

# Carcinoma microcítico de próstata: una rara entidad

## *Small-Cell Prostate Carcinoma: A Rare Condition*

Patricia Cruz Castellanos, David López Sánchez, Álvaro Pinto Marín, Andrés Redondo, Enrique Espinosa Arranz

*Departamento de Oncología Médica, Departamento de Urología. Complejo Universitario La Paz. Madrid. España.*

### INTRODUCCIÓN

Los tumores de células pequeñas son una entidad especial que presenta un curso agresivo y una terapéutica determinada. Su localización más frecuente es a nivel pulmonar; sin embargo, pueden aparecer en cualquier otro punto del cuerpo. A nivel de la próstata, representan del 0,5% al 2% de las tumoraciones. Se caracterizan por una edad de aparición más precoz y un comportamiento más agresivo.

Nuestro caso clínico intenta ilustrar esta entidad y su curso clínico, y resaltar las pocas opciones terapéuticas que se tienen en la actualidad.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

El paciente es un varón de 61 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, con buen control farmacológico y portador de marcapasos por síndrome del nodo enfermo.

En 2004, el paciente comenzó con síndrome prostático; en la analítica se detectó ligera elevación del antígeno prostático específico (PSA) a niveles de 6,5 ng/dl. En ese momento, se optó por derivarlo al Servicio de Urología, donde se inició seguimiento activo.

Tras 3 meses de seguimiento, el PSA continuó discretamente elevado; la sintomatología, a pesar de las medidas farmacológicas, se mantenía. Por este motivo, se realizaron las siguientes exploraciones: tacto rectal, que mostró una próstata aumentada de tamaño y de consistencia pétreo, y ecografía prostática, donde se

detectó próstata aumentada de tamaño (45 x 50 x 43 mm) y con un nódulo hipoecoico en el lóbulo derecho.

Ante la sospecha de carcinoma de próstata, se realizó una biopsia prostática que incluyó muestras de los distintos lóbulos. La biopsia informó carcinoma de próstata de célula pequeña tipo oat-cell con infiltración perineural y positividad en la inmunohistoquímica frente a fosfatasa ácida prostática y cromogranina A, y negatividad para PSA.

Asimismo, se detectó un pequeño componente de adenocarcinoma convencional de tipo acinar (patrón 3 de Gleason). En este intervalo de tiempo, el paciente presentó un empeoramiento claro de la clínica y comenzó con intenso dolor a nivel dorsolumbar, motivo por el cual consultó en Urgencias. En la radiografía dorsolumbar, se detectaron posibles lesiones líticas a nivel de D12 y L1, confirmadas posteriormente mediante la resonancia magnética. Se completó el estudio con escáner toraco-abdomino-pélvico, donde se observó afectación ganglionar de su tumor de base y nódulos pulmonares bilaterales probablemente metastásicos. Durante el ingreso, se ajustó el tratamiento sintomático del paciente y se decidió derivar a Oncología Médica, donde se planteó tratamiento con quimioterapia paliativa.

### DISCUSIÓN

Los carcinomas de célula pequeña se engloban dentro de los llamados tumores neuroendocrinos y representan su subtipo más agresivo e indiferenciado. Su localización más frecuente es a nivel pulmonar, pero también se

observan en vejiga, estómago, esófago, cabeza y cuello, cérvix, endometrio y próstata, entre otros<sup>1</sup>.

En el caso de la próstata, representan del 0,5% al 2% de todos los tumores. Dada su baja frecuencia, existen pocos casos reportados en la literatura, y su manejo y tratamiento son todavía inciertos<sup>2</sup>.

Histológicamente, se caracterizan por estar formados por células de pequeño tamaño, con poco citoplasma, nucléolo inexistente y núcleo pequeño, al igual que los de estirpe pulmonar. Inmunohistoquímicamente, muestran positividad para cromogranina A y sinaptofisina, y negatividad para el PSA y la fosfatasa ácida, como en nuestro paciente. Sin embargo, un dato a destacar es que la mayoría de los casos reportados muestran incremento del PSA en su diagnóstico. Este hecho se debe a que, normalmente, el carcinoma microcítico de próstata se combina con un porcentaje de adenocarcinoma típico. De hecho, en una serie de 27 casos publicados, se documentó que hasta en 9 existían tumores mixtos, es decir, con un porcentaje de adenocarcinoma y otro de microcítico<sup>3</sup>.

Clínicamente, se caracterizan por una edad de presentación más precoz que el adenocarcinoma de próstata convencional y por un curso más agresivo. De hecho, al diagnóstico, la mayoría de los casos son metastásicos. Las localizaciones más frecuentes se ubican a nivel de los ganglios linfáticos, hígado, hueso, pulmón, pericardio, cerebro, recto y tracto urinario<sup>4</sup>.

Respecto de su tratamiento en el estadio diseminado, existen pocos datos. En la mayoría de los casos, se tratan con esquemas basados en platino, como en el carcinoma microcítico de pulmón, y se le suma terapia hormonal si existiera un componente mixto<sup>5,6</sup>. Asimismo, se han probado otros regímenes de quimioterapia basados en antraciclinas, con resultados dispares. En cuanto a la supervivencia, no existen datos claros, aunque en el estadio diseminado no supera el año.

En nuestro caso clínico, hemos querido ilustrar este tipo de tumor, del cual existen pocos datos, dada su baja frecuencia. Además, consideramos interesante resaltar su curso clínico, sumamente agresivo. Nuestro paciente comenzó una primera línea basada en platino, con mala tolerancia clínica, que progresó poco tiempo después. Tras esto, se desestimaron otros tratamientos debido al mal estado general.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mori M, Matsukua A, Adachi Y y cols. Small cell carcinoma of the esophagus. *Cancer*. 1989; 63: 565-573.
2. Têtu B, Ro JY, Ayala AG y cols. Small cell carcinoma of the prostate. A clinicopathologic study of 20 cases. *Cancer*. 1987; 59: 1803-1809.
3. Oesterling JE, Hauzeur CG, Farrow GM. Small cell anaplastic carcinoma of the prostate: a clinical, pathological and immunohistological study of 27 patients. *J Urol*. 1992; 147 (3 Pt 2): 804-807.
4. Rubenstein JH, Katin Mj, Mangano MM y cols. Small cell anaplastic carcinoma of the prostate: seven new cases, review of the literature, and discussion of a therapeutic strategy. *Am J Clin Oncol*. 1997; 20 (4): 376-380.
5. Hidson HA, Knight LL, Ocker JM. Small cell carcinoma of prostate. Transient complete remission chemotherapy. *Urology*. 1985; 26 (2): 182-184.
6. Moore SR, Reinberg Y, Zhang G. Small cell carcinoma of prostate: effectiveness of hormonal versus chemotherapy. *Urology*. 1992; 39 (5): 411-416.