

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Microcitoma de próstata o tumor de células pequeñas. Un nuevo reporte

Prostate microcitoma or tumor of small cells. A new report

Jorge Luis Agüero Gómez (1), Pedro Julio Cepero Olivera (2), Adoración Duarte Vilariño (3), Dayma García Cepero (4).

RESUMEN

Se presenta el reporte de un caso de un paciente con carcinoma neuroendocrino de la próstata o microcitoma, entidad altamente infrecuente, el cual es visto en consulta de Urología por síntomas urinarios obstructivos bajos: polaquiuria nocturna de cuatro a cinco veces, esfuerzo miccional, urgencia miccional y chorro débil de orina; al tacto rectal digital se constató una próstata aumentada de tamaño, bordes mal definidos, no dolorosa, fija y con aumento importante de su consistencia. Se realiza biopsia transrectal que da como resultado un carcinoma prostático de células pequeñas (microcitoma).

Palabras clave: NEOPLASIAS DE LA PRÓSTATA/diagnóstico.

1. Especialista de 1er Grado en Urología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente.
2. Especialista de 1er Grado en Urología. Profesor Asistente.
3. Especialista de 2do Grado en Anatomía Patológica. Profesor Auxiliar.
4. Alumna ayudante de Urología 5to año.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células pequeñas de la próstata pertenece al 5% de las neoplasias diferentes al adenocarcinoma común encontrado en esta glándula; es altamente infrecuente, existen menos de 200 casos descritos en la literatura; de igual manera que en otros órganos; tiene un alto potencial de malignidad y puede producir la muerte en muy poco tiempo, y más del 80% de los pacientes fallecen después del primer año de realizado el diagnóstico (1-3).

La afectación neoplásica de la próstata se produce fundamentalmente por tumores primarios originados en la misma glándula. El adenocarcinoma representa más del 95% de todos los casos de tumor maligno prostático, mientras que el carcinoma de células pequeñas, el carcinoma escamoso y el de células transicionales tienen una incidencia menor del 2% respectivamente (1-2).

La próstata está constituida por un complejo sistema acino-ductal con diferentes grupos celulares en su epitelio. En el mismo, se encuentran células secretoras ó luminales con poca actividad proliferativa que sintetizan y liberan a la circulación sistémica antígeno prostático específico (PSA) y fosfatasa ácida entre otros productos. Las células basales por el contrario tienen alto índice proliferativo, se localizan en la periferia glandular, cercanas a la membrana basal, se les considera como células totipotenciales o de reserva, que reemplazan en forma continua a las secretoras. Las células neuroendocrinas que no se identifican con técnicas de tinción de rutina, son reguladoras intraepiteliales y controlan procesos de crecimiento y diferenciación, además de tener una función homeostática en la actividad exocrina (2-4).

Caso clínico

Paciente EPT, HC: 632427, masculino de 63 años de edad, blanco, niega antecedentes patológicos, acude a consulta de urología por presentar un síndrome urinario obstructivo bajo caracterizado por polaquiuria nocturna (4-6 veces), esfuerzo miccional, urgencia miccional y chorro débil de orina, además procesos infecciosos urinarios recurrentes. Al realizar el examen

físico (tacto rectal digital) se constató una próstata aumentada de tamaño, bordes bien definido, no dolorosa, fija y con aumento de la consistencia.

Se realiza biopsia transrectal para estudio histopatológico que da como resultado un carcinoma prostático de células pequeñas (microcitoma) (Fig. No. 1).

Se realizan otras investigaciones complementarias:

Hemograma: 102 mg/l

Eritrosedimentación: 32mm/l

Creatinina: 110mmol/l

Cituria: Leucocituria, Hematuria Microscópica, sales Amorfas.

Ecografía renal, vesical, prostática y Abdominal: Riñones de tamaño y posición normal, buen parénquima sin pielocaliectasia, vejiga de paredes engrosadas, comprimida en su bajo fondo por la próstata, no litiasis, no tumoraciones; próstata aumentada de tamaño 62x56x42 mm, presencia de lóbulo medio prostático. Hígado de tamaño normal, vesícula biliar sin alteraciones, páncreas normal, no se observan adenomegalias intrabdominales, resto normal.

TAC simple de abdomen: Normal.

Survey óseo: Alteraciones propias de la edad, no metástasis ósea

Se decide valoración por oncología y comenzar tratamiento hormonal con zoladex y casodex, además de radioterapia. Luego de 8 meses de evolución el paciente mantiene un buen estado clínico general con valores del antígeno prostático específico (PSA) dentro de los límites normales. Continúa bajo seguimiento en consulta de urología y oncología respectivamente.

DISCUSIÓN

El carcinoma de próstata neuroendocrino, también llamado carcinoma de células pequeñas o microcitoma es una entidad poco frecuente, generalmente se presenta después de los 50 años de edad, aumenta su incidencia después de los 70 años. Su variante neuroendocrina forma parte del 5% de las neoplasias prostáticas, es extraño y muy agresivo, tiene un alto potencial de metástasis y puede producir síndromes paraneoplásicos de secreción hormonal ectópica (síndrome de Cushing, síndrome de Eaton-Lambert); en el momento en que se realiza esta revisión se han informado unos de 200 casos en la literatura mundial. El diagnóstico temprano es difícil, este tumor es altamente agresivo y habitualmente el antígeno prostático específico (PSA) se encuentra dentro de límites normales, sin embargo, el diagnóstico se realiza debido a síntomas originados por metástasis a otros órganos, por lo que el tacto rectal digital tiene un valor primordial en la exploración de todos los pacientes por encima de los 50 años de edad y con manifestaciones obstructivas urinarias bajas; en estos pacientes constituye la principal herramienta de sospecha diagnóstica de esta entidad (1-3, 5-7).

La muestra para el estudio histopatológico se puede obtener por biopsia transrectal; resección transuretral de la glándula prostática (RTU) o después de prostatectomía a cielo abierto o laparoscópica. El diagnóstico definitivo se puede realizar por inmunohistoquímica o por un patrón característico que no dé lugar a dudas avalado este planteamiento por investigaciones realizadas (4, 6-11).

Actualmente se conoce el mal pronóstico de los pacientes que tienen esta enfermedad, de quienes se describe una supervivencia de menos de un año después de confirmado el diagnóstico. Pocos trabajos han sido publicados sobre este caso por lo que considera importante compartir esta experiencia (10, 12-13).

ABSTRACT

The report of a new case of Prostatic Neuroendocrine Carcinoma or microcitoma is presented, who is seen in Urology clinic because of low obstructive urinary symptoms (night pollakiuria from four to five times, micturition effort, micturition urgency and weak jet of urine), to the digital rectal examination it was confirmed a prostate gland enlarged, badly defined rims, not painful, fixed and with important increase of its consistency. Transrectal biopsy is carried out giving as result a prostatic carcinoma of small cells (microcitoma).

Key words: PROSTATIC NEOPLASMS/diagnosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Cornelio A, González Pérez J, Tabares García FJ, Ramos Salgado F, Alvarado Cabrero I, Hernández Toriz N. Bloqueo androgénico total en el manejo del cáncer de próstata neuroendocrino. *Cir Ciruj* [Internet]. 2009 [citado 17 Abr 2013]; 77(4): 293-299. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2009/cc094g.pdf>
2. Nadig SN, Deibler AR, El Salomony TM, Hull GW, Bissada NK. Small cell carcinoma of the prostate: an underrecognized entity. *Can J Urol*. 2001; 8:1207-1210.
3. Alapont J, Montaner M, Pontones J. Carcinoma prostático de células pequeñas. *Acta Urol Esp* 2002; 26:585-588.
4. Sakai H, Tsuruta T, Wajiki M, Small cell carcinoma of the prostate: a case report. *Hinyokika Kyo*. 2004; 50:269-271.
5. Abrahamsson PA. Neuroendocrine cells in tumour growth of the prostate. *Endocr Relat Cancer*. 1999; 6:503-519.
6. Burkhop H. Morphology and therapeutic strategies for neuroendocrine tumors of the genitourinary tract. *Cancer*. 2002; 95(2):1415-1420.
7. Yamamoto N, Kinoshita H, Inoue T. Small cell carcinoma of the prostate: a case report. *Hinyokika Kyo*. 2007; 53:665-9.
8. Spiess PE, Pettaway CA, Vakar López F. Treatment outcomes of small cell carcinoma of the prostate. *Cancer*. 2007; 110:1729-37.
9. Fernández A, Peinado F, Gómez F, Arellano R, Morato P, Mínguez R, et al. Aportación de un nuevo caso de carcinoma de células pequeñas de localización vesical y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp*. 1999; 23:876-879.
10. Cuesta Alcalá JA, Ripa Saldías L, Aldave Villanueva J, Pascual Dalpiaz O, Al Rabi N, Galfano A, et al. Small cell carcinoma of the bladder: a case report and a literature review. *Arch Esp Urol*. 2003; 56(2): 197-202.
11. Yildirim Y, Akcay Y, Ozyilkan O, Celasun B. Prostate small cell carcinoma and skin metastases: A rare entity. *Med Principl Pract*. 2008; 17:250-2.
12. Prostate Cancer Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw* [Internet]. 2004 [citado 3 Jun 2012]; 2:224. Disponible en: <http://www.jnccn.org/content/2/3/224.long>
13. Gaspar MJ, Arribas I, Hontoria JM, Bokobo P, Coca C, Angulo J. Utilidad de la fracción libre del antígeno prostático específico en el diagnóstico diferencial entre hiperplasia prostática benigna y cáncer de próstata. *Med Clin (Barc)*. 2000; 115: 332-336.

ANEXOS

Figura No. 1. Microcitoma de la próstata.

