

ARTÍCULO ORIGINAL

Carcinoma pseudohiperplásico de la próstata. Experiencias y criterios.

Prostatic pseudohyperplasia carcinoma. Experiences and criteria.

Dra. Ileana Franco Zunda¹, Dr. Alfredo B. Quiñones Ceballos¹, Dr. Antonio L. Moreno Otero².

¹Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Instructor. ² Especialista de I Grado en Urología. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

RESUMEN

Fundamento: Las enfermedades prostáticas constituyen un azote en la población masculina mayor de 45 años. El carcinoma pseudohiperplásico es una variedad infrecuente y difícil de diagnosticar. **Objetivo:** Reevaluar diagnósticos de hiperplasia prostática para identificar carcinomas pseudohiperplásicos. **Métodos:** Estudio retrospectivo en el que se reevaluaron los diagnósticos de hiperplasia prostática del año 2004 en el Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" tomando como base los criterios expuestos por Julián Arista –Nasr evaluados en su serie del 2000, para determinar cuáles se correspondían con carcinomas pseudohiperplásicos. **Resultados:** De los 51 casos reevaluados, se encontraron 4 carcinomas pseudohiperplásicos, 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 carcinoma pseudohiperplásico.

Palabras Clave: NEOPLASMAS DE LA PRÓSTA-

TA; HIPERPLASIA PROSTÁTICA/diag; CARCINOMA / diag.

ABSTRACT.

Background: Prostatic diseases are a havoc in male population older than 45 years old. Pseudohyperplastic carcinoma is a non frequent variety and hard to diagnose. **Objective:** to re-evaluate prostatic hyperplasia diagnoses to identify pseudohyperplastic carcinomas. **Methods:** retrospective study in which the prostatic hyperplasia diagnoses of 2004 were reevaluated in the Uiversity Hospital "Dr. Gustavo Aldereguia Lima", considering as a basis the criteria given by Julian Arista –Nasr, evaluated in his 2000 series, to determine which of them corresponded to pseudohyperplastic carcinomas. **Results:** of the 51 reevaluated cases, 4 pseudohyperplastic carcinomas were found, the neoplasia was arranged in nodules of well defined edges resembling glandular hyperplasia areas, 100% showed nucleomegaly, with cromatine preferably lax, as well as evident nucleoli occasionally inconspicuous, pale pink dyed, cytoplasm of great size and amphophil. **Conclusions:** the cytological changes were the definite criteria to establish the pseudohyperplastic carcinoma diagnosis.

Key words: Prostate neoplasm; prostate hyperplasia; carcinoma

Recibido: 3 de septiembre de 2005

Aprobado: 5 de noviembre de 2005

Correspondencia:

Dra. Ileana Franco Zunda

Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

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, la gran mayoría de las lesiones producen patrones glandulares bien definidos en un 80 % de los casos, algunos de ellos presentan dificultades para el diagnóstico microscópico pues pueden ser confundidos con lesiones benignas, tal es el caso de los adenocarcinomas muy bien diferenciados con indicador de Gleason bajo, entre los cuales aparece el llamado carcinoma pseudohiperplásico que resulta una variedad infrecuente y de difícil diagnóstico, considerada entre las neoplasias intraepiteliales prostáticas. Este puede semejar nódulos hiperplásicos, en este caso solo un detallado análisis de las proliferaciones glandulares permitirá identificarlo.

Hace poco tiempo que se logró definir las características histológicas que distinguen a esta lesión, lo cual hace posible diferenciar esta variedad de una hiperplasia a pesar de su semejanza arquitectural y citológica, para lo que han de tenerse presente los criterios histológicos y citológicos enunciados por Aristas-Nasr J.^(5,6,7,8) Un meticuloso conocimiento de las evidencias histológicas que apoyan el diagnóstico de esta lesión proliferativa resulta de importancia por considerarse lesión que precede a carcinomas agresivos en esta localización anatómica. Dada estas condiciones nos propusimos reevaluar diagnósticos de hiperplasia prostática para identificar carcinomas pseudohiperplásicos y enriquecer con nuestras observaciones su diagnóstico morfológico.

MÉTODOS

Estudio descriptivo realizado en el Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos de una serie de 51 prostatectomías suprapúbicas realizadas durante el año 2004 en la mencionada institución, cuyo diagnóstico fue de hiperplasia prostática. Se buscó la presencia de áreas de carcinoma pseudohiperplásico. Todos los estudios contaron con 24 cortes representativos de la glándula tomando como punto de referencia la uretra prostática, se realizaron cortes vértico-transversales

siguiendo el eje mayor y luego paralelo a él dos más. Se obtuvieron, de esta forma, 4 fragmentos con un espesor entre 3 y 4 mm, quedaron 2 semilunas de las cuales se tomaron otros 2 cortes de cada una de igual espesor siguiendo su eje menor; por último quedaron cuatro cuadrantes de los que se obtienen 4 cuñas de cada uno. Figura 1.

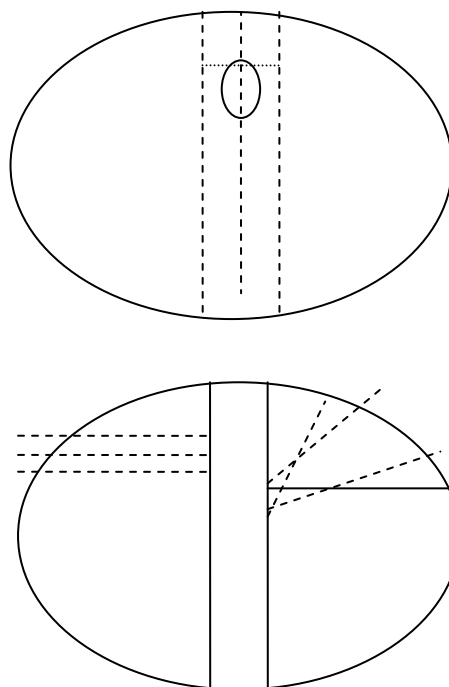


Figura 1. Toma de los fragmentos para estudio histológico.

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 cito-histológicos utilizados por Aristas-Nasr J. y otros autores.^(5,6,7,8) Los criterios cito-histológicos según Aristas-Nasr J, tenidos en cuenta, fueron: Glándulas dilatadas, plegamientos glandulares, cuerpos amiláceos, secreciones intraluminales, citoplasma claro, nucleomegalia, nucleolo evidente, ausencia de células basales.

RESULTADOS

En el estudio se encontraron 4 carcinomas pseudohiperplásicos en las 51 prostatectomías suprapúbicas realizadas y diagnosticadas como

hiperplasia prostática lo que representó un 7,8 % de incidencia de dicha 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. Figura 2.

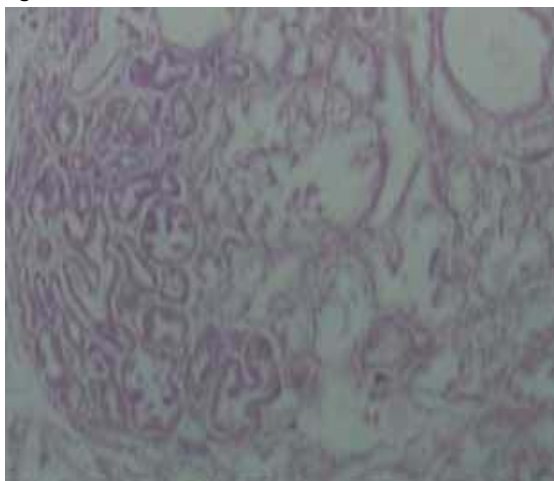


Figura No. 2. Vista de conjunto del carcinoma pseudohiperplásico en una hiperplasia prostática. Método de tinción: Hematoxilina\Eosina, (10X40).

Predominaron los cambios citológicos como criterios de mayor fuerza para establecer el diagnóstico de carcinoma pseudohiperplásico, ya que el 100 % de los casos mostró nucleomegalia, 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.

Tabla 1. Cambios cito-histológicos. N=4

Criterios cito-histológicos	Frec.	Porc.
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

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. Figuras 3 y 4.

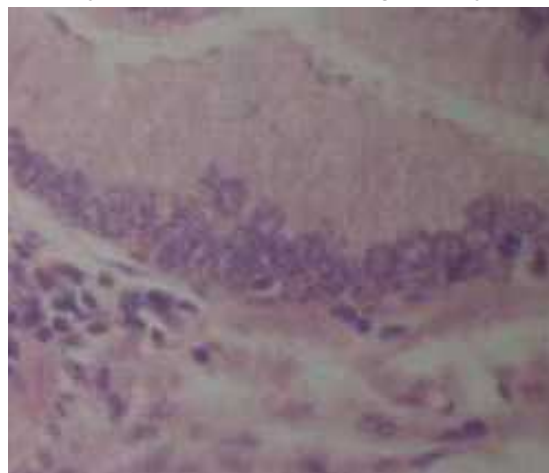


Figura 3. Se constata ausencia de células basales y de núcleos estromales periféricos al tubo glandular. Método de tinción: Hematoxilina\Eosina, (10X40).

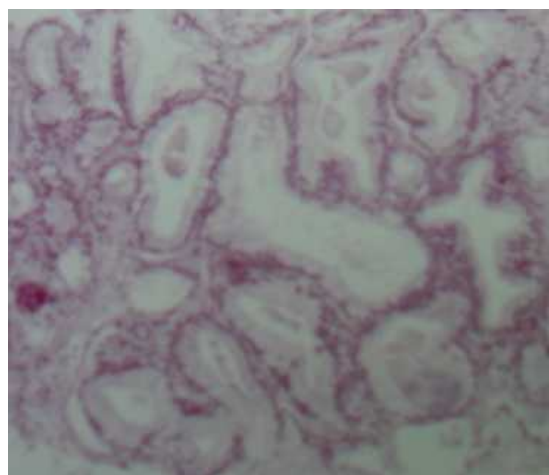


Figura No. 4 Carcinoma pseudohiperplásico. Se observa escaso estroma interglandular y plegamientos. Método de tinción: Hematoxilina\Eosina, (10X20).

DISCUSIÓN

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 has-

ta 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.

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 carcinomas pseudohiperplásicos no resultó ser un criterio de fuerza, coincidiendo con las observaciones registradas en la bibliografía consultada. Contrariamente a lo que expresan otros autores^(5,7,8) los carcinomas pseudohiperplásicos por nosotros encontrados no se asociaron a otras neoplasias malig-

nas.

En conclusión, los cambios citológicos fueron los criterios de mayor fuerza para establecer el diagnóstico de carcinoma pseudohiperplásico, los que, en nuestra serie, se ubicaron periféricamente en el espécimen de prostatectomía. Los criterios citológicos para el diagnóstico de carcinoma pseudohiperplásico fueron los más constantes. Entre los criterios histológicos predominantes se encuentran la ausencia de células basales y los plegamientos glandulares. Para la evaluación diagnóstica de los carcinomas pseudohiperplásicos deben ser consideradas la escasez y ausencia del tejido estromal interglandular intra-neoplásico y la ausencia de los núcleos estromales que colindan con la basal de los tubos glandulares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wayne Meikle A, Smith J A. Epidemiology of Prostate Cancer. Urol Clin North Am. 1990 ; 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; 1995.p.1111-1138.
3. Hanash KA. Natural history of prostate cancer. In: Prostate Cancer: Imaging Techniques, Radiotherapies, Chemotherapy 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. 6 ta ed. Baltimore: Editorial Sans Tache; 1996; .p.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 intraepithelial 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.2003; 22:1239-46.