

Adenosis esclerosante extensa de la próstata

Marcos Saravia-Flores,* Ana Eugenia Ponciano,* Víctor Leonel Argueta,* Roberto Orozco*

RESUMEN

La adenosis esclerosante de la próstata es una lesión poco frecuente que se distingue por la proliferación de glándulas de tamaño variable, células basales con diferenciación mioepitelial y células fusiformes estromales. Esta lesión puede confundirse con adenocarcinoma por su patrón arquitectural y porque muestra atipia nuclear y nucléolos. Casi siempre se manifiesta como un nódulo único confinado a la zona de transición. Se comunica un caso de adenosis esclerosante extensa de la próstata en un paciente de 77 años de edad que afectaba aproximadamente 50% del tejido prostático examinado.

Palabras clave: próstata, adenosis esclerosante.

ABSTRACT

Sclerosing adenosis of the prostate is an infrequent lesion histologically characterized by a glandular proliferation with basal cells showing mioepithelial differentiation admixed in cellular spindle cell stroma. Sclerosing adenosis can be misdiagnosed as adenocarcinoma, especially when nuclear atypia and prominent nucleoli are present. The majority of the cases have single nodules confined to the transition zone. We present the case of an extensive sclerosing adenosis of prostate in a 77 years old male patient, affecting approximately 50% of the prostatic volume.

Key words: prostate, sclerosing adenosis.

La adenosis esclerosante de la próstata es una proliferación microglandular, cuyas células basales muestran diferenciación mioepitelial. La lesión está conformada por células fusiformes estromales; por lo general, está circunscrita a la zona de transición y no es encapsulada. En ocasiones puede confundirse con adenocarcinoma, por lo que el patólogo debe tener una amplia experiencia en el análisis de biopsias obtenidas con aguja. La mayor parte de los casos reportados han sido hallazgos incidentales en las resecciones prostáticas transuretrales, compuestos por nódulos únicos confinados a la zona de transición. A continuación se

comunica un caso de adenosis esclerosante extensa en un hombre de 77 años de edad.

CASO CLÍNICO

Paciente de 77 años de edad que acudió a consulta debido a que experimentaba síntomas de disuria. Se le refirió al servicio de urología, donde se encontró que sus cifras de antígeno prostático estaban elevadas (7 ng/dL). En el ultrasonido se observó que la próstata había aumentado de tamaño por la formación de nódulos. Se le realizó prostatectomía retro-púbica, y evolucionó sin complicaciones. El antígeno prostático descendió a valores normales seis meses después de la operación. El seguimiento clínico a los tres años no reveló ninguna alteración ni signo de malignidad.

Anatomía patológica

La glándula prostática medía 4 x 4 x 3 cm, y era de consistencia dura, de color blanco y mostraba nódulos confluentes. Todo el tejido prostático se incluyó en el estudio histológico.

Los nódulos de la próstata estaban formados por glándulas pequeñas e irregulares, así como por células

* Departamento de Patología, Hospital General San Juan de Dios, Guatemala, Guatemala.

Correspondencia: Dr. Marcos Saravia Flores, Departamento de Patología, Unidad de Investigación, Hospital General San Juan de Dios. 8 ave 43-52 zona 12, Monte María 3, Guatemala, Guatemala.

Recibido: noviembre, 2008. Aceptado: diciembre, 2008.

Este artículo debe citarse como: Saravia-Flores M, Ponciano AE, Argueta VL, Orozco R. Adenosis esclerosante extensa de la próstata. Informe de un caso. Patología Rev Latinoam 2009;47(2):125-7. La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

aisladas y cordones rodeados de estroma fusocelular. Estaban separados por estroma prostático y bandas de tejido fibroso, entre los que había conductos y acinos. La adenosis afectaba aproximadamente la mitad del tejido prostático estudiado. En la periferia del mismo se encontró acumulación de glándulas prostáticas sin alteraciones histológicas (figuras 1 y 2). No fue posible delimitar las diferentes zonas de la próstata.

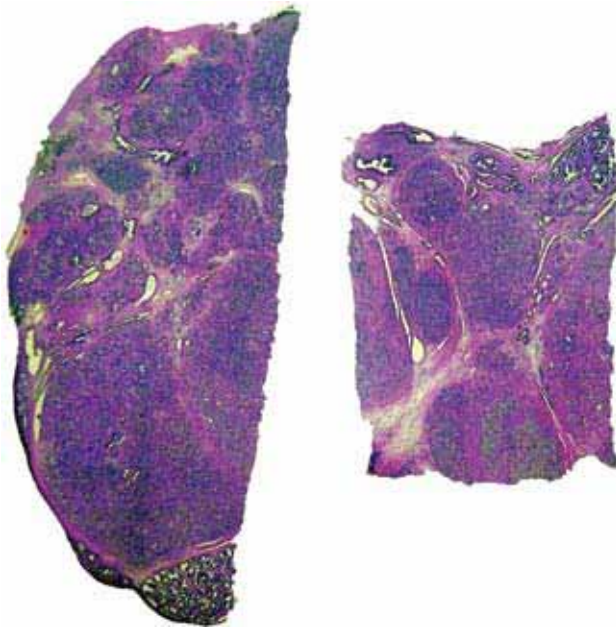


Figura 1. Se observan nódulos confluentes separados por estroma prostático (HE X 20).

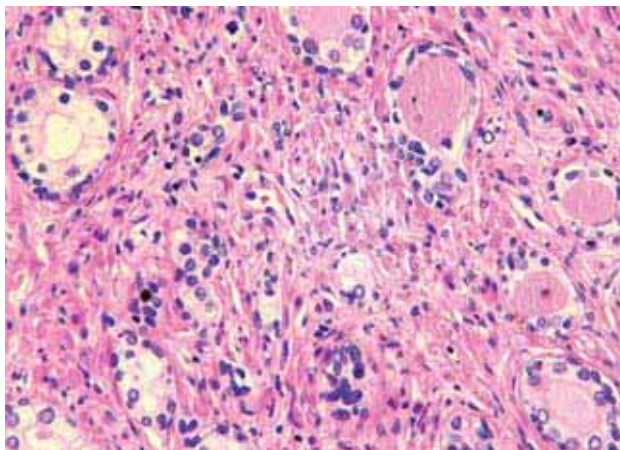


Figura 2. Glándulas pequeñas e irregulares con material amorfo eosinofílico intraluminal, con apariencia infiltrativa, atipia nuclear y nucléolos aparentes (HE X 20).

En el epitelio del revestimiento glandular se observaron células basales positivas para queratina de alto peso molecular (34 β e12, figura 3) y para proteína S-100 y actina específica de músculo liso (AEM), lo que es indicio de diferenciación mioepitelial. También el componente fusocelular estromal mostró positividad difusa para actina específica de músculo liso (figura 4).

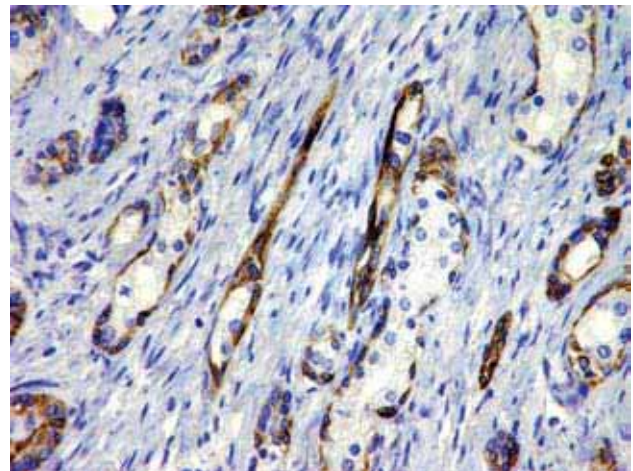


Figura 3. Expresión de queratina de peso molecular en células basales. (X40).



Figura 4. Se identifica positividad para actina específica de músculo liso en el estroma fusocelular (X40).

DISCUSIÓN

La adenosis esclerosante de la próstata es una lesión benigna, poco frecuente, que puede simular adenocarcinoma

prostático, especialmente en las biopsias obtenidas con aguja.¹ En 1983, Chen y Schiff describieron por primera vez este padecimiento,² al que denominaron tumor prostático adenomatoide. En 1987, Young y Clement definieron sus características morfológicas e inmunohistoquímicas, así como su similitud con su homónima de la glándula mamaria.³ La adenosis esclerosante se diagnostica con frecuencia al momento de realizar resecciones transuretrales, puesto que afecta la zona transicional.

Pese a que esta lesión benigna no tiene ninguna relación biológica con el carcinoma,⁴ se ha confundido con el adenocarcinoma prostático incluso en 21% de los casos,⁵ debido a características comunes como su patrón arquitectural, la apariencia infiltrativa de las glándulas, el grado de atipia nuclear y el contenido de nucléolos, cristaloides y material amorfo eosinofílico intraluminal (figura 2). La adenosis esclerosante puede distinguirse del adenocarcinoma porque tiene células basales, las cuales pueden demostrarse mediante anticuerpos que comprueban diferenciación mioepitelial.⁶

La mayor parte de los casos de adenosis esclerosante reportados corresponde a pacientes adultos que

no refieren ningún síntoma específico. Hasta donde se sabe, no se ha informado afección extensa de la próstata; sin embargo, el caso que se comunicó aquí ilustra una adenosis esclerosante extensa y multinodular de la próstata.

REFERENCIAS

1. Luque RJ, Lopez-Beltran A, Perez-Seoane C, Suzigan S. Sclerosing adenosis of the prostate. Histologic features in needle biopsy specimens. *Arch Pathol Lab Med* 2003;127(1):e14-6.
2. Chen KT, Schiff JJ. Adenomatoid prostatic tumor. *Urology* 1983;21(1):88-9.
3. Young RH, Clement PB. Sclerosing adenosis of the prostate. *Arch Pathol Lab Med* 1987;111(4):363-6.
4. Helpap B. Differential diagnosis of glandular proliferations in the prostate. A conventional and immunohistochemical approach. *Virchows Arch* 1998;433(5):397-405.
5. Berney DM, Fisher G, Kattan MW, Oliver RT, et al. Pitfalls in the diagnosis of prostatic cancer: retrospective review of 1791 cases with clinical outcome. *Histopathology* 2007;51(4):452-7.
6. Grignon DJ, Ro JY, Srigley JR, Troncoso P, Raymond AK, Ayala AG. Sclerosing adenosis of the prostate gland. A lesion showing myoepithelial differentiation. *Am J Surg Pathol* 1992;16(4):383-91.