

Carcinoma indiferenciado de células pequeñas de la próstata. Presentación de cuatro casos

Adolfo García García,* María Victoria López Soto,** Beatriz Cuendias Abreu,*
Fernando Ponce de León Ballesteros,*** Ernesto Cedeño*

RESUMEN

El carcinoma indiferenciado de células pequeñas de la próstata es una entidad poco frecuente, generalmente se presenta después de los 40 años de edad y los pacientes acuden en etapa avanzada de la enfermedad. Se basa el diagnóstico en el estudio histológico de muestra obtenida mediante biopsia prostática por aguja vía transrectal. En nuestro trabajo se presentan cuatro casos encontrados en un periodo de diez años. El carcinoma indiferenciado de la próstata es una tumoración altamente agresiva y los pacientes fallecen en el primer año después del diagnóstico a pesar del ensayo de la radioterapia.

Palabras clave: Tumor prostático, carcinoma de células pequeñas de la próstata.

ABSTRACT

The small-cell carcinoma of the prostate is not a very frequent entity, it is generally presented after the 40 years old, going the patients in advanced stage of the illness. The diagnosis is based on the histological study obtained by transrectal prostate needle biopsy. We present four cases found in one period of ten years. The small-cell carcinoma of the prostate is a highly aggressive tumor, dying the patients in the first year after the diagnose in spite of the radiotherapy.

Key words: Prostatic tumor, small-cell carcinoma of the prostate.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células pequeñas puro de la próstata es raro, de él existen pocos reportes en la literatura. Este tumor es altamente agresivo,

habitualmente los pacientes acuden con síntomas urinarios bajos, lumbago y antígeno prostático específico (PSA) dentro de cifras normales. Tiene una diferenciación neuroendocrina, es muy similar al carcinoma de células pequeñas del

* Especialista de primer grado en Urología. Instructor. ** Especialista de segundo grado en Anatomía Patológica. Profesora auxiliar. *** Residente de tercer año en Urología. Servicio de Urología. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", La Habana, Cuba.

pulmón, por lo que puede estar asociado a síndromes paraneoplásicos, esto estimula a tratarlos con radioterapia y quimioterapia.¹⁻⁷

Ocasionalmente se ha detectado citología de orina positiva, lo que no cambia su comportamiento, la mayoría de los pacientes fallece en el primer año de su diagnóstico con múltiples metástasis independientemente de la terapia impuesta.⁸

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio retrospectivo, longitudinal, desde 1994 hasta 2004, en el que se detectaron en 1,100 biopsias positivas a cáncer prostático realizado en nuestra institución, de las cuales sólo cuatro con el diagnóstico histopatológico de carcinoma neuroendocrino puro de la próstata, seguidos éstos hasta su muerte.

En todos los casos se tuvo en cuenta la edad del paciente, sintomatología de presentación, exa-

men físico prostático, resultado del APE, citológico de orina, toma de biopsias guiadas por USTR, tratamiento recibido y evolución del paciente.

Estos cuatro casos tuvieron un tiempo máximo de seguimiento de ocho meses después del diagnóstico.

En aquellos pacientes en los que su estado general lo permitiera se decidió como medida terapéutica para controlar la enfermedad la radioterapia externa a ración de 6,000 rads.

Se excluyeron todos los pacientes con el diagnóstico de adenocarcinoma y/o sarcoma de la próstata, así como aquellos con carcinoma de células pequeñas no puro.

RESULTADOS

En la revisión realizada en nuestro hospital durante 10 años encontramos cuatro pacientes con esta afección. Las edades comprendieron

Cuadro 1.

Paciente	Cuadro clínico y exploración física	Valor del PSA y positividad al citológico de orina
1	Dificultad miccional, próstata aumentada de tamaño grado II, pétérea, irregular, fija	PSA 2.5 ng/mL Citológico de orina negativo
2	Dificultad miccional, hematuria, próstata aumentada de tamaño grado III, pétérea, irregular, fija	PSA 3.1 ng/mL Citológico de orina negativo
3	Dificultad miccional, hematuria, disuria, ataque al estado general, próstata aumentada de tamaño grado IV, pétérea irregular, fija	PSA 3.2 ng/mL Citológico de orina positivo
4	Dificultad miccional, disuria, ataque al estado general, próstata aumentada de tamaño grado III, pétérea, irregular, fija	PSA 3.6 ng/mL Citológico de orina negativo

entre los 45 y 72 años de edad, predominando en la quinta década de la vida.

La dificultad miccional fue el síntoma que predominó en todos los casos y toma del estado general en dos casos, al igual que la hematuria y disuria.

Al examen físico se detectó una próstata aumentada de tamaño entre los grados II y IV, todas ellas pétreas, irregulares y fijas (*Cuadro 1*).

Dentro de los estudios complementarios realizados el US mostró un aumento de volumen de la próstata que eleva el suelo de la vejiga y las mismas tenían múltiples zonas de baja ecogenicidad.

El PSA total estuvo dentro de los parámetros normales en todos los pacientes. La citología de orina se mostró positiva en un solo caso (*Cuadro 1*). Las biopsias prostáticas guiadas por USTR fueron concluyentes de carcinoma de células pequeñas de la próstata.

Decidimos como alternativa terapéutica la radiación en dos pacientes y medidas generales en los restantes dos casos por su mal estado general. Todos los pacientes fallecieron antes de los ocho meses de realizado el diagnóstico (*Cuadro 2*).

DISCUSIÓN

Los tumores de la próstata con diferenciación neuroendocrina tienen tres formas de presentación: diferenciación neuroendocrina focal, tumor neuroendocrino bien diferenciado, carcinoma neuroendocrino de células pequeñas.

En este estudio nos dedicamos al carcinoma de células pequeñas puro, el cual muestra histológicamente células que tienen escaso citoplasma, el núcleo muestra cromatina granular como en sal y pimienta, el nucléolo es poco visible y se disponen formando sábanas, nidos o cordones (*Figuras*

1 y 2); como exhiben diferenciación neuroendocrina, con técnicas de inmunohistoquímica, expresan positividad a la enolasa neuro no específica (ENE).

Estos tumores casi nunca muestran elevaciones del PSA del suero y la expresión tisular puede ser focal.

Por su aspecto morfológico le corresponde un patrón cinco de Gleason; deben diferenciarse de otros tumores de células pequeñas.⁹⁻¹¹

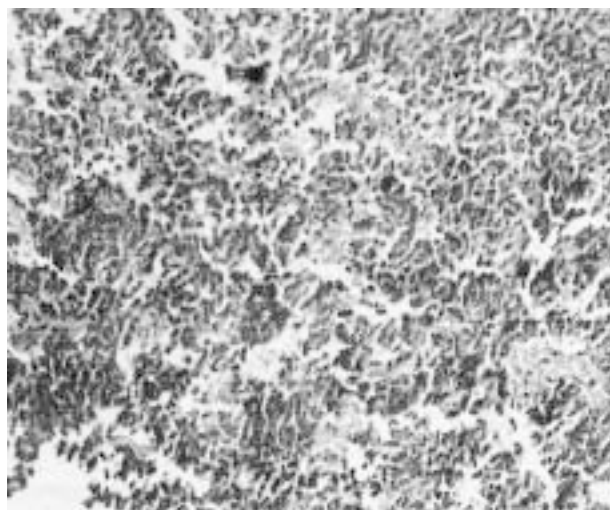


Figura 1. Carcinoma indiferenciado de la próstata. Sábanas de células pequeñas. H/E x 200.

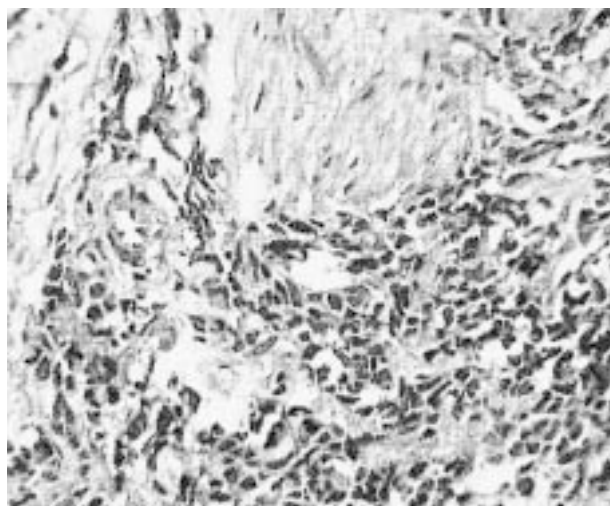


Figura 2. Carcinoma indiferenciado de la próstata. Sábanas de células pequeñas infiltrando la muscular. H/E x 400.

Cuadro 2.

Paciente	Terapéutica empleada	Sobrevivencia
1	Radioterapia	Ocho meses
2	Radioterapia	Seis meses
3	Medidas generales	Un mes
4	Medidas generales	Tres meses

Con frecuencia presentan metástasis a distancia que comprometen a ganglios pelvianos, hígado, pulmón y hueso.

Los casos presentados en esta serie se comportan acorde con lo reportado por la literatura, dos de ellos se encontraban en etapa terminal y no fue posible realizar radioterapia. No obstante, la sobrevivencia fue de ocho meses para el primer caso a pesar del tratamiento radiante y de seis meses para el segundo caso también tratado de igual forma.

En las publicaciones revisadas se destaca una sobrevida menor de un año y hacen énfasis en que el mejor método de tratamiento no está claramente establecido.^{1,2,8}

REFERENCIAS

1. Sakai H, Tsuruta T, Wajiki M. Small cell carcinoma of the prostate: A case report. *Hinyokika Kyo* 2004; 50(4): 269-71.
2. Venkatesh PK, Motwani B, Sherman N, Ying SC, Tilahun E, Garon JE, Feldman L. Metastatic pure small-cell carcinoma of prostate. *Am J Med Sci* 2000; 328(5): 286-9.
3. Okada H, Gotoh A, Ogawa T, Arakawa S, Ohbayashi C, Kamidono S. Two cases of small cell carcinoma of the prostate. *Scand J Urol Nephrol* 1996; 30(6): 503-8.
4. Benchekroun A, Nouini Y, Zannoud M, Kasmaoui el H, Jira M, Iken A. Small cell carcinoma of the prostate: A case report. *Ann Urol (Paris)* 2002; 36(5): 314-7.
5. Valle J, von Boguslawsky K, Stenborg M, Andersson LC. Progression from adenocarcinoma to small cell carcinoma of the prostate with normalization of prostate-specific antigen (PSA) levels. *Scand J Urol Nephrol* 1996; 30(6): 509-12.
6. Kawai S, Hiroshima K, Tsukamoto Y, Tobe T, Suzuki H, Ito H, Ohwada H, Ito H. Small cell carcinoma of the prostate expressing prostate-specific antigen and showing syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone: an autopsy case report. *Pathol Int* 2003; 53(12): 892-6.
7. Miyoshi Y, Inoue Y, Matsuzaki J, Fukuda M, Satomi Y, Akahane H, Saito S. A case of poorly differentiated adenocarcinoma of prostate with neuroendocrine differentiation. *Hinyokika Kyo* 1998; 44(2): 113-6.
8. Ishizu K, Tsushimi M, Shimajiri S, Hamada T, Sasaguri Y, Naito K. Small cell carcinoma of the prostate successfully treated with combined chemotherapy and radiotherapy: A case report. *Hinyokika Kyo* 2002; 48(2): 97-100.
9. Sano K, Miyai K, Yoshida S. Small cell carcinoma of the prostate: A case report. *Int J Urol* 1997; 4(3): 321-3.
10. Epstein JI, Isabeli A. Tumours of the urinary system and male genital organs. Lyon: WHO; 2004, pp. 207-8.
11. Bostwick D. Grading prostate cancer. *Am J Clin Pathol* 1994; 102(Suppl 1): 538-56.