entidades no estrictamente urológicas como la hipertensión arterial. Coincidimos con otros autores en la validez de la cirugía conservadora reconstructiva para casos como el descrito.