

CASE REPORT

ADENOCARCINOMA DUCTAL PROSTÁTICO. UNA FORMA INUSUAL DE PRESENTACIÓN DEL CÁNCER PROTÁSTICO. A PRÓPOSITO DE UN CASO

Dra. Angela M. Castañeda Muñoz, Dra . Ana M. Rufin Vergara, Dra. Diana Gonzalez Rodriguez, Dra. Patricia Díaz Fiallo, Dra. Gisela Almeida Carralero e Felipe A. Sandoval Faúndez.

RESUMEN

El adenocarcinoma ductal prostático es una forma rara de presentarse el cáncer de próstata, acontece en un 0.2 - 0.8 %, comúnmente está asociado a carcinoma acinar. Es una variante inusual del adenocarcinoma prostático, de acuerdo con la evidencia clínica, embrionaria, enzimática, morfológica e inmunológica el objetivo del presente trabajo es exponer un caso de esta inusual forma de presentarse el adenocarcinoma de próstata en un paciente blanco de 75 años de edad al cual se le plantea clínicamente por los síntomas presentados una hiperplasia prostática. Es intervenido quirúrgicamente por esta causa, siendo el resultado de biopsia adenocarcinoma ductal prostático sincrónico con adenocarcinoma acinar prostático asociado a hiperplasia fibroadenomatosa de la próstata.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma ductal prostático es una forma rara de presentarse el cáncer de próstata, acontece en un 0.2 -0.8 %, comunmente está asociado a carcinoma acinar¹ El carcinoma ductal tiene lugar en la uretra prostática y en los conductos prostáticos periuretrales. Recientemente se ha demostrado que el carcinoma ductal es una variante inusual del adenocarcinoma prostático, de acuerdo con la evidencia clínica, embrionaria, enzimática, morfológica e inmunológica^{2,3} los situados alrededor de la uretra pueden causar hematuria, la retención urinaria puede eventualmente ser una urgencia médica, Tiene lugar exclusivamente en hombres de edad avanzada, los cuales refieren síntomas indistinguibles de cualquier otra patología prostática². El objetivo del presente trabajo es exponer un caso de esta inusual forma de presentarse el adenocarcinoma de próstata en un paciente blanco de 75 años de edad al cual se le plantea clínicamente por los síntomas presentados una hiperplasia prostática, es intervenido quirúrgicamente por esta causa correspondiendo el diagnóstico histológico a adenocarcinoma ductal prostático sincrónico con

adenocarcinoma acinar prostático, asociado a hiperplasia fibroadenomatosa de la próstata.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 75 años de edad, blanco que acude al médico por síntomas urinarios bajos, se le realiza tacto rectal donde se palpa próstata elástica, lisa, delimitada (prostata grado II) con impresión diagnóstica de una hiperplasia prostática, lo cual motivó la intervención quirúrgica. La pieza de prostactetomía es enviada al Dpto de Anatomía Patológica (B.14.6525). La descripción macroscópica fue la siguiente: se reciben cuatro fragmentos de tejido prostáticos los cuales miden en conjunto 6x5.2x4 cm blanco amarillentos multinodulares, el fragmento mayor deformado con uretra prostática dilatada a través de ella pasa lesión tumoral de aspecto papilar, que parece originarse en próstata, al corte dicha lesión es blanquesina, de consistencia blanda aspecto papilar, que en su conjunto mide 2.7x1.5x3cm. Restos de los fragmentos al corte aspecto criboso elásticos, nodulares.

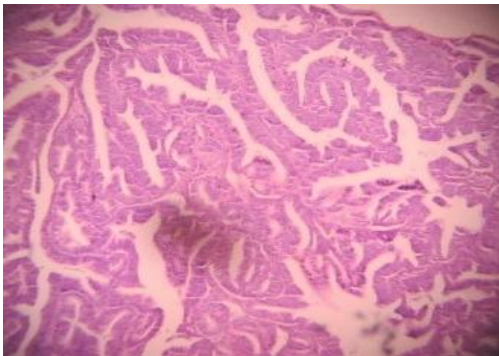
Diagnóstico microscópico

Adenocarcinoma ductal prostático, con patrón papilar que

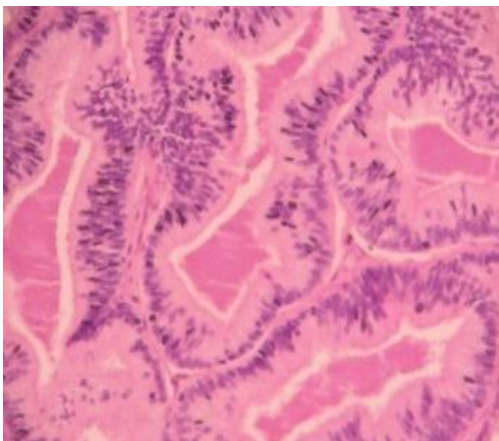
infiltra y sobrepasa la luz de la uretra prostática, sincrónico con adenocarcinoma acinar prostático bien diferenciado Gleason 4. Hiperplasia fibroadenomatosa de la próstata



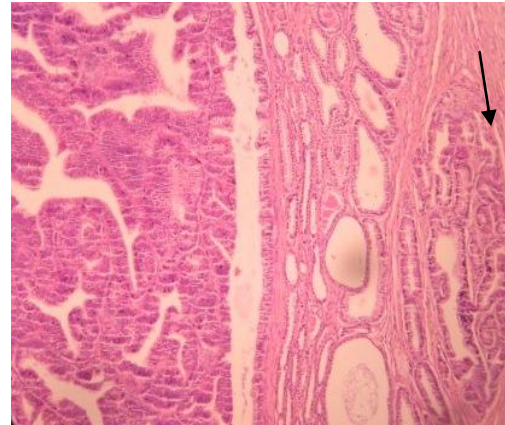
Aspecto macrocópico de fragmento prostático de aspecto nodular, criboso, la flecha señala dilatación uretral



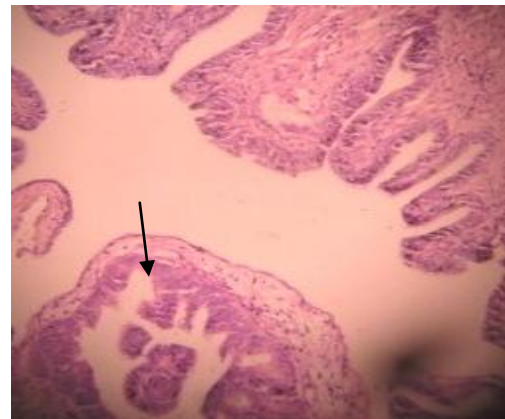
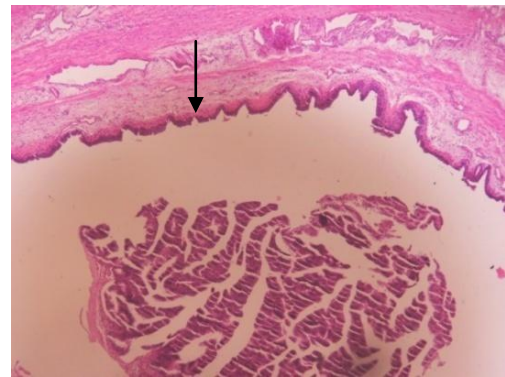
Aspecto microscópico con patrón papilar tipo endometriode



Células cilíndricas con citoplasma claro



Area de carcinoma acinar bien diferenciado



Uretra prostática en su luz se observa tejido tumoral Del adc. Ductal prostáticoe infiltración de la pared en esta última foto

DISCUSIÓN

Diferentes términos han sido usados para llamar a este tipo de adenocarcinoma prostático entre ellos el carcinoma endometrial por su semejanza al originado en el endometrio. Se creía que se originaba

de restos mullerianos en el utrículo prostático^{2,3}, sin embargo posteriormente estudios inmunohistoquímicos y ultraestructurales dan su origen en tejido prostático, esto implica que el término carcinoma endometrial o endometriode no debe ser empleado. El diagnóstico de carcinoma ductal debe ser usado con precaución porque también puede tener un origen urotelial involucrando a la próstata^{3,4,5}.

Macroscópicamente cuando ocurren centralmente aparecen como masa polipoide o papilar protruyendo dentro de la uretra rodeando al veru montano, en este caso se presentó de forma similar emergiendo por la luz de la uretra prostática, no apareciendo ilustrado en la fotografía macroscópica pues se desprendió en la maniobra de manipulación de la biopsia prostática. Cuando ocurren periféricamente el tumor típicamente muestra color gris blanquesino firme con apariencia similar a los de origen acinar⁶ la diseminación ocurre a lo largo de la uretra o dentro de los conductos prostáticos con o sin invasión estromal, otros patrones de diseminación son similares a los adenocarcinoma acinar con invasión de los tejidos extraprostáticos, metástasis en ganglios linfáticos pelvianos y en órganos

distantes, sin embargo el tipo ductal tiene más tendencia a metastizar pulmón y pene, las metástasis pueden tener patrón puro ductal o mixto acinar o componentes mixtos^{7,8,9}. En el patrón histopatológico las células son de aspecto columnar con abundante citoplasma anfófilo y ocasionalmete claro que forma capas simples o pseudoestratificado recordando al epitelio endometrial, pueden encontrarse numerosas figuras mitóticas y marcada atipia citológica, en otros casos la atipia citológica es mínima^{10,11}.

En la localización periférica frecuentemente tiene una mezcla de patrones cribiformes, glandular o sólido como se ve en el adenocarcinoma acinar además el adenocarcinoma ductal no está típicamente gradado, ellos son fundamentalmente equivalente al patron Gleason 4. En algunos la necrosis tipo comedo está presente, estos son equivalentes al Gleason 5 en contraste con el adenocarcinoma acinar común, el ductal está asociado a una respuesta fibrótica prominente que incluye frecuentemente macrófagos cargados de hemosiderina^{6,10,11}. El adenocarcinoma ductal muestra una variedad de patrones arquitecturales quienes están frecuentemente entremezclados. El patrón puede verse en ambas

localizaciones central o periférico, es más común en la primera, El patrón cribiforme es más comúnmente visto en localización periférica aunque puede estar presente en localización central^{6, 13, 14}. El patrón sólido puede ser identificado solamente cuando está asociado a otros patrones de adenocarcinoma ductal, los nidos sólidos de células tumorales están separados por núcleos fibrovasculares incompletos o septos finos. En el caso presentado en este artículo el patrón fue papilar con áreas donde las células cilíndricas tenían citoplasma abundante claro, no se observó patrón cribiforme ni sólido. El adenocarcinoma ductal debe ser distinguido del carcinoma urotelial, tejido prostático ectópico, pólipos prostáticos benignos y uretritis papilar proliferativa^{13, 14}. Uno de los diagnósticos diferenciales más difíciles es la neoplasia intraepitelial prostática de alto grado cribiforme^{15, 16}, algunos patrones de adenocarcinoma ductal pueden representar carcinoma ductal in situ¹⁵, la reacción inmunohistoquímica es fuertemente positiva para PSA Y PAP^{4,5}. En cuanto al pronóstico la mayoría de los estudios han demostrado que el adenocarcinoma es agresivo, algunos reportan un 25-40% de casos con metástasis al diagnóstico

con una supervivencia pobre a los 5 años de un 15 a 43% , no está bien establecido si el pronóstico se relaciona con el grado de atípia citológica o el patrón de crecimiento^{7,13,14}, la forma pura de adenocarcinoma ductal acontece solo en 0.2 a 0.8%, más comúnmente es visto asociado a componente acinar en más del 80% de los casos con este diagnóstico según Picazo en el simposio sobre cáncer de próstata y lesiones precursoras¹⁷

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duve Ve, Farrow GM, Greene LF. Prostatic adenocarcinoma of ductal origen. 1973,32:402-409
2. 1706. Melicow MM, Pachter MR (1967). Endometrial carcinoma of proxtatic utricle (uterus masculinus). Cancer 20: 1715-1722.
3. 1707. Melicow MM, Tannenbaum M (1971).Endometrial carcinoma of uterus masculinus (prostatic utricle). Report of 6 cases. J Urol 106: 892-902.
4. 1990. Oxley JD, Abbott CD, Gillatt DA,MacIver AG (1998). Ductal carcinomas of the prostate: a clinicopathological and immunohistochemical study. Br J Urol 81:109-115.
5. GUY, L.; BEGIN, L.R.; AL-OTHMAN, K. y cols.: "Neuroendocrine cells of the verumontanum: A comparative immunohistochemical study". J. Urol., 82: 738, 1998.
6. WHO 2010 Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs
7. 323. Brinker DA, Potter SR, Epstein JI (1999). Ductal adenocarcinoma of the prostate diagnosed on needle biopsy: correlation with clinical and radical prostatectomy findings and progression. Am J Surg Pathol 23: 1471-1479.
8. Copeland JN, Amin MB, Humphrey PA, Tamboli P, Ro JY, Gal AA (2002). The morphologic spectrum of

metastatic prostatic adenocarcinoma to the lung: special emphasis on histologic features overlapping with other pulmonary neoplasms. *Am J Clin Pathol* 117: 552-557.

9. Tu SM, Reyes A, Maa A, Bhowmick D, Pisters LL, Pettaway CA, Lin SH, Troncoso P, Logothetis CJ (2002). Prostate carcinoma with testicular or penile metastases. Clinical, pathologic, and immunohistochemical features. *Cancer* 94: 2610-2617.

10. Bostwick DG (1997). Neoplasm of the prostate. In: *Urologic Surgical Pathology*, DG Bostwick, JN Eble, eds. Mosby: StLouis, pp. 366-368.

11. Epstein JI, Yang XJ (2002). Prostatic duct adenocarcinoma. In: *Prostate Biopsy Interpretation*, Lippincott Williams and Wilkins: Philadelphia, PA, pp. 185-197.

12. 462 PC, Epstein JI (1991). Prostatic duct adenocarcinoma. Findings at radical prostatectomy. *Cancer* 67: 2118-2124.

13. 718. Adenocarcinoma of the prostate with endometrioid features. A light microscopic and immunohistochemical study of ten cases. *Cancer* 57: 111-119.

14. 2205. Ro JY, Ayala AG, Wishnow KI, Ordonez NG (1988). Prostatic duct adenocarcinoma with endometrioid features: immunohistochemical and electron microscopic study. *Semin Diagn Pathol* 5: 301-311.

15. MÓNICA F. FODOR Y EDUARDO E. ALONSO*CARCINOMA INTRADUCTAL DE LA PRÓSTATA Una lesión con morfología similar a la neoplasia intraepitelial

Prostática, pero con significado clínico diferente. *REV. MÉD. ROSARIO* 74: 100-106, 2008

16. SHAJU, L.; VARGHESE, D.N.B.; GARY, D. y cols.: "The prostatic gland: Malignancies other than adenocarcinomas". *California*, 38: 180, 2000. [[Links](#)]

17. ML. Picazo. Formas especiales del carcinoma de próstata. Simposio sobre cáncer de prostata y lesiones precancerosas. Hosp. La Paz. Madrid.