CARTAS AL DIRECTOR

CARCINOMA PRIMARIO DE VESÍCULA SEMINAL.

Sr. Director:

Remitimos el caso de un varón de 46 años, fumador y bebedor importante, que consultó en nuestro servicio por dolor perineal, alteraciones en la eyaculación y pérdida de peso en el último año, con aparición reciente de ictericia, coluria y acolia. En el examen físico destacaban ictericia importante y hepatomegalia a 2-3 cm del reborde costal derecho; no se pudo realizar el tacto rectal por intolerancia. La analítica demostraba una elevación de las concentraciones de bilirrubina total (13,4 mg/dl), GOT, GPT, fosfatasa alcalina, GGT y LDH (767 U/l); anemia microcítica e hipocrómica y trombocitosis; marcadores tumorales: β -HCG, alfafetoproteína y PSA eran normales, con CEA 15,2 ng/ml y CA-125 157,3 U/ml. La rectosigmoidoscopia era normal. En la tomografía computarizada (TC) torácica se detectaron múltiples nódulos pulmonares. En la TC abdominal se observaron varias lesiones ocupantes de espacio hepáticas, múltiples adenopatías patológicas en ligamento hepatoduodenal y retroperitoneo, y una masa de 3 cm en de la vesícula seminal derecha. En la ecografía transrectal, la próstata era normal, con una masa mal delimitada que dependía de la vesícula seminal, de la que se tomó una biopsia con el resultado anatomopatológico de adenocarcinoma de bajo grado de madurez, de crecimiento cordonal; inmunohistoquímica: PSA (-), CEA (+) y CA-125 (+) de forma parcheada. Tras la colocación de un catéter de drenaje biliar, el paciente inició un primer ciclo de poliquimioterapia (350 mg/m² de carboplatino y 600 mg/m² de ciclofosfamida), y fue dado de alta, pero acudió 20 días después por cuadro confusional agudo. En la analítica se demostró una hipoglucemia grave (glucosa 2 mg/dl), elevación de urea, creatinina, GOT, GPT, fosfatasa alcalina, LDH y potasio. A pesar del tratamiento de soporte, el paciente falleció.

El carcinoma primario de vesícula seminal (CPVS) es una entidad sumamente rara, con menos de 100 casos referidos. La edad media al diagnóstico es de 62 años. Los síntomas más frecuentes son la obstrucción en la evacuación urinaria, dolor pélvico y perineal, hematoespermia y hematuria. El método más importante en el diagnóstico del CPVS es el examen rectal, en el que se detecta una masa dura, por encima y separada de la próstata. Los tests radiológicos más sensibles en el CPVS son la vesiculografía, la ecografía abdominal y transrectal, y, sobre todo, la TC pélvica. Los criterios diagnósticos modificados por Benson son la base del diagnóstico: carcinoma localizado en vesícula seminal, preferentemente adenocar-

cinoma papilar, PAS (+), fosfatasa ácida prostática y PSA (-). Recientemente se han publicado casos de CPVS productores de CA-125, con inmunorreactividad positiva en la muestra histológica y elevación de las cifras séricas, lo que podría ayudar al diagnóstico diferencial, sobre todo, con el cáncer de próstata. El CPVS es un tumor de mal pronóstico; en el momento del diagnóstico, un tercio de los casos invaden órganos adyacentes y en dos tercios presentan metástasis a distancia. El tratamiento que se asocia con mejor supervivencia a largo plazo es la resección quirúrgica radical de las lesiones localizadas y la manipulación hormonal complementaria, con estrógenos (dipropionato de estilbestrol), antiandrógenos (hexestrol o acetato de ciproterona) y/u orquiectomía bilateral. En los pacientes con metástasis, la manipulación hormonal consigue importantes respuestas objetivas y parece alargar la supervivencia; también se han utilizado tratamientos quimioterápicos (p. ej., ciclofosfamida, adriamicina y carboplatino), pero la tasa de respuestas es baja.

José Antonio Santiago Crespo,
M.^a Carmen González Arenas,
Ruth Afonso Gómez
y Gumersindo Pérez Manga.

Servicio de Oncología Médica.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Bibliografía general

- Benson RC, Clark WR, Fallow GM. Carcinoma of the seminal vesicle. *J Urol* 1984; 132: 483-485.
Gohji K, Kamidono S, Okada S. Primary adenocarcinoma of the seminal vesicle. *Br J Urol* 1993; 72: 514-515.
Ohmori T, Okada K, Tabei R et al. CA125-producing adenocarcinoma of the seminal vesicle. *Pathol Int* 1994; 44: 333-337.
Rodríguez Kees OS. Clinical improvement following estrogenic therapy in a case of primary adenocarcinoma of the seminal vesicle. *J Urol* 1964; 91: 665-670.
Tanaka T, Takeuchi T, Oguchi K, Niwa K, Mori H. Primary adenocarcinoma of the seminal vesicle. *Hum Pathol* 1987; 146: 200-202.

AFECTACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL SIMULANDO UN SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT EN UN ADULTO CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

Sr. Director:

En el síndrome de Tolosa-Hunt (STH) se produce un infiltrado inflamatorio del ápex orbital que englobaría al seno cavernoso y a la fisura orbitaria superior. Clí-