

Efectivamente hay diferentes modelos no lineales que podrían haberse utilizado, pero en la nube de puntos presentada en el artículo se visualizaba una fuerte relación lineal y, en aras a obtener una formulación lo más simple posible, se optó por esta metodología.

5. Muchas gracias por su amable carta y por su interés en el tema.

B I B L I O G R A F Í A

1. Baltasar A, Serra C, Bou R, Bengochea M, Pérez N, Borras M, et al. Índice de masa corporal esperable tras cirugía bariátrica. *Cir Esp.* 2009;86:308-12.

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.ciresp.2009.11.023

doi:10.1016/j.ciresp.2009.11.025

2. Baltasar A, Deitel M, Greenstein R. Weight loss reporting. *Obes Surg.* 2008;18:761-2.

Aniceto Baltasar^{a,*} y Fernando Borrás^b

^aClínica San Jorge, Alcoy, Alicante, España

^bDepartamento de Estadística, Matemáticas e Informática, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a.baltasar@aecirujanos.es (A. Baltasar).

Histiocitoma fibroso maligno del epidídimo

Malignant fibrous histiocytoma of the epididymis

Sr. Director:

Con gran interés he leído el artículo de Ruano Poblador et al¹, que describen un caso particularmente muy raro de histiocitoma fibroso maligno (HFM) del epidídimo que produjo metástasis en el colon descendente.

El HFM se menciona por primera vez en la literatura médica en 1963². Se trata de un tumor maligno muy raro del tejido conjuntivo, que se diferencia por su gran predisposición para recidivas locales. Este tumor afecta a adultos, especialmente, varones. Aunque se localiza más frecuentemente en las extremidades, el tronco y el espacio retroperitoneal, el HFM puede afectar cada parte del cuerpo humano. Según la casuística, junto con el primer caso publicado en 1999³ y el nuestro, publicado recientemente⁴, el de Ruano Poblador et al¹ es el tercer caso bien documentado de HFM del epidídimo en la literatura médica mundial.

En cuanto al tratamiento, teniendo en cuenta que la morbilidad es rara, hay escasos datos en la literatura médica, la cura óptima de esta enfermedad todavía no está clara. Por lo que cada caso nuevo añade información importante y ayuda a determinar el protocolo terapéutico óptimo favorable para el paciente.

A pesar de la intervención radical, seguida por radioterapia, el paciente presentado por Ruano Poblador et al¹ desarrolla metástasis en el colon descendente 3 años después del diagnóstico inicial. Este desfavorable resultado terapéutico plantea una pregunta en cuanto al volumen de la intervención quirúrgica (incluso la disección linfática), así como a la función y al beneficio de la radioterapia adyuvante aplicada en este caso.

Actualmente existe absoluto consenso en que la exéresis quirúrgica es la primera línea de tratamiento del HFM. Realizar o no linfadenectomía todavía es una cuestión de estimaciones y opiniones contradictorias. Aunque se considera que la propagación metastásica del HFM se produce en primer lugar por vía hemática, la situación del tumor en el caso publicado supone que los linfonodos regionales también están afectados. Por lo que se puede admitir que una precisa disección linfática retroperitoneal, en adición de la orquiektomía inguinal radical, podría beneficiar al paciente. Los datos de la última información demuestran que la radioterapia adyuvante reduce considerablemente las recidivas locorregionales. Nosotros recomendamos también el uso de radiotherapy adyuvante en caso de márgenes de resección pequeños o afectados con riesgo muy alto de recidivas locales. En el caso presentado se había utilizado radioterapia postoperatoria sin explicar ni la dosis exacta ni el portal de la radiación utilizada. La mala respuesta al tratamiento podría estar relacionada con que el tumor es resistente a la radioterapia o a que ésta no se utilizara correctamente. Según nuestra opinión, el portal de radiación debería ampliarse por encima del nivel del orificio interno del canal inguinal. Así se tratarían las regiones ganglionares pélvica y retroperitoneal, es decir, la zona donde se esperan los primeros focos metastásicos.

B I B L I O G R A F Í A

1. Ruano Poblador A, Carracedo Iglesias R, García Martínez MT, Oliver Morales J, Casal Nuñez JE. Metastasis to descending

- colon of an epididymal malignant fibrous histiocytoma. *Cir Esp.* 2009;85:321-3.
2. Ozzello L, Stout AP, Murray MR. Cultural characteristics of malignant histiocytomas and fibrous xanthomas. *Cancer.* 1963;16:331-44.
 3. Ikinger U, Westrich M, Bersch W, Böttinger K. Malignant fibrous histiocytoma of the epididymis. Case report and review of the literature. *Urol Int.* 1999;62:106-9.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.06.017

4. Hinev A, Angelov A, Marinova L. Malignant fibrous histiocytoma of the epididymis. *Curr Urol.* 2008;2:208-10.

Alexander Hinev

Servicio de Urología, Hospital Santa Marina, Varna, Bulgaria
Correo electrónico: ahinev@yahoo.com

Respuesta de los autores

Authors' reply

Agradecemos el comentario sobre el artículo presentado por nuestro grupo¹. Si bien estamos de acuerdo con lo expuesto en él, como se refleja en nuestra publicación, en ningún momento de ésta se hace referencia a que nuestro caso clínico sea el primero descrito en la literatura médica como histiocitoma fibroso maligno (HFM) del epidídimo, aunque sí se cita como un caso de muy escasa frecuencia de metástasis colónica. Del mismo modo, podemos observar que al paciente se le realizó orquiektomía por lesión quística compatible con espermatocèle, que evidenciándose en el estudio anatomo-patológico HFM del epidídimo. Posteriormente, se le propuso orquiektomía radical derecha y radioterapia, y el paciente rechazó ambas. Tras un período asintomático de 3 años, se le diagnosticó metástasis en el colon izquierdo de HFM, que es lo que analizamos en nuestro trabajo.

B I B L I O G R A F Í A

1. Ruano Poblador A, Carracedo Iglesias R, García Martínez MT, Oliver Morales J, Casal Núñez JE. Metástasis en colon izquierdo de histiocitoma fibroso maligno del epidídimo derecho. *Cir Esp.* 2009;85:321-3.

Alejandro Ruano Poblador*, Roberto Carracedo Iglesias, M. Teresa García Martínez y J. Enrique Casal Núñez

Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía General y de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aruanopoblador@yahoo.es (A. Ruano Poblador).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.ciresp.2009.06.017

doi:10.1016/j.ciresp.2009.11.003