

Tumor fibroso solitario de la próstata que simula un tumor de la encrucijada vésico-prostática. Reporte de caso

Solitary fibrous tumor of the prostate mimicking a tumor of the vesicoprostatic junction. Case report

Huber Díaz-Fuentes^{1a}, Juan Carlos Zapot-Martínez^{1b}, Norma Alejandra Cabrera-Mora^{1c}, Eduardo Ramos-Arceo^{1d}, Juana Sonia Tavares-García^{2e}

Resumen

Introducción: la diferenciación entre las diversas neoplasias del aparato urinario y reproductor en pacientes adultos es fundamental para establecer un diagnóstico preciso y determinar la estrategia terapéutica adecuada.

Caso clínico: paciente varón de 71 años con antecedentes de adenocarcinoma prostático Gleason 10 (5+5) que desarrolló una lesión sospechosa a nivel de la encrucijada vésico-prostática, inicialmente considerada como un carcinoma urotelial por hallazgo en cistoscopia e inmunohistoquímica. Tras una evaluación multidisciplinaria, se realizó una cistoprostatectomía radical con linfadenectomía, en la que se identificó posteriormente un tumor fibroso solitario de la próstata, una entidad poco frecuente y con comportamiento benigno y agresivo; sin embargo, también se puede presentar su contraparte maligna, que puede ser muy agresiva en cuanto a su comportamiento metastásico. La revisión inmunohistoquímica fue clave para el diagnóstico final, que diferenció esta lesión benigna del origen urotelial inicialmente sospechado.

Conclusiones: este caso subraya la importancia de un abordaje integral y exhaustivo en la evaluación de lesiones atípicas de la encrucijada vésico-prostática, ya que diagnósticos diferenciales erróneos y lo poco frecuente de esta lesión pueden conducir a sobretamientos y tratamientos tardíos. La experiencia aquí reportada resalta la necesidad de considerar tumores fibrosos solitarios en el diagnóstico diferencial de los tumores del estroma prostático.

Abstract

Background: Differentiating among the various neoplasms of the urinary and reproductive system in adult patients is essential for establishing an accurate diagnosis and determining the appropriate therapeutic strategy.

Clinical case: 71-year-old man with a history of Gleason 10 (5+5) prostate adenocarcinoma who developed a suspicious lesion at the vesicoprostatic junction, initially considered a urothelial carcinoma based on cystoscopy findings and immunohistochemistry. Following a multidisciplinary evaluation, a radical cystoprostatectomy with lymphadenectomy was performed, which subsequently revealed a solitary fibrous tumor of the prostate, a rare entity with benign behavior. Immunohistochemical analysis was key to the final diagnosis, differentiating this benign lesion from the initially suspected urothelial origin.

Conclusions: This case underscores the importance of a comprehensive and meticulous approach in the evaluation of atypical prostate lesions, as misdiagnoses can lead to overtreatment. The experience reported here highlights the need to consider solitary fibrous tumors in the differential diagnosis of prostatic stromal tumors.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Oncología, Servicio de Urología Oncológica. Ciudad de México, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Oncología, Servicio de Patología. Ciudad de México, México

ORCID: 0000-0001-5622-7245^a, 0009-0008-7409-1263^b, 0000-0002-1087-134X^c, 0009-0009-7140-8699^d, 0009-0006-0730-6338^e

Palabras clave

Próstata
Tumores Fibrosos Solitarios
Cistoprostatectomía

Keywords

Prostate
Solitary Fibrous Tumors
Cystoprostatectomy

Fecha de recibido: 31/07/2025

Fecha de aceptado: 10/10/2025

Comunicación con:

Huber Díaz Fuentes

✉ huber_576@hotmail.com

☎ 777 103 4992

Cómo citar este artículo: Díaz-Fuentes H, Zapot-Martínez JC, Cabrera-Mora NA, *et al.* Tumor fibroso solitario de la próstata que simula un tumor de la encrucijada vésico-prostática. Reporte de caso. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2026;64(3):e6779. doi: 10.5281/zenodo.18715470

Introducción

El carcinoma de próstata es un cáncer prevalente en hombres a nivel global, principalmente el adenocarcinoma acinar. En raras ocasiones, la próstata presenta neoplasias mesenquimales o tumores fusocelulares que simulan malignidad, lo cual complica el diagnóstico diferencial, especialmente en pacientes con antecedentes de cáncer prostático y lesiones atípicas en la vejiga.¹ El tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia rara con una incidencia de 0.61 a 0.37 por millón de personas. En el tracto urinario, los sitios más comúnmente afectados son el riñón y la vejiga. La próstata es un sitio excepcionalmente raro, con solo 41 casos descritos en la literatura.² Este diagnóstico requiere una estrategia multidisciplinaria que incluya imagen, histopatología e inmunohistoquímica. En este contexto, presentamos un caso de TFS de próstata, una entidad infrecuente y desafiante, con el objetivo de destacar esta patología poco común para considerarla en el diagnóstico diferencial. Debido a la escasez de reportes de casos en México, nuestro estudio busca aportar conocimiento sobre esta entidad en nuestro entorno.

El presente reporte de caso describe la evolución clínica y el abordaje diagnóstico de un paciente de 71 años con antecedentes de adenocarcinoma prostático Gleason 10 (5+5), que además fue diagnosticado con una lesión sospechosa en la vejiga, inicialmente atribuida a un posible carcinoma urotelial. La complejidad del caso radica en la eventual identificación de un tumor fusocelular de la próstata, un hallazgo poco frecuente y con un comportamiento generalmente benigno, que en el contexto clínico simulado podría haber llevado a un diagnóstico erróneo si no fuera por una exhaustiva revisión histopatológica y el análisis inmunohistoquímico.

Este caso resalta la importancia de la precisión diagnóstica en el manejo de lesiones prostáticas y vesicales, así como la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario que incluya urólogos, patólogos y radiólogos para determinar el mejor enfoque terapéutico en escenarios complejos y poco frecuentes. La revisión de este caso busca contribuir a la literatura médica en el reconocimiento de tumores poco comunes en la próstata, su diferenciación frente a otras neoplasias y el impacto de un diagnóstico correcto en la estrategia terapéutica y el pronóstico del paciente.

Caso clínico

Se presentó paciente de 71 años quien acudió a nuestra consulta externa con diagnóstico de cáncer de próstata por resección transuretral de próstata (RTUP) realizada en su hospital general de zona (HGZ). El paciente no reportó ante-

cedentes de enfermedades crónicas, alergias, traumatismos o transfusiones. Su historia quirúrgica incluyó 4 resecciones transuretrales de próstata realizadas en años previos (2013, 2015, 2017 y 2023) por crecimiento prostático obstructivo. No hubo antecedentes familiares de cáncer de próstata.

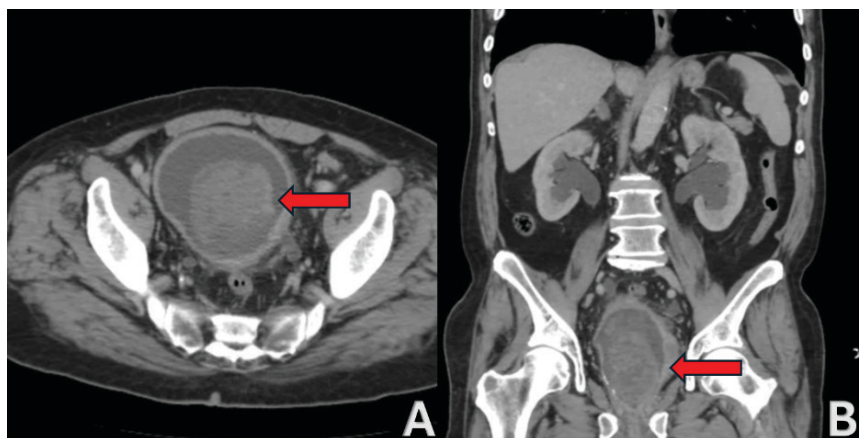
Se presentó con síntomas del tracto urinario bajo: pujo urinario, chorro débil, tenesmo vesical e intermitencia urinaria. Negó hematuria o eventos de lituria. Acudió a su HGZ en donde se le realizó una RTUP con reporte histopatológico de un adenocarcinoma acinar de próstata Gleason 10 (5+5), por lo que su urólogo tratante le inició bloqueo androgénico y lo envió a nuestra unidad. En nuestro hospital se solicitó revisión de laminillas, laboratorios (cuadro I), así como estudios de extensión como tomografía, gammagrama óseo (figura 1 y figura 2) y el paciente fue enviado a cistoscopia, la cual se llevó a cabo con los siguientes hallazgos: próstata obstructiva Randall B con cambios postquirúrgicos, lesión sólida pediculada de 6 x 6 cm dependiente de base y pared lateral izquierda de la vejiga sugestiva de actividad tumoral, por lo que el paciente fue enviado a resección transuretral de vejiga en nuestra unidad y tuvo un reporte histopatológico de neoplasia maligna de aspecto fusocelular que invadió la muscular de la mucosa. Se hizo estudio de inmunohistoquímica compatible con neoplasia urotelial GATA 3 (+).

Se dio un diagnóstico de probable cáncer doble primario (próstata y vejiga) y se realizó sesión de caso conjunto en nuestro Comité Interno de Tumores Genitourinarios del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en la que se concluyó que el paciente era candidato a una cistoprostatectomía radical. Ante estudios de extensión negativos para actividad metastásica a distancia, se realizó una cistoprostatectomía radical + linfadenectomía pélvica bilateral + apendicectomía + conducto ileal tipo Lahey con los siguientes hallazgos: tumor dependiente de vejiga de 22 x 18 x 12 cm que infiltró arteria iliaca derecha, el cual se extirpó en su totalidad y se realizó conducto ileal a 20 cm de la válvula ileo-

Cuadro I Estudios de laboratorio preoperatorios

Estudio	Resultados	Valores de referencia
Hemoglobina	10.5	11.7-18 g/dL
Hematocrito	30.8	34.5-54 %
Plaquetas	259	150-450 x 10 ³
Glucosa	116	60-100 mg/dL
Urea	32.2	16.60-48.50 mg/dL
Creatinina	1.4	0.70-1.30 mg/dL
APE	< 0.006	0-4 ng/mL
Testosterona	0.08	50 ng/mL
Urocultivo	Sin desarrollo bacteriano	

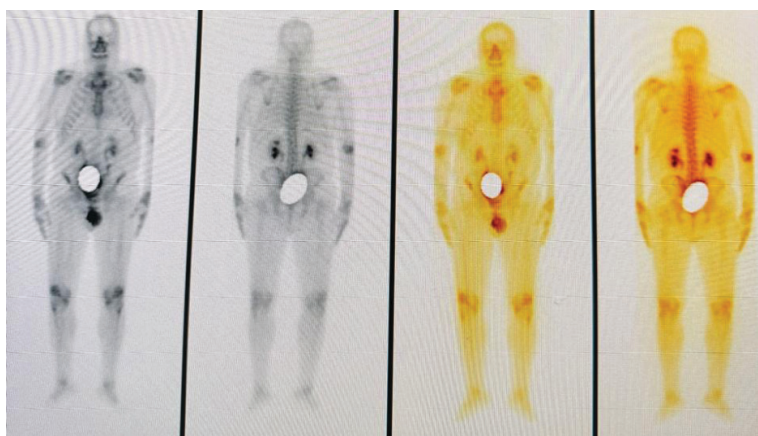
Figura 1 Tomografía computarizada de la región abdomino-pélvica preoperatoria



A: corte axial en el que se observa con la flecha roja una tumoración heterogénea dentro de la vejiga

B: corte coronal en donde se aprecia ectasia renal bilateral, una vejiga de paredes engrosadas y una tumoración probable de la encrucijada vésico-prostática señalada con la flecha en rojo

Figura 2 Gammagrama óseo



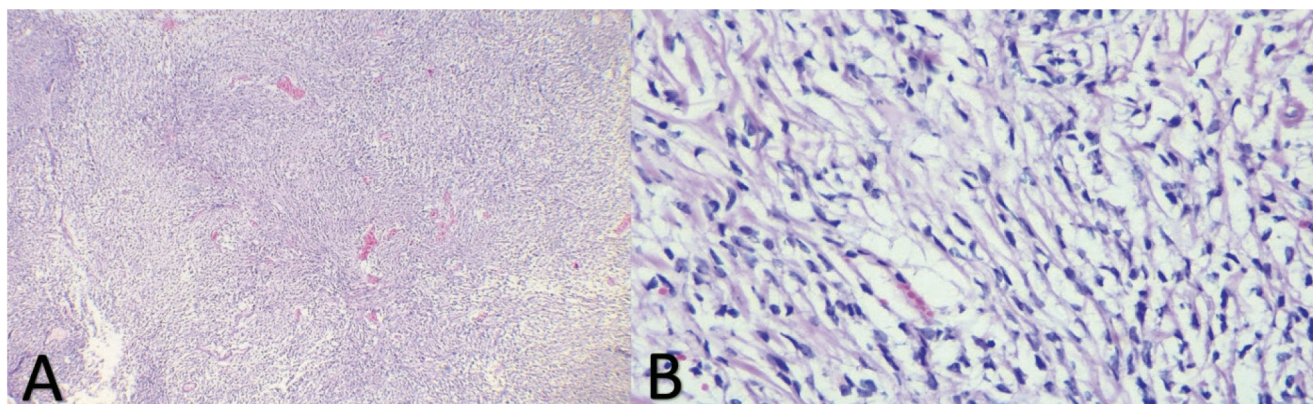
Se observan zonas de captación de radiofármaco sugestivas de patología osteoarticular degenerativa, sin datos de actividad tumoral

cecal. Finalmente, se envió la pieza a Patología en donde se concluyó un primario vesical con panel de inmunohistoquímica GATA 3 positivo. Después del procedimiento quirúrgico, el paciente se mantuvo hospitalizado por 5 días y fue dado de alta con drenaje tipo Biovac, el cual fue retirado en la consulta externa al séptimo día postoperatorio. Se decidió sesionar caso nuevamente en conjunto con el Servicio de Patología, en donde se concluyó que inicialmente por la presencia de GATA 3 (+) se sospechó de un origen urotelial; sin embargo, en la pieza final de patología se observó una neoplasia fusocelular, por lo que se decidió realizar un nuevo panel de inmunohistoquímica orientado a neoplasias mesenquimatosas de la encrucijada vésico-prostática y se concluyó con un tumor fibroso solitario maligno (figura 3 y

figura 4). Actualmente, el paciente se encuentra libre de enfermedad, con estoma de derivación urinaria funcionando de manera adecuada.

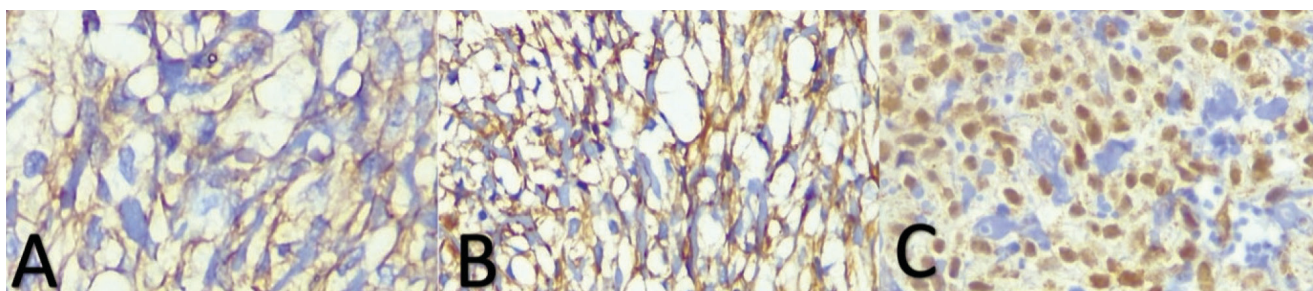
Es importante señalar que el diagnóstico de adenocarcinoma acinar de próstata inicialmente fue fortuito y se descubrió tras una resección transuretral de próstata realizada por síntomas obstructivos urinarios. Este hallazgo fortuito guió un tratamiento inicial que posteriormente se demostró que estaba basado en un diagnóstico incorrecto, ya que el tumor primario fue identificado como un tumor fibroso solitario maligno tras un análisis patológico exhaustivo de la pieza quirúrgica. Este caso resalta la importancia de una revisión diagnóstica crítica y continua, especialmente en pacientes

Figura 3 Microfotografía de cortes histológicos de la neoplasia en próstata y vejiga



A: neoplasia fusocelular mesenquimatosa con disposición en haces cortos, entrecruzados en un patrón esteoriforme, con vasos delgados focalmente ramificados de aspecto hemangiopericitoide "asta de ciervo", con mitosis atípicas dispersas y atipia moderada
B: células fusiformes con atipia leve a moderada, en un estroma laxo

Figura 4 Panel de inmunohistoquímica



A: CD34: tinción de membrana citoplasmática en células neoplásicas
B: vimentina: tinción de membrana y citoplasmática intensa y difusa
C: STAT 6: expresión nuclear intensa y difusa; sensibilidad y especificidad 98-100%

con manifestaciones clínicas complejas y hallazgos histopatológicos atípicos. Es fundamental para la práctica clínica considerar diagnósticos alternativos y seguir un enfoque multidisciplinario para reevaluar y ajustar las estrategias de tratamiento según los nuevos hallazgos. Esto asegura que el manejo terapéutico sea adecuado.

Discusión

El TFS de la próstata representa una rara entidad neoplásica mesenquimal, caracterizada por un comportamiento biológico variable que oscila entre benigno y maligno. Su diagnóstico supone un reto significativo en la práctica clínica, debido a su capacidad de mimetizar tanto un adenocarcinoma pobremente diferenciado como diversas neoplasias mesenquimales primarias de la glándula prostática.² Se han descrito menos de 30 casos en la literatura mundial.³

Aunque el TFS se presenta con mayor frecuencia en la pleura, su potencial ubicuidad permite la manifestación en localizaciones extratorácicas, incluido virtualmente cualquier sitio anatómico dentro del organismo. Entre estas localizaciones menos comunes se incluye el tracto genitourinario.⁴

Este tipo de tumor se observa típicamente en individuos de mediana edad y ancianos, y se manifiesta con frecuencia como una masa de crecimiento lento.⁵ En las etapas iniciales, la patología tiende a permanecer asintomática; sin embargo, el aumento progresivo de tamaño puede conducir a la aparición de síntomas obstructivos, tales como aumento de la frecuencia miccional, retención urinaria, urgencia, disuria y hematuria.⁶ Es importante destacar que en la mayoría de los casos el nivel sérico del antígeno prostático específico (PSA) se mantiene dentro de los límites normales.⁷ Adicionalmente, se ha documentado que una minoría de pacientes presenta hipoglucemia, debido a la

capacidad del TFS de producir factores de crecimiento similares a la insulina que han sido descritos como síndromes paraneoplásicos.⁸

En cuanto a las dimensiones del TFS prostático presentan una variabilidad considerable y oscilan típicamente entre 5 y 18 cm.⁹ Macroscópicamente, se observa una masa nodular bien delimitada de color blanco-grisáceo, cuya sección transversal puede exhibir un patrón arremolinado característico.¹⁰ Histomorfológicamente, la neoplasia se compone de células fusiformes de aspecto fibroblástico inmersas en una matriz colágena, a menudo dispuestas sin un patrón discernible (“sin patrón”). Esta arquitectura se intercala con vasos sanguíneos de tipo hemangiopericitomatoso, con morfología en “asta de ciervo”.¹¹ La tasa mitótica habitualmente se mantiene baja, típicamente inferior a 4 mitosis por cada 10 campos de alta potencia (*high-power field*, HPF).¹²

Si bien la mayoría de los TFS presentan un curso clínico benigno, aproximadamente el 10-15% exhibe características de malignidad.¹³ Los criterios histopatológicos asociados con un comportamiento agresivo incluyen la presencia en localizaciones atípicas, una elevada actividad mitótica (superior a 4 mitosis por cada 10 campos de gran aumento, HPF), necrosis, hemorragia, márgenes infiltrantes y expresión de la proteína p53. No obstante, es fundamental reconocer que la predicción histológica precisa del comportamiento tumoral sigue siendo un desafío considerable, dada la discordancia potencial entre la apariencia histológica y la evolución clínica.¹⁴ En particular, tumores con características histopatológicas aparentemente benignas pueden, en ocasiones, manifestar un comportamiento agresivo, y viceversa.¹⁵

El perfil inmunohistoquímico (IHC) característico del TFS incluye una expresión positiva de vimentina, CD99, CD34 y BCL-2. En contraste, la expresión de marcadores como la pancitoqueratina, actina, desmina, miogenina, receptor de progesterona (PR), PSA, S-100 y CD117 es típicamente negativa.¹⁶

Estudios genómicos recientes sobre los TFS han identificado un nuevo transcrito de fusión, *NAB2-STAT6* (proteína de unión NGFI-A 2-transductor de señal nuclear y STAT6), como un gen de fusión quimérico específico de TFS.¹⁷ Actualmente, se dispone de un novedoso anticuerpo monoclonal para STAT6. Por lo tanto, se ha demostrado que la fuerte expresión de STAT6 observada mediante IHC es un marcador diagnóstico muy sensible y específico para los TFS.¹⁸ En nuestro caso se empleó este marcador.

Dada la posibilidad de un comportamiento agresivo y el riesgo de recurrencia, el tratamiento del TFS prostático se basa en la escisión quirúrgica completa, en la cual se aseguran márgenes negativos y un seguimiento postoperatorio riguroso. En pacientes jóvenes, se prefiere la prostatectomía radical con preservación nerviosa, con el objetivo de preservar las funciones sexuales y urinarias. La cistectomía, por su parte, se reserva para aquellos casos que presenten afectación vesical concomitante.¹⁹ Cabe destacar que la radioterapia y la quimioterapia han demostrado ser ineficaces en el manejo de esta patología.²⁰

Nuestro caso inicialmente fue diagnosticado como un adenocarcinoma acinar de próstata por RTUP; primero, se empleó una tomografía en donde se observaba un tumor aparentemente vesical o de la encrucijada vésico-prostática, por lo que se envió a cistoscopia + toma de biopsia y se concluyó que había un probable tumor urotelial, gracias a lo cual se tomó la decisión de realizar procedimiento radical y se encontró un gran tumor que resultó ser un TFS.

En el cuadro II se presenta un resumen de casos similares reportados en la literatura.

Conclusiones

La presentación de este caso clínico enfatiza la complejidad inherente al diagnóstico diferencial de lesiones infrecuentes en la próstata. La identificación de un tumor fibroso

Cuadro II Resumen de casos similares

Autores	Edad	Clínica	Tratamiento realizado	Patología
Nishith <i>et al.</i> ⁸	54 años	Cistitis	Prostatectomía radical asistida por robot	Positividad para vimentina, CD34, CD99 y BCL2
Okubo <i>et al.</i> ⁹	40 años	Dolor abdominal	Resección tumoral	Positivo para CD34 y STAT6
Bakhshwin <i>et al.</i> ¹¹	4 pacientes de 49, 55, 69 y 73 años	Síntomas de hiperplasia prostática benigna	Prostatectomía radical + linfadenectomía	Positividad para STAT6, receptores de progesterona y GATA 3
Ahnou <i>et al.</i> ²¹	77 años	Síntomas de tracto urinario bajo	Prostatectomía radical	Positividad para CD34, BCL2 y CD99

Resumen de casos similares reportados en la literatura: edad de presentación, clínica y panel de inmunohistoquímica usado para el diagnóstico

solitario, inicialmente enmascarado como un tumor de la encrucijada vésico-prostática destaca la necesidad de una evaluación multidisciplinaria rigurosa. Esta evaluación debe incluir una revisión histopatológica experta, complementada con estudios de inmunohistoquímica dirigidos.

La importancia de publicar este caso radica en ampliar el conocimiento médico sobre las presentaciones atípicas de neoplasias prostáticas y vesicales, y subrayar la diversidad de diagnósticos diferenciales posibles. Al difundir estos hallazgos, se promueve la concientización entre profesionales de la salud sobre la existencia y el manejo de tumores infrecuentes como el TFS. Esto no solo contribuye a una mayor precisión diagnóstica, sino que también mejora el enfoque terapéutico adoptado por equipos multidisciplinarios en todo el mundo.

Agradecimientos

A todo el personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que contribuyó al favorable abordaje del paciente.

Al Servicio de Patología del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI por siempre brindarnos el apoyo con las piezas y el adecuado análisis histopatológico.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

Referencias

- Vengjer A, Paiva MM, Moccellini EGP, et al. Solitary fibrous tumor of the prostate: Case report and literature review. *Urol Case Rep.* 2025;63:103207. doi: 10.1016/j.eucr.2025.103207
- Liao J, Liu X, DU W, et al. [Laparoscopic radical resection of large (223 g) solitary fibrous tumor of the prostate: a case report]. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao.* 2023;43(12):2158-62. [Article in Chinese]. doi: 10.12122/j.issn.1673-4254.2023.12.23
- Takeuchi Y, Kato D, Nakane K, et al. Solitary Fibrous Tumor of the Prostate: A Case Report and Literature Review. *Medicina (Kaunas).* 2021;57(11):1152. doi: 10.3390/medicina57111152
- Matos J, Paparo F, Calcagno T, et al. Solitary Fibrous Tumor of the Prostate. *Urology.* 2020;141:e43-4. doi: 10.1016/j.urology.2020.04.003
- Hevia Feliu A, Gómez González B, Muñoz Fernández de Le-garia M, et al. Growing solitary fibrous tumor of the prostate during COVID-19 pandemic. *Urol Case Rep.* 2022;43:102121. doi: 10.1016/j.eucr.2022.102121
- Peng Y, Jiang Y, Ding S, et al. Solitary fibrous tumors in prostate: a case report with review of the literature. *Aging Male.* 2022;25(1):219-27. doi: 10.1080/13685538.2022.2110232
- Eich ML, Furlano K, Hilfenhaus G, et al. Solitary fibrous tumor of the prostate with accompanying low-grade prostate cancer. *Urol Case Rep.* 2024;57:102879. doi: 10.1016/j.eucr.2024.102879
- Nishith N, Gupta M, Kaushik N, et al. Solitary Fibrous Tumor of the Prostate: A Diagnostic Challenge: A Case Report. *Iran J Pathol.* 2020;15(1):41-4. doi: 10.30699/IJP.2019.104669.2069
- Okubo Y, Nukada S, Shibata Y, et al. Primary solitary fibrous tumour of the prostate: A case report and literature review. *Malays J Pathol.* 2020;42(3):449-53.
- McKenney JK. Mesenchymal tumors of the prostate. *Modern Pathology.* 2018 Jan;31(S1):S133-142. doi: 10.1038/modpathol.2017.155
- Bakhshwin A, Berry RS, Cox RM, et al. Malignant solitary fibrous tumour of the prostate: four cases emphasising significant histological and immunophenotypical overlap with sarcomatoid carcinoma. *Pathology.* 2020;52(6):643-8. doi: 10.1016/j.pathol.2020.06.004
- Xu Y, Li Z, Shi J, et al. Clinicopathological features to distinguish malignant solitary fibrous tumors of the prostate from prostatic stromal tumors. *Virchows Arch.* 2021;478(4):619-26. doi: 10.1007/s00428-020-02909-2
- Heger P, Hill A, Charchenko C. CD-34 negative solitary fibrous tumor of the prostate: A case report. *Urol Case Rep.* 2024; 57:102855. doi: 10.1016/j.eucr.2024.102855
- Ye X, Yu H, Sun B, et al. Malignant solitary fibrous tumor of the seminal vesicle: a case report and review of the literature. *BMC Urol.* 2025;25(1):119. doi: 10.1186/s12894-025-01815-6
- Wahlstedt E, Zhou C, Strup S, et al. Locally advanced solitary fibrous tumour of the prostate. *BMJ Case Rep.* 2023;16(10):e257666. doi: 10.1136/bcr-2023-257666
- Yang T, Zhu R, Guo Z, et al. Solitary Fibrous Tumor of the Prostate Shown on FAPI PET/CT. *Clin Nucl Med.* 2023;48(6):530-531. doi: 10.1097/RLU.0000000000004635
- Ronchi A, La Mantia E, Gigantino V, et al. A rare case of malignant solitary fibrous tumor in prostate with review of the literature. *Diagn Pathol.* 2017;12(1):50. doi: 10.1186/s13000-017-0640-5
- Ruan HJ, Huang AH, Cheng S, et al. [Clinicopathologic features of solitary fibrous tumor in urogenital system]. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi.* 2016;45(4):248-51. [Article in Chinese]. doi: 10.3760/cma.j.issn.0529-5807.2016.04.007
- Lobo J, Harik LR, Peyton CC, et al. Solitary fibrous tumours involving the genitourinary tract: a case series in rare locations, highlighting the role of STAT6 immunohistochemistry. *Virchows Arch.* 2024;484(4):697-702. doi: 10.1007/s00428-023-03694-4
- Stolzenbach LF, Fankhauser CD, Mattei A, et al. Solitary Fibrous Tumor of the Prostate Treated with Frozen-Section Supported Robot-Assisted Nerve-Sparing Radical Prostatectomy. *Urol Int.* 2023;107(10-12):977-82. doi: 10.1159/000534088
- Ahno D, Belkacem-Nacer A, Boubrit M. Tumeur fibreuse solitaire de la prostate: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J.* 2021; 39:285. doi: 10.11604/pamj.2021.39.285.30406