

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.

B I B L I O G R A F Í A

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.

doi:10.1016/j.acuro.2010.02.045

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).

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 anatomo-patológicos. 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 mesonéfrico. 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 uretrocistoscopia se confirma la presencia de una tumoración sanguínea 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 $4 \times 3,8 \times 3,5$ 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 cistourerectomía, linfadenectomía y derivación a conducto ileal. El estudio anatomo-patológico 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

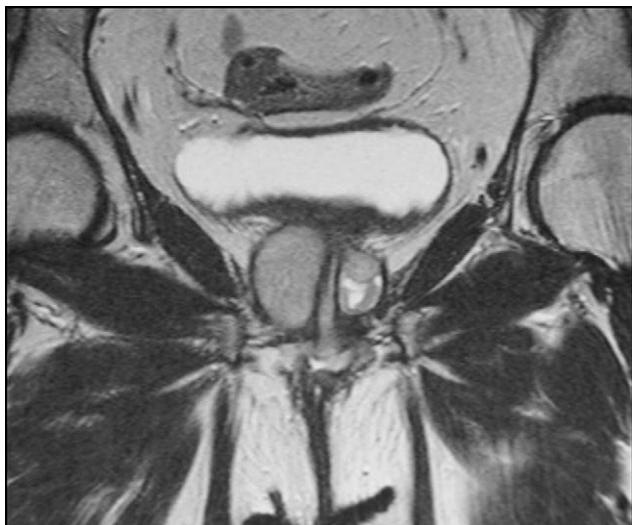


Figura 1 - RM Pelvis: Secuencias FSE T2 coronal: masa pélvica ligeramente hiperintensa que engloba a la uretra en todo su contorno y longitud, respetando la unión vesicouretral. Invade la pared anterior de la vagina.

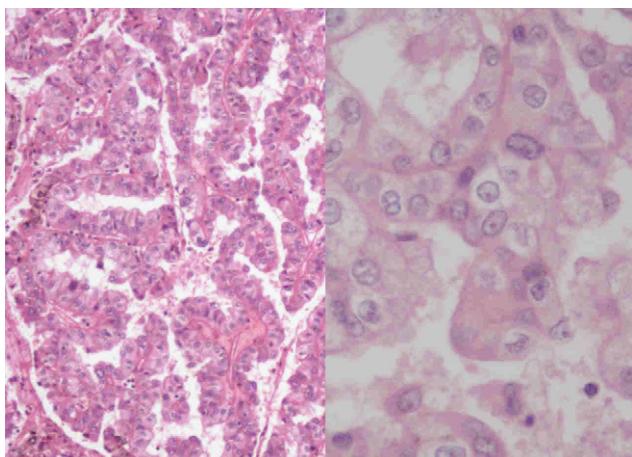


Figura 2 - Estudio histológico: tumoración papilar constituida por células uniformes, ovoides con un citoplasma que varía de anfófilico a acidófilo. El núcleo es redondeado, un poco irregular con cromatina fina y nucleolo prominente. El tumor expresa CK AE1/AE3, EMA, CEA y CD10, siendo CK7, CK20, S-100, CD15, calretinina y PSA negativos.

de células claras. Su incidencia es mayor en mujeres que en hombres (4:1), siendo más prevalente en la sexta década de la vida^{1,2}. La clínica es variada e inespecífica, siendo frecuente que las pacientes estén catalogadas de infecciones de repetición, a pesar de repetidos urocultivos negativos. Esto hace que, con frecuencia, se diagnostiquen en estadios avanzados de la enfermedad, con un mal pronóstico, a pesar de tratamientos agresivos. Son tumores que se caracterizan por su lenta evolución y su agresividad local, con solo un 15% de metástasis viscerales. En el caso que presentamos, la paciente refiere síntomas de más de 5 años de evolución,

que podrían deberse tanto a un nuevo divertículo uretral, como a la aparición y lento crecimiento de la neformación en su interior. Una vez orientado el diagnóstico, la RMN es la prueba⁴ más adecuada para el estudio de partes blandas en pelvis. La uretrocistoscopia con biopsia completa el estudio permitiendo definir la afectación vesical. El tratamiento curativo es la cirugía; la técnica elegida dependerá de la localización y extensión de la lesión. Entre las opciones quirúrgicas, la exéresis con urectomía amplia, y cistectomía radical, es la opción más empleada^{3,5}. La cirugía conservadora se reserva a tumores de menor tamaño, sin infiltración vaginal y localización muy distal, sin afectación de cuello vesical (urectomía parcial y escisiones locales superficiales, láser)⁶. Los tratamientos adyuvantes no han demostrado una mejora en la supervivencia en este tipo de tumores. Se plantean diversos esquemas combinando QTy RT en pacientes con tumores no resecables, y QT adyuvante en pacientes con ganglios afectos. Se precisan protocolos estandarizados y multicéntricos para poder definir una pauta terapéutica adecuada.

B I B L I O G R A F Í A

1. Abascal Junquera JM, Cecchini Rosell L, Martos Calvo R, Salvador Lacambra C, Celma Doménech A, De Torres I*, et al. Presentación de un nuevo caso de adenocarcinoma de células claras uretral y su manejo quirúrgico. Actas Urol Esp. 2007;31:411-6.
2. Feltes Ochoa JA, Blanco Carballo O, Tejido Sánchez A, Conde Gallegos E, Villacampa Aubá F. Adenocarcinoma de uretra femenina. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. Arch Esp Urol. 2005;58:677-82.
3. Segura huerta A, Molina Saera J, Palomar abad L, Pellín Ariño L, Guerrero Zotano A, Calderero Aragón V. Carcinoma uretral con extensión locorregional importante. ¿Cómo manejamos una patología infrecuente? Actas Urol Esp. 2004;28:57-61.
4. Hickey N, Murphy J, Herschorn S. Carcinoma in a urethral diverticulum: magnetic resonance imaging and sonographic appearance. Urology. 2000;55:588-9.
5. Rodríguez Alonso A, Pérez García D, Núñez López A, González Piñeiro* A, Ojea Calvo A, Rodríguez Iglesias B, et al. Leiomioma de uretra femenina. Actas Urol Esp. 2000;24:753-6.
6. Dimarco DS, Dimarco CS, Zincke H, Webb MJ, Bass SE, Slezak JM, et al. Surgical treatment for local control of female urethral carcinoma. Urol Oncol. 2004;22:404-9.

M. Cruz-Ruiz^{a,*}, A. Pozo-García^b, A. Gené-Heym^c, C. Reynes-Sancho^b y J. Oleza-Simo^a

^aServicio de Urología, Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, Baleares, España

^bServicio de Radiología, Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, Baleares, España

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital Comarcal de Inca, Baleares, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mcruro@gmail.com (M. Cruz-Ruiz).