

3. Arzoz Fábregas M, Ibarz Servio LL, Areal Calama J, González Satué C, Ruiz Domínguez J, Salidié Roig JM. Linfangioma quístico. Nuestra experiencia. *Actas Urol Esp.* 2006;30:723-7.
4. Rani DV, Srilakshmi R, Malathi S, Raghupathy V, Bagdi RK. Unusual presentation of a retroperitoneal lymphangioma. *Indian J Pediatr.* 2006;73:617-8.
5. Gómez Pascual JA, Martín Morales A, Bonilla Parrilla R, Alvarado Rodríguez A, Blanco Reina F, Rodero García P, et al. Linfangioma quístico retroperitoneal. Una patología silente en adultos. *Actas Urol Esp.* 2002;28:356-60.
6. Bonhomme A, Broeders R, Oyen RH, Stas M, De Wever I, Baert AL. Cystic lymphangioma of the retroperitoneum. *Clin Radiol.* 2001;56:156-8.
7. Wunderbaldinger P, Paya K, Partl B, Turetschek K, Hormann M, Horcher E, et al. CT and MR imaging of generalized cystic lymphangiomatosis in pediatric patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2000;174:827-32.
8. Hwan Won JE, Moon Kim B, Kim C, Woo Park S, Deuk Kim M. Percutaneous sclerotherapy of lymphangiomas with acetic acid. *J Vasc Inter Radiol.* 2004;15:595-600.
9. Woo Park S, Ho Cha I, Ah Kim K, Joo Hong S, Min Park C, Hoon Chung H. Percutaneous sclerotherapy using acetic acid after failure of alcohol ablation in an intra-abdominal lymphangioma. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2004;27:285-7.

M. Mengual-Ballester*, R. Montoya-Chinchilla,
M.P. Guillén-Paredes y J.L. Aguayo-Albasini

Servicio de Cirugía General, Hospital General Universitario JM
Morales Meseguer, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmengual@msn.com
(M. Mengual-Ballester).

doi:10.1016/j.acuro.2010.01.029

Cistadenoma prostático (quiste multilocular de la próstata)

Cystadenoma of the prostate (multilocular cyst of the prostate)

Sr. Director:

Presentamos el caso de un paciente varón de 40 años que consultó por sensación de retención de orina; en la ecografía se halló una lesión quística de la línea media de la próstata, con crecimiento endovesical, causando residuos posmiccionales altos (fig. 1). En una urografía endovenosa se pudo comprobar que no se trataba de un ureterocele ectópico. Los análisis de rutina y la determinación de PSA fueron normales. Bajo anestesia, se realizó resección endoscópica de una lesión con múltiples quistes de tamaño variable, generalmente

pequeños, situada en el hemicontorno superior de la uretra prostática y en parte del hemitriángulo izquierdo.

En el estudio anatomopatológico se encontró una proliferación quística multilocular, tapizada por una o más capas de epitelio cilíndrico o cuboideo, sin atipia (fig. 2). El estudio inmunohistoquímico con anticuerpos anti-PSA fue positivo en las células que revestían las cavidades quísticas. Tres años después, permanece sin síntomas miccionales ni signos de recidiva.

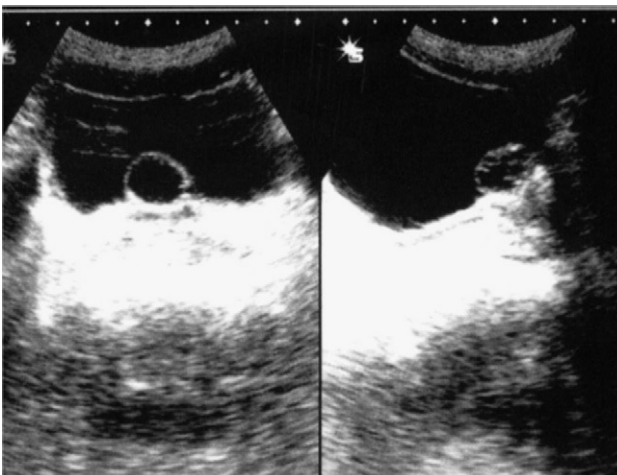


Figura 1 – Ecografía hipogástrica que muestra lesión quística en la línea media prostática, de crecimiento endovesical.

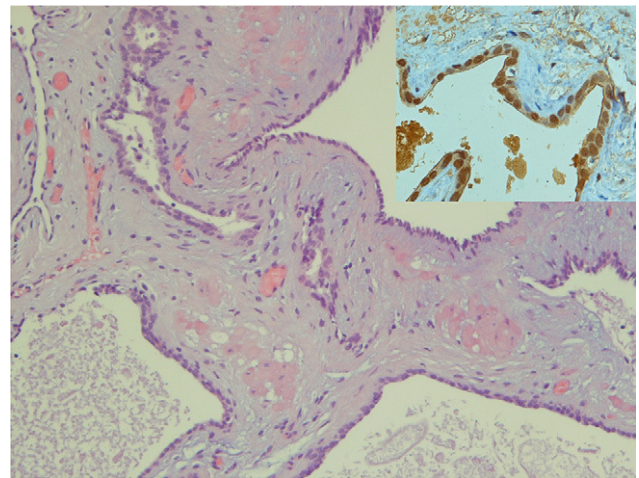


Figura 2 – Lesión quística multiloculada, revestida por epitelio cilíndrico aplanado. Imagen insertada (arriba a la derecha): se muestra que la tinción inmunohistoquímica para PSA es positiva.

El cistadenoma o quiste multilocular de la próstata es una lesión rara, que se confunde histopatológicamente con la hiperplasia nodular quística (hiperplasia benigna)¹ y debe diferenciarse de otras lesiones quísticas de la próstata como los quistes simples, los restos müllerianos, el carcinoma quístico y el cistadenocarcinoma^{2,3}. Todos los pacientes descritos en la bibliografía mostraban síntomas obstructivos; la hematuria y los síntomas generales no fueron habituales. Puede alcanzar tamaños grandes (cistadenoma multilocular gigante), ya sea en la misma próstata o como lesiones con pedículo prostático en otras áreas de la pelvis, entre el recto y la vejiga, haciendo necesarias, en ocasiones, intervenciones muy extensas, incluyendo las derivaciones urinarias^{4,5}. Es una lesión benigna, aunque puede recurrir si se extirpa de forma incompleta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tan PH, Cheng L, Furusato M, Pan CC. Miscellaneous tumours. En: Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA, editors. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and genetics of tumors of the urinary system and male genital organs. Lyon: IARC Press; 2004. p. 213.
2. Tuziak T, Spiess PE, Abrahams NA, Wrona A, Tu SM, Czerniak B. Multilocular cystadenoma and cystadenocarcinoma of the prostate. *Urol Oncol*. 2007;25:19-25.
3. Yasumoto R, Kawano M, Tsujino T, Shindow K, Nishisaka N, Kishimoto T. Is a cystic lesion located at the midline of the prostate a müllerian duct cyst? Analysis of aspirated fluid and histopathological study of the cyst wall. *Eur Urol*. 1997;31:187-9.
4. Rusch D, Moinzadeh A, Hamawy K, Larsen C. Giant multilocular cystadenoma of the prostate. *AJR Am J Roentgenol*. 2002;179:1477-9.
5. Pasquier G, Pfister CH, Dunet F, Gobet F, Thoumas D, Grise PH. Une entité rare: le cystadénome de prostate. *Prog Urol*. 2002;12:329-31.

L.A. Fariña-Pérez* y M.A. Peteiro-Cancelo

Servicios de Urología y Anatomía Patológica, Hospital Povisa, Vigo, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisfarina@yahoo.com (L.A. Fariña-Pérez).

doi:10.1016/j.acuro.2010.02.045

Adenocarcinoma de células claras uretral intradiverticular. Presentación de un nuevo caso en una mujer

Intra-diverticular adenocarcinoma of the urethra in women. Presentation of a new case

Sr. Director:

El adenocarcinoma primario de células claras de uretra es un tumor infrecuente. Se presenta un nuevo caso de localización intradiverticular en una mujer, localmente avanzado en el momento del diagnóstico. Se trata de una paciente de 67 años que consulta por síntomas de más de 5 años de evolución: uretrorragia, hematuria, sangrado vaginal y síntomas obstructivos, con 2 episodios de retención aguda de orina. Se le realizaron varias intervenciones urológicas y ginecológicas en ese tiempo: exéresis de quiste parauretral, biopsia múltiple vesical, histerectomía y doble anexectomía mostrando ausencia de malignidad en todos los estudios anatomopatológicos. El servicio de ginecología nos remite esta paciente tras el hallazgo de una masa en cara anterior de vagina, catalogada por biopsia como adenocarcinoma papilar de células claras de tipo mesonefrico. Se aprecia una lesión ulcerada, de límites mal definidos, en cara anterior de vagina, friable que afecta meato uretral. Se palpa masa elástica rodeando uretra. En la uretroscopia se confirma la presencia de una tumoración sangrante que afecta a los 2/3 de la mucosa de la uretra distal, sin evidencia de

afectación macroscópica de vejiga. El estudio de imagen (ecografía y TAC) se completa con RMN, en la que se observa una masa de 4 × 3,8 × 3,5 cm, ligeramente hiperintensa en las secuencias de T2, con áreas de sangrado y captación heterogénea de contraste. La masa es de localización periuretral, encontrándose la uretra englobada en todo su contorno y longitud, salvo en la zona más proximal, en la unión de la uretra con el cuello. Se extiende e invade pared vaginal anterior en los 2/3 distales de la vagina, (fig. 1). No se evidencian adenopatías aumentadas de tamaño, ni otras lesiones en el estudio de extensión. Se realiza cistoureterectomía, linfadenectomía y derivación a conducto ileal. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirma que se trata de un adenocarcinoma de células claras uretral (fig. 2), de 3 × 3 cm, con invasión de pared vaginal y ausencia de afectación ganglionar. La paciente se encuentra asintomática y sin evidencia de recidiva a los 9 meses de la intervención. No recibió ningún tipo de tratamiento adyuvante.

El carcinoma primario de uretra supone el 0,1% de las neoplasias genitourinarias, siendo en la mayoría de los casos carcinomas escamosos. Un 10% del total lo constituyen otros tipos histológicos entre los que se incluye el adenocarcinoma