

Carcinosarcoma prostático, presentación de un caso con estudio de inmunohistoquímica

Salvador Gállego Sales,* Jaime Guerrero Medrano,** Alejandra Zárate Osorno***

RESUMEN

El carcinosarcoma de próstata es un tumor agresivo, poco frecuente, compuesto por dos elementos, uno epitelial y otro mesenquimatoso. Existen alrededor de cuarenta casos bien documentados en la literatura de los que en su mayoría se presentan en forma sincrónica. Presentamos el caso de un paciente de 63 años de edad, en quien se detectó esta entidad y se corroboró mediante estudio de inmunohistoquímica.

Palabras clave: Carcinosarcoma prostático, inmunohistoquímica.

ABSTRACT

Carcinosarcoma of the prostate is an unusual aggressive tumor composed by two elements, one epithelial and the other mesenchymal. It exists around forty cases that are well documentated in the literature, in which their majority are presented in a synchronic form. We present a case of a 63 years old patient to whom this entity was detected and corroborated by immunohistochemical study.

Key words: Prostatic carcinosarcoma, immunohistochemical.

INTRODUCCIÓN

El carcinosarcoma de próstata es una neoplasia maligna sumamente rara, caracterizada por un adenocarcinoma en íntima relación con un sarcoma. En literatura hemos encontrado alrededor de cuarenta casos bien documentados, de los que en su mayoría se asociaban a osteosarcomas seguidos en orden de frecuencia de leiomiosarcomas, fibrosarcomas, histiocitoma fibroso maligno y rhabdomiosarcomas. La edad de presentación es muy

amplia: han sido reportados casos de pacientes de la cuarta a novena décadas de la vida, siendo el más joven de 32 años de edad. Debido a la baja incidencia de estas neoplasias no existe un consenso en el manejo ideal de éstas, aunque es evidente que los pacientes detectados con lesiones localizadas y sometidos a cirugía radical son los que han tenido mejor sobrevida. Por otro lado, se ha visto que existe una respuesta parcial con hormonoterapia, en particular del componente glandular.

* Servicio de Urología, ** Servicio de Patología. Hospital Guadalupano de Celaya, Gto. *** Centro de Especialidades Hemato-Oncológicas SC, México, D.F.

Solicitud de sobretiros: Dr. Salvador Gállego Sales
Guadalupe 205-401, Centro, Celaya, Gto. C.P. 38000. Tel. y fax (461) 61 39 945.
Correo electrónico: sagasa88@hotmail.com

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 63 años de edad que acude por primera vez en abril del 2001 refiriendo sintomatología urinaria irritativa y obstructiva baja, de cinco meses de evolución manifestada por aumento en la frecuencia urinaria, disuria importante, urgencia, incontinencia, chorro disminuido de calibre y fuerza, intermitencia y nictámero elevado. Como antecedente importante tenía tabaquismo intenso durante 40 años, aproximadamente. Oficio albañil, casado. Al explorarlo se palpó la próstata aumentada de consistencia en forma generalizada, móvil, por lo que se solicitaron exámenes de laboratorio que reportaron APE en niveles de 14.2 ng/mL con una fracción libre de 6% y se realizó ultrasonido con biopsias dirigidas encontrándose lesión hiperecoica en la zona periférica (*Figura 1*), de las que se obtuvieron un total de 12 biopsias que fueron enviadas para estudio histopatológico, y reportadas como neoplasia maligna mesenquimatosa de alto grado, compatibles con leiomiosarcoma en la totalidad de las biopsias enviadas. En los estudios de etapificación se encontraron metástasis a nivel pulmonar (*Figura 2*), por lo que se consideró improcedente realizar prostatectomía radical. Llamaba la atención lo elevado del antígeno prostático específico que no concordaba con la estirpe histológica encontrada en las biopsias. El paciente cayó en retención aguda de orina y fue sometido a resección transuretral en mayo del 2001; se



Figura 1. Ultrasonido transrectal con lesión hipoecoica.



Figura 2. Tele de tórax con metástasis pulmonares.

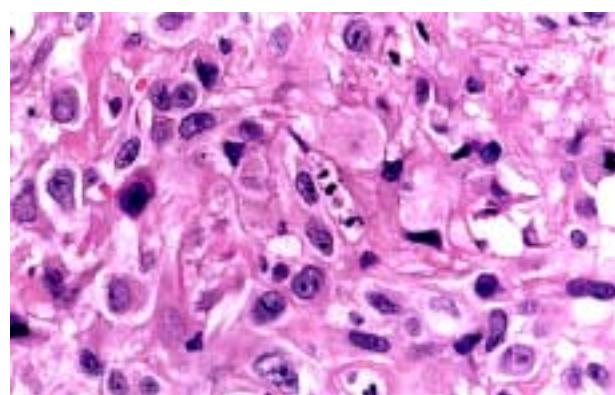


Figura 3. Glándulas neoplásicas con nucléolo aparente y escaso estroma interglandular 400x.

resecaron 28 gramos que fueron enviados para su estudio. El reporte fue de neoplasia maligna indiferenciada, pleomórfica, no clasificable y adenocarcinoma de próstata acinar (*Figuras 3 y 4*), con suma de Gleason 7 (3 + 4). Se realizó estudio inmunohistoquímico del tejido de los bloques de parafina reportando adenocarcinoma moderadamente diferenciado, con suma de Gleason 5 (3 + 2), positivo a citoqueratinas; antígeno prostático y fosfatasa ácida prostática (*Figura 5*), y áreas de sarcoma de alto grado, pleomórfico, con diferenciación a músculo liso, positivo a vimentina y actina (*Figuras 6 y 7*). Se concluyó que se trataba de carcinosarcoma o tumor de colisión de tipo carcinoma con sarcoma.

El paciente evolucionó con disuria severa, sugiriéndole a los familiares enviarlo a radioterapia

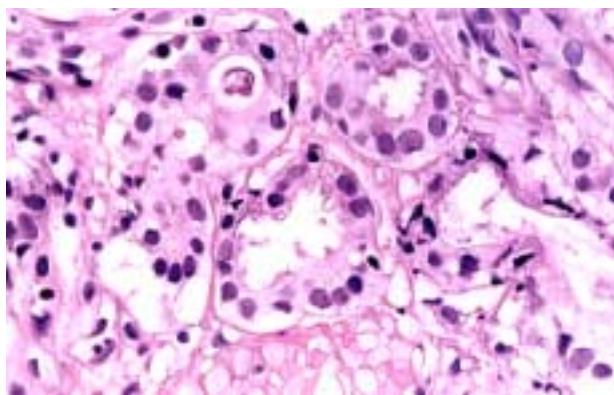


Figura 4. Componente indiferenciado de células grandes pleomórficas o fusiformes de núcleos grandes vesiculares, con nucléolo aparente y mitosis atípicas 400x.

y quimioterapia, lo cual no aceptaron. En los siguientes tres meses desarrolló dolor pélvico severo que se controlaba con la aplicación de parches de fentanyl, gran ataque al estado general y pérdida de peso importante. Desde el postoperatorio se le administraron antiandrógenos del tipo de la flutamida a dosis de 750 mg diarios, con pobre respuesta aunque con disminución del APE. En el mes de julio presentó metástasis pulmonares y falleció en el mes de noviembre con actividad tumoral.

DISCUSIÓN

Esta extraña variedad de neoplasia maligna, caracterizada por la presencia de un adenocarcinoma en íntima relación con un sarcoma, ha sido reportada en alrededor de cuarenta casos en la literatura mundial. Dundore y cols.¹ reportaron 21 casos recopilados de los archivos de la clínica Mayo, de los cuales 10 tenían diagnóstico previo de adenocarcinoma acinar. En trece casos se asoció a osteosarcoma, en cinco a leiomiosarcoma, y los otros a fibrosarcoma, histiocitoma fibroso maligno y rabdomiosarcoma. Al momento del diagnóstico, once tenían metástasis y los sitios más frecuentes fueron pulmón, hueso, cerebro, hígado y peritoneo. La sobrevida media fue de 34 meses con un rango de dos a 107 y una mediana de 9.5 meses. Algunos casos aislados se encuen-

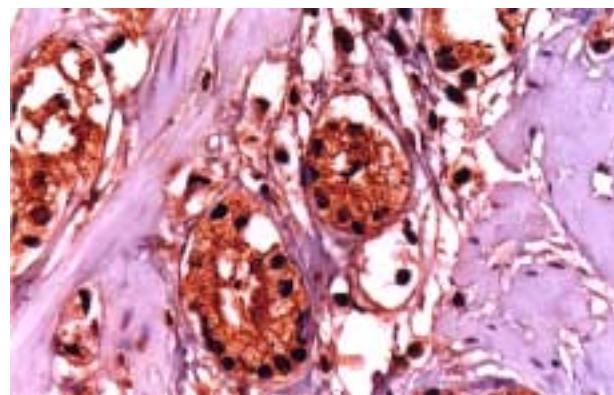


Figura 5. Tinción de inmunohistoquímica positiva para antígeno prostático específico en glándulas neoplásicas malignas 400x.

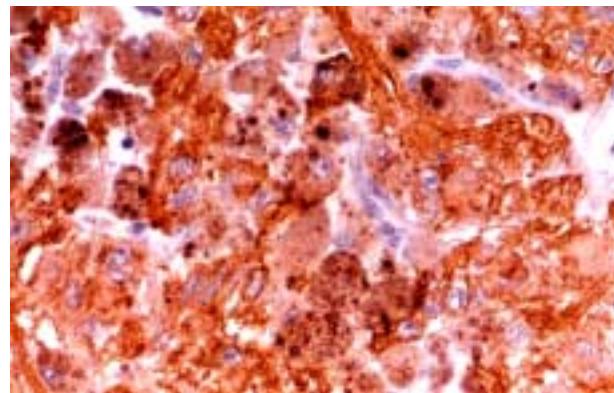


Figura 6. Tinción de inmunohistoquímica positiva para actina en el componente indiferenciado de células pleomórficas 400x.

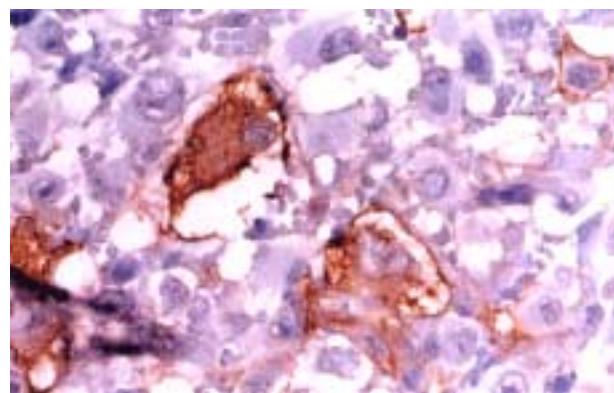


Figura 7. Tinción de inmunohistoquímica intensamente positiva para vimentina en el componente indiferenciado de células pleomórficas 400x.

tran en la literatura, como el reportado por Poblet y cols.,² así como dos de Luque,³ que –a diferencia del primero– el diagnóstico fue sincrónico. Un caso reportado por Koleski y cols.⁴ fue manejado con cirugía radical después de haber hecho el diagnóstico en el tejido obtenido en dos resecciones transuretrales previas, con una sobrevida superior a la encontrada en los otros casos mencionados. Los primeros casos publicados sólo tenían estudios de microscopía de luz,⁵⁻⁸ posteriormente con microscopía electrónica y hasta el publicado por Hokamura⁹ se reporta el uso de la inmunohistoquímica para su confirmación. Posteriormente Wick y cols.¹⁰ practican un panel más completo de marcadores, incluyendo APE, citoqueratinas y antígeno de membrana epitelial que fueron positivos para el componente epitelial y otros como vimentina, desmina, actina y mioglobina, positivos para el componente mesenquimatoso. La edad de presentación suele ser entre la cuarta y novena décadas de la vida aunque Kubosawa y cols.¹¹ reportaron en 1993 un paciente de 32 años de edad, que a la fecha es el más joven en la literatura mundial. Existe en la literatura controversia sobre el rol de la terapia hormonal en el desarrollo metacrónico del componente mesenquimatoso en un buen número de estos pacientes reportados hasta la fecha.^{12,13} En el caso que reportamos el diagnóstico prácticamente fue sincrónico aunque en las biopsias transrectales solamente fue posible observar el componente mesenquimatoso, pero la elevación del antígeno prostático específico nos hizo sospechar que se trataba de un tumor de colisión o carcinosarcoma. En el momento de estudiarlo se encontró que tenía actividad tumoral extraprostática y decidimos solamente realizar resección transuretral habiendo enviado el tejido para inmunohistoquímica y confirmar el diagnóstico. El paciente sobrevivió siete meses con sintomatolo-

gía severa pese al manejo hormonal, como sucedió en la mayoría de los casos reportados en la literatura.

REFERENCIAS

1. Dundore PA, Cheville JC, Nascimento AG, Farrow GM, Bostwick DG. Carcinosarcoma of the prostate. Report of 21 cases. *Cancer* 1995; 76(6): 1035-42.
2. Poblet E, Gómez Tierno A, Alfaro L. Prostatic carcinosarcoma: A case originating in a previous ductal adenocarcinoma of the prostate. *Pathol Res Pract* 2000; 196(8): 569-72.
3. Luque RJ, González R, Vicioso L, Requena M, López A. Carcinosarcoma prostático sincrónico: Presentación de dos casos y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp* 2000; 24(2): 173-8.
4. Koleski FC, Turk T, Wojick E, Albala D. Carcinosarcoma of the prostate. *World J Urol* 1999; 17(5): 316-8.
5. Martin SA, Fowler M, Catalona WJ, Boyarsky S. Carcinosarcoma of the prostate: report of a case with ultrastructural observations. *J Urol* 1979; 122(5): 709-11.
6. Quay SC, Proppe KH. Carcinosarcoma of the prostate: case report and review of the literature. *J Urol* 1981; 125(3): 436-8.
7. Krastanova LJ, Addonizio JC. Carcinosarcoma of prostate. *Urology* 1981; 18(1): 85-8.
8. Ginesin Y, Bolkier M, Moskowitz B, Lichtig C, Levin DR. Carcinosarcoma of the prostate. *Eur Urol* 1986; 12(6): 441-2.
9. Hokamura K, Kurozumi T, Tanaka K, Yamaguchi A. Carcinosarcoma of the prostate. *Acta Pathol Jpn* 1985; 35(2): 481-7.
10. Wick MR, Young RH, Malvesta R, Beebe DS, Hansen JJ, Dehner LP. Prostatic carcinosarcomas. Clinical, histologic and immunohistochemical data on two cases, with a review of the literature. *Am J Clin Pathol* 1989; 92(2): 131-9.
11. Kubosawa H, Matsuzaki O, Kondo Y, Takao M, Sato N. Carcinosarcoma of the prostate. *Acta Pathol Jpn* 1993; 43(4): 209-14.
12. Sak S, Orhan D, Yaman O, Tulunay O, Ozdiler E. Carcinosarcoma of the prostate. A case report and a possible evidence on the role of hormonal therapy. *Urol Int* 1997; 59(1): 50-2.
13. Poblet E, Gomez TA, Alfaro L. Prostatic carcinosarcoma: a case originating in a previous ductal adenocarcinoma of the prostate. *Pathol Res Pract* 2000; 196(8): 569-72.