

Neoplasia intraepitelial de próstata: correlación anatómo clínica

Dres. LOPEZ LAUR D.; MONGE C.; PARISI J.; HOULNE M.; CORICA L.; CORICA A.*

RESUMEN

Se expone la experiencia de 16 casos, sobre 202 pacientes sometidos a resección transuretral de próstata, en los que el estudio histopatológico del material extirpado demostró distintos tipos de displasia pese a que tanto el tacto rectal, en 12 de ellos, y el tacto y la ecografía transperineal en los 4 restantes (con fosfatasa total y prostática ligeramente elevadas) no hicieron sospechar el diagnóstico, siendo considerados preoperatoriamente como adenomas de la próstata.

(Revista Argentina de Urología Vol. 56, Pag. 83, 1991)

INTRODUCCION

Algunas alteraciones citoarquitecturales en las glándulas prostáticas son de frecuente observación. No configuran el cuadro histopatológico de un carcinoma, pero son sugestivas (1-2-3).

Considerables evidencias han sido acumuladas para que este tipo de lesiones pueden ser consideradas precursoras del carcinoma de próstata, como lo demuestran los trabajos de Kovi, Mostofi, Epstein, Mc Neal, Lee y otros (3-4-5).

Presentamos en este trabajo nuestra experiencia con esta patología.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron 16 casos con distintos tipos de displasias prostáticas encontrados en 202 pacientes sometidos a RTU de próstata, entre enero de 1988 y junio de 1990. Doce pacientes tenían diagnóstico clínico

co de adenoma de próstata y cuatro sólo mostraban fosfatasa ácida, total y prostática ligeramente elevadas. Todos con tacto rectal y radiología normal. Se efectuó ecografía glandular transperineal en los cuatro enfermos con alteraciones bioquímicas y los resultados fueron normales. El peso glandular promedio fue de 18,5 grs. La edad promedio fue de 70,12 años (60-82 años).

Las displasias de la próstata se clasificaron en: hiperplasia atípica de pequeños acinos, hiperplasia atípica de grandes acinos e hiperplasia atípica cribiforme.

RESULTADOS

De los 16 casos (7,9%) del total de operados, se obtuvieron hiperplasia atípica de pequeños acinos 8 casos, mixtas 4 casos, de grandes acinos 3 casos y 1 caso de hiperplasia atípica cribiforme (Fig. I).

Tomadas desde el punto de vista de que todas estas displasias pudiesen agruparse bajo la denominación de PIN, encontramos PIN I en 5 pacientes, PIN II en 7 y PIN III en 4 pacientes.

* Hospital Italiano, Mendoza.

DISPLASIAS PROSTATICAS

Htal. Italiano, Mza.

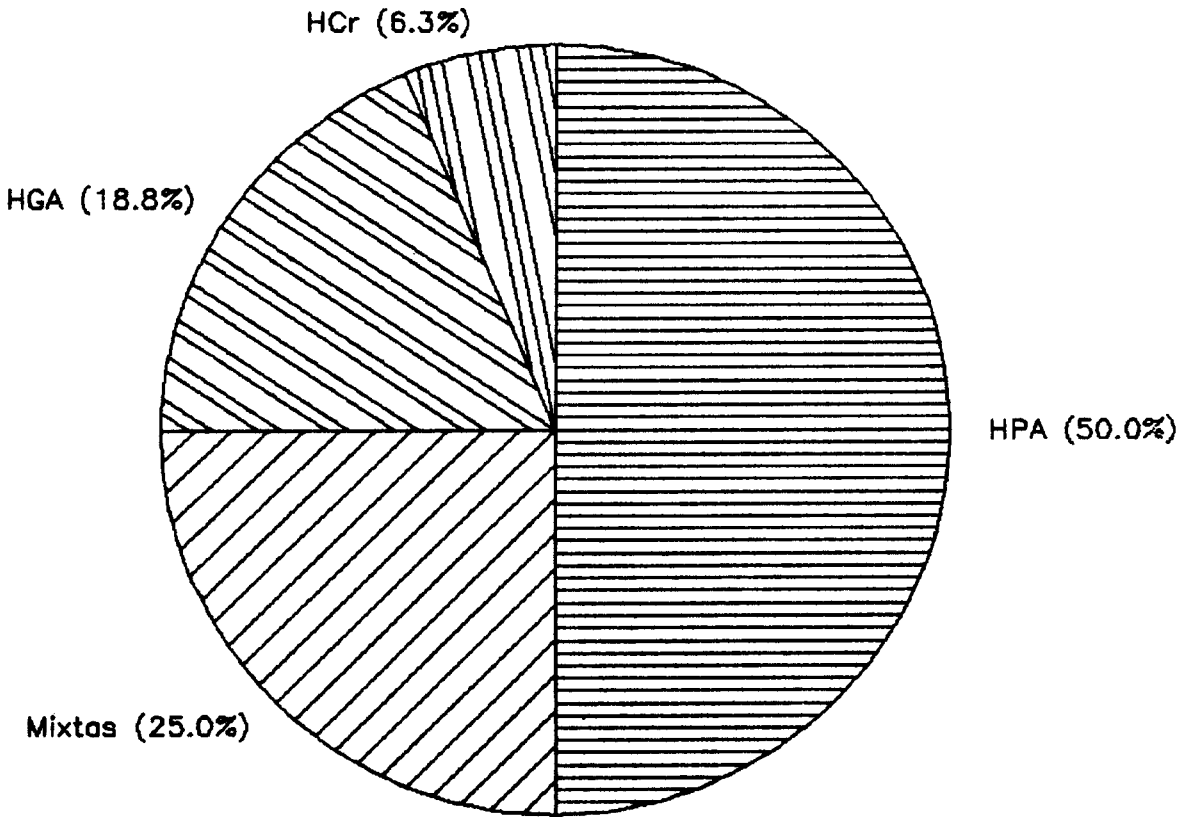


Fig. I

Se asociaron a carcinoma 6 pacientes (37,5%) de los cuales tenían un Gleason bajo 2 casos y alto grado 4 casos.

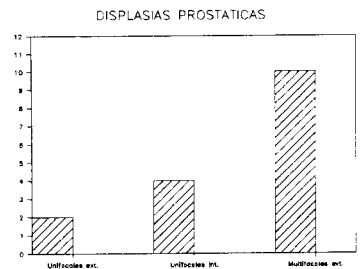
Las displasias fueron unifocales en 6 casos y multifocales en 10, con la particularidad de que en esta siempre fué el mismo tipo de alteración citológica estructural (Fig. II).

De los 4 casos con fosfatasas anormales, 3 eran PIN III, es decir severa displasia y 2 de ellos presentaron metástasis a distancia a los 10 y 16 meses respectivamente.

Evolucionaron a carcinoma infiltrante, entonces 2 casos (20% del total) y fueron todos PIN III.

Es de destacar que en los casos diagnosticados de displasia, ninguno tenía sonda uretrovesical previa o signos de uretroprostatitis.

Fig. II



Las hiperplasias atípicas de pequeños acinos se la encontró fundamentalmente en la zona central de la próstata y la de grandes acinos en la periferia. Las mixtas y la de pequeños acinos se asociaron en todos los casos a adenoma de próstata y los casos que se transformaron en carcinoma estaban asociados a la hiperplasia de grandes acinos.

CONCLUSIONES

- 1) La aparición de displasias en casos que clínicamente son adenomas es alto: 7,92%.
- 2) Se asocian a carcinoma el 37,5% y fundamentalmente a Gleason de alto grado.
- 3) La edad y la análmica clínica no aportan conclusiones definitivas, aunque las fosfatasas serían un índice de presunción de la existencia de displasia avanzada de la próstata.
- 4) Evolucionan a carcinoma el 20% de los PIN III.
- 5) En general cuando hay un tipo de PIN, se repite el mismo grado en los que son multifocales.
- 6) Se trata en general de próstatas de pequeño tamaño (¿?).
- 7) Las displasia graves son más frecuentes en el sector externo de la próstata.
- 8) Son multifocales en el 62,5%.
- 9) La hiperplasia atípica de pequeños acinos y la mixta se las encontró asociadas en todos los casos a adenomas.
- 10) La hiperplasia de acinos grandes se la encontró asociada a los casos que se transformaron en carcinoma.

DISCUSION

La hiperplasia atípica de pequeños acinos se caracteriza por una proliferación circunscripta no neoplásica de pequeños acinos con una capa de células epiteliales de citoplasma claro. Aparece más frecuentemente con hiperplasia nodular benigna y muy ocasionalmente pueden observarse glándulas hiperplásicas que se transformen en un carcinoma invasivo.

La hiperplasia atípica cribiforme es una rara variante, caracterizada por un proliferación intracinar.

La hiperplasia atípica de grandes acinos también fué descripta con PIN por algunos autores. Hay lesión de tipo estructural y citológica y de acuerdo a la alteración tendrá diferentes grados.

Las diferentes graduaciones de displasias son generalmente subjetivas puesto que la arquitectura y los cambios citológicos son a veces muy sutiles. Solo la displasia grado III puede mostrar una disrupción de la capa de células basales o membrana basal.

Se ha dosado el anticuerpo monoclonal para queratina 49, 51, 57 y 66 selectivo para el estrato de células basales (anticuerpo específico para células basales). Las células secretorias luminales y las células neoplásicas no se marcan con este anticuerpo; es por ello la utilidad de estos para diagnosticar la infiltración de la membrana basal.

La multifocalidad del PIN en zonas periféricas sugiere un efecto "campo" similar a la multifocalidad del carcinoma transicional de la vejiga.

Los PIN III tienen un alto valor predictivo como marcador de adenocarcinoma, hecho puesto de manifiesto por Mc Neal. Es decir su presencia debe hacer sospechar la posibilidad de transformación o asociación con carcinomas.

Para Mostofi la hiperplasia atípica de acinos grandes o PIN se encuentra en el 59,3% de las próstatas con carcinoma y solamente en el 46% de las próstatas benigna.

Kostendieck en 180 próstatas observa la asociación de carcinoma precoz de próstata, con hiperplasia atípica en el 83,3%.

Las lesiones displásicas tienen un carácter multicéntrico en más del 80% de los casos.

Hay autores que refieren relación con la edad, ya que indican una fuerte asociación entre la displasia y carcinoma en pacientes menores de 60 años.

El hallazgo de hiperplasia atípica fué para Kovi en 68,8% la parte externa de la próstata y sólo en 2% en la parte interna, no cercana a la cápsula.

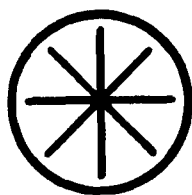
Respecto a los estadíos, Epstein refiere que sobre un total de 40 casos con estadíos B, 35% tenían displasia severa, 55% intermedia y mínima en 10%.

En 21 estadíos A1 y 16 A2 estudiados por RTU y posterior prostatectomía radical, no encontraron diferencias predictivas entre ambas, respecto del grado de displasia, o la asociación con tumor que alcanzó a casi el 30%. Sin embargo cuando en RTU se encuentra PIN III debe investigarse más a fondo el enfermo, por la alta asociación a carcinoma.

BIBLIOGRAFIA

1. MC NEAL J.: Significance of Duct-Acinar Dysplasia in

- prostatic carcinogenesis. *Urology* 34 N° 6:9 1989.
2. BOSTWICK D.: Prostatic intraepithelial neoplasia (PIN). *Urology* 34 N° 6:16 1989.
 3. KOVI J. y COL.: Large acinar Atypical Hyperplasia and carcinoma of the prostate. *Cáncer* N° 3:555 1988.
 4. BOSTWICK D. y COL.: Prostatic intraepithelial neoplasia and early invasion in próstata. *Cáncer* N° 4:788 1988.
 5. TANNENBAUM M. y COL.: Primary atypical epithelial hyperplasia of prostate gland: a premalignant lesion? *World J. Urol.* N° 5:92 1987.
-



Clínica del Sol

DEPARTAMENTO DE UROLOGIA

Litotricia extracorpórea por ondas de choque
para el tratamiento de la Litiasis renal y ureteral

Más de 2000 casos avalan nuestra experiencia

COORDINADOR: DR. LEOPOLDO P. REPETTO

Coronel Díaz 2277 - TE: 824-5224/5531 • 84-0746

SAU