

Adenocarcinoma pseudohiperplásico de la próstata

Jazmín de Anda González,* Oscar Martínez Quirarte**

RESUMEN

El adenocarcinoma pseudohiperplásico de la próstata es un tumor poco común con características arquitecturales benignas, lo que hace que sea uno de los carcinomas de próstata más difíciles de reconocer y diagnosticar. Aún no se han definido la incidencia, el espectro morfológico de presentación y las implicaciones de esta variante histológica.

Palabras clave: adenocarcinoma pseudohiperplásico, próstata.

ABSTRACT

Pseudohyperplastic prostatic adenocarcinoma is a rare adenocarcinoma with benign architectural features. This is one of the most difficult tumors to recognize and diagnose. Incidence, spectrum of morphologic presentation and prognostic implications of this histologic variant have not been defined.

Key words: pseudohyperplastic adenocarcinoma, prostate.

El adenocarcinoma pseudohiperplásico de la próstata es un tumor poco común, con características arquitecturales benignas.¹ El principal problema en su interpretación radica en distinguirlo de adenosis y adenocarcinomas bien diferenciados con patrones de Gleason 1 a 3.²

Según algunos reportes, su frecuencia es baja: de 2% en biopsias y de 11% en prostatectomías.¹⁻³

El diagnóstico histológico del adenocarcinoma pseudohiperplásico se basa en la conjunción de características arquitecturales y citológicas, entre las cuales destacan la nucleomegalia, nucléolos aparentes y ausencia de células basales.

* Departamento de patología.

** Departamento de patología e inmunohistoquímica.
UMAE, Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Correspondencia: Dra. Jazmín de Anda González. Departamento de Patología, UMAE, Hospital de Oncología CMN Siglo XXI, Av. Cuauhtémoc 330, colonia Doctores, CP 06725, México, DF. Correo electrónico: jazdag-hotmail.com, deandajaz@hotmail.com
Recibido: octubre, 2009. Aceptado: diciembre, 2009.

Este artículo debe citarse como: De Anda-González J, Martínez-Quirarte O. Adenocarcinoma pseudohiperplásico de la próstata. Patología Rev Latinoam 2010;48(2):105-107.

CASO CLÍNICO

Un hombre de 54 años de edad, con el antecedente de hipertensión arterial, acudió a consulta por disuria. El médico le diagnosticó infección de vías urinarias. En la exploración rectal, se notó que la próstata era irregular, multinodular y discretamente indurada del lado izquierdo, por lo que se le solicitó análisis del antígeno prostático específico. La prueba arrojó un resultado de 5.4 ng/dL, se le prescribieron antibióticos; al mes, la cifra había disminuido a 3.4 ng/dL.

También se le realizó biopsia por punción, en la que se colectaron nueve fragmentos, ocho de los cuales mostraban hiperplasia glandular, infiltrado inflamatorio crónico y fibrosis. En uno de los cilindros se observó un foco microscópico constituido por una proliferación de glándulas grandes de aspecto complejo, con proyecciones papilares hacia la luz y bordeadas por células columnares de citoplasma claro. Las células que revestían las glándulas revelaron nucleomegalia y nucléolos prominentes (figura 1).

El diagnóstico fue de carcinoma pseudohiperplásico en un campo histológico, por lo que se indicó prostatectomía radical. La próstata midió 4.3 x 4.0 x 3.4 cm y pesó 47 g; su superficie era nodular y de consistencia blanda y esponjosa. Se incluyeron 68 cortes en total, y sólo dos de ellos revelaron neoplasia con patrón de crecimiento nodu-

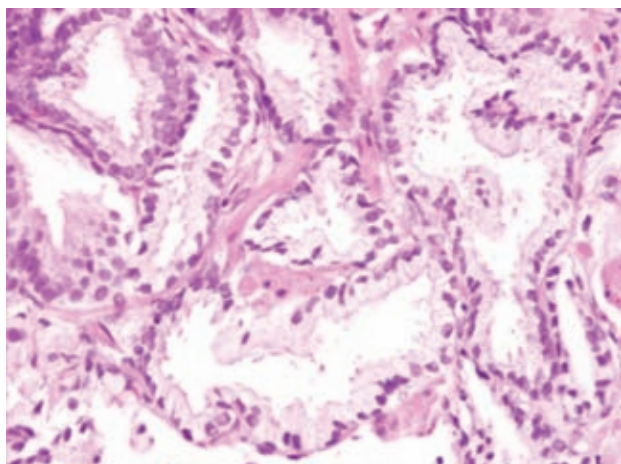


Figura 1. Biopsia por punción: glándulas complejas con proyecciones papilares revestidas por células columnares de citoplasma abundante y claro. Las figuras de este artículo aparecen a color en el anexo 4 de este número.

lar, constituida por glándulas complejas con proyecciones papilares revestidas por células columnares de citoplasma abundante y claro. Las células neoplásicas mostraron nucleomegalia, con nucléolos prominentes y secreciones basófilas en la luz (figuras 2, 3 y 4). En otras laminillas, se observó adenocarcinoma de tipo acinar con patrón de Gleason de 3 + 3, sin infiltración capsular, linfática, vascular o perineural (figura 5). En la periferia se encontraron zonas con neoplasia intraepitelial de bajo grado. Se realizó el análisis de citoqueratina de alto peso molecular (queratina 903), el cual confirmó la ausencia de células basales en las áreas con carcinoma pseudohiperplásico y adenocarcinoma

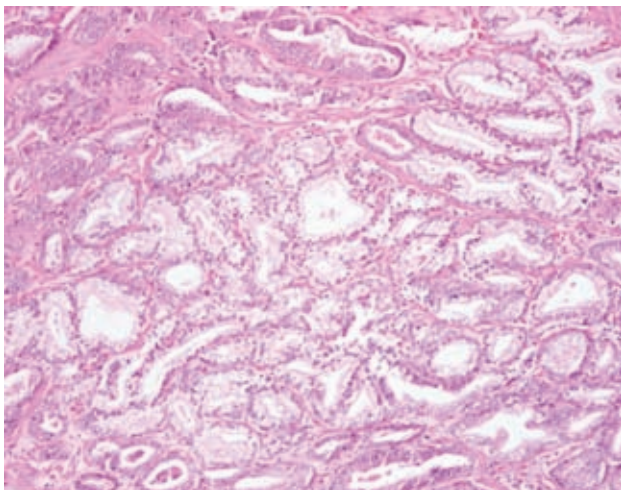


Figura 2. Prostatectomía: foco con proliferación glandular de bordes infiltrantes.

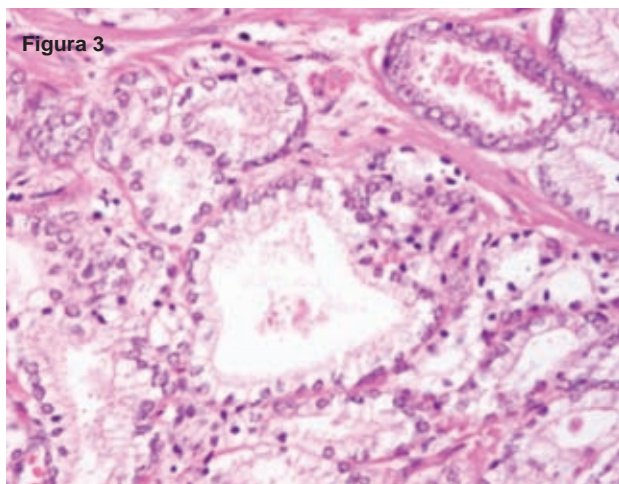


Figura 3

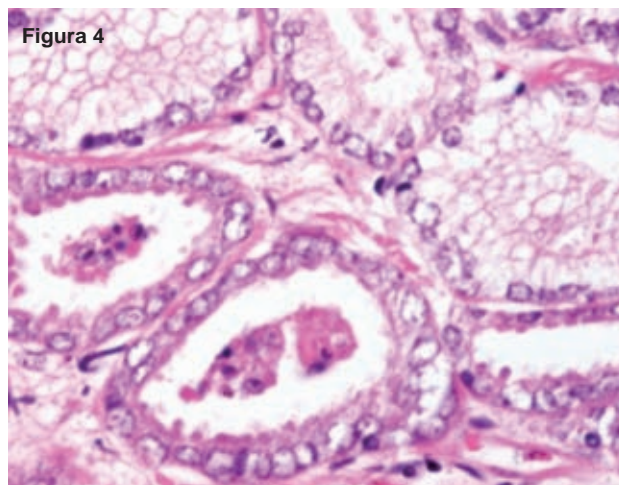


Figura 4

Figuras 3 y 4. Glándulas revestidas por células columnares, de citoplasma abundante, con nucleomegalia y nucléolos prominentes.

acinar. La citoqueratina hizo más aparentes las áreas de carcinoma pseudohiperplásico (figura 5).

El paciente se encuentra asintomático y bajo vigilancia periódica.

DISCUSIÓN

En la actualidad se ha incrementado el porcentaje de biopsias por punción y de resecciones transuretrales realizadas, por lo que los patólogos encuentran con frecuencia material escaso o poco representativo de las neoplasias.^{1,2} Es difícil establecer la diferencia entre lesiones benignas y carcinomas si sólo se analizan cortes convencionales.³

Algunos de los procesos benignos que parecen carcinoma de próstata son: hiperplasia de células basales, adenosis y atrofia.¹⁻⁴

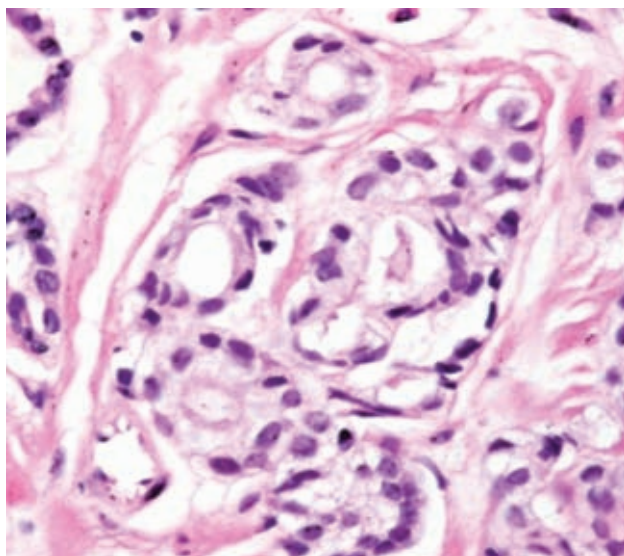


Figura 5. Adenocarcinoma de tipo acinar con patrón 3 de Gleason.

El adenocarcinoma de próstata de tipo pseudohiperplásico fue caracterizado por primera vez por Muir, quien describió un carcinoma que se parecía a glándulas hiperplásicas benignas. Humphrey y colaboradores publicaron una de las series más grandes, en la cual se hace referencia a su baja incidencia y a la dificultad diagnóstica.^{2,3} El autor concluyó que esta variante debe considerarse una neoplasia de bajo grado, lo que concuerda con lo publicado por Arista-Nasr y colaboradores en 2003.^{4,5}

Alonso, en su revisión acerca del consenso de la ISUP en relación con el sistema de Gleason, califica con grado 3 a esta variante, al tumor de células xantomatosas, al glomeruloide y al carcinoma atrófico.⁶

El carcinoma pseudohiperplásico se distingue por un patrón de crecimiento infiltrativo o nodular, proyecciones papilares, glándulas de arquitectura compleja y dilataciones quísticas; el citoplasma es claro y columnar, y la mayor parte de las células muestran nucleomegalia y nucléolos prominentes. Otras características son: invasión perineural, mitosis y secreciones intraluminales amorfas. Un dato importante es la continuidad de áreas de adenocarcinoma acinar bien a moderadamente diferenciado en la periferia de los nódulos pseudohiperplásicos.²⁻⁵

El análisis inmunohistoquímico de estas lesiones es altamente revelador. Marcadores como la citoqueratina 34betaE12, la citoqueratina 5 y 6, y el p63 ayudan a demostrar la existencia de células basales, aunque algunos padecimientos benignos pueden ser negativos a estos

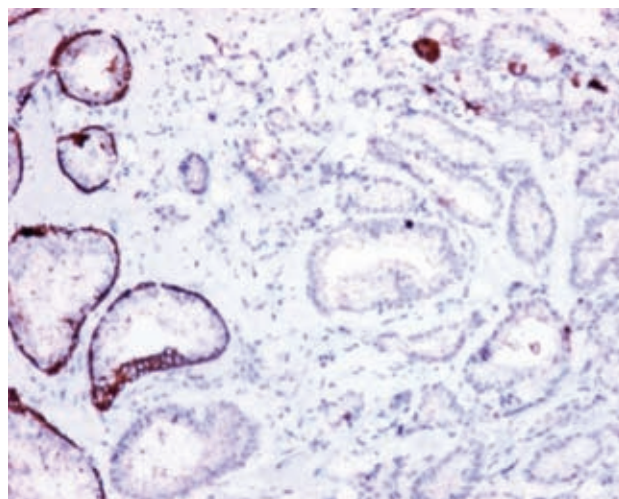


Figura 6. Citoqueratina 903: demuestra la ausencia de células basales en las zonas del carcinoma pseudohiperplásico.

marcadores, tal como ocurre en el adenoma nefrogénico, la hiperplasia adenomatosa atípica y la hiperplasia mesonéfrica.^{6,7}

En síntesis, no hay que olvidar que algunas neoplasias semejan proliferaciones glandulares benignas y pueden inducir resultados falsos negativos. La realización de estudios multicéntricos permitiría contar con series lo suficientemente grandes para evaluar de manera más precisa el pronóstico y la evolución de estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Levi AW, Epstein JI. Pseudohyperplastic prostatic adenocarcinoma on needle biopsy and simple prostatectomy. *Am J Surg Pathol* 2000;24(8):1039-1046.
2. Humphrey PA, Kaleem Z, Swanson PE, Vollmer RT. Pseudohyperplastic prostatic adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol* 1998;22(10):1239-1246.
3. Sari A, Ermete M, Calli A, Sengül F. Pseudohyperplastic prostatic adenocarcinoma: A case report and review of the literature. *Inönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006;13(4):263-267.
4. Arista Nasr J, Martínez-Benítez B, Valdés S, et al. Pseudohyperplastic prostatic adenocarcinoma in transurethral resections of the prostate. *Pathol Oncol Res* 2003;9:232-235.
5. Arista Nasr J. Carcinoma pseudohiperplásico. Biopsia prostática. Interpretación en resección transuretral y en biopsia por punción. México: Ángeles Editores, 2006;pp:132-133.
6. Alonso EA. Sistema de Gleason para el carcinoma prostático: consenso de la ISUP. Instituto de Anatomía Patológica de Rosario. *Rev Méd Rosario* 2008;74:100-106.
7. Hameed O, Humphrey PA. Immunohistochemistry in diagnostic surgical pathology of the prostate. *Semin Diagn Pathol* 2005;22(1):88-104.