

# Displasia quística de las vesículas seminales

## *Cystic dysplasia of the seminal vesicles*

Victoria Mayoral Campos, José Andrés Guirola Ortiz, Beatriz Carro Alonso,  
Ignacio Ariño Galve, Blanca Madariaga Ruiz

*Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.*

### INTRODUCCIÓN

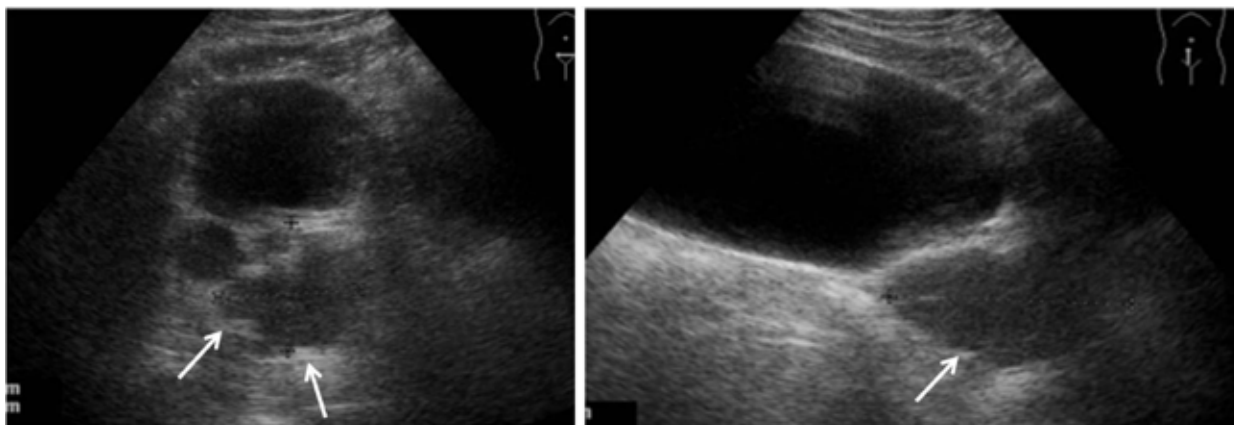
Los quistes de las vesículas seminales constituyen una anomalía urológica rara, y a pesar de que en algunos casos tienen un origen adquirido, lo más frecuente es que sean congénitos, asociados a una anomalía en el desarrollo del conducto mesonéfrico o conducto de Wolff. Presentamos el caso de un paciente de 39 años en estudio por hematospermia.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente de 39 años, que acude a nuestro servicio para estudio de hematospermia ocasional, sin asociarla a ninguna causa específica. El paciente no presentaba antecedentes relevantes, salvo infecciones urológicas de repetición

en la infancia, que no precisaron estudio específico. En la exploración física, el abdomen era blando, depresible, sin palpar visceromegalias y la auscultación cardiopulmonar fue normal. El estudio bioquímico y hormonal no mostró ninguna anomalía significativa. El análisis del semen demostró oligozoospermia.

La ecografía abdominal (**Figura 1**) demostró una masa quística multilobulada (flechas blancas), localizada en pelvis, por detrás de la vejiga normal. El riñón derecho no se consiguió visualizar, y el riñón izquierdo era de tamaño, morfología y ecoestructura dentro de la normalidad. Se amplió el estudio mediante TC con CIV, visualizándose hipoplasia renal derecha con dilatación pieloureteral ipsilateral (flecha **Figura 2**). El uréter derecho desembocaba (flecha **Figura 3**) dentro de una masa pelviana po-



**Figura 1.** Ecografía abdominal: lesión hipoeoica, homogénea, de morfología multilobulada, localizada en pelvis, por detrás de vejiga. La lesión muestra aumento de la transmisión sónica sugestiva de lesión quística.

Recibido en Mayo de 2014 - Aceptado en Junio de 2014  
Conflictos de interés: ninguno

Received on May 2014 - Accepted on June 2014  
Conflicts of interest: none

Correspondencia  
Email: vmayoralcampos@gmail.com



**Figura 2.** TC con CIV, reconstrucción coronal: hipoplasia renal derecha con dilatación del sistema pieloureteral. La vesícula seminal mostró displasia quística (flecha). Sistema pieloureteral izquierdo normal.

lilobulada que correspondía a un quiste de vesícula seminal. El sistema urinario izquierdo no presentaba anomalías.

El diagnóstico final fue de quiste de vesícula seminal con hipoplasia renal y uréter ectópico.

## DISCUSIÓN

Los quistes de las vesículas seminales constituyen una anomalía urológica rara, y a pesar de que en

algunos casos tienen un origen adquirido, lo más frecuente es que sean congénitos, asociados a una anomalía en el desarrollo del conducto mesonéfrico o conducto de Wolff<sup>1-6</sup>.

Estas malformaciones se asocian con frecuencia a varias anomalías, tales como agenesia o displasia renal, o más infrecuentemente con abocamiento ureteral ectópico ipsilateral. Desde el punto de vista embriológico, la íntima relación entre el tracto urinario y el sistema reproductor podría explicar la alta incidencia de malformaciones asociadas. El 80% de los pacientes con quistes de las vesículas seminales tienen disgenesia renal ipsilateral, el 8% tienen duplicación del sistema colector y la implantación ectópica del uréter en la vesícula seminal también puede aparecer<sup>1-3</sup>.

La presentación clínica es muy variada, siendo los pacientes asintomáticos en la mayor parte de los casos. Puede aparecer como un hallazgo incidental en el estudio de la infertilidad masculina<sup>4</sup>. Si aparecen síntomas, estos suelen aparecer entre los 21 y los 41 años de edad, edad en la que se termina la maduración sexual masculina<sup>2</sup>. Los síntomas más frecuentes recogidos en diversas publicaciones son infecciones recurrentes del tracto urinario, epididimitis, hemospermia, dolor eyaculatorio o molestia perineal<sup>5</sup>.

El diagnóstico de sospecha se realiza con la clínica y el tacto rectal. Las pruebas de imagen son esenciales para la confirmación del diagnóstico de sospecha. La ecografía abdominal o transrectal, debido a su bajo costo y a su alta disponibilidad, representa la prueba inicial en la mayoría de los casos, ya sea



**Figura 3.** A) TC axial sin contraste que demuestra masa polilobulada compatible con quiste de vesícula seminal. B) TC axial con CIV: uréter derecho ectópico (flecha) abocando en el quiste de vesícula seminal.

demandada por sospecha clínica o como un hallazgo incidental<sup>6</sup>. La TC o la RM son las pruebas de referencia para realizar el diagnóstico final, ya que permiten definir las características del quiste, su posible relación con un uréter ectópico, así como con otras anomalías asociadas.

El tratamiento de estas malformaciones urológicas debe limitarse a los casos sintomáticos. Los pacientes que permanecen asintomáticos (sin dolor o alteración funcional), no suelen necesitar tratamiento y el seguimiento evolutivo es la conducta más adecuada. En aquellos pacientes sintomáticos, la punción-aspiración del quiste guiada por ecografía o la cirugía, especialmente la incisión transvesical del quiste o la exéresis completa de la vesícula, con o sin la extirpación del riñón hipoplásico<sup>5</sup>, son las técnicas elegidas para el tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez Aliago B, Rodríguez Jiménez I. Seminal vesicle cyst with renal agenesis associated with vascular anomalies. Case report. *Arch Esp Urol*. 2007 Nov; 60(9):1.134-6.
2. King BF, Hattery RR, Lieber MM y cols. Congenital cystic disease of the seminal vesicle. *Radiology*. 1991 Jan; 178(1):207-11.
3. Tramoyeres A, Canovas JA, Sánchez F, De La Torre L, Ramada F, Navalón P y cols. Quiste de vesícula seminal. A propósito de un caso y revisión de la literatura. *Arch Esp Urol*. 2004; 57:165-168.
4. Beeby DI. Seminal vesicle cyst associated with ipsilateral renal agenesis: case report and review of literature. *J Urol*. 1974 Jul; 112(1):120-2.
5. Calahorra Fernández FJ, García Cardoso JV, Montero Rubio R y cols. [Giant cyst of the seminal vesicle associated with ipsilateral renal agenesis]. *Actas Urol Esp*. 2002 Mar; 26(3):218-23.
6. Kenney PJ, Leeson MD. Congenital anomalies of the seminal vesicles: spectrum of computed tomographic findings. *Radiology*. 1983 Oct; 149(1):247-51.