

ADENOCARCINOMA MUCOSECRETANTE DE PROSTATA

Dr. Nahum Goren

El cáncer prostático es la malignidad de mayor ocurrencia en el hombre. Clínicos y urólogos están bien sobre aviso acerca de su posible presencia en todo enfermo de más de 50 años de edad donde la palpación rectal denuncia alguna nodulación indurada de la glándula. Pero es de adenocarcinoma prostático sobre lo que se discurre casi siempre. Otro tipo de tumores atípicos de tejido no prostático no son tenidos en cuenta habitualmente por su rareza.

He aquí una observación de carcinoma mucosecretante prostático, del que no hay sino pocas referencias de la literatura mundial.

Edgard (*British Journal of Urology* - Vol. 30-1958 - Pág. 213), reconoce cinco casos publicados, a los que suma uno de su propia observación. Sika (*Cáncer* - V. 17-949-1952 - Julio 1964), añade siete casos personales. Según Lang y Schneider, al intentar una explicación etiopatogénica, consideran a la próstata formada por dos componentes de diferentes procedencias embriológicas, lo que puede suministrar alguna luz en la diferenciación y comportamiento entre el adenocarcinoma clásico prostático y el adenocarcinoma mucosecretante. Serían: un segmento cortical masculino y uno medular femenino. El carcinoma mucosecretante se originaría, según ellos, en el segmento medular con las características de dar metástasis en linfáticos, pulmón e hígado, y no incrementar la tasa de fosfatasa ácida total y prostática.

El tipo masculino, el común, surgido en la parte cortical, siembra metástasis óseas y eleva la fosfatasa ácida, según su estado.

Afirma Edgar que la próstata normal no segrega mucina, pero Franks ha demostrado que ella puede encontrarse a menudo en el pequeño carcinoma acinoso y también en la denominada próstata fibrosa, haciendo la salvedad que esta última condición patológica se asocia con relativa frecuencia al desarrollo carcinomatoso.

La formación de tumores acinosos secretantes de mucina ha sido contemplada como de exclusivo patrimonio intestinal, sin embargo los hechos concretados en las historias clínicas y los estudios biopsicos y de autopsias de los casos hasta ahora conocidos, autorizan a asignarle a la próstata igual posibilidad de generar tal clase de tumores.

HISTORIA CLINICA: S. P. R. 61 años.

Antecedentes: Uretritis blenorragicas a repetición con complicación próstato-epididimaria largamente tratada a la forma antigua.

Enfermedad actual: la 1ra. manifestación fue una hemospermia en 1964, preocupante y motivo de exámenes endoscópicos y urográficos que fueron negativos según lo informó el especialista consultado. Acompañábase de moderada disuria inicial, polaquiuria y nicturia, síntomas coincidentes con su hemospermia. Dos años después, sin haber seguido tratamiento ninguno, sufrió un agudo estado febril encontrándose en Alemania y otro similar en España, de 8 a 10 días de duración cada uno, y con acentuación de las alteraciones miccionales consignadas.

En ambos países fue atendido por especialistas de nota que coincidieron a su turno en el diagnóstico de adenomitis y terapéutica antibiótica, con lo que retomaba a su estado anterior.

En oportunidad de nuestro examen presentaba además una uretrorragia que no cesó durante los seis meses anteriores y que continuó hasta ser operado, deprimiéndolo fuertemente en su estado psíquico. Su orina era clara, la uretra estenosada en su segmento

posterior, sólo admitía un calibre 12 y cada maniobra de dilatación era seguida de escalofríos, piuria y alta temperatura.

El tacto revelaba una glándula moderadamente aumentada de tamaño, sin surco medio, de consistencia firme, sin induración ni nodulación, móvil y libre de la mucosa rectal.

El urograma fue normal, salvo elevación poco apreciable en la base vesical.

Uretrografía: Fig. 1 en la placa ánteroposterior se observa la uretra posterior rechazada hacia la izquierda. En la oblicua (fig. 2) la sustancia opaca discurre por los bordes de la uretra circunscribiendo una tumoración.

Operación: Cirujano: Dr. Alsina. Ayudantes: Dres. Goren, Jeanmaire. Anestesiista: Dr. Kleinman. Anestesia: peridural.

Vía de abordaje: retropubiana. Acto seguido de incidir la cápsula hizo hernia un tejido de aspecto gelatinoso, necrosado, completamente diferente del de hallazgo habitual. Fue extirpado sin dificultades de clivaje hasta lograr una celda vacía pero naturalmente no en masa por su consistencia deleznable.

El post-operatorio cursó sin ningún incidente con alta a los 8 días.

Estudio histopatológico: Dr. Hernández.

Exámen macroscópico: Se remiten varios trozos de próstata de forma y tamaño variables. Al corte: se observan dos aspectos diferentes: un tejido blanquecino homogéneo y otro color parduzco con áreas violáceas.

Exámen microscópico: Fig. 3-4. Las secciones muestran próstata con conservación de la estructura en algunas zonas, mientras que en otras está modificada por la presencia de un tejido neoplásico formado por glándulas atípicas con acentuado pleomorfismo que en algunas zonas muestran muy abundante secreción mucosa. En otras zonas la infiltración es difusa y está distribuida en forma de regueros e islotes de células neoplásicas con muy poca diferenciación. El tejido tumoral invade en distintas áreas vasos sanguíneos y linfáticos y en zonas llega a formar extensos trombos neoplásicos. Se observan áreas de fibrosis e infiltrados crónicos en el estroma.

Diagnóstico: Extenso adenocarcinoma mucosecretante de próstata con invasión vascular.

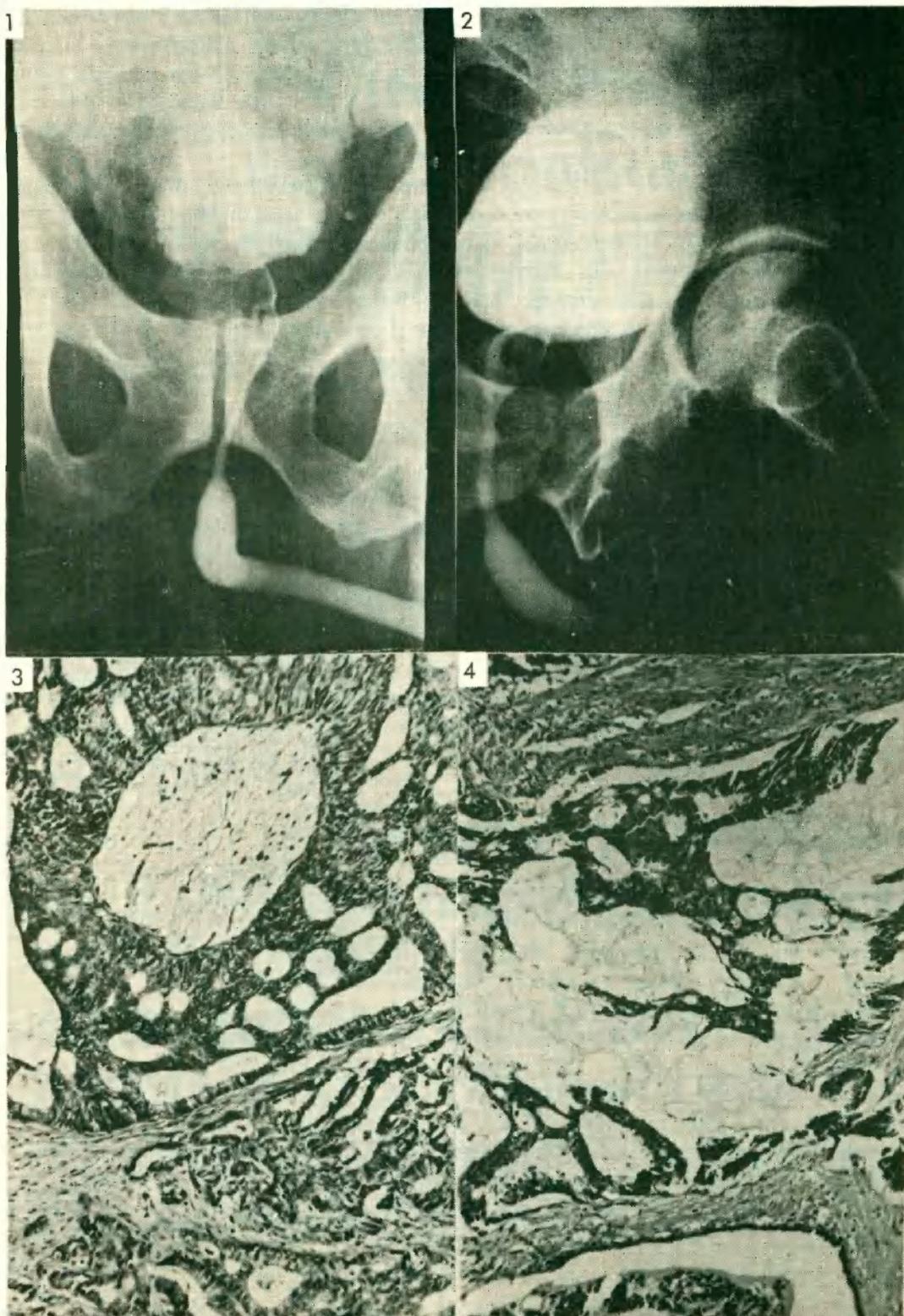
DISCUSION

No fue previsto el diagnóstico clínico de la tumoración encontrada en el caso que se presenta, como lo hacen notar los autores consultados. En el nuestro, como en los indicados anteriormente, el diagnóstico fue formulado por el estudio histopatológico. En honor a la verdad, la única alternativa encarada fue la de un fibroadenoma o un carcinoma de la uretra prostática en cuyo favor actuaba la tenacidad de la uretrorragia. Siendo indiscutible la indicación quirúrgica, claramente demostrativa la uretrografía acerca de una tumoración ocupante y deformante de la uretra posterior, más la imposibilidad de una uretrocistoscopia por falta inallanable de calibre, se procedió a la cirugía.

Tal vez un Papanicolau hubiera aportado elementos de juicio pero no fue realizado un tanto apremiado por reclamo del enfermo a un alivio de sus síntomas que habían adquirido penoso carácter.

Una revisión prolija de la literatura mundial informa que el primer caso fue descrito por Boyd en 1882. Klisurow en 1928 describe un caso en un enfermo de 65 años por retención completa de orina y diagnóstico presuntivo de carcinoma prostático. La necropsis evidenció un tumor prostático con invasión vesical y seminal y uronefrosis bilateral. La histología informó carcinoma mucosecretante sin que se descubriera tumoración intestinal. Thompson en 1953 describe otro caso en un enfermo de 65 años que había sido sometido a una lobectomía por carcinoma de pulmón 17 años antes. Un pólipo rectal que fue fulgurado. Cistoscópicamente fue encontrado un tumor necrótico de prósta-

ADENOCARCINOMA MUCOSECRETANTE DE PROSTATA



- 3 - Area de tejido carcinomatoso macizo, no secretante con áreas de necrosis y a la derecha una banda de conectivo entre la que existe también tejido neoplásico.
- 4 - Una zona carcinomatosa glandular con grandes lagos de secreción mucosa.

ta propagado a la vejiga. Resección transuretral. La microscopía describe un adenocarcinoma mucosecretante. La sintomatología era de obstrucción crónica urinaria.

En 1953 Smith describe un caso en un hombre de 34 años que padecía dolor miccional y polaquiuria. Endoscópicamente se encontró un tumor papilar que emergía desde el piso de la uretra prostática. Se hizo resección transuretral. La histología evidenció un adenocarcinoma bien diferenciado con numerosas células en copa, según palabras textuales, asemejándose a la mucosa intestinal.

Mostofi, del Instituto de las Fuerzas Armadas Norteamericanas, refiere dos casos no publicados en la reunión de American Association of Pathologist and Bacteriologist. 1951.

El caso de Edgar -1958- de 78 años, se quejaba de disuria y polaquiuria. Al tacto la próstata era grande, firme y de superficie regular. Se extirpó por vía de Millin. El diagnóstico: carcinoma mucosecretante.

Los siete casos de Sika son similares en la manifestación sintomática a los referidos.

CONCLUSION

El carcinoma mucosecretante primitivo de la próstata ha sido reconocido desde 1882. Si bien es cierto que se contempla con recelo la posibilidad de que en la próstata se genere un tumor que arquitecturalmente y por su secreción mucoide debiera encuadrarse en la patología neoplásica intestinal, siendo así su localización prostática una metástasis y no un tumor primitivo, con nuestra observación se agrega un ejemplar más donde el tumor prostático no aparece precedido ni coincidente clínicamente con tumor intestinal.

Acerca de su sintomatología nos ha impresionado la tenacidad de la uretrorragia, accidente del todo explicable considerando los caracteres estructurales del tumor que encontramos en el acto operatorio, y su ubicación como floreciendo en la luz de la uretra posterior.

BIBLIOGRAFIA

Edgar. Brit. J. Urol. 30-213-1958.

Franks L. M. 195 J. Path. Bact. 68-603.

Franks L. M. 1954 J. Path. Bact. 68-617.

Franks L. M. et al. Cáncer 17:983-91 Aug. 64.

Klissurow A. 1928 Virchows Arch 268-515.

Mostofi F. Thomson R. and Dean Al Jun 1951 -American J. Path. 27-731-1955-Cáncer 8-741.

Smith G. G. 1953 - J. Urol. 70-267.

Sika J. V. et al. Cancer 17:949-52-Jul. 64.

Thomson G. L. Albers. D. D. and Broders AL 1953- J. Urol. 69-416.

John I Mandler and Thomas L. Pool. The Journal of Urology -Vol 96-67-1966.

RAZONES...

... para considerar

FURADANTINA

en el tratamiento de la
Cistitis

*furadantina mata las bacterias:
en la orina, tejidos de la vejiga y
tejido renal.*

ADEMAS:

*furadantina es segura
en E.Coli- pseudomonas - proteus
estafilo - estrepto -*

*furadantina es activa en los 3
grados de CISTITIS : orina infecta-
da - mucosa inflamada e infecta-
da - submucosa infectada.*



NORWICH EATON ARGENTINA S.A.I.C.
Recuerdos de Provincia 4572 Buenos Aires

Con licencia de

EATON LABORATORIES

División de The Norwich Pharmacal Co.

Norwich - New York - U.S.A.



LASIX

diuresis a medida

Reproduce un perfil diurético,
durante 4 horas, similar al fisiológico

No altera el metabolismo de los
hidratos de carbono

Cociente sodio/potasio óptimo

Comprimidos de 40 mg.

Ampollas de 20 mg.



Farbwerke Hoechst A.G.
Frankfurt/Main - Hoechst - Alemania
Representantes exclusivos
QUÍMICA - HOECHST S.A.
Corrientes 222 - Buenos Aires

Séptima Sesión - 23 de noviembre de 1967

Sr. PRESIDENTE. Queda abierta la sesión.

LECTURA Y APROBACION DEL ACTA DE LA SESION ANTERIOR

- Sin observaciones se da por aprobada.

ASUNTOS ENTRADOS

- Se da cuenta por Secretaría.

SESION QUIRURGICA

Sr. PRESIDENTE. De acuerdo a lo programado, esta mañana se realizó la sesión quirúrgica en el Hospital Rawson, a cargo del profesor Sánchez Sañudo, a quien le agradecemos su colaboración.

A continuación hará un comentario sobre dicha sesión, el doctor Sánchez Sañudo, y luego responderá a preguntas que se le formulen.

DR. SANCHEZ SAÑUDO. Esta mañana hemos practicado una derivación intestinal en un enfermo afectado de un tumor de vejiga, de un carcinoma infiltrante policéntrico, que llegó al servicio hace más o menos un mes y medio, muy infectado. Desgraciadamente no podemos presentar a ustedes nada más que este estudio radiográfico, porque hemos estado dos meses sin rayos. Todos conocen las dificultades que existen cuando eso ocurre. Como se puede observar, en el riñón izquierdo se encuentra una función bastante disminuída y la vejiga muy achicada y deformada por las lesiones de tipo policéntrico, y las lesiones infiltrantes. El tacto bimanual reveló una lesión indurada sobre todo del lado izquierdo. Durante la intervención encontramos que el uréter del lado derecho estaba sumamente dilatado, pero felizmente, las orinas bastante cristalinas.

Hicimos una intervención de Bricker clásica. Se eligió un asa ilial, se resecó, se hizo una anastomosis término terminal del intestino y luego se abocó mucosa a mucosa ambos uréteres. El derecho estaba sumamente dilatado. El doctor Carreño que hizo la implantación del uréter del lado derecho, terminó la operación haciendo apendicectomía, porque descansaba sobre éste y temió que el proceso inflamatorio pudiera traer algún problema.

Nosotros en enfermos que están en mejores condiciones, hacemos generalmente operaciones Bricker. En una enferma hemos hecho una operación de (Coffey) pero nos parece que en un momento es mucho más mutilante. La experiencia que tenemos es muy mala, porque se desequilibran los enfermos muy rápidamente.