

CARCINOMA MUCOSECRETANTE DE PROSTATA

Dr. JOSE MARIA MONSERRAT *

Aproximadamente, el 97 % de los tumores malignos de la próstata corresponden a adenocarcinomas, con mayor o menor grado de diferenciación. El 3 % restante corresponde a carcinomas pavimentosos o a sarcomas.

Dentro del grupo de los adenocarcinomas, la variedad mucosecretante es extremadamente rara, existiendo publicado 15 casos hasta el año 1964¹. Por este motivo creemos de interés la presentación de dos nuevos ejemplos.

Caso N° 1: Se recibe material prostático fragmentado, del cual se obtienen varios tacos. Los cortes son coloreados con Hematoxilina, Eosina, PAS y Azul Alcian. El examen microscópico muestra una proliferación de acinos glandulares pequeños, tapizados por células cúbicas, de citoplasma muy claro. Los núcleos son grandes, con nucleolos prominentes. Estos acinos están apretados unos contra los otros, con muy escaso estroma intersticial.

En varios focos se localizan sectores en donde las células tumorales forman acinos muy pequeños, cordones unicelulares (Fig. N° 1) o bien las células se aíslan una de las otras. Estos elementos están sumergidos en una sustancia amorfa, granular, intensamente PAS y Azul Alcian positiva, por lo que se trata de mucina. Este mucus también se localiza en las luces acinares y en algunos raros casos, en el citoplasma celular. No se localizan células en anillo de sello.

Caso N° 2: Características similares al caso anterior, aunque con mayor producción de mucina (Fig. N° 2).

Los focos mucosecretantes son múltiples, de tamaño variable y se confunden gradualmente con el resto del carcinoma, en donde la actividad mucosecretante es inferior.

Comentario: Por medio de coloraciones especiales, es posible demostrar la existencia de mucinas en los acinos glandulares de gran parte de los carcinomas prostáticos, con mayor frecuencia en los tumores más diferenciados², sin que este hecho tenga valor pronóstico³, aunque sí puede tenerlo desde el punto de vista diagnóstico.

Sin embargo, esta actividad mucosecretante, no autoriza a clasificarlos como adenocarcinomas mucosecretantes, pues en general es escasa y se localiza solamente en la luz glandular.

Solamente cuando tal actividad llega a dominar el cuadro, es lícito rotularlos como tales.

En estos casos, las células tumorales, diferenciadas en acinos, o bien aisladas unas de las otras, están sumergidas en un magnamucoso, que las rodea y disocia, infiltrando incluso al estroma intersticial.

Poco es lo que se conoce sobre las características evolutivas de estos tumores, dado el escaso número de observaciones.

Sin embargo pareciera que estos tumores tienen un comportamiento distinto al del resto de los carcinomas prostáticos, pues en ellos son raras las metástasis óseas, siendo más frecuentes las pulmonares, ganglionares y hepáticas. Además, el dosaje de fosfatasas ácidas es generalmente normal. Esto

* Billinghamurst 887, Buenos Aires.

podría tener su explicación por el hecho de que los carcinomas mucosecretantes se originan más frecuentemente en las partes centrales de la próstata, a diferencia del tipo habitual que lo hace en la periferia.

En cuanto al pronóstico, la experiencia no permite abrir juicio categórico.

Resumen: Se presentan dos casos de adenocarcinoma mucosecretante de próstata, con una descripción de una histología, destacando su rareza, lo que impide abrir juicio categórico sobre su evolución y pronóstico.

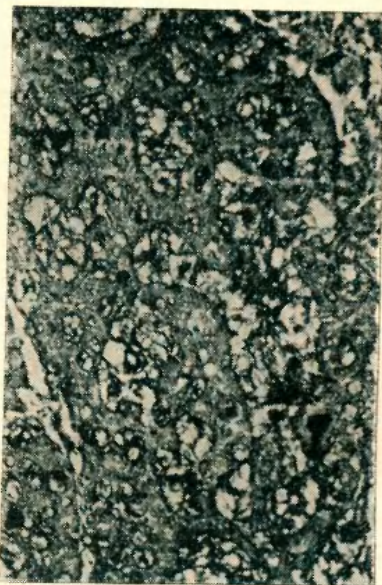


Fig. 1

CASO N° 1 (coloración con PAS). Se observan los cordones tumorales y acinos glandulares, con abundante secreción mucosa en su interior.

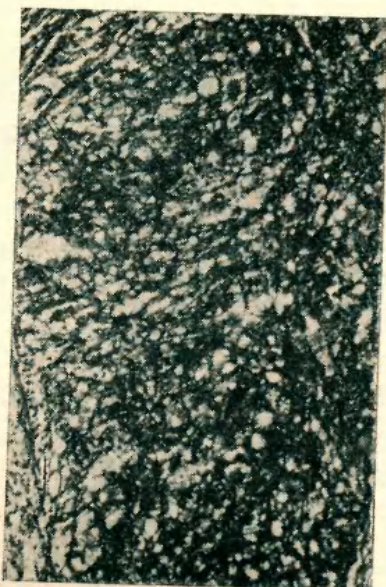


Fig. 2

CASO N° 2 (Coloración con PAS). Se observan células tumorales aisladas rodeadas por muy abundante secreción mucosa.

B I B L I O G R A F I A

- ¹ Sika J., Buckley J.: Mucus forming adenocarcinoma of prostate. *Cáncer*. 17: 949, 1964.
- ² Franks L. M., O'smea J. D., Thompson P. E. R.: Mucin in the prostate; a histochemical study in normal glands, latent, clinical and colloid cancers. *Cáncer*. 17: 983, 1964.
- ³ Levine A. S., Foster E.: The relation of mucicarmine staining properties of carcinomas of the prostate to differentiation, metastasis and prognosis. *Cáncer*. 17: 21, 1964.
- ⁴ Utz D., Farrow G. M.: Pathologic differentiation and prognosis of prostatic carcinoma. *Jama*. 209: 1701, 1969.
- ⁵ Thompson G., Albers D., Broders A.: Unusual carcinomas involving the prostate gland. *J. Urol*. 69: 416, 1953.

DISCUSION

Dr. Guzmán. — Quisiera preguntarle al comunicante si esta mucoproteína ácida o mucina ácida puede observarse en las prostatitis crónicas inespecíficas.

Dr. Monserrat. — Es posible observarlas en algunas prostatitis.

La existencia de mucoproteínas ácidas es muy característica del carcinoma prostático —no se observa en todos los carcinomas—, pero ello no significa que no se encuentren en procesos no carcinomatosos. La diferencia cuantitativa es muy importante. Por excepción, se observa en procesos no carcinomatosos. Este hecho reviste sumo interés en los casos dudosos.

—Con lo que se levantó la sesión siendo las 23.30 hs.

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

27 de agosto de 1970

Quinta Sesión

—Siendo las 21 y 45 dice el

Sr. Presidente (Dr. Rocchi). — Queda abierta la sesión.

En consideración el acta de la sesión anterior.

Queremos recordar que al discutirse el acta de la sesión anterior pueden hacerse preguntas o aportes sobre la sesión anterior siguiente.

—Se aprueba sin observaciones.

ASUNTOS ENTRADOS:

— El Dr. Edgardo Eliseo Contreras de La Plata solicita ser miembro adherente. Encontrándose en condiciones reglamentarias es aceptado.

— El Dr. Schmidt, que se encuentra en Estados Unidos, ofrece su domicilio a cualquiera de los urólogos que viaje a Nueva York.

Sr. Presidente (Dr. Rocchi). — El doctor Ricardo Bernardi que debía hacer su comentario sobre su viaje a los Estados Unidos y su asistencia al Congreso de Filadelfia comunica que está enfermo, por lo que no puede concurrir.

La sesión quirúrgica correspondiente a la 4ª sesión se efectuó el 30-7-70 en el servicio del doctor Marco A. Castría, en el Policlínico de Haedo. Fuimos invitados y quedamos gratamente sorprendidos tanto por la organización como por la calidad de la cirugía que se hace en el mismo.

Le pedimos al doctor Castría que nos haga un breve comentario de esa sesión quirúrgica.

Dr. Castría. — Agradezco los elogiosos conceptos, inmerecidos por supuesto, pronunciados por el doctor Rocchi.

Se realizaron dos intervenciones quirúrgicas: la primera sobre un paciente portador de un doble sistema excretor con cuadro de pielonefritis crónica y la segunda en un enfermo con una ptosis renal de segundo grado.

La primera enferma tenía 63 años de edad y un peso de 105 kilos. Acusaba dolor lumbar derecho en la región del epigastrio.

Pudo visualizarse en el examen urográfico una imagen suspendida con densidad bastante nítida, no pudiendo apreciarse la continuidad con el sistema excretor. Había además, una compresión extrínseca de la vejiga de origen ginecológico.

En otro tiempo del mismo estudio, pudo observarse el tránsito y la comunicación de la cavidad suspendida con el uréter lumbar que se fusiona para luego continuar hacia la vejiga.

La imagen del otro lado persiste sin una visualización neta del segmento pelviano.

Se practicó una lumbotomía tipo Israel-Bergman. Visualizado el riñón, se libera, se busca su pedículo y se hace su sección en un plano perpendicular al eje mayor del riñón. Se pinzan las arterias sangrantes y con la cápsula que se ha rebatido se trata de cubrir el riñón.

En la radiografía de control se observa un trazo horizontal correspondiente al borde superior de la pelvis y el tránsito conservado.

La segunda operación fue practicada por el doctor Vampa Mainero en

una ptosis renal de segundo grado. Empleó una técnica poco conocida, con las que operó más de un centenar de pacientes con éxito bastante elocuente.

Se trata de un paciente de 53 años, obrero que acusó dolores en la región lumbar derecho con irradiación al epigastrio. En la placa se puede observar una sombra renal, cuyo polo inferior estaba superpuesto al reborde de la cresta iliaca en posición de pie.

En esta intervención, la cápsula se pasa por debajo de la costilla, lo que permite ver que el eje del riñón guarda paralelismo con la costilla que se ha utilizado de apoyo.

El tiempo postoperatorio muestra que el riñón mantiene una posición adecuada sin compromiso de sus vías excretoras.

Y para terminar, deseo mostrar algo que si no es excepcional, puede ser interesante por su infrecuencia.

Paciente de 42 años, que refiere dolor a nivel de la región lumbar.

Tuvo un episodio muy fugaz de hematuria sin coágulo. Luego de un examen urográfico, se le practica una arteriografía renal y aquí está lo interesante: se puede observar la arteria renal derecha —antes de su división clásica en dos ramas tiene una longitud de 5 cms.— que da una sola rama en esa longitud para este riñón que tiene tres sistemas canaliculares. En el riñón derecho, con un solo sistema excretor, la arteria renal se divide en tres ramas también posibles de objetivar en este estudio arteriográfico.

Pido al doctor Vampa Mainero que nos explique la técnica de la nefropexia.

Dr. Vampa Mainero. — La técnica que empleamos desde hace mucho tiempo en la nefropexia es la suspensión del riñón en la última costilla. La vimos practicar en la ciudad de La Plata en los servicios de cirugía general hace muchos años y nos llamaba la atención que no se produjeran recidivas, que el postoperatorio fuera placentero y los resultados buenos.

Cuando empezamos a hacer cirugía adoptamos esta técnica como método, desconociendo inclusive si tenía contraindicaciones.

Este procedimiento, que no lo encontramos descrito en los libros comunes, consiste lisa y llanamente en la liberación de la duodécima costilla, realizar un sedal en el borde externo del riñón y pasar enhebrando su cápsula fijándola luego con puntos.

El riñón queda suspendido y en el postoperatorio cada riñón queda situado con sus ejes completamente normales. La única contraindicación es que en un caso que nos tocó reoperar, la liberación de ese riñón por fortuna pudimos hacerla bien, pero ese riñón no pudimos volverlo a fijar en su lugar.

Vemos aquí las placas de una enferma que llegó a la consulta por sus cistalgias. A los 30 minutos, con la paciente de pie, se aprecia una ptosis de tercer grado con acodadura y dilatación de las cavidades (26-11-69). Le practicamos la técnica por nosotros descrita y en julio de 1970, el riñón sigue contactando con la duodécima costilla y desaparece la dilatación de las cavidades.

Este es otro caso similar al anterior. La primera placa es de septiembre de 1968 y esta otra es de 1970, después de haber sido operado. Nos preocupaba saber qué ocurre con el movimiento respiratorio y hemos realizado radiografías en inspiración. Si bien el desplazamiento es algo menor, existe, porque al descender la parrilla costal el riñón tiene que acompañar los movimientos respiratorios. Creemos que si bien no será el método de elección en estos enfermos portadores de una patología renal por desplazamiento del riñón fuera de su sitio, el procedimiento es sencillo y merece ser tenido en cuenta ya que hasta ahora los casos operados en La Plata son varios miles.

Dr. González Martín. — En una oportunidad, utilizamos esta técnica y con buen resultado.

En el servicio donde trabajo se adopta una postura ecléctica con respecto a las ptosis renales. se seleccionan los casos, y por lo tanto, se operan muy pocos, aquellos en los que encontramos modificaciones a través de su sintomatología.

Entiendo que esta técnica ha sido preconizada por un autor de apellido ruso. En el trabajo que publicó el doctor Roberto A. Rubí en los años 1939 ó 1940, puede encontrarse una referencia sobre este problema, ya que describe 56 procedimientos distintos para la nefropexia.

Dr. Vampa Mainero. — Le agradezco el dato porque la última referencia sobre nefropexia es un trabajo del profesor Figueroa Alcorta, donde hace un análisis retrospectivo desde 1870, y allí no está descrito el método.

Ignoraba los antecedentes del trabajo del Dr. Rubí que me servirá de antecedente.

Hemos practicado las nefropexias en los casos con evidente patología renal. Si los pacientes no tienen sufrimiento renal, pielonefritis, dolores tipo cólico, crisis dolorosas, etc., no los operamos.

Al desaparecer la sintomatología, resulta difícil citar a estos enfermos para practicarles un control. Sobre este procedimiento existe gran experiencia en La Plata.

Sr. Presidente (Dr. Rocchi). — La sesión quirúrgica de esta mañana se llevó a cabo en el servicio del Hospital Penna, a cargo del doctor Sáenz, practicándose tres intervenciones muy interesantes. Le solicitamos nos haga un comentario de las mismas.

Dr. Sáenz. — Quiero agradecer la distinción que hemos tenido, en nombre de los médicos de mi servicio y en el mío propio, al haber sido designados para esa demostración quirúrgica.

La primera intervención fue sobre un paciente portador de hipertrofia de próstata. La uretrografía muestra la deformidad de la uretra posterior.

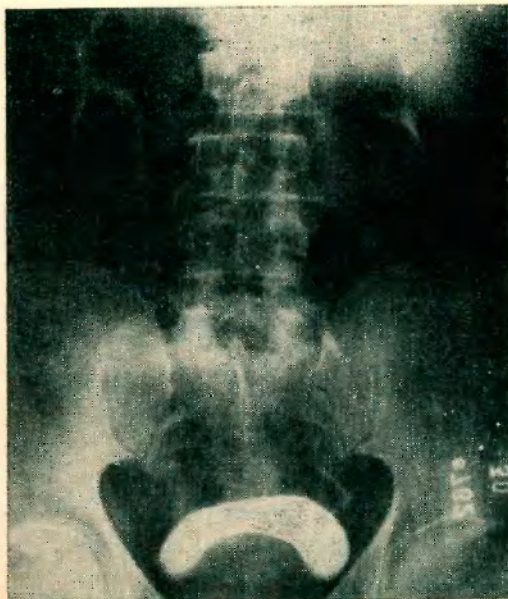


Foto 1 - Urograma



Foto 2 - Uretrografía

La segunda operación era una incontinencia de orina de esfuerzo en una mujer de 66 años. En la cistouretrografía miccional se aprecia que la presión hidrostática se transmite directamente sobre el cuello vesical. La cistotome-

tría era normal, la paciente estaba libre de infecciones urinarias. Este era el in-
troito, y debido a que tenía una sonda Folley 18 y una vagina atrófica que
apenas permitía el paso de un dedo debió hacerse la operación por vía alta
por el doctor Irazu (h.).

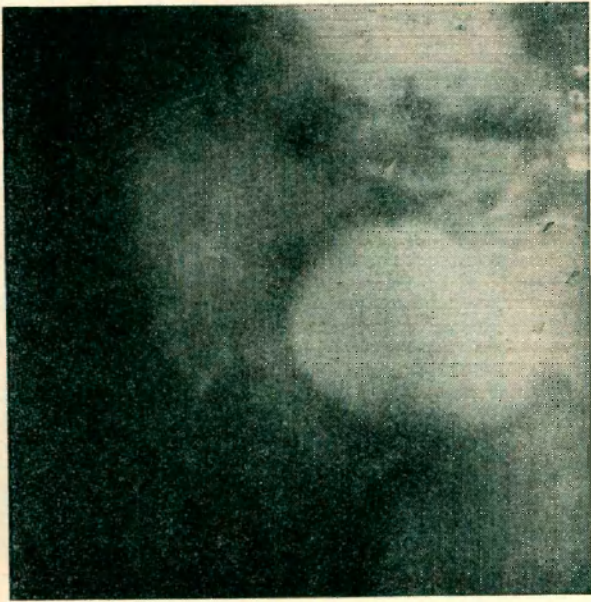
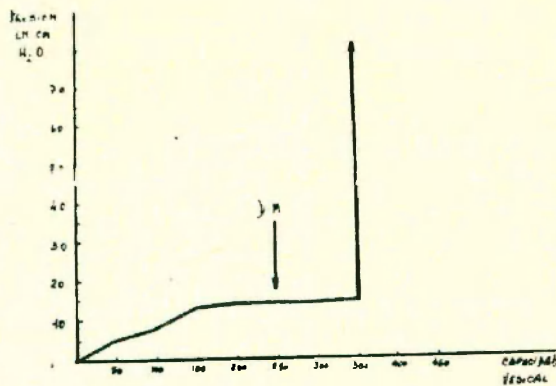


Foto 3 - Cistourethrografía miccional



CISTOMETRÍA:

FECHA 11/2/66

Foto 4 - Cistometría normal

PACIENTE, ISOLINA GODOY.

EDAD 66

El tercer caso fue el de un niño de 4 años portador de una infección uri-
naria crónica. En el urograma se encontró una lesión importante en el hemi-
rinión izquierdo y un uréter ectásico de ambos lados. La ectasia bilateral, a los
45 minutos hacía sospechar la existencia de un reflujo. En la cistografía se ve
un reflujo pasivo bilateral.

La cistouretrografía miccional permite ver un aumento del reflujo con un uréter un tanto grueso. Pensamos en la existencia de un megacisto con reflujo. El uréter se encontraba a más de 4 cms. del cuello vesical.

El hecho de que los uréteres fueran tónicos con menos de 1 cm. de diámetro nos llevó a practicar la técnica de Paquim, que creemos que ha sido útil para este niño.

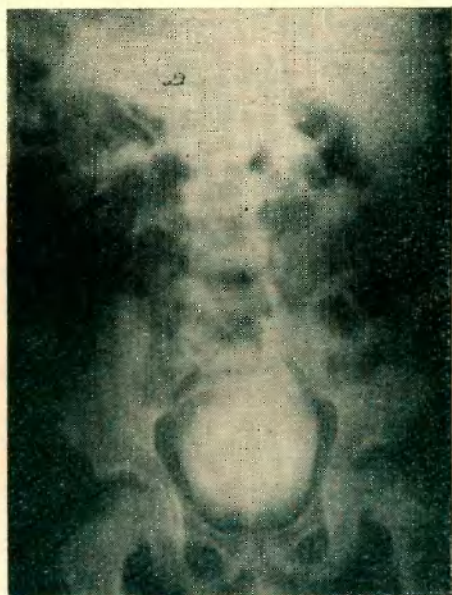


Foto 5
Urograma

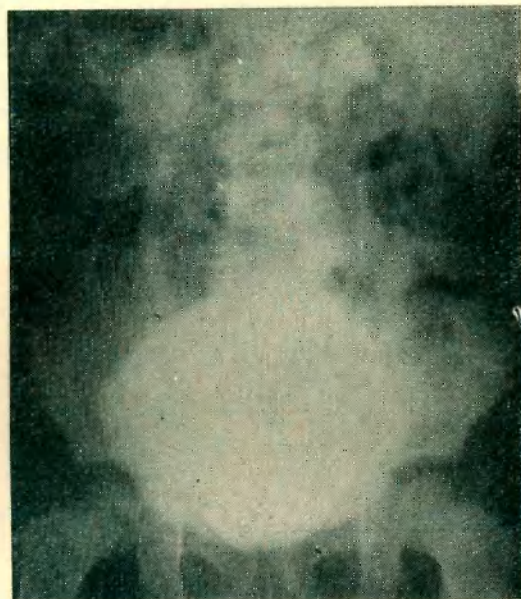


Foto 6
Cistografía



Foto 7
Cistouretrografía uriccional

Sr. Presidente (Dr. Rocchi). — Quiero felicitar al doctor Sáenz, tanto por la brillante demostración quirúrgica realizada como por la organización casi periodística, que nos permite ver a la noche las fotografías en colores tomadas a la mañana.

Si nadie desea hacer la presentación de enfermos, radiografías e instrumental, seguimos adelante.