



VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005



Carcinoma Pseudohiperplásico de la Próstata. Experiencias y criterios en 4 casos

Dra. Ileana Franco Zunda*, **Dr. Alfredo B. Quiñones Ceballo***, **Dr. Antonio L. Moreno Otero****

* Especialista de 1er grado en Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Cienfuegos. Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. CUBA

** Especialista de 1er grado en Urología. Hospital Universitario de Cienfuegos. Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. CUBA

Resumen

Fundamentación: El Carcinoma Pseudohiperplásico resulta una variedad infrecuente y de difícil diagnóstico, solo un detallado análisis de las proliferaciones glandulares benignas permitirá identificarlo. Aunque es bien conocido que el adenocarcinoma bien diferenciado puede semejar nódulos hiperplásicos, no ha sido hasta hace poco, que se ha logrado definir las características histológicas que lo distinguen, haciendo posible diferenciar esta variedad de una hiperplasia a pesar de su semejanza arquitectural y citológica.

Método: Se realiza un estudio retrospectivo tomando como base los criterios expuestos por Julián Arista –Nasr evaluados en su serie del 2000, partiendo de ellos se reevaluaron las Hiperplasias Prostáticas diagnosticadas en el 2004.

Resultados y Discusión: De los 51 casos reevaluados, se encontraron 4 CPH, la neoplasia se dispuso en nódulos de bordes bastante definidos que semejaban áreas de hiperplasia glandular, el 100% mostró nucleomegalia, con cromatina preferentemente laxa, así como nucleolos evidentes en ocasiones algo inconspicuos, teñidos de rosado pálido, citoplasma de gran tamaño y anfófilo.

Conclusiones: Los cambios citológicos fueron los criterios de mayor fuerza para establecer el diagnóstico de CPH.

Introducción

Las enfermedades prostáticas constituyen un azote en la población masculina mayor de 45 años. En el mundo desarrollado la hiperplasia nodular, el carcinoma y las diferentes formas de prostatitis son registrados como causa frecuente de morbilidad. (1,2,3,4)

En la glándula prostática se pueden encontrar varios tipos de carcinoma alguno de ellos presentan dificultades para el diagnóstico microscópico al poder ser confundido con lesiones benignas, tal es el caso de aquellos adenocarcinomas muy bien diferenciados con indicador de Gleason bajo, entre ellos aparece el llamado Carcinoma Pseudohiperplásico para el cual han de tenerse presente sus criterios histológicos y citológicos (5,6,7,8)

En esta investigación nos proponemos dar a conocer nuestras observaciones en el diagnóstico del CPH.

Material y Métodos

Estudiamos retrospectivamente las 51 prostatectomías suprapúbicas realizadas durante el año 2004 en el Hospital Provincial Universitario GAL de Cienfuegos\ Cuba, diagnosticadas como Hiperplasia Prostática buscando la presencia de áreas de carcinoma pseudohiperplásico (CPH). Todos los estudios contaron con 24 cortes representativos de la glándula tomando como punto de referencia la uretra prostática, se realizaron cortes vertico transversales siguiendo el eje mayor y luego paralelo a él dos más obteniéndose 4 fragmentos con un espesor entre 3 y 4 mm, quedando 2 semilunas de las cuales se toman otros 2 cortes de cada una de igual espesor siguiendo su eje menor, por último quedan cuatro cuadrantes de los que se obtienen 4 cuñas de cada uno (Fig.1), los 24 cortes fueron procesados por el método de inclusión en parafina y coloreados con Hematoxilina \Eosina. La reevaluación histológica se basó en los criterios citohistológicos utilizados por Aristas-Nasr J. y otros autores. (5,6,7,8)

Criterios Citohistológicos evaluados:
Glándulas dilatadas

Plegamientos glandulares
 Cuerpos amiláceos
 Secreciones intraluminales
 Citoplasma claro
 Nucleomegalia
 Nucleolo evidente
 Ausencia de células basales

Resultados y discusión

En el estudio se encontraron 4 CPH en las 51 prostatectomías suprapúbicas realizadas y diagnósticadas como Hiperplasia Prostática que representó un 7.8% de incidencia de esta neoplasia en esta serie; la edad promedio de los pacientes fue de 63 años; todas las áreas de neoplasia fueron identificadas en las zonas periféricas de los cortes y sus límites resultaron fáciles de definir semejando nódulos epiteliales hiperplásicos (**Fig.2**).

En ellos predominaron los cambios citológicos como criterios de mayor fuerza para establecer el diagnóstico de CPH, ya que el 100% de los casos mostró nucleomegalia, siendo estos preferentemente de cromatina laxa, así como nucleolos evidentes en ocasiones algo inconspicuos, con tinte rosado pálido, los citoplasmas de gran tamaño y coloración pálida mostraron su peculiaridad anfófila. (**Cuadro 1**)

Entre los criterios histológicos evaluados la ausencia de células basales resultó un detalle constante para el diagnóstico de esta neoplasia así como los plegamientos glandulares que aunque fueron observados en los 4 casos no estuvieron presentes en todos los tubos ni se distribuyeron uniformemente (**Fig.3**).

Aunque no están contemplados entre los criterios que presenta Aristas-Nars y otros autores (5,7,8) en su trabajo y que nosotros empleamos para evaluar esta casuística; observamos como detalle histológico constante la disminución hasta la ausencia focal de estroma interglandular, así como en cualquiera de estos casos la ausencia de los núcleos estromales que colindan con la basal de los tubos glandulares (**Fig.3** y (**Fig.4**)).

Solo en la mitad de los casos por nosotros observados se presentaron dilataciones glandulares y secreciones intraluminales estas dos observaciones se separan de la frecuencia observada en otras series donde resultaron relativamente un poco más altas.

Los cuerpos amiláceos como detalle histológico para la evaluación de los CPH no resultó ser un criterio de fuerza (**Cuadro 1**), coincidiendo con las observaciones registradas en la bibliografía consultada. Contrariamente a lo que expresan otros autores (5,7,8) los CPH por nosotros encontrados no se asociaron a otras neoplasias malignas.

CUADRO No. 1

Criterios Citohistológicos:	Frecuencia de Observación	%
Glándulas dilatadas	2	50
Plegamientos glandulares	4	100
Cuerpos amiláceos	1	25
Secreciones intraluminales	2	50
Citoplasma claro	4	100
Nucleomegalia	4	100
Nucleolo evidente	4	100
Ausencia de células basales	4	100

N=4

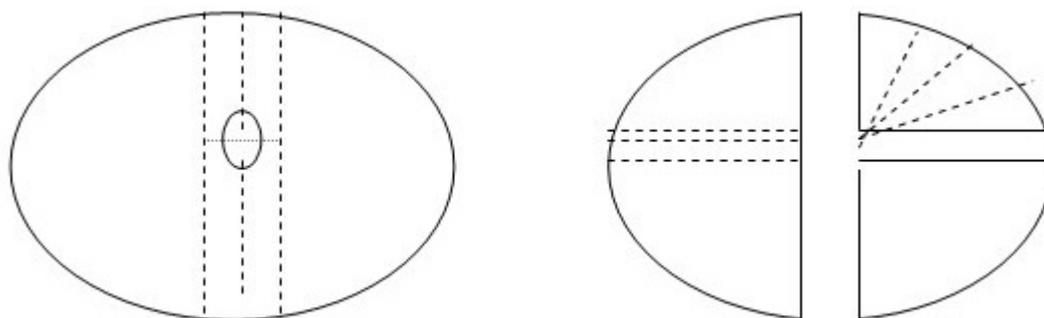


Fig. 1. Toma de los fragmentos para estudio histológico



Fig. 2 Vista de conjunto del CPH en una hiperplasia prostática Coloración H&E , vista panorámica

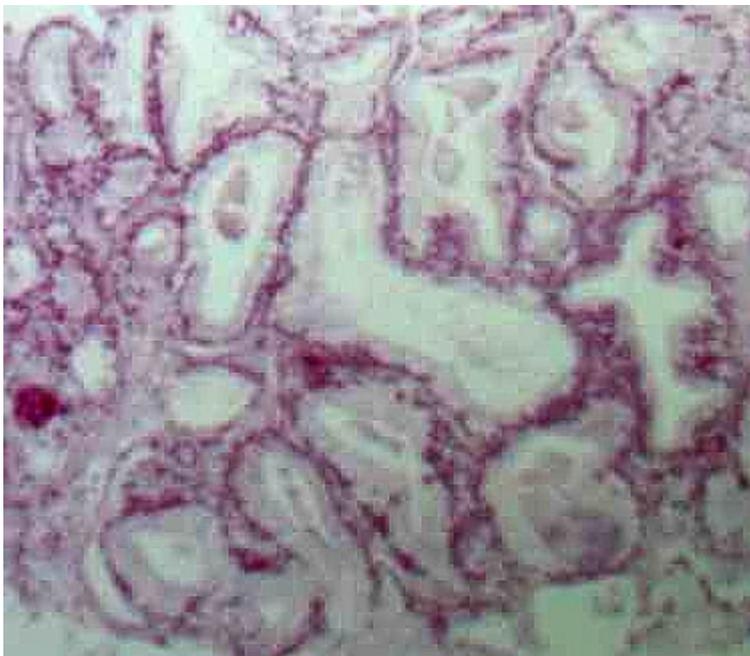


Fig. 3 Carcinoma Pseudohiperplásico escaso estroma interglandular y plegamientos. Coloración de H&E a mayor aumento.

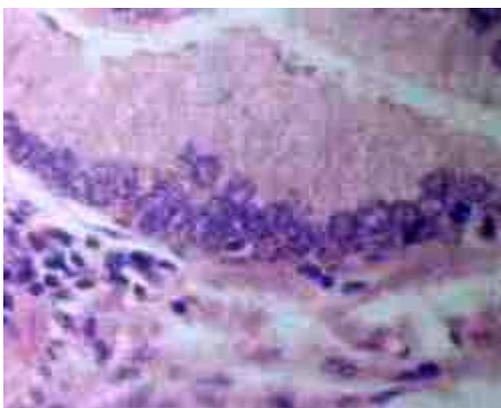


Fig.4 Coloración de H&E a 40, donde se constata ausencia de células basales y de núcleos estromales periféricos al tubo glandular

Conclusiones

- Los cambios citológicos fueron los criterios de mayor fuerza para establecer el diagnóstico de CPH.
- Los carcinomas pseudohiperplásicos de nuestra serie se ubicaron periféricamente en el espécimen de prostatectomía.
- Los criterios citológicos para el diagnóstico de CPH resultaron ser los más constantes
- Entre los criterios histológicos predominantes se encuentran la ausencia de células basales y los plegamientos glandulares.
- Deben ser considerados también en la evaluación diagnóstica de los CPH la escasez y ausencia del tejido estromal interglandular intraneoplásico y la ausencia de los núcleos estromales que colindan con la basal de los tubos glandulares.

Bibliografía

1. - Wayne Meikle A, Smith J A. Epidemiology of Prostate Cancer. Urol Clin North Am; 1990 nov; 17:709-18
2. - Cotran R S, Kumar U Robins S L. Aparato Genital Masculino. En Cotran R S, Kumar V, Robbins Patología Estructural y Funcional. 5ta. Ed. Madrid:Mc Graw Hill. Interamericana de España; 1995;1111- 1138
3. - Hanash KA: Natural history of prostate cancer. In Prostate Cancer: Imaging Techniques, Radiotherapies, Chemotherapi And management Issues. New York, Alan R. Liss, 1987, p 239-320
4. - Balmer C. Prostate cancer. In Herfindal ET, Gourley DR Textbook of Therapeutics Drug and Disease Management. 6ta Ed. Baltimore: Ed: Sans Tache; 1996; 1607-17
5. - Aristas -Nasr J, Jiménez R, Trinidad Hernández S. Carcinoma Pseudohiperplásico de la próstata. Patología 2000; 20: 95 -99.
6. - Aristas -Nasr J, Cortes E, Pichardo R. Low grade adenocarcinoma simulating benign glandulare lesions in needle prostatic biopsies. Rev Invest Clin 1997; 49:37-40
7. - Bostwick DG, Brawer NK. Prostatic intraepitelial neoplasia and early invasion in prostate cancer. Cancer 1987; 59: 788-94.
8. - Humphrey PA, Kaleem Z, Swanson PE, Wollmer RT. Pseudohyperplastic prostatic adenocarcinoma. Am J Surg Pathol 1998; 22:1239-46